

Svenska Rättspsykiatriska Föreningens remissvar på samsjuklighetsutredningens slutbetänkande ”Från delar till helhet: tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja”, SOU 2023:5

Allmänt om förslaget

Sammanfattningsvis konstaterar vi att det är ett bra förslag att ge ansvaret för vård och behandling vid skadligt bruk och beroende till den regionala hälso- och sjukvården. I grunden ett mycket bra förslag till förstärkning av samhällets vård, stöd och omsorg om personer med psykisk sjukdom/störning och/eller skadligt bruk eller beroende.

Vi ser positivt på att utredningen pekar på krav på tvångsvårdsenheter avseende kvalitet och utveckling. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård är i behov av stöd och finansiering för att förbättra dessa aspekter. Personer som tvångsvårdas kan inte välja vårdenhet och de etiska skälen är därför tunga för en högkvalitativ och jämlik tvångsvård i landet.

Av samma skäl är svensk rättspsykiatri i behov av en översiktlig kontroll av vårdens kvalitet. En tvångsvårdskommission kan vara ett steg i denna riktning. Svenska rättspsykiatriska Föreningen vill gärna vara med om att utforma en arbetsformerna för en sådan kommission som med rätt förutsättningar kan bli av stor betydelse för rättspsykiatrins utveckling.

Slutbetänkandets vägledningar kring begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende (kap 7.2) är bra och kommer att ha stort värde för att reglera begreppet i klinisk praxis.

Det är mycket positivt att slutbetänkandet inte innehåller en sammanblandning av inklusionskriterierna för LPT och LRV. En allvarlig psykisk störning är ett kriterium för både LPT och LRV. Ett allvarligt skadligt bruk eller beroende kan dock bara ge LPT, inte LRV. Några förtydliganden bör göras kring detta ur ett rättspsykiatriskt perspektiv. Allvarlig psykisk störning kan under pågående vård övergå till allvarligt skadligt bruk eller beroende som kriterium för LPT. Även det omvända, att en patient under pågående vård enligt LPT med allvarligt skadligt bruk eller beroende bedöms ha en allvarlig psykisk störning, kan inträffa enligt slutbetänkandets förslag. Här vill vi påminna om att vård enligt LPT kan övergå i LRV-vård på tre sätt:

- 4 § LRV (automatisk överföring till akut vård enligt LRV av patient som vårdas enligt LPT då denne frihetsberövas genom häktning mm)
- 5 § LRV (akut vård enligt LRV efter vårdintygsbedömning av frihetsberövad person)
- 4 § LRU (överlämnande till rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning via intyg från chefsöverläkare då patienten vårdas enligt LPT)

I dessa tre situationer bör det förtydligas att LPT-vård baserad på allvarligt skadligt bruk eller beroende inte kan övergå i LRV-vård (där kravet är allvarlig psykisk störning).

Det är särskilt positivt att insatser och planering, inte minst samordnad vårdplanering, kan komma till stånd tidigare, effektivare och mer personcentrerat,

vilket innebär en klar förstärkning av insatserna till målgruppen, inklusive rättspsykiatrins patienter. Resursåtgången för regionerna kommer att öka, genom att förslaget är en tydlig ambitionshöjning.

Kravet på slutenvårdens utveckling är en ambitionshöjning och mycket välkommet, men kommer i sig att innebära behov av resursförstärkningar, som förslaget inte tagit höjd för, i konsekvensutredningen.

Förslaget tydliggör och framtvingar samarbete mellan huvudmän på ett sätt som på sikt sannolikt är till stor glädje för målgruppen

Det finns dock risker för att gränsdragningsvårigheter mellan grundläggande sociala förutsättningar och vårdinsatser kvarstår, vid implementering finns klara risker för att kommunerna backar från sitt ansvar när hotet om alternativ höga kostnader för LVM-vård inte finns kvar, för det fall sociala åtaganden inte fullgörs.

Förslaget innebär en kraftig ambitionshöjning, i en tid när de demografiska och därmed skatteintäktsmässiga förutsättningarna att genomföra förslaget, är starkt utmanade. Vi bedömer att personalrekrytering som motsvarar ambitionshöjningen blir svår att genomföra och kan framtvunga omprioriteringar till men för andra målgrupper.

Ett gott omhändertagande, förstärkt vård och därmed ökad bot och minskade skadeeffekter av skadligt bruk och beroende – en enklare väg ur beroendet, är en viktig förutsättning för att komma åt de kriminella gängens viktigaste inkomster, drogmarknaden. Förslaget bör därför från den statliga nivån resursättas som den grundläggande samhällsförbättrande åtgärd det innebär och utifrån de stränga utmaningar som den tilltagande organiserade brottsligheten kommer att innebära för regionerna när de ska realisera förslagen. Många personer som idag är anstaltsintagna kan genom förslaget komma att tas omhand inom psykiatri. Varken de säkerhetsmässiga eller kostnadskonsekvensmässiga implikationerna av ett sådant scenario har analyserats inom ramen för utredningen.

Om förslagen i utredningen

Utredningen har glömt följdändra lag (1991:981) om besöksinskränkning vid viss tvångsvård när LVM upphör att gälla.

Vi noterar att man inte ändrar i Offentlighets- och sekretesslag (2009:400). Eftersom OSL 25:12, liksom OSL 26:9 båda använder det nu föråldrade begreppet ”fortgående missbrukar”, behöver de sannolikt ses över. Eftersom socialtjänsten får anmälningsskyldighet vid ”skälig anledning” behöver sekretessbestämmelserna medge en återkoppling kring att ärendet kommit fram och tagits om hand i laga ordning. Det kan då vara fråga om en situation där man inte vid medicinsk bedömning kan konstatera att den lagliga nivån ”fortgående missbrukar” är uppfylld, även om det got och väl fanns ”skälig anledning” att anta att vård var behövlig. Man bör också fundera över hur socialnämndens ”LPT-anmälningsskyldighet” kan delegeras enligt nuvarande bestämmelser i Kommunallagen, så att inte en alltför klumpig överrapporteringsordning blir följden.

Vi är positiva till LVM upphör.

Vi är positiva till att en tvångsvårdskommission inrättas. Vi finner det vara av vikt att en sådan kommission får direkt åtkomst till Socialstyrelsens patientregisters tvångsvårdsregistreringar. Vi konstaterar också att det är av vikt att ett förtydligande görs i kommissionens uppdrag, så att JOs, IVOs respektive kommissionens uppdrag sätts i tydligt sammanhang.

Vi konstaterar att det varken är lämpligt eller möjligt med utställda tidsramar för att överföra ansvaret för personer omhändertagna enligt LOB till regionerna enligt utredningens förslag. Vi beräknar att vi dels inte i tid kommer att säkert kunna hantera det antal av omhändertagna som det blir fråga om, dels bedömer vi att ett omhändertagandeansvar behöver sammankopplas med en kvarhållningsrätt. I annat fall kommer effekten sannolikt bli att personer, som överförs till sjukvården och förbättras något men fortfarande är i klart riskfyllt skick, går ut från vården och behöver omhändertagas igen. Vid en ny utredning bör det också övervägas om staten kan förstärka närvaron av sjuksköterskor i arrester dygnet runt, fört att skapa säkra förutsättningar för tillnyktring i LOB-fall. Utredningen betonar inte nog de säkerhetsproblemen ett regionalt omhändertagande skulle innebära: När polisen i sina uppskattningar talar om hur få som är hotfulla eller våldsamma, ska man komma ihåg att det är en bedömning som görs när personen är under uppsikt av uniformerade vakter och inlåsta i lokaler de inte kan ta sig ut ifrån. Situationen skulle vara annorlunda i regionens lokaler. Polisen kraftsamlar vid tidpunkter när många LOB kan förväntas. De har personalmässiga möjligheter att göra det, som sjukvården saknar (eftersom det i fråga om LOB gäller så stora kvantitativa variationer).

Vid värdering av behovet av skatteväxling och statlig resurstillförsel bör en utvärdering ske efter några år, eftersom den påtagliga ambitionsförhöjning som nu görs kommer att medföra ökade kostnader för regionerna. Regionernas utgifter för HVB kommer att öka drastiskt. En del av kriminalvårdens nuvarande uppdrag kommer sannolikt att få fullgöras. En utvärdering av kvalitet och kostnad bör därför göras några år efter reformens genomförande och en eventuell resursutjämning mellan stat/kommun/region bör då göras.

Vi delar inte utredarens uppfattning att de säkerhetsmässiga utmaningarna kommer att vara begränsade. Den organiserade brottsligheten ökar och har drogförsäljning som en viktig inkomstkälla. Vård och behandling vid regionerna kommer att öka både i kvantitet och tidslängd och kommer att genomföras lokalt. Detta medför en ökad risk för fritagningar och andra säkerhetsrisker i dessa fall inom den regionala psykiatriska vården eftersom antalet tvångsingripanden kommer att öka. Vård i närmiljön som bedrivs längre än alldeles akut, kommer att vara mer säkerhetsutmanande än kortvarig avgiftning och senare LVM-vård på fjärran ort.

Det är bra att det tydliggörs i SoL 5:9b att socialnämnden aktivt ska arbeta för att en tvångsvårdad patient ska få bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Bestämmelsen torde kunna bli en utgångspunkt för överklagande av eventuella avslagsbeslut kring sökta insatser och stärker målgruppens ställning. Vi saknar dock egentlig påtryckningsmöjlighet från vårdens sida, vilket är av stor vikt i fall när den enskilde

har svaga inneboende drivkrafter så som kan vara fallet vid exempelvis kronisk psykossjukdom.

Det är bra att LPT ändras så att chefsöverläkaren kan besluta om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård inom de första fyra veckorna av tvångsvård, men även senare borde denna möjlighet finnas eftersom bestämmelsen får återverkningar på betalningsansvarsfrågan. Det finns en risk att den nya bestämmelsen gör att patienter får för kort vårdtid i sluten form. Detta då alternativet blir knappt fyra veckor eller betydligt längre slutenvårdstid, när kommunen inte kan tvingas ta ansvar för behövda insatser genom chefsöverläkarens relativt självständiga beslut om öppenvård. En möjlighet att hantera denna fråga vore att bibehålla rätten att besluta om öppenvård oavsett om patienten är intagen enligt § 6 b, § 7, eller § 9 LPT, men att bibehålla en anmälningsskyldighet till rätten om beslutet om öppenvård, om det är fråga om vård enligt § 7 eller §9 LPT.

LPT på indikationen allvarligt skadligt bruk eller beroende, bör endast få tillämpas över 18 års ålder, eftersom ansvarsgränserna enligt LVU annars suddas ut.

Utredaren underskattar sannolikt hur mycket tvångsvård som kommer att behövas i sluten vårdform, med det föreliggande förslaget implementerat (öka 2-7 dagar).

Det behöver tydliggöras i vilken mån vård- och stödsamordningsenheterna ska ha avslagsrätt för remisser och i vilken mån de är integrerade delar i en vårdkedja. Förslaget att chefsöverläkaren ska överväga om patienten tillhör målgruppen är bra, men det behöver tydliggöras att vård- och stödsamordningen inte är en självständig ö i vården av personer med skadligt bruk eller beroende, annars är risken för nya flaskhalsar eller stolar att falla mellan, uppenbar. Den huvudmannagemensamma verksamheten behöver genom avtal, gemensam nämnd eller på annat sätt tydligt integreras i en vårdkedja, där medicinskt ansvar för den enskilda patienten tillåts styra den sammanhållna vården av den enskilde, inklusive vårdnivåval.

Det är bra att det skrivs in i LPT att en person kan tvingas underkasta sig provtagning för droganalys. Det kan dock bli svårt att hävda att en person uppfyller kriterier för tvångsvård på beroendeindikation om provtagning inte kan framtvingas i en vårdintygsbedömningssituation. Möjligheten att kräva provtagning bör därför övervägas att skrivas in i § 4 LPT, även om fysiskt tvång inte kan komma på fråga i vårdintygsbedömningssituationen.

Författningsförslag

Vi stöder att LVM upphör, se ovan om följdändringar.

Vi anser det vara av stor vikt att skrivningarna i reformen inte innefattar ändringar i brottsbalken kring allvarlig psykisk störning, förmåga till insikt i gärningens innebörd, förmåga att kontrollera sitt handlande efter sådan insikt, och bestämmelserna om självförvållade tillstånd (så som alkohol- eller narkotikarus), samt bestämmelserna om psykisk störning som förmildrande omständighet vid straffbestämmande, i brottsbalkens 29, 30 och 31 kapitel.

LOB-förändring behöver tänkas om. Kvarhållningsrätt för sjukvården eller mer sjukvårdsresurser till arresterna. Annars risk för undanträngningseffekter. Behöver också utredas vidare utifrån hur arrestresurser respektive sjukvårdsutbudspunkter är lokaliserade?

Det är bra att socialnämnden får anmälningsskyldighet till regionen vid skälig misstanke om tvångsvårdsbehov. Sekretessbestämmelserna behöver dock anpassas till att begreppet ”fortgående missbruk” blir en juridisk entitet som kommer att sakna bärighet på framtida sekretessprövningar (OSL 25:12, PSL 26:9).

Vi är positiva till att proportionalitetsprincipen tydliggörs också när det gäller kontrollåtgärder.

Vi är positiva till att begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende tillförs som tvångsvårdsgrund i LPT.

Vi bedömer att utredningen landat i en klok slutsats när det gäller vårdbehovsrekvisitet vid tvångsvårdstillämpning. Det är bra att det tydliggörs att tvångsvården ska få fortgå så att risken för återfall blir hanterlig i friare vårdform, förutsatt att tillståndsindikationen kvarstår och möjlighet att genomföra behövlig vård på frivillig grund saknas. Det är också bra att farlighetsrekvisitet tillämpas på ett sätt som är analogt med hur det tillämpas vid övrig psykiatrisk tvångsvård.

Det är viktigt att provtagning kan genomföras så snart som möjligt efter att personen frihetsberövats, eftersom vissa substanser snabbt lämnar kroppen och deras samband med det psykiska tillståndet annars kan bli svåra att påvisa. Att detta blir möjligt redan under kvarhållning bedömer vi som oundgängligt för rättssäker tvångsvård.

VI finner att förslaget att chefsöverläkaren ska få besluta om öppen psykiatrisk tvångsvård under de första fyra veckorna, vara ett bra förslag. Vi finner dock att det finns en risk att patienter kan komma att tvingas ut från tvångsvården något för tidigt, om möjligheten att ensidigt besluta om öppen vård inskränks till de första fyra veckorna. Vi vill föreslå att regeringen överväger att möjligheten ska kvarstå även vid vård enligt § 7 eller § 9 LPT, kompletterad med ett krav om att anmäla vårdövergång till förvaltningsrätten inom viss tid. Eftersom det är fråga om lättat tvång visavi patienten finner vi att detta är en rättssäkerhetsmässigt rimlig ordning, särskilt som överklagandemöjlighet kring chefsöverläkarens beslut om villkor finns kvar. En sådan ordning skulle lösa upp en del av de problem som idag finns i tillämpningen av samverkanslagen vid utskrivning, när det gäller tvångsvårdade personer. Som situationen ser ut idag går inget betalningsansvar enligt lagen över när vården ges i sluten form och vården kan inte ges i öppen form förrän förutsättningar i öppen vårdform har ordnats. Patienter riskerar därmed att fastna i en gränsdragningsfråga – frånvaro av kostnadsincitament förlångsammars sociala insatser som är nödvändiga för öppen vård och patienten riskerar att bli kvar i tvång och slutenvård.

Det är bra att det tydliggörs att patientens mål med vården, vid vårdplanering ska tas tillvara, enligt förslaget. Vi konstaterar också att det är bra att man föreslår att olika vårdplanerformer baserade på olika lagrum kan slås samman. Vi har inte

i övrigt något att erinra mot förslagen om förändrade skrivningar kring vårdplan. Vi noterar dock att förvaltningsrätterna på olika håll i landet har visat tendens att inte acceptera förlängd öppen tvångsvård med mindre än att det finns ett dokument som är tydligt märkt ”uppföljning av vårdplanen”. I vissa journal-system blir rubriken i stället ”samordnad vårdplan”, när planen förnyas. För att undvika legalitetstvivel i dessa sammanhang vore det lämpligt att lagen tydliggjorde att det till ansökan enligt § 9 ska bifogas en ”uppföljning eller förnyad samordnad vårdplan”.

Det är bra att det tydliggörs att patienten är skyldig att lämna prov för substansprovtagning. Skyldighet borde dock föreligga redan vid bedömning enligt § 4 LPT.

Det är bra att skrivningarna om grunderna för att återinta en person för sluten psykiatrisk tvångsvård, mildras. Det är bra att det tydliggörs att de personliga förhållandena därvidlag får tillmätas vederbörlig betydelse.

Det är bra att chefsöverläkaren vid utskrivning från slutenvården ska överväga om patienten hör till målgruppen för vård- och stödsamordningen. Detta indikerar att man tänker sig att vård- och stödsamordningen inordnas, på vederbörligt sätt, i en sammanhållen vårdkedja.

Vi är positiva till de följdändringar som görs i LRV.

Angående ändringarna i socialtjänstlagen:

- När det gäller skrivningarna om samordning av vårdplaner bör det tydliggöras att samordnad vårdplan enligt § 7 a LPT intar en särställning eftersom den är kopplad till att personen är föremål för tvång från vårdens sida.
- Vi är fundersamma inför att lagförslaget är att det ska krävas avtal mellan kommun och region endast beträffande hälso- och sjukvård för den som vårdas utanför det egna hemmet och som fyllt 21 år. Varför 21-årsgräns? Är det för att man tänker sig att ansvaret ligger kvar enligt LVU, hos kommunen?
- Det är bra att kommunen får krav på sig att arbeta för arbete, sysselsättning eller utbildning samt bostad, beträffande den som vårdas enligt LPT. Det bör dock framgå att det är bostad och övriga livsförutsättningar, inte utbildning som alternativ till t ex bostad.
- Vi finner skrivningen om regionalt sjukvårdsansvar för den som tagits in i HVB vara bättre än en generell skrivning om placeringar utanför hemmet.

Angående ändring i OSL och PSL:

- Vi konstaterar att OSL 25:12 liksom OSL 26:9 behöver ses över mot bakgrund av att begreppet ”fortgående missbruk” i och med förslagen blir obsoleta juridiska begrepp. Det bedöms vara av vikt att när socialnämnden meddelar regionen om att en person kan behöva stöd, måste det finnas möjligheter att återkoppla, från regionens sida, för att säkerställa att anmälningar kommit fram och hanteras även i fall där vidare åtgärd inte vidtas. I övrigt har vi inget att erinra mot förändringen i OSL.

- Vi har inget att erinra mot följdändringen i PSL, utifrån sekretesssynpunkt.
- Vi saknar en sekretessbrytande bestämmelse från Socialstyrelsens patientregister till tvångsvårdscommissionen. Commissionen behöver kunna få del av tvångsvårdsrapporteringen med mindre än ett års fördröjning, för att kunna fullgöra sin uppgift.

Angående föreslagna ändringar i HSL:

- Gällande 5 kap 4 § finner vi att det är lämpligare att i stället för att säga att tvångsätgärdsantalet ska minska, tydliggöra att utvecklingsarbetet inom tvångsvården ska syfta till att ”säkra att tvångsätgärdsanvändningen minimeras, är proportionerlig och används i enlighet med lagens syften”. Den lag som nu föreslås kan komma att vara tillämplig under många år och att förutsätta att tvångsätgärdena ska fortsatt minska kan inte med säkerhet sägas innebära att tvångsätgärdsminimering inte till slut kan nå en nivå där syftena med lagstiftningen inte längre nås.
- Gällande ändringen i 8 kap 11 § om att regionen ska överta ansvaret för omhändertagande enligt LOB är det en fråga som vi bedömer måste utredas vidare. Vi avstyrker det aktuella förslaget. I den mån regionerna ska ta ett sådant ökat ansvar bedömer vi att kvarhållningsrätten behöver överföras till chefsöverläkaren från polismyndigheten, för att undvika cirkelgång av personer som är partiellt tillnyktrade och lämnar vårdinrättningarna vilket snarare ökar faran. Vi finner det emellertid vara en bättre ordning, att polismyndigheterna uppdras tillhandahålla sjuksköterskekompetens i häkten och arrestlokaler dygnets alla timmar. Därmed minskar risken att fördelarna med föreliggande förslag om ambitionshöjningar inom vården av personer med samsjuklighet går om intet som en följd av undanträngningseffekter i samband med större samhällshändelser med många omhändertagna enligt LOB.

Föreslagna ändringar i lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård:

- Vi är positiva till att planer enligt olika lagrum samordnas (kräver sannolikt högre lägstanivå i förhållande till dagens planer).
- Vi är positiva till att samordnad vårdplanering kommer till stånd snabbare än idag, genom tydligare lagreglering i 3 §.

Förordning om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård:

- Vi har inget att erinra mot följdändringen till tillkomsten av § 23 c LPT.
- Vi konstaterar att Socialstyrelsen sannolikt kommer att behöva uppdatera sin föreskrift om rapportering till kvalitetsregistret (KVÅ-kod för provtagning med stöd av LPT/LRV) som följd av förslaget.

Angående förändrad instruktion till Socialstyrelsen:

- Vi är positiva till förslaget om att inrätta en tvångsvårdvårdscommission vid Socialstyrelsen, men efterlyser något tydligare skrivningar kring hur man ska se på tillsyn, lex Maria, säkerhetsanmälningar och exempelvis JO:s uppdrag, i förhållande till commissionens.

25 april 2023
För Svenska Rättspsykiatriska Föreningen,
Fredrik Åberg, styrelseledamot
Peter Andiné, ordförande