



Datum

2023-03-22

Vår referens

Christina Ek

Utvecklingssamordnare

christina.ek@malm.se

Tjänsteskrivelse

Remiss angående Remiss från Socialdepartementet - Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5) ASN-2023-3196

Sammanfattning

Betänkandet lämnar förslag kring hur en ny tvångsvårdslagstiftning ska utformas när det gäller personer som har skadligt bruk eller beroende eller en samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd. Sammanfattningsvis innebär förslagen i utredningen att tvångsvården av personer med skadligt bruk och beroende kommer att vara mer flexibel, individuellt utformad och kunna ges i olika former under olika lång tid. Vården kommer i högre grad att bedrivas i öppenvård, frivilligt eller med stöd av regler om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Betänkandet är det andra och slutliga i den så kallade samsjuklighetsutredningen och förslagen ingår som en del av hela reformen för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer inom målgruppen som behöver insatser på flera livsområden samtidigt. Slutbetänkandet upplevs i likhet med delbetänkandet mycket genomarbetat och det är särskilt positivt att brukare och anhöriga aktivt deltagit i framtagandet av förslagen. Förslagen i båda utredningarna föreslås träda i kraft 1 januari 2026.

Arbetsmarknads- och socialförvaltningen välkomnar reformen som helhet. Reformen kommer innebära stora förändringar gällande socialtjänstens uppdrag och kommer påtagligt att påverka nämndens verksamheter och brukare. Det finns anledning för de tre socialnämnderna i Malmö stad att börja reflektera och förbereda inför den förändring som ett beslut av den föreslagna reformen skulle innebära. För att säkerställa ett likvärdigt stöd till alla malmöbor och optimera kommunens resurser behövs en översyn av förvaltningarnas organisering samt ansvarsområden utifrån de tre socialnämndernas reglementen.

Förvaltningen ställer sig positiv till förslaget att regionen ska ha det övergripande ansvaret för hela vårdprocessen vid behandling för skadligt bruk och beroende, inklusive tvångsvården samt att tvångsvård för skadligt bruk och beroende inkluderas i nuvarande Lagen och psykiatrisk tvångsvård (LPT). Det är bra att samtliga livsområden beaktas vid en vårdplanering och att socialtjänsten inkluderas tidigt i planeringen.

Förvaltningen vill särskilt uppmärksamma behov av förtydligande kring ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser vid placering utanför egna hemmet på *hem för viss annan belygnsvård*, så kallat *korttidsboende*, som drivs av privat vårdgivare och som riktar sig till personer med

funktionsnedsättning, skadligt bruk och beroende eller samsjuklighet. Det finns också behov av att reglera i lagstiftning om det är polisen eller hälso- och sjukvården som har en skyldighet att ta reda på och göra en orosanmälan till socialtjänsten om den som omhändertagits enligt LOB är vårdnadshavare eller bor med underåriga barn.

Förvaltningen ser utmaningar i att utforma nya arbetssätt och insatser för att möjliggöra utskrivning från slutna psykiatrisk vård, i samverkan med hälso- och sjukvården. Ny praxis kommer att bli vägledande kring arbetssätt och bedömningar. Förvaltningen erbjuder redan flera insatser som utredningen förespråkar men utbudet behöver breddas och utökas för att möta socialtjänstens utökade och förtydligade ansvar. För detta krävs resurser och det är svårt att utifrån slutbetänkandet bedöma de ekonomiska konsekvenserna som förslaget får för socialtjänsten.

Förvaltningen delar den oro som utredningen uttrycker att konsekvenserna av reformen för målgruppen påverkas av hur regering, regioner och kommuner väljer att fördela resurser till området. Det samhällsekonomiska läget och de utmaningar som huvudmännen redan innan står inför, exempelvis när det gäller kompetensförsörjningen, kan påverka hur målgruppen prioriteras framöver.

Förslag till beslut

1. Arbetsmarknads- och socialnämnden godkänner yttrandet avseende *Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)* enligt förvaltningens förslag.
2. Arbetsmarknads- och socialnämnden skickar yttrandet till kommunstyrelsen.

Beslutsunderlag

- Följebrev Remiss från Socialdepartementet - Från delar till helhet -Tvångsvården som en del av en sa
- Remiss från Socialdepartementet - Från delar till helhet -Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)
- Från delar till helhet -Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)
- G-Tjänsteskrivelse - Remiss från Socialdepartementet - Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja
- Förslag till yttrande - Remiss från Socialdepartementet - Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

Beslutsplanering

ASN beredning 2023-04-05

Arbetsmarknads- och socialnämndens arbetsutskott 2023-04-12

Arbetsmarknads- och socialnämnden 2023-04-26

Beslutet skickas till

Kommunstyrelsen

Ärendet

Stadskontoret har tillskrivit Arbetsmarknads- och socialnämnden (ASN) att yttra sig angående

Remiss från Socialdepartementet - Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5). Även Funktionsstödsnämnden (FSN) har ombetts yttra sig kring betänkandet. Arbetsmarknads- och socialförvaltningen har i september 2022 genom en förvaltningsremiss lämnat ett yttrande till Regeringskansliet med synpunkter på en promemoria som redovisar preliminära iakttagelser som utredningen gjort inledningsvis¹.

Betänkandet är det andra och slutliga betänkandet i den så kallade samsjuklighetsutredningen. Nämnden har 2022-03-24 yttrat sig till kommunstyrelsen kring det första delbetänkandet *Remiss från Socialdepartementet - Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)*².

Reformen innebär att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård. Socialtjänsten ska ha ett fortsatt och förtydligat uppdrag att arbeta med uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga.

Redogörelsen för utredningens förslag följer slutbetänkandets struktur och avsnitt. Främst de avsnitt som innehåller förslag redovisas nedan. Förslagen under respektive avsnitt presenteras i punktform med en sammanfattning av skälen till förslagen. Avsnitten som beskriver de ekonomiska konsekvenserna av förslagen är begränsade till de som berör kommuner. Redogörelsen är inte heltäckande utan ett urval har gjorts avseende huvudförslagen och det som bedöms mest relevant för nämnden.

Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

Betänkandet lämnar förslag kring hur en ny tvångsvårdslagstiftning ska utformas när det gäller personer som har skadligt bruk eller beroende. Betänkandet lämnar också förslag som redogör för utgångspunkterna för hela samsjuklighetsreformen. Reformen omfattar även insatser till personer med skadligt bruk eller beroende som inte har samsjuklighet. Syftet med reformen är att öka tillgången till samordnad behandling av olika psykiatriska tillstånd, och att ge ett samordnat, behovsanpassat och personcentrerat stöd till personer som behöver insatser på flera livsområden samtidigt. Slutligen beskriver betänkandet innehållet i ett 5-årigt stegvis införande av reformen.

Liksom under arbetet med delbetänkandet har ambitionen varit att förslagen ska tas fram genom aktivt deltagande av personer med samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar i, styr och leder verksamheter om riktat sig till målgruppen. Detta har gjorts genom besök på ett urval av psykiatriska verksamheter och samtliga LVM-institutioner³. Samtal och intervjuer har genomförts med chefer, medarbetare och brukare med erfarenheter av tvångsvård. Data, rapporter och forskningsöversikter om tvångsvården har sammanställts och analyserats.

5 - Inledning till förslag och bedömningar

¹ Diarienummer ASN-2022-10539

² Diarienummer ASN-2021-16043

³ Institutioner som tar emot personer som tvångsvårdas för skadligt bruk eller beroende, drivs av Statens institutionsstyrelse.

5.1 Tvångsvården som en del av den reform som föreslås i delbetänkandet

Betänkandet lämnar förslag kring hur en ny tvångsvårdslagstiftning ska utformas när det gäller personer som har skadligt bruk eller beroende. Förslaget bygger på det förslag till en reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet som presenterades i första delbetänkandet. Tvångsvården ska ses som en del av den reformen.

Reformen består av tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprutbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB⁴.
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient, brukar och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso-sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.

5.2 Tre principer

Utredningen har tagit fram tre principer som uttrycker inriktningen på förslagen om tvångsvård för skadligt bruk eller beroende.

1. Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

Inriktning är att personer som tvångsvårdas ska ges psykiatrisk behandling för sitt skadliga bruk eller beroende samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Inledningsvis under slutenvårdstillfället ska de utredningsåtgärder som behövs vidtas. För många personer är det nödvändigt med en samordnad planering i vilken, förutom individen själv, bland annat hälso- och sjukvård och socialtjänst deltar. Planeringen kan till exempel innehålla olika boendelösningar kombinerat med sociala stödinsatser och öppenvårdsbehandling

⁴ Hem för vård eller boende - Institution socialtjänsten som tar emot personer för vård och behandling i förening med ett boende SoL 6 kap. 1§

2. Tvångsvård ska användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom

Utredningen menar att tvångsvård är legitimt för att rädda liv eller förhindra att allvarlig fysisk eller psykisk skada uppkommer. Tvångsvård ska därför inte pågå längre än vad som krävs för att det målet ska uppnås. Utifrån hur förutsättningarna för tvångsvård är formulerade i *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*⁵ (LPT), och de kompletteringar som utredningen föreslår, blir vårdtiderna utan samtycke vid ett allvarligt skadligt bruk eller beroende kortare än vad som enligt huvudregeln gäller enligt dagens *Lagen om vård av missbrukare i vissa fall*⁶ (LVM).

Det finns situationer när samhällets möjlighet att rädda liv bör vara större än i dag. Det handlar till exempel om personer som i samband med en överdos bedöms ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende som medför ett oundgängligt behov av vård på sjukhus under några dagar. Det möjliggörs genom en sådan reglering i LPT som utredningen föreslår. Förslaget gör också att personer i sådana situationer kommer att erbjudas frivillig vård i högre grad än i dag.

3. Verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång ska vara i ständig utveckling för att göra vården så trygg och meningsfull som möjligt

Utredningen menar att det behöver pågå ett ständigt utvecklingsarbete i verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång. Det ska syfta till att förbättra vårdens innehåll, stärka patienternas inflytande och delaktighet, samt minska användningen av tvångsåtgärder. Det behöver tas ett starkare nationellt ansvar för tvångsvården och utredningen föreslår därför att en kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård inrättas vid Socialstyrelsen.

6 - Ansvar och huvudmannaskap

6.1 Regionen ansvarar för vård och behandling utan samtycke vid skadligt bruk och beroende

Förslag:

- Regionen ska ansvara för vård och behandling utan samtycke vid skadligt bruk och beroende.

Utredningen har kunnat konstatera att personer som tvångsvårdas ofta inte får sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda, varken före, under eller efter tvångsvården.

I delbetänkandet lämnas förslag att regionerna ska ha ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende, inklusive psykosocial behandling. Skälet till den föreslagna förändringen är bedömningen att ett samlat behandlingsansvar hos hälso- och sjukvården ger bättre förutsättningar för samordning och integrering av behandlingsinsatser för olika psykiatriska tillstånd, och stärker förutsättningarna för en evidensbaserad och jämlik vård. I linje med det föreslår utredningen att regionen ska ha ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna under hela vårdprocessen d.v.s. även vid vård utan samtycke vid skadligt bruk och beroende.

6.2 All sluten tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ges på sjukvårdsinrättning som drivs av en region

Förslag:

⁵ 1991:1128

⁶ 1988:870

- All tvångsvård vid skadligt bruk och beroende är regionernas ansvar. Den slutna tvångsvården ska ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen.
Detta innebär att LVM ska upphävas.

Forskning visar att tvångsvård i sig är av underordnad betydelse och har endast en kortsiktig och begränsad funktion. Framgångsfaktorer handlar snarare om behandlingsinsatser som matchar individens behov, bemötande, välfungerande behandlingsallianser, interaktion med nätverk, en fungerande eftervård och tillgång till frivilliga behandlingsinsatser. Tiden som en person är föremål för tvångsvård bör betraktas som en del i längre vårdkedja.

Idag har kommunernas socialtjänst det övergripande ansvaret, även om tvångsvården bedrivs vid de statliga institutionerna. Förslaget är att slutna psykiatrisk tvångsvård ska ske på ordinarie psykiatriska slutenvårdsavdelningar. Det finns inte behov av att särskilja vården för personer med skadligt bruk eller beroende, från den som ges till patienter med andra psykiatriska tillstånd.

Utredningen bedömer att den psykiatriska vården har förutsättningarna att utföra detta uppdrag men att viss anpassning och utveckling krävs.

Förslaget innebär att tvångsvården alltid ska inledas på sjukhus, men att en individuell planering sedan ska avgöra var vården bedrivs, vilket innehåll den ska ha och vilken profession som har rätt kunskap för att ge de insatserna. Utredningen anser att hälso- och sjukvården har större förutsättningar att erbjuda evidensbaserade insatser med rätt kompetens för att behandla skadligt bruk och beroende än vad de nuvarande LVM-institutionerna har.

I ett nytt system kommer tvångsvårdstillfällena i de flesta fall blir kortare än i dag och kommer innebära snabbare övergång till det frivilliga stöd som ges. Därför bör verksamheten som ansvarar för tvångsvården finnas i närheten av de hälso- och sjukvårds- och socialtjänstverksamheter som ska ge insatser innan och efter att tvångsvården har avslutats. Inom ramen för LPT finns möjlighet att pröva sådana insatser under permissioner eller genom öppen psykiatrisk vård. Utredningens förslag ger också förutsättningar att inleda behandling, till exempel LARO⁷, ADHD-medicinering eller psykologisk behandling under tvångsvårdstillfället, i de verksamheter där vården sedan ska fortsätta.

Beroende är en psykiatrisk diagnos enligt diagnosystemen som används i hälso- och sjukvården och utredningen bedömer att regionerna har bättre förutsättningar att tillhandahålla adekvata och evidensbaserade psykiatriska behandlingsmetoder för skadligt bruk och beroende än vad som ges på SIS-institutioner⁸ i dag. Med behandling avses läkemedelsbehandling och de psykologiska och psykosociala behandlingar som beskrivs i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende⁹.

Bland personer som vårdas enligt LVM är samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd vanligt. Till exempel har en två tredjedelar av klienterna tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård eller frivillig psykiatrisk vård. Att vården integreras inom ramen för psykiatrin innebär även att personer som i dag vårdas enligt LPT, men har behov av insatser för ett skadligt bruk eller beroende, enklare kan få det. Personer med ett allvarligt beroende har ofta även en omfattande somatisk ohälsa, vilket talar för att vården bör ges i närhet även till sådan vård.

⁷ Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende kombinerar läkemedelsbehandling med psykologisk behandling, psykosocial behandling eller psykosocialt stöd.

⁸ SIS, är en myndighet som ansvarar för tvångsvård och behandling av ungdomar med allvarliga psykosociala problem och vuxna med missbruksproblem.

⁹ Socialstyrelsen, 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

6.4 Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning

Förslag:

- I socialtjänstlagen (SoL) införs en ny paragraf¹⁰ som förtydligar att socialnämnden aktivt ska arbeta för att en patient som vårdats enligt LPT eller LRV¹¹, vid öppen psykiatrisk tvångsvård, öppen rättspsykiatrisk vård och efter tvångsvårdens upphörande får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Bestämmelsen ska gälla alla patienter som vårdas enligt LPT och LRV.

Samhället har ett särskilt ansvar för att personer som vårdas mot sin vilja efter tvångsvården ska få stöd till en fungerande livssituation vilket i dag framgår av LVM. Utredningen anser att en bestämmelse av motsvarande slag ska regleras i SoL vid beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård, öppen rättspsykiatrisk vård och när tvångsvård enligt LPT eller LRV upphör. Att inte reglera detta särskilt skulle innebära en försvagning av socialnämndens ansvar vilket inte är avsikten med förslaget. Förslaget är att bestämmelsen kompletteras jämfört med LVM så att det framgår att inte bara arbete utan också andra former av sysselsättning ingår i ansvaret.

I det första delbetänkandet föreslår utredningen att 5 kap. 9 § SoL ska formuleras så att det framgår att socialnämnden ska verka för att människor med skadligt bruk och beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Nämnden ska även medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och få bo på ett sätt som är anpassat efter hens behov av särskilt stöd. Förslaget tydliggör socialtjänstens ansvar att tillhandahålla kvalificerade sociala stödinsatser som stärker den enskildes resurser och funktionsförmåga. Insatser ska väljas och utformas utifrån den enskildes behov och utifrån vilka insatser som har evidens och inte därför att kommunen eller regionen endast har ett begränsat utbud att erbjuda där den enskilde är bosatt, och inte heller för att samarbetet mellan huvudmännen inte fungerar.

Utgångspunkten måste vara att den som skrivs ut från tvångsvård eller vårdas i den öppna psykiatriska tvångsvården inte ska behöva återvända till en miljö och livssituation där hen har små utsikter att upprätta sin fysiska och psykiska hälsa.

Ett stabilt boende är ofta en förutsättning för att kunna delta i behandling och för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende. Många med beroendeproblematik har dock svårt att upprätthålla en stabil boendesituation. Omvänt så riskerar också människor som lever i instabila boendesituationer att utveckla ett skadligt bruk eller beroende.

Tillgång till ett arbete innebär inte bara en möjlighet till försörjning utan kan också vara en förutsättning för fullföljande av och framgång i behandling av skadligt bruk eller beroende. Brist på sysselsättning är på motsvarande sätt ofta ett hinder för en lyckad behandling och återanpassning i samhället.

6.5 Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser vid placering utanför egna hemmet

Förslag:

¹⁰ 5 kap. 9 b §

¹¹ Lag om rättspsykiatrisk vård, 1991:1129

- I delbetänkandet föreslås att det i Hälso- och sjukvårdslagen¹² (HSL) ska regleras att regionen ansvarar för att den som tagits emot i ett HVB erbjuds en god hälso- och sjukvård. Det föreslås även att det görs en hänvisning till bestämmelsen i SoL¹³.

Bestämmelsen i HSL¹⁴ ska i stället formuleras så, att regionen ska ansvara för att den som placerats utanför det egna hemmet erbjuds en god hälso- och sjukvård, samt att även hänvisningen i SoL ska ändras i enlighet med detta.

HSL¹⁵ kompletteras med att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet. Motsvarande bestämmelse införs i en ny paragraf i ¹⁶SoL. Förslaget ska ses som ett tillägg till förslaget i delbetänkandet. Det finns redan bestämmelser i SoL¹⁷ och HSL¹⁸ om att region och kommun ska ingå överenskommelse om sitt samarbete om *barn och unga* som vårdas utanför det egna hemmet.

Föreslagen bestämmelse kring regionens ansvar för hälso- och sjukvård för *den som tagits emot på HVB*, kan ge intrycket av att regionen inte ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som är placerade utanför egna hemmet i till exempel ett familjehem. Eftersom detta inte är avsett med den föreslagna bestämmelsen, ska den ändras till att regionen har ansvar för alla hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som är placerade *utanför det egna hemmet*.

I det första delbetänkandet bedöms HVB-placeringar vara en insats som beslutas av socialtjänsten. Samtidigt finns det ofta ett betydande inslag, och behov, av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringarna. Av denna anledning föreslås att hälso- och sjukvårdens ansvar under placering på HVB förtydligas. Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatserna genomförs inträder ett betalningsansvar för en viss del av kostnaden enligt en schablon.

En fråga är hur ansvaret för psykosociala behandlingsinsatser för det skadliga bruket eller beroendet ska hanteras på HVB. Dessa är närliggande till vissa sociala stödinsatser som syftar till att stärka den enskildes resurser och funktionsförmåga och ges ofta som en integrerad del på HVB. I den föreslagna reformen är dock psykosociala behandlingsinsatser att anse som hälso- och sjukvårdsinsatser och det är regionen som bedömer patientens behov av insatserna och som svarar för att de sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet samt står för kostnaden.

Hela den föreslagna reformen kommer att innebära att heldygnsbehandling av skadligt bruk och beroende oftare kommer att ske inom psykiatrisk slutenvård än det gör i dag. Även förslaget att regioner och kommuner ska vara skyldiga att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet kommer att minska behovet av institutionsvård för vuxna.

Det kommer fortsatt att finnas situationer då vuxna personer med skadligt bruk eller beroende har behov av placering utanför hemmet. Exempelvis kan en HVB-placering vara aktuell under en utslussningsfas från psykiatrisk heldygnsvård. Förutom behovet att fortsätta en behandling för det skadliga bruket eller beroendet och förebygga återfall kan det finnas andra problem som

¹² (2017:30) 8 kap. 12 §

¹³ 6 kap. 1 §

¹⁴ 8 kap. 12 §

¹⁵ 16 kap. 3 §

¹⁶ 2 kap. 8 §

¹⁷ 5 kap. 1 d §

¹⁸ 16 kap. 3 §

personen behöver hjälp med för att kunna tillgodogöra sig behandling. Det kan finnas behov av att i en nykter och drogfri miljö få struktur på tillvaron genom att följa dagliga rutiner, utföra aktiviteter tillsammans med andra, återuppta kontakt med barn och andra närstående, sanera skulder eller att utreda och ordna bostadssituation och sysselsättning.

När det gäller barn och unga blir den gränsdragningen svårare att göra. Regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för behandlingen av skadligt bruk och beroende, samtidigt som socialtjänsten har ett fortsatt uppdrag att bidra till goda uppväxtförhållanden även vad avser skadligt bruk och beroende. Ett av huvudargumenten för ett förändrat huvudmannaskap är en mer sammanhållen vårdkedja. Det innebär att det är önskvärt att även efter utskrivning från slutenvården och vid behov av en HVB-placering sträva efter att hålla ihop vården av det skadliga bruket eller beroendet. Vården bör förläggas och genomföras på sådant sätt att samhörigheten och kontakt med de anhöriga och med hemmiljön främjas.

Det minskade behovet av institutionsvård kommer inte att vara lika tydliga när det gäller unga personer under 21 år eftersom *lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga* (LVU) finns kvar.

I delbetänkandet konstateras att det behövs ett helhetsperspektiv på barnets behov och att socialtjänstens ansvar att verka för goda uppväxtförhållanden även omfattar skadligt bruk och beroende. När barn placeras på HVB eller i andra vårdformer utanför hemmet är det sällan enbart på grund av det psykiatriska tillståndet skadligt bruk eller beroende, utan det sker efter en sammanvägd bedömning av till exempel barnets hemförhållanden, sociala förhållanden i övrigt, skolsituationen och eventuellt skadligt bruk eller beroende.

Utredningen bedömer att det delade ansvaret för vård och stödinsatser vid placering på HVB får konsekvensen att regioner och kommuner antingen behöver bedriva verksamheten gemensamt eller upphandla verksamheter gemensamt. Det gäller särskilt insatser till personer som ges öppen psykiatrisk tvångsvård och insatser till barn och unga.

6.8 Hälso- och sjukvårdens ansvar för personer som omhändertas på grund av berusning ska förtydligas

Förslag:

- Regionernas ansvar för att bereda vård till personer som omhändertas av polisman enligt LOB¹⁹, förtydligas i HSL²⁰. Av LOB²¹, ska det framgå att den omhändertagne ska föras till ett sjukhus eller annan vårdinrättning som kan ge stöd och behandling om inte annat följer av 4 §. Om personen inte kan friges får hen tas i förvar enligt 4 § enbart om det är nödvändigt med hänsyn till ordning och säkerhet eller därför att vård av något annat skäl inte kan beredas på sjukhus eller någon annan vårdinrättning.

Av 1 § LOB, framgår att den som anträffas så berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller annan får omhändertas av polis. Om det behövs med hänsyn till den omhändertagnes tillstånd ska han eller hon så snart det är möjligt undersökas av läkare.

LOB trädde i kraft 1977 och syftet med lagen var att berusade personer som behövde omhändertas skulle beredas vård. Man kan tydligt se av statistik att lagstiftarens intention inte har fått genomslag i praktiken. Utredningen anser att det är klarlagt att vissa personer som

¹⁹ Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.

²⁰ 8 kap. 11 § Hälso- och sjukvårdslagen

²¹ 3 §

omhändertas med stöd av LOB inte får den sjukvård som är avsedd och som de har behov av.

Personer som omhändertas med stöd av LOB befinner sig i en mycket utsatt situation och det kan finnas allvarliga hälsofaror med tillståndet. Det är inte lämpligt att det är polisen som får avgöra när ett tillstånd är så allvarligt att det kräver läkarvård, eftersom myndigheten saknar den medicinska kompetensen för det uppdraget. Tillnyktringsenheter eller andra former för tillnyktring utvecklas inte inom hälso- och sjukvården i den takt som behövs.

Förslaget bedöms kunna få stora konsekvenser för regionerna och regeringen bör därför, med stöd av remissinstansernas synpunkter, ta ställning till om det är möjligt att genomföra förslaget tillsammans med övriga förslag i betänkandet, eller om det i stället ska genomföras senare eller under längre tidsperiod än beräknat för de andra delarna.

7 - Syfte och förutsättningar för slutet och öppen psykiatrisk tvångsvård

7.2 Förutsättningar för tvångsvård

Förslag:

- Förutsättningarna för tvångsvård i LPT²² kompletteras så att tvångsvård även får ges om patienten lider av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Vid bedömningen av vårdbehovet ska det även beaktas om patienten till följd av den psykiska störningen eller det skadliga bruket eller beroendet är farlig för annans personliga säkerhet och/eller fysiska eller psykiska hälsa.

Förslaget innebär att förutsättning för tvångsvård enligt LPT blir att patienten lider av en allvarlig psykisk störning *eller* av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Patientens farlighet ska beaktas vid bedömningen av vårdbehovet vilket gäller både vid allvarlig psykisk störning, som i dag, och vid ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Övriga förutsättningar för tvångsvård förändras inte. Det behövs ingen ny vårdintygsbedömning eller nytt intagningsbeslut om grunden för intagning ändras från allvarlig psykisk störning till allvarligt skadligt bruk eller beroende, eller tvärtom.

Begreppet skadligt bruk och beroende

Förslaget är att skadligt bruk och beroende är ett juridiskt begrepp som innebär att patienten bedöms lida av det psykiatriska tillståndet skadligt bruk eller beroende, samt att tillståndet är av en sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa.

- Med grad avses vilka konsekvenser tillståndet får.
- Med risk för liv eller hälsa menas att tillståndet gör att patienten riskerar att dö eller drabbas av mycket allvarlig somatisk eller psykiatrisk sjukdom.
- Med att risken är påtaglig menas att det är observationer av den enskilde patientens hälsotillstånd, och den medicinska prognos som de föranleder, som visar att risken finns. Risken måste inte vara omedelbar utan det är tillräckligt att risken finns på sikt. Det kan dock inte vara en allt för avlägsen framtid eftersom det ska finnas ett konkret samband mellan patientens hälsotillstånd och risken. Vården av det allvarliga skadliga bruket eller beroendet kan fortgå så länge det finns en konkret återfallsrisk. Risken ska gå att hänföra till patientens individuella hälsotillstånd och vara av sådan karaktär att det återigen föreligger en risk för patientens liv eller hälsa om den realiserar.

Att det ska föreligga ett oundgängligt vårdbehov innebär att det skadliga bruket eller beroendet bara kan behandlas, och att risken för patientens liv och hälsa bara kan undanröjas, genom att

²² 3 §

patienten är intagen på inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. En prövning ska göras av om vårdbehovet kan tillgodoses exempelvis med stöd av socialtjänsten eller av den samordnade vård- och stödverksamheten. Vårdbehovet kan fortsätta att vara oundgängligt även en tid efter att patienten avgiftats och fått abstinensbehandling i syfte att patientens tillstånd ska bli stabilt och för att öka förutsättningarna för att planera och inleda fortsatt behandling och stöd.

Vid bedömningen av vårdbehovet ska det även beaktas om personen kan vara farlig för någon annans personliga säkerhet eller psykiska eller fysiska hälsa.

7.3 Öppen psykiatrisk tvångsvård

I LPT finns idag möjlighet till öppen psykiatrisk tvångsvård till personer som på grund av sin psykiska störning inte kan skrivas ut från tvångsvård men som inte heller behöver vara intagna vid en sjukvårdsinrättning. Det är en öppen vårdform som ger möjlighet till en flexibel utslussning.

7.3.3 Ansökan och beslut

Förslag:

- I en ny bestämmelse i LPT²³ föreslås chefsöverläkaren kunna fatta beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård under de fyra första veckorna av tvångsvården. Om patienten bör ges tvångsvård utöver fyra veckor ska chefsöverläkaren, liksom i dag, ansöka om medgivande till sådan vård, i öppen eller slutna form, och rätten ska föreskriva villkoren²⁴. En erinran om särskilda bestämmelser om ansökan till förvaltningsrätten efter återintagning införs²⁵. En samordnad vårdplan ska upprättas innan beslut om vård i öppen form.

I syfte att bidra till att en patient inte behöver vårdas i den slutna vårdformen längre än vad som är oundgängligt och att i någon mån minska den administrativa bördan för chefsöverläkaren och förvaltningsrätten föreslår utredningen att chefsöverläkaren ska kunna fatta beslut om övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård redan inom ramen för de fyra veckor som tvångsvård kan pågå utan medgivande av domstolen.

Om emellertid tvångsvården ska pågå utöver fyra veckor ska ansökan till förvaltningsrätten ske på samma sätt som i dag antingen det handlar om öppen eller slutna psykiatrisk tvångsvård.

En samordnad vårdplan ska upprättas i de fall chefsöverläkaren beslutar om öppen psykiatrisk tvångsvård inom ramen för de fyra veckor som tvångsvård kan pågå utan medgivande av domstol.

7.3.4 Samordnad vårdplan

Förslag:

- LPT²⁶ kompletteras med att det är chefsöverläkaren som ska kalla till samordnad vårdplanering samt att vårdplanen ska innehålla en bedömning av om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Det förtydligas också, så att det blir entydigt, att en samordnad vårdplan alltid ska bifogas

²³ 6 c § Lagen och psykiatrisk tvångsvård

²⁴ 7 § första stycket Lagen och psykiatrisk tvångsvård

²⁵ 7 § Lagen och psykiatrisk tvångsvård

²⁶ 7 a § Lagen och psykiatrisk tvångsvård

en ansökan till förvaltningsrätten om medgivande till öppen psykiatrisk tvångsvård. Vidare förtydligas att vårdplanen anses upprättad när den har justerats av de enheter som ska svara för insatserna.

I fråga om den öppna vårdformen gör sig behovet av en gemensam vårdplanering mellan region och kommun särskilt gällande. Det är en förutsättning för vårdformen att både regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst medverkar aktivt och ger nödvändiga vård-, stöd- och servicetjänster när de behövs. Utan en grundligt genomförd planering av insatserna finns det inte förutsättningar för att på ett framgångsrikt sätt bedriva tvångsvård utanför sjukvårdsinrättningen.

En samordnad vårdplan ska innehålla uppgifter om *det bedömda behovet* av insatser från regionens hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, *beslut* om insatser och, så långt möjligt, *patientens inställning* till insatserna i vårdplanen, *vilken enhet* vid regionen eller kommunen som ansvarar för respektive insats, och eventuella åtgärder som vidtas av *andra* än regionen och kommunen.

Det framgår inte tydligt av gällande LPT vem som ska kalla till vårdplaneringen eller vem som ska justera vårdplanen. För att undvika oklarheter i frågorna föreslås förtydligande i lagstiftningen att ansvaret ligger hos chefsöverläkare.

Den samordnade vård- och stödverksamheten som utredningen föreslår, kommer vara viktig för många patienter som vårdas enligt LPT och LRV. Därför kompletteras LPT så att det framgår att chefsöverläkare inom ramen för vårdplanen ska överväga om patienten tillhör målgruppen för verksamheten.

Utifrån tolkning av förarbeten till LPT har lagstiftaren förutsatt att en samordnad vårdplan *ska* upprättas. Finns inte behov av insatser från till exempel socialtjänsten eller om patienten inte önskar sådana insatser, ska det framgå i planen.

7.3.5 De särskilda villkoren

Förslag:

- En ny bestämmelse införs i LPT²⁷ att det är chefsöverläkaren som ska föreskriva de särskilda villkoren²⁸ då chefsöverläkaren beslutar om öppen psykiatrisk tvångsvård. LPT kompletteras med att villkoren även kan avse en skyldighet att underkasta sig provtagning.

Öppen psykiatrisk tvångsvård förutsätter att en patient är i behov av att iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Villkoren kan exempelvis avse vård, boende eller deltagande i behandling vid ett skadligt bruk eller beroende. Villkoren regleras i dag i LPT²⁹ och LRV³⁰. De villkor som lagstiftningen redan i dag ger utrymme för är i princip tillräckliga även i fråga om personer med skadligt bruk eller beroende. Dock föreslås en komplettering med att villkoren även kan avse en skyldighet att underkasta sig provtagning för att påvisa alkohol- och drogfrihet.

²⁷ i ett nytt andra stycke i 26 § Lagen om psykiatrisk tvångsvård

²⁸ enligt 3 § första stycket 2 Lagen om psykiatrisk tvångsvård

²⁹ 26 §

³⁰ 12 a och 16 a §§

7.3.6 Återintagning

Förslag:

- Chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård, om patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att behovet av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen.
Om chefsöverläkaren anser att den slutna psykiatriska vården bör fortsätta ska, utom i fall som avses i den föreslagna 6 c §, ansökan göras hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sluten vård senast fyra dagar från dagen för beslutet.

Förslaget innebär att det alltid är chefsöverläkaren som ska besluta om återintagning till sluten psykiatrisk vård. Nuvarande huvudregel, att det är förvaltningsrätten som beslutar om återgång, föreslås upphöra. Chefsöverläkaren har redan i dag befogenhet att besluta om sluten psykiatrisk tvångsvård och den vården kan pågå i fyra veckor utan domstolsprövning, såvida patienten inte överklagar. Det förefaller därför naturligt att om chefsöverläkaren bedömer att patienten åter är i behov av sluten psykiatrisk tvångsvård i enlighet med förutsättningarna LPT.

Anser chefsöverläkaren att den slutna vården bör fortsätta ska, liksom enligt nu gällande bestämmelser, ansökan göras hos förvaltningsrätten inom fyra dagar från dagen för beslutet. Ansökan till förvaltningsrätten inom fyra dagar ska inte gälla i de fall då chefsöverläkaren beslutat om öppen psykiatrisk tvångsvård inom de fyra veckor som tvångsvård kan pågå utan medgivande av domstolen.

Förslag avser förenkla återintagningsmöjligheterna. Samtidigt är det till gagn för rättssäkerheten – jämfört med regelverket i LVM – att det är reglerat under vilka omständigheter återintagning får ske. Dessutom kan patienten överklaga såväl chefsöverläkarens som förvaltningsrättens beslut om återintagning.

8 - Tvångsvård som en del av sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

8.2 Anmälningsskyldighet för socialtjänsten

Förslag:

- I SoL³¹ införs en ny bestämmelse att socialnämnden är skyldig att anmäla till regionens hälso- och sjukvård om de får kännedom om en person där det finns skäligen anledning att anta att det finns ett behov av sluten psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att frivilligt söka sådan vård. Socialnämnden är skyldig att lämna regionen alla uppgifter som kan vara av betydelse för att en läkare ska kunna göra en bedömning av den inkomna anmälan.
I LPT införs en ny paragraf³² som erinrar om socialnämndens anmälningsskyldighet och som ålägger regionen att säkerställa att det finns rutiner för ta emot och bedöma anmälningarna samt hur nämnden kommer i kontakt med regionen.
Lagen³³ ändras så att polisens möjlighet att omhänderta en person och föra denne till en sjukvårdsinrättning även gäller personer med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende.

Enligt gällande lagstiftning LVM är myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i

³¹ 2 kap. 9 § Socialtjänstlagen

³² 1 b §

³³ 47 § LPT

kontakt med missbrukare skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av tvångsvård enligt den lagen. Eftersom utredningen föreslår att LVM upphör och att regionerna ska ansvara för tvångsvård av skadligt bruk eller beroende, har ett övervägande gjorts om att motsvarande bestämmelse ska finnas i LPT. Utredningen har kommit fram till att en anmälningsskyldighet framför allt är aktuellt för socialtjänsten som i sin dagliga verksamhet kommer i kontakt med personer som kan vara i behov av sluten psykiatrisk vård.

Socialtjänsten kommer regelbundet i kontakt med personer med skadligt bruk eller beroende i sin kärnverksamhet och det behöver därför finnas ett regelverk för hur och när en anmälan ska ske och hur den ska hanteras av mottagaren.

Reglerna i LPT gäller alla åldrar, även den anmälningsskyldighet gällande skadligt bruk och beroende som utredningen föreslår. Dock görs bedömningen att anmälningsskyldigheten mer sällan kommer att aktualiseras när det gäller barn i utredningsskedet. Detta beror på att befintliga bestämmelser i SoL i de flesta fall kommer att vara tillräckliga för att ge barn skydd eller vård. För barn som har insatser från socialtjänsten kan anmälan bli aktuell om barnet eller vårdnadshavaren motsätter sig.

8.3 En ändamålsenlig planering

När en person tagits in för psykiatrisk tvångsvård är det första steget att skapa en fungerande relation och få en bild av patientens behov och hur han eller hon själv uppfattar sin situation. Vårdplaneringen är ett viktigt instrument för den processen.

8.3.1 Innehållet i vårdplaneringen ska förtydligas

Förslag:

- Bestämmelserna i LPT³⁴ kompletteras med att även de utredningsåtgärder som behövs ska framgå av planen och att patienten ska få information om vilka behandlings- och utredningsåtgärderna är och vad de ska syfta till. Bestämmelsen ska också gälla vård enligt LRV.

Skälet till förslaget är att forskning visar att tvångsvård förefaller få bättre effekt om den utgår från en tydlig utredning. Vårdplanerna ska inte bara innehålla behandlingsåtgärder utan även utredningsåtgärder som behövs. Det kan vara neuropsykiatrisk utredning, en utredning om patienten har någon annan funktionsnedsättning men även behov av utredningar som utförs av socialtjänsten avseende patientens sociala situation som boendesituation, sysselsättning och kartläggning av nätverk.

En tydlig planeringsprocess där patienten deltar och som leder till en plan där det framgår vilka insatser som kommer att ges, kan stärka förutsättningarna för delaktighet och patientens känsla av sammanhang.

8.3.2 Patientens mål ska framgå av vårdplaneringen

Förslag:

- I LPT³⁵ anges att patientens mål med vården så långt det är möjligt ska framgå av planen. Det ska även framgå av planen hur målen ska följas upp och vem som ansvarar för att det

³⁴ 16 §

³⁵ 7 a § och 16 §

blir gjort. Bestämmelserna gäller även LRV.

Det finns flera argument för förslaget. Ett är att det är en viktig utgångspunkt för planeringen vad *patienten* vill ha hjälp med och att det i många fall kan ligga till grund för vilka insatser som ges och hur. Men även när patienten har mål som hälso- och sjukvården inte kan stödja kan det vara väsentligt att de dokumenteras eftersom det ger en bild av meningsskiljaktigheterna mellan hälso- och sjukvården och patienten och varför patienten inte samtycker till vissa insatser.

8.3.3 Målgruppstillhörighet för den samordnade vård- och stödverksamheten ska alltid övervägas

Förslag:

- I LPT³⁶ och LRV³⁷ regleras att det vid tvångsvård ska övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för den verksamhet som regleras i den föreslagna lagen om samordnad vård- och stödverksamhet. Detta ska ske vid vårdplanering och inför utskrivning.

I första delbetänkandet har utredningen föreslagit att regioner och kommuner ska bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet. Målgruppen för verksamheten är personer som har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagares individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarens hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

Personer som tvångsvårdas tillhör i många fall verksamhetens målgrupp och att det i samband med vårdplaneringen och inför utskrivning därför ska övervägas om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Den enskilde blir dock inte deltagare mot sin vilja.

8.5 Den samordnade planeringen ska förbättras

Vården av personer med skadligt bruk eller beroende kommer i högre grad att bedrivas i öppen vård, frivilligt eller med stöd av regler om öppen psykiatrisk tvångsvård. Därför måste det finnas en sammanhållen och likvärdig process för planeringen. Syftet är att patienten ska få den vård och det stöd hen behöver utifrån sina mål, behov, resurser, professionens bedömningar, sociala nätverk och andra sammanhang. I dag finns brister när det gäller samordnad planering och utslussning från psykiatrisk tvångsvård.

Förslag:

- I samverkanslagen³⁸ införs en ny bestämmelse som innebär att för en patient som vårdas enligt LPT eller LRV ska en kallelse till en samordnad individuell planering skickas snarast efter det att en enhet i den regionfinansierade öppna vården tagit emot inskrivningsmeddelandet och en fast vårdkontakt utsetts eller, så snart ett behov av insatser från region och kommun har identifierats. Det införs också en ny bestämmelse att kommunen är skyldig att delta i en sådan planering som den fasta vårdkontakten eller chefsöverläkaren kallar till när det gäller

³⁶ 16 och 27 §§

³⁷ i 13 §, i ett nytt tredje stycke, och 16 § i ett nytt fjärde stycke

³⁸ 4 kap. 3 § tredje stycket

personer som vårdas enligt LPT eller LRV³⁹.

Planeringen inför utskrivning från LPT och LRV ska starta tidigare och förslaget innebär att kommunen kommer in i planeringsprocessen tidigare än idag. Förslaget innebär också att kommunen är skyldig att delta i sådan planering vilket motiveras av viken av att en planering inte bromsas upp av att kommunen inte deltar i planeringen eller väljer att komma in ett senare skede.

Förslag:

- Socialstyrelsen får i uppdrag att stödja samordnad individuell planering inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård.

En fungerande planeringsprocess är avgörande för att utredningens förslag ska få önskad effekt. Därför ska Socialstyrelsen få ett särskilt uppdrag att stödja processen för individuell planering. De överenskommelser som regioner och kommuner, enligt nuvarande lagstiftning, ska ingå kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende ska innehålla former och rutiner för planeringen vid utskrivning.

8.5.3 Sociala stödinsatser med fokus på långsiktigt boende och sysselsättning

Förslag:

- Socialstyrelsen får, i samverkan med Boverket och i samråd med SKR, i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla metoder och nya boendeformer inklusive boendestöd.

Förslag:

- Socialstyrelsen får, i samverkan med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen och i samråd med SKR, i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för sysselsättning som ger möjlighet till ett självständigt liv.

Förslag:

- Statsbidraget för juridiska personer som tillhandahåller sysselsättning ökas med 20 miljoner.

Reformen innebär bland annat att socialnämnden aktivt ska arbeta för att personer som vårdats enligt LPT eller LRV inför utskrivningen får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Förslagen bedöms leda till att regionen ökar sitt utbud av öppenvårdsbehandling och att kommunerna fokuserar på de sociala stödinsatserna på den ort där den enskilde är bosatt.

Det förändrar delvis förutsättningarna för utformningen av boendeinsatser och sysselsättning då avbrottet för en tvångsvårdsperiod inte kommer bli lika långt. Då vårdtiderna, enligt utredningens bedömning, minskar så kommer socialtjänstens insatser inte att avslutas utan ansvaret för socialnämnden att tillhandahålla de sociala stödinsatserna kvarstår under slutenvården, likt exempelvis en äldre person som bor på särskilt boende men som under en period ligger på sjukhus.

Utredningen gör bedömningen att socialtjänsten i högre grad behöver använda sig av metoder

³⁹ i 4 kap. 3 § fjärde stycket samverkanslagen

som har evidens för boende och sysselsättning såsom bostad först, vårdkedjemodellen eller IPS och utveckla sitt arbete med boendeformer och former för sysselsättning som fungerar för målgruppen.

Socialtjänsten behöver också utveckla nya boendeformer, komplettera befintliga boendeformer och utveckla arbetssätt så att dessa fungerar för gruppen med skadligt bruk eller beroende. Kommunens utvecklingsarbete kan till exempel omfatta åtgärder för att personer med skadligt bruk eller beroende kan få sina behov tillgodosedda på boenden med särskild service enligt SoL, gruppboendestäder enligt LSS eller på särskilda boenden. Socialstyrelsen föreslås, i samverkan med Boverket och i samråd med SKR, få uppdrag att stödja kommuners arbete med detta.

Planeringen inför en utskrivning från tvångsvård behöver också omfatta hur personens vardag ska se ut inklusive sysselsättning och försörjning. I första delbetänkandet beskrivs närmare de olika metoder och modeller som finns för att arbeta med sysselsättning med den här målgruppen till exempel IPS. Socialstyrelsen föreslås i samverkan med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen och SKR, få i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för sysselsättning som ger möjlighet till ett självständigt liv. Det kan bland annat innebära att de gemensamt belyser hur offentligt skyddade anställningar kan byggas ut och förstärkas för gruppen.

Även civilsamhället har en avgörande roll när det gäller sysselsättning för den här målgruppen. Därför föreslås statsbidraget för juridiska personer som tillhandahåller sysselsättning öka.

10 - Konsekvenser

Konsekvenserna i detta betänkande ska läsas tillsammans med konsekvensbeskrivningarna i delbetänkandet. I delbetänkandet konstateras att förslaget innebär minskade kostnader för kommunen. Det är svårt att föreslå en justering av stadsbidrag till kommuner och regioner då siffrorna är osäkra och det finns stora skillnader i kostnadsfördelning över landet. Utredningen bedömer att en skatteväxling som förhandlas och beslutas på lokal nivå ger bäst förutsättningar för att överföringen från kommun till region ska motsvara de faktiska kostnaderna. Nackdelen med en skatteväxling är att det är en administrativt betungande process. Ytterst är det en fråga för regeringen, regionerna och kommunerna att komma överens om med vilken metod överföringen ska ske.

10.2 Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet och deras anhöriga

Utredningens förslag får huvudsakligen positiva konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet och deras anhöriga. Genomförs bara vissa av förslagen nedan behöver en ny konsekvensbedömning göras inom ramen för den fortsatta beredningen

Konsekvensbeskrivningen utgår ifrån att:

- förtydligandet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar, regleringen i hälso- och sjukvårdslagen att behandling av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd
- införandet av lag om samordnad vård- och stödverksamhet genomförs

Vilka konsekvenser förslagen får påverkas även av hur regering, regioner och kommuner väljer att fördela resurser till området. Det samhällsekonomiska läget och de utmaningar som huvudmännen, exempelvis när det gäller kompetensförsörjningen, redan innan står inför kan

påverka hur målgruppen prioriteras framöver.

Konsekvenser för anhöriga

En risk med det förändrade tvångsvårdssystemet att regionen blir ansvarig för vård utan samtycke för personer med skadligt bruk och beroende är att anhöriga får ta större ansvar, när vårdtiderna kortas och färre kommer vistas i heldygnshandtagande på HVB. Utredningen trycker på att socialtjänsten och hälso- och sjukvården har en viktig roll att ge stöd till anhöriga och detta behöver förtydligas.

En sammanhållen vårdkedja med tydligt ansvar för planering och samverkan, kan leda till att anhöriga i lägre utsträckning själva behöver hålla ihop och planera vården. Omvänt kan fortsatta brister och svårigheter som uppstår på grund av nya gränsdragningar få negativa konsekvenser för närstående.

Konsekvenser för barn som blir föremål för tvångsvård och barn som anhöriga

Sammantaget bedöms förslaget om förändrade förutsättningar för tvångsvård främst vara positiva för barn eftersom tillgången till samordnad behandling ökar. Att bli föremål för tvångsvård är ingripande i den enskildes rättsfär och har stora konsekvenser för enskilda barn. Förslag innebär dock inte att detta kommer att ske i väsentligt större utsträckning än i dag, utan att det främst handlar om barn som redan i dag vårdas enligt LVU eller LPT.

Förtydligandet av socialtjänstens stöd till anhöriga som föreslås i första delbetänkandet gäller även barn. Även den föreslagna vård- och stödverksamheten ska arbeta med deltagarnas nätverk när det är lämpligt. Det kan också vara till nytta för barnen att föräldern har en utpekad vård- och stödsamordnare som kan stötta familjen under den period som behövs.

Flera av förslagen syftar till att skapa en mer sammanhållen vårdkedja. En sammanhållen vårdkedja med adekvata behandlings- och stödinsatser kan leda till bättre återhämtning hos patienterna, vilket även innebär positiva effekter för anhöriga och kanske särskilt för barn som anhöriga.

10.3 Konsekvenser för patienter som vårdas enligt LPT i dag

Förslagen som syftar till att förbättra förutsättningarna för personer som vårdas enligt LPT ska gälla alla patienter och leder därför till positiva effekter för patienter som redan i nuläget är patientgrupper inom LPT. En ny patientgrupp kan dock medföra undanträngningseffekter ifall inte andelen vårdplatser i sluten och öppenvård ökar i motsvarande grad.

10.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget om att regionerna, i stället för Statens institutionsstyrelse (SiS), ska bedriva tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende innebär en utvidgning av den kommunala kompetensen eftersom det innebär att ett åtagande överförs från stat till region. Det innebär att förslaget har konsekvenser för det kommunala självstyret. Konsekvenserna bedöms dock vara proportionerliga i förhållande till sitt syfte.

Flera förslag som innebär förtydligande av ansvar bedöms inte innebära ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Det gäller till exempel förslagen om regionens ansvar för

omhändertagna personer enligt LOB, regioners ansvar för personer som vårdas utanför det egna hemmet och kommuners ansvar att aktivt arbeta för boende och sysselsättning för personer som skrivs ut från LPT.

Förslaget om en trygg och meningsfull heldygnsvård påverkar den kommunala självstyrelsen i mindre grad men bedöms leda till positiva konsekvenser för både verksamhet, personal och patienter, vilket motiverar ingreppet i självstyrelsen. Ytterligare några förslag som rör ökade krav på samverkan och vårdplanering påverkar endast i liten utsträckning den kommunala självstyrelsen för regioner och kommuner.

10.6 Konsekvenser för brottsligheten och brottsförebyggande arbete

Förslagen kan få begränsade effekter på brottsligheten. Om syftet med förslagen uppnås kan brottsligheten minska eftersom tillgången till vård för personer med skadligt bruk eller beroende ökar. Dock kan kortare vårdtider och vård i öppnare former på kort sikt öka risken för framför allt narkotikabrott. På längre sikt ser utredningen ingen ökad risk för brottslighet och flera av förslagen kan på sikt tvärt om leda till minskad brottslighet.

10.7 Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration

Förslagen bedöms ha viss positiv inverkan på de integrationspolitiska målen. Förslagen kan ha en mindre negativ inverkan på de jämlikhetspolitiska målen genom att vården ska bedrivas av 21 huvudmän i stället för en huvudman som i dag.

Förslagen kan riskera att leda till en ökad utsatthet för kvinnor, eftersom män och kvinnor i högre grad kommer vårdas gemensamt i det system som föreslås men detta kan motverkas genom att regionerna gör systematiska och individuella riskbedömningar. Adekvata insatser för att motverka kvinnors utsatthet behöver ske innan, under och efter tvångsvård. Utredningen bedömer sammanfattningsvis att riskerna ovan är små och motverkas av att regionerna har bättre förutsättningar att bedriva en mer flexibel och personcentrerad vård.

10.12 Kostnader, intäkter och övriga konsekvenser för kommunerna

Kommunerna får minskade kostnader för LVM utifrån förslagen. Beräkning görs utifrån att socialnämndens ansvar för tvångsvård försvinner, vilket inkluderar avgifter till SiS samt handläggning och uppföljning avseende tvångsvård för skadligt bruk och beroende. Medlen ska omfördelas till regionerna för kostnader för psykiatrisk tvångsvård vid allvarligt skadligt bruk och beroende.

Utredningen lyfter även att kommunerna kan få minskade kostnader för HVB-placeringar, eftersom mer av vården kommer att ske inom regionen eller i öppna insatser i personens närmiljö. Det går inte att bedöma hur mycket placeringarna kommer att minska. Däremot kommer kommunerna med säkerhet att få minskade kostnader för HVB under § 27 placeringar⁴⁰. Dessa medel ska dock inte omfördelas mellan huvudmännen och inte heller ge minskade stadsbidrag till kommunerna då det inte med säkerhet går att säga i vilken utsträckning kostnaderna minskar. Medlen ska kommunerna använda till att hitta lösningar och utveckla

⁴⁰ En intagen i tvångsvård enligt LVM ska så snart det är möjligt placeras utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Socialnämnden ansvarar för det.

metoder för boende och sysselsättning i personens närmiljö och utveckla andra frivilliga insatser för målgruppen.

Kommunerna får del av de medel som förslås till de nya vård- och stödverksamheterna. Utredningen bedömer att kommunerna behöver utveckla arbetssätt för socialtjänstens arbete med boende och sysselsättning för målgruppen och avser ge Socialstyrelsen i uppdrag att stödja kommunerna.

10.12.2 Övriga konsekvenser för kommunerna

Kommunerna får delvis ett förändrat behov av kompetens då handläggningen av LVM och behandlingsansvaret för skadligt bruk och beroende försvinner. Dock kommer målgruppen fortsatt att behöva insatser från socialtjänsten och kompetens kring skadligt bruk och beroende kommer även fortsättningsvis att behövas.

Socialnämnden kan behöva utveckla nya boendeinsatser, sysselsättningsformer och andra typer av insatser för att fullgöra sitt ansvar utifrån förslaget att socialtjänsten aktivt ska arbeta för att en patient som vårdats enligt LPT och LRV efter vårdtiden får bostad, sysselsättning, arbete, eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv.

När socialtjänsten i dag jobbar med familjer där det förekommer skadligt bruk eller beroende finns möjligheten att samlat jobba med behandling för det skadliga bruket och beroendet, föräldrastöd, vård och umgängesfrågor och så vidare. När ansvaret för vård och behandling i stället blir en fråga för hälso- och sjukvården kommer socialtjänsten i de här fallen behöva utveckla en samverkan med regionen.

Antalet vårdtillfällen i psykiatrisk heldygnsvård kan komma att öka samtidigt som vårdtiderna jämfört med LVM minskar. Det kan innebära att kommunen oftare kommer att kallas till SIP då fler utskrivningar görs från LPT än LVM. Kortare vårdtider i tvångsvård för skadligt bruk eller beroende kommer innebära att socialnämnden har mindre tid att planera inför utskrivning i de fall en patient behöver nya sociala stödinsatser från kommunen. Utredningen räknar dock inte med någon ökning av kommunens ersättningar till regionerna för utskrivningsklara patienter som ligger kvar på sjukhus. De regler och arbetssätt som enligt förslaget ska utvecklas kommer på sikt att ge kommunerna bättre förutsättningar att erbjuda stöd till personer som skrivs ut från sjukhus.

Kommunerna kommer enligt bedömning i högre grad behöva göra gemensamma upphandlingar med regionen och bedriva gemensamma HVB tillsammans med kommunen.

11 - Utgångspunkter för reformens genomförande

Reformen ska genomföras utifrån följande utgångspunkter:

1. Patient, brukar och anhörigperspektivet ska fortsätta vara vägledande för genomförandet.
2. Tidigare och pågående utvecklingsarbeten ska tas tillvara.
3. Reformen ska genomföras både när det gäller huvudmannaskap och gemensam samordning.
4. Andra utvecklingsprocesser inom välfärden ska beaktas.
5. Reformen ska genomföras som ett långsiktigt utvecklingsarbete.

Två stora reformer pågår på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Den ena är

omställningen till en god och nära vård som bygger på de förslag som lämnats i flera betänkanden av utredningen om en god och nära vård. Den andra är utvecklingen av en förebyggande och tillgänglig socialtjänst som bygger på betänkandet från utredningen om framtidens socialtjänst⁴¹. Dessa två processer bör genomföras samordnat och integrerat med denna reform.

12 - Ikraftträdande och stegvis genomförande

12.1 Ikraftträdande

Förslag:

Förslagen på lagändringar i delbetänkandet SOU 2021:93 och i detta betänkande föreslås att träda i kraft den 1 januari 2026.

Reformen ska genomföras under en femårsperiod och förslaget bygger på att det ska vara två år mellan riksdagsbeslut och ikraftträdande.

12.2 Tidsplan, stödfunktion, stimulansmedel och resursöverföringar

Förslaget innebär att det ska utgå stimulansmedel på 200 miljoner kronor per år under år 1–3 och 300 miljoner per år under år 4 och 5 för att utveckla, inrätta och bedriva de samordnade vård- och stödverksamheterna. Från och med år 6 ska staten permanent finansiera de samordnade vård- och stödverksamheterna genom en förstärkning av de generella statsbidragen.

I det första delbetänkandet föreslås att medel förs över från kommuner till regionerna med anledning av att regionerna ska svara för all behandling av skadligt bruk eller beroende. Tre alternativ för att beräkna kostnaderna redovisas i spannet mellan knappt 800 miljoner kronor och drygt 1 300 miljoner kronor. I det här betänkandet föreslås att ytterligare 633 miljoner kronor ska föras över från kommunerna och staten till regionerna med anledning av det ökade behovet av heldygnsvård samt för finansiering av vård för personer omhändertagits enligt LOB.

Vidare föreslås att kommunerna ska behålla de medel som frigörs på grund av minskade kostnader som följer av att placering inte längre ska ske enligt 27 § LVM. Dessa kan användas till insatser på boendeområdet.

12.3 Utredare tillsätts för avvecklingen av LVM-vården inom SiS

Förslag:

En särskild utredare tillsätts för att avveckla den tvångsvård inom SiS som bedrivs enligt LVM. Avvecklingen ska påbörjas 2024 och färdigställas under 2026.

12.4 Uppdrag till Socialstyrelsen och andra myndigheter

Förslag:

Socialstyrelsen får följande uppdrag för att stödja reformens genomförande:

- Att öka kunskapen om och förbättra uppföljningen av LARO (delbetänkandet)
- Att stödja samordnad individuell planering inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård (slutbetänkandet).
- Att i samverkan med Boverket och i samråd med SKR, att stödja kommunernas arbete med att utveckla metoder och nya boendeformer. (slutbetänkandet).
- Att Socialstyrelsen, i samverkan med Försäkringskassa och Arbetsförmedlingen och i samråd med SKR, får i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för

⁴¹ Hållbar socialtjänst – en ny socialtjänstlag (SOU 2020:47).

sysselsättning som ger möjlighet för ett självständigt liv (slutbetänkandet)

Dessutom föreslås följande uppdrag till övriga myndigheter:

- Lämplig myndighet får i uppdrag att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder som tagits fram tillsammans med personer samsjuklighet (delbetänkandet).
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att följa reformen (delbetänkandet)
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att initiera en vetenskaplig utvärdering av de samordnade vård- och stödverksamheterna (delbetänkandet)
- Folkhälsomyndigheten ansvarar för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för att minska stigmatisering av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Delar av uppdraget ska ske tillsammans med Socialstyrelsen (delbetänkandet)

12.5 Stegvis genomförande

Förslag:

Reformen ska genomföras stegvis under femårsperioden.

Förändringarna i lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. föreslås genomföras under en fyraårsperiod räknat från ikraftträdandeår. Utgångspunkten är att detta förslag genomförs som en del av hela reformen men regeringen bör ställning till om det är möjligt att genomföra förslaget tillsammans med övriga förslag, eller om det i stället ska genomföras senare eller under längre tidsperiod.

Förvaltningens överväganden

Utredningen är det andra och slutliga betänkandet i den så kallade samsjuklighetsutredningen. Förslagen i utredningen ingår som en del av hela reformen för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Arbetsmarknads- och socialförvaltningen välkomnar reformen som helhet. Reformen kommer innebära stora förändringar gällande socialtjänstens uppdrag och kommer påtagligt att påverka nämndens verksamheter och brukare.

Reformen innebär att socialtjänsten fräntas uppdrag att tillhandahålla behandling för skadligt bruk och beroende. Samtidigt får socialtjänsten ett större och förtydligat uppdrag att erbjuda insatser med fokus att främja social och ekonomisk trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, aktivt deltagande i samhällslivet samt att frigöra och utveckla resurser och funktionsförmåga. Socialtjänsten kommer att ha samma ansvar för likartat stöd och insatser till *alla* personer som *möter betydande svårigheter i sin livsföring* oavsett om orsaken kan härledas till fysiska, psykiska (inkl. skadligt bruk och beroende) eller andra skäl eller en kombination av dem. Det kan handla om insatser som gäller arbete, sysselsättning och boende men också stöd till en strukturerad vardag och utveckling av funktioner som personen tycker är viktig för att kunna få ökad kontroll över sin livssituation.

Det finns anledning för de tre socialnämnderna i Malmö stad att börja reflektera och förbereda inför den förändring som ett beslut av den föreslagna reformen skulle innebära. För att säkerställa ett likvärdigt stöd till alla malmöbor och optimera kommunens resurser behövs en översyn av förvaltningarnas organisering och ansvarsfördelning utifrån de tre socialnämndernas reglementen.

Oaktat om förslagen i utredningen leder till beslut om ändringar av huvudmannaskap för behandling av skadligt bruk och beroende så pekar utredningen ut en rad brister i huvudmännens nuvarande stöd till målgruppen som kommun och region behöver adressera.

Slutbetänkandet upplevs i likhet med delbetänkandet mycket genomarbetat och det är särskilt positivt att brukare och anhöriga aktivt deltagit i framtagandet av förslagen. Arbetsmarknads- och socialförvaltningen har i september 2022, genom en förvaltningsremiss, lämnat ett yttrande till Regeringskansliet med synpunkter på en promemoria som redovisar preliminära iakttagelser som utredningen hade gjort inledningsvis.

Nedan följer förvaltningens synpunkter kring de förslag i slutbetänkandet där det finns behov av att problematisera eller efterfråga fördjupade resonemang. De förslag som förvaltningen ställer sig positiv till kommenteras bara om det finns skäl att lyfta fram några särskilda aspekter eller att särskilt understryka en positiv betydelse av förslaget. Redogörelsen följer betänkandets struktur och rubriker.

6 - Ansvar och huvudmannaskap

6.1 Regionen ansvarar för vård och behandling utan samtycke vid skadligt bruk och beroende

Förvaltningen är positiv till förslaget att regionen ska ha det övergripande ansvaret för hela vårdprocessen vid behandling för skadligt bruk och beroende, inklusive tvångsvården. Förslaget går i linje med hela reformens grundtanke. Förvaltningen delar de erfarenheterna som utredningen lyfter fram, att personer som tvångsvårdas enligt LVM ofta inte får sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda, varken under tvångsvården eller före eller efter tvångsvårdstillfället.

6.2 All sluten tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ges på sjukvårdsinrättning som drivs av en region

Förslaget innebär att tvångsvården alltid ska inledas på sjukhus, men att innehållet i vården, vårdtiden och var vården ska bedrivas i större utsträckning ska utgå från en individuell planering. Möjligheten att individanpassa tvångsvården är mycket bra. För socialtjänsten kommer det att innebära en omställning när vårdtiderna i ineliggande vård blir kortare och socialtjänsten har kortare tid att utreda och tillhandahålla de insatser som behövs för utskrivningsklara patienter. Det innebär också att socialtjänsten behöver ha lämpliga insatser och boendalternativ eller institutioner för att möjliggöra en öppen psykiatrisk tvångsvård för personer med skadligt bruk och beroende eller samsjuklighet.

Förvaltningen ser stora fördelar med att tvångsvården, precis som annan vård för personer med skadligt bruk och beroende, kommer att samlas inom psykiatri och innehålla både kvalificerad vård för beroendesjukdomen och annan specialiserad psykiatrisk vård. Förvaltningen möter många brukare genom LVM-utredning eller insatser vid LVM som har omfattande behov av somatisk och psykiatrisk vård. Förvaltningens erfarenhet stämmer väl med utrednings slutsatser att två tredjedelar av personer som vårdas enligt LVM har tidigare erfarenhet av frivillig psykiatrisk vård eller psykiatrisk tvångsvård samt ofta även en omfattande somatisk ohälsa.

Det finns en farhåga att den behandling som ges av hälso- och sjukvården inom ramen för LPT blir för inriktad på läkemedel. Förvaltningen vill understryka vikten av att det tydligt framgår att

med behandling avses även psykosociala behandlingar som beskrivs i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende⁴² utöver läkemedelsbehandling och psykologiska behandlingar.

6.4 Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning

Förvaltningen välkomnar förslaget om ett förtydligt ansvar för socialtjänstens att aktivt arbeta för att en patient som vårdats enligt LPT eller LRV, vid öppen psykiatrisk tvångsvård, öppen rättspsykiatrisk vård och efter tvångsvårdens upphörande får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. På detta sätt likställs rättigheterna för alla personer som tvångsvårdas oavsett vilket symptom som föranleder beslut om tvångsvård. En stor andel har dessutom en samsjuklighet och behöver samordnat stöd vid utskrivning.

Det är positivt att begreppet sysselsättning lyfts fram som insats till målgruppen skadligt bruk och beroende och samsjuklighet. Det blir ett tydligt ansvar för socialtjänsten som komplement till socialtjänstens självförsörjningsuppdrag. Sysselsättning har flera olika mål och syften eller fokus som inte är direkt kopplade till självförsörjning som till exempel bibehålla nykterhet, hitta nya relationer, möjligheten att kunna delta i en gemenskap och upprätthålla fungerande nätverk, sysselsättning/aktiviteter.

Ansvar för personer med samsjuklighet är i Malmö stad överlappande mellan Arbetsmarknads- och socialförvaltningen och Funktionsstödsförvaltningen (FSF). Det beror på att personer med samsjuklighet per definition tillhör två målgrupper i socialtjänstlagen samtidigt, personer med psykisk funktionsnedsättning⁴³ och personer med missbruk. Nämndernas ansvar är i reglementena uppdelade efter målgrupperna i socialtjänstlagen.

De insatser och boendelösningar som respektive förvaltning utformar utgår inte från de specifika behov som målgruppen med samsjuklighet har. Förvaltningarna samverkar i enskilda ärenden och då kan olika insatser kombineras i försök att tillgodose målgruppens behov. Resultatet blir att insatserna inte fullt ut matchar behoven eftersom de är utformade efter respektive förvaltnings målgrupper. I de ärenden förvaltningarna kommer överens om ett gemensamt ansvar för insatser finns målgruppsanpassade insatser att köpa i extern regi. Hemmaplanslösningar finns inte då ingen av förvaltningarna har ett tydligt ansvar med tillhörande budget för att utforma insatser till personer med samsjuklighet.

Det behövs ett tydligt ansvar med tillhörande budget för målgruppen samsjuklighet i Malmö stad för att möta hela den reform som samsjuklighetsutredningen föreslår. Staden behöver säkerställa en utveckling mot målgruppsanpassade insatser för personer med samsjuklighet. Det inkluderar insatser i form av långsiktiga stabila lösningar för stöd, vård, boende, sysselsättning och försörjning vid utskrivning från tvångsvård eller annan heldygnsvård. Insatserna behövs även för att förebygga tvångsvård. Detta har tidigare lyfts i nämndens yttrande till kommunstyrelsen gällande det första delbetänkandet i samsjuklighetsutredningen.

I slutbetänkandet pekar utredningen också på att det kommer att ställas särskilda krav på planering och kompetens i kommunernas befintliga boenden för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Personer inom målgrupperna som också har ett skadligt bruk och

⁴² Socialstyrelsen, 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

⁴³ Samsjuklighet är en av de psykiska störningar som kan leda till fysisk funktionsnedsättning enligt nationell definition

beroende kan till exempel vid utskrivning från tvångsvård bli aktuella för denna boendeform som i Malmö stad idag ligger inom Funktionsstödsnämndens och Hälsa-, vård- och omsorgsnämndens ansvarsområden.

6.5 Ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser vid placering utanför egna hemmet

Förvaltningen tycker det är bra att regionens ansvar för hälso- och sjukvård på HVB förtydligas men ser utmaningar i den praktiska tillämpningen. Utredningen pekar på att kommun och region har ett delat ansvar för vård- och stödsatser vid placering på HVB och därför behöver en sådan verksamhet drivas eller upphandlas gemensamt. Förvaltningen anser att det hade underlättat om utredningen föreslagit särskilda bestämmelser om hur detta ska hanteras eller regleras.

Utredningen menar att HVB som drivs eller upphandlas gemensamt kan vara aktuellt vid utslussning från psykiatrisk heldygnsvård. Det finns en farhåga att HVB bara blir en utslussningsenhet från tvångsvård/slutenvård och att brukarnas väg till HVB alltid måste gå via inneliggande sjukhusvård. Förvaltningen vill lyfta att det finns flera målgrupper och behov som kan föranleda HVB-placering. Idag beviljas HVB ofta av socialtjänsten för att förebygga tvångsvård enligt LVM. Genom att motivera till och bevilja frivilliga heldygnsinsatser undviks tvångsvård. Det är av stor betydelse att kommun och region har en samsyn kring bedömning av när det finns behov av placering utanför det egna hemmet gällande vuxna personer med skadligt bruk och beroende eller samsjuklighet. Förvaltningen ser detta som en stor utmaning och den finns en risk att brukarna åter ”hamnar mellan stolarna” i de nya gränssnitt som uppstår.

Förslaget är att huvudmännen ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet. Överenskommelsen kan innehålla principer vid val av placering, regionens roll i upphandling m.m. Det ska inkluderas i de befintliga överenskommelser som redan åligger huvudmännen att ingå. För Malmö stad finns överenskommelse både på regional nivå⁴⁴ och för delregion Malmö⁴⁵. I likhet med utredningens förslag innehåller överenskommelserna redan förtydligande av ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser för *alla*, oavsett ålder, som är placerade utanför det egna hemmet. De befintliga överenskommelserna är inte så detaljerade att de ger vägledning och principer för samverkan i enskilda ärenden. Arbetet med överenskommelserna kommer att vara en viktig del i att skapa förutsättningar och tydlighet för samverkan i HVB och andra placeringsformer utanför det egna hemmet.

Behov av förtydligande kring korttidsboende

Utredningen föreslår att bestämmelsen i HSL⁴⁶ ska formuleras så, att det tydligt framgår att regionen ska ansvara för att den som placerats *utanför det egna hemmet* erbjuds en god hälso- och sjukvård.

Kommunen har ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård åt den som bor på särskilt boende för äldre⁴⁷ eller bostad med särskild service för den som på grund av psykiska, fysisk eller andra själv har behov av det⁴⁸.

Nämnden önskar ett förtydligande kring ansvar för hälso- och sjukvård på korttidsboende så

⁴⁴ Ramöverenskommelse 2021 gällande fyra målgrupper inom område psykisk hälsa SK och Region Skåne 2021-02-11

⁴⁵ Lokal överenskommelse om samverkan gällande samarbete mellan Region Skåne och Malmö stad 2021-11-18

⁴⁶ 8 kap. 12 §

⁴⁷ 5 kap 5 § SoL

⁴⁸ 5 kap 7 § SoL

kallade *hem för viss annan heldygnsvård* enligt 5 kap 7 § SoL som drivs av privat utförare.

Begreppet *hem för viss annan heldygnsvård* har sitt ursprung i proposition 1996/97: 124 *Ändring i socialtjänstlagen*. I den beskrivs vårdformen på följande sätt: hem som tillhandahåller korttidsvård, exempelvis i form av växelvård för att avlasta en anhörigvårdare, som rehabilitering eller som utslussning efter en sjukhusvistelse. Kommittén har som beteckning för dessa hem föreslagit begreppet *hem för viss annan heldygnsvård*, eftersom dessa inte är att betrakta som en särskild boendeform utan som en tillfällig vårdform med ett särskilt syfte.⁴⁹

När det gäller platser för korttidsvård eller korttidsboende *för äldre (hem för viss annan heldygnsvård)* finns ett förtydligande att det ingår i begreppet *särskilt boende för äldre* och därmed omfattas av den skyldighet som kommunen har enligt 5 kap 5 § SoL.⁵⁰ Med detta följer att kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser enligt 12 § HSL.

När det gäller korttidsboende för personer som på grund av fysiska, psykiska eller andra skäl har behov, finns inget sådant förtydligande. Det framgår inte om det ingår i begreppet *Bostäder med särskild service* enligt 5 kap 7 § SoL och därmed omfattas av kommunens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser enligt 12 § HSL. PM *Hälso- och sjukvårdsansvaret i boendeform eller bostad enligt Sol, LSS m.m.* framställdes av Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet 2003-07-28. I denna skrivelse fastslås att kommunens hälso- och sjukvårdsansvar *inte* omfattar sådana verksamheter som har tillstånd enligt 7 kap 1 § 1st 3. SoL dvs. kommunen har inte hälso- och sjukvårdsansvaret i *hem för viss annan heldygnsvård* när kommunen köper enskilda vårdplatser från enskilda verksamheter.

6.8 Hälso- och sjukvårdens ansvar för personer som omhändertas på grund av berusning ska förtydligas

Förändrat huvudmannaskap för behandling av skadligt bruk och beroende innebär att polisen inte längre rutinmässigt ska göra en anmälan enligt LOB till socialtjänsten. Det innebär en risk att barn till personer som omhändertas enligt LOB inte uppmärksammas och får hjälp och stöd.

När förvaltningen idag tar emot en anmälan från polisen enligt LOB sker alltid en registerkontroll för att ta reda på om den som omhändertagits har biologiska barn eller om det finns barn på den adress den omhändertagne är skriven på. Om det finns barn som är skrivna i annan kommun görs en orosanmälan gällande barn i fara till den kommunen.

Förvaltningen vill påtala behovet av att reglera i lagstiftning om det är polisen eller hälso- och sjukvården som har ansvar att ta reda på om den som omhändertagits enligt LOB är vårdnadshavare eller bor med underåriga barn vilket föranleder en skyldighet att anmälan till socialtjänsten gällande oro för barnet/barnen.

7 - Syfte och förutsättningar för slutna och öppna psykiatrisk tvångsvård

7.2 Förutsättningar för tvångsvård

Förvaltningen ser behov av att praxis utvecklas så att bedömningsgrunderna för förutsättningar för tvångsvård på grund av skadligt bruk och beroende blir tydliga. Förarbetena är en bra grund

⁴⁹ Ändring i socialtjänstlagen prop 1996/97:124 sidan 144

⁵⁰ Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre Prop 2005/06:115 sidan 80.

när praxis kommer att utformas i kommande domstolsförhandlingar.

Utifrån förslaget är ett av bedömningskriterierna att vårdbehovet ska vara oundgängligt. Det innebär att patienten bara kan behandlas genom intagning på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk tvångsvård. Utredningen lyfter fram att behovet av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård kan påverkas av om en person saknar bostad eller lever i miljöer där möjligheten att kontrollera sin livssituation och ta ansvar för sin hälsa är starkt begränsade. En prövning ska göras av om vårdbehovet kan tillgodoses exempelvis med stöd av socialtjänsten och de sociala aspekterna blir en del av en sammanvägd bedömning av om behovet är oundgängligt.

Förvaltningen vill uppmärksamma att i praktiken kan hälso- och sjukvårdens bedömning påverkas av det insatsutbud som socialtjänsten har för målgruppen. Det är en utmaning att i samverkan göra bedömningar av om vårdbehovet kan tillgodoses inom socialtjänsten eller inte utifrån de insatser som finns tillgängliga när behovet uppstår.

7.3 Öppen psykiatrisk tvångsvård

Förvaltningen vill understryka vikten av förtydligandet i LPT att det finns en utpekad aktör, chefsöverläkaren, som har ansvar för att kalla till vårdplanering och upprätta samordnad vårdplan.

Att förenkla återintagningsmöjligheterna till slutet psykiatrisk tvångsvård från öppen psykiatrisk tvångsvård är bra. Förvaltningen tror att det kommer att underlätta utslussningen från slutenvården och även underlätta att det kan ske snabbt vilket kan vara viktigt när det gäller personer med skadligt bruk och beroende.

Även här behöver praxis växa fram kring bedömning av villkoren som kan föranleda återintagning. Det finns ett gränssnitt som kan leda till meningsskiljaktigheter mellan socialtjänsten och slutenvården. När socialtjänsten bedömer att den enskilde inte är följsam till de villkor som ställts för vård i öppna former och att det inte fungerar och samtidigt kan överläkaren göra bedömningen att kriterier för återintagning inte är uppfyllda.

8 - Tvångsvård som en del av sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

8.2 Anmälningsskyldighet för socialtjänsten

Förvaltningen instämmer i utredningens förslag och anser att det är viktigt att det i lag regleras att socialtjänsten har en anmälningsskyldighet till regionen när det kan antas att det finns behov av slutet psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att söka frivilligt.

Samtliga socialförvaltningar i Malmö stad kommer att behöva se över och skapa rutiner och regelverk för detta intern och tillsammans med regionen för att säkerställa kvalitén.

8.3 En ändamålsenlig planering

Enligt förslaget ska innehållet i vårdplaneringen förtydligas och även innehålla de utredningsåtgärder som behövs. Det inkluderar utredningar som genomförs av socialtjänsten avseende patientens sociala situation som boendesituation, sysselsättning och kartläggning av nätverk.

Förvaltningen instämmer i förslaget och tycker det är bra att samtliga livsområden beaktas vid en

vårdplanering och att socialtjänsten inkluderas tidigt i planeringen, vilket utredningen också framhåller. Det ger goda förutsättningar för en individuellt utformad vårdplanering. För att möjliggöra detta ser förvaltningen ett behov av kunskapshöjning inom hälso- och sjukvården kring socialtjänstens verksamhet och arbetssätt samt sambandet mellan brukarens sociala livssituation och förutsättningar för deltagande i behandling.

8.5 Den samordnade planeringen ska förbättras

Förvaltningen tycker det är positivt att kommunens skyldighet att delta i en planering vid utskrivning från LPT och LRV stärks och att intentionen är att socialtjänsten ska komma in i planeringsprocessen tidigare än idag. Det ökar förutsättningarna att insatser finns på plats vid utskrivning till öppenvård oavsett om den bedrivs i frivillighet eller genom öppen psykiatrisk tvångsvård.

Inom Malmö stad kommer det att finnas behov av att se över resurser och organisering för att kunna möta upp och aktivt delta i planering av samordnade och personcentrerade insatser till alla som skrivs ut oavsett om det är personer med psykisk funktionsnedsättning, skadligt bruk och beroende eller en kombination i form av samsjuklighet. Det aktualiserar även behov av en översyn, inventering eller utveckling av de insatser som framför allt ASF och FSF beviljar respektive målgrupp, både gällande boendebad, sysselsättning och andra vård- och stödinsatser.

Förvaltningen välkomnar nationellt stöd i arbetet med att utveckla metoder, nya boendeformer samt former för sysselsättning som ger möjlighet till självständigt liv. Stöd behövs även i arbetet med att komplettera befintliga boendeformer och utveckla arbetssätt så att dessa fungerar för gruppen med skadligt bruk eller beroende till exempel i boenden med särskild service enligt SoL, gruppboendestäder enligt LSS eller på särskilda boenden som primärt har andra målgrupper. Förvaltningens erfarenhet är att det är en stor utmaning att få till en hållbar placering och situation för personer med skadligt bruk och beroende eller samsjuklighet vid placering på boenden som också har brukare som inte tillhör målgruppen. Det gäller både utredning och bedömning av rätten till bistånd, boendepersonalens kompetens och andra brukare.

Förvaltningen ser tydligt att reformen innebär stora förändringar i socialtjänstens uppdrag och behov finns att fortsätta utveckla lämpliga metoder och insatser utifrån det. Förvaltningen arbetar redan med flera av de metoder som utredningen förespråkar utifrån att de har evidens för boende och sysselsättning.

Förvaltningen har arbetat med *Bostad först* under många år med goda resultat och har utökat verksamheten till att idag omfatta 46 hyresgäster. Nämnden har ansökt om statsbidrag för att utveckla verksamheten och utöka till 70 hyresgäster. Planeringen är att öka samverkan med fastighetsägare och andra kommuner som driver eller avser starta *Bostad Först*, uppstart av öppen verksamhet/mötesplats/forum för hyresgästerna samt kompetensutveckling för befintlig och nyanställda medarbetare. Stadsbidragen är öronmärkta för utveckling av metoden *Bostad först* och är en del av en nationell hemlöshetsstrategi som regeringen beslutat.

Förvaltningen har god erfarenhet av IPS som är en arbetsförberedande insats med individuellt anpassat stöd till arbete. ASF och FSF erbjuder IPS i samverkan med Region Skåne sedan flera år. Idag finns IPS som en resurs inom ekonomiskt bistånd samt på läkemedelsmottagningen och alkoholtvångsvården inom Region Skåne.

Förvaltningen har försökt hitta vägar till sysselsättning för personer i aktivt missbruk men stött på många hinder utifrån olika regelverk. Mot den bakgrunden vill förvaltningen åter lyfta det som tidigare lyftes i yttrandet till första delbetänkandet. Det är angeläget att från nationellt håll underlätta och stödja införandet av olika arbetsförberedande träningsmodeller genom att möjliggöra mer individuella anpassningar av existerande regelverk som idag försvårar att möta målgruppens specifika behov. Kraven för att få tillgång till insatserna behöver i större utsträckning kunna anpassas till den individuella funktionsnivån och förmågan.

10. Konsekvenser

Konsekvenserna i detta betänkande ska läsas tillsammans med konsekvensbeskrivningarna i delbetänkandet. Nämnden har i yttrandet gällande det första delbetänkandet lämnat sina synpunkter gällande de konsekvensbedömningar som utredningen gjort angående den delen.

Nedan redogörs endast synpunkter kring konsekvenserna av förslagen i detta slutbetänkande och endast de bedömningar som förvaltningen har synpunkter på.

10.2 Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet och deras anhöriga

Förvaltningen instämmer i utrednings bedömning att förslagen huvudsakligen får positiva konsekvenser för personer med skadligt bruk och beroende eller samsjuklighet. Det förutsätter att reformen genomförs i sin helhet. Förvaltningen delar den oro som utredningen uttrycker att konsekvenserna påverkas av hur regering, regioner och kommuner väljer att fördela resurser till området. Det samhällsekonomiska läget och de utmaningar som huvudmännen, exempelvis när det gäller kompetensförsörjningen, redan innan står inför kan påverka hur målgruppen prioriteras framöver. Förvaltningen har redan erfarenhet av vilka konsekvenser resursbristen inom hälso- och sjukvården har för brukare idag till exempel platsbrist och långa väntetider gällande läkarbedömningar vid LVM-utredning samt frivillig vård för personer med skadligt bruk och beroende både i sluten- och öppenvård.

10.12 Kostnader, intäkter och övriga konsekvenser för kommunerna

När LVM avskaffas kommer förvaltningens kostnader för LVM-placeringar att minska. Medlen ska omfördelas till regionerna. Kostnaderna för placeringarna de senaste två åren är ca 12 miljoner kronor per år vilket motsvara 6,7 årsplaceringar. Under 2022 hade 22 unika personer placerats utifrån LVM och under 2021 var motsvarande siffra 28 personer.

Utredningen menar att kommunerna också kommer att få minskade kostnader för HVB under § 27 LVM placeringar. Medlen ska inte överföras till regionen utan kommunerna ska använda dem till att hitta lösningar och utveckla metoder för boende och sysselsättning i personens närmiljö och utveckla andra frivilliga insatser för målgruppen. För ASN handlar det om ca 1 miljon kronor per år utifrån en beräkning av de senaste två åren.

Det är svårt att göra en beräkning kring de ekonomiska konsekvenserna för nämnden utifrån förslagen i slutbetänkandet. Förslaget innebär kostnader och behov av kompetensutveckling för att kunna fullgöra socialtjänstens utökade och förtydligade ansvar att utveckla nya boendeinsatser, sysselsättningsformer och andra typer av insatser. Det är inte idag tydligt hur ansvaret kommer att

fördelas mellan de olika socialnämnderna i Malmö stad. Insatserna som behöver utvecklas är inte enbart till för personer som skrivs ut från tvångsvård utan gäller alla personer som har skadligt bruk och beroende, psykisk funktionsnedsättning eller en samsjuklighet. En översyn av organisering av stöd till vuxna behövs för att optimera resurserna.

12 - Ikraftträdande och stegvis genomförande

12.1 Ikraftträdande

Förslagen på lagändringar i delbetänkandet SOU 2021:93 och i detta betänkande föreslås träda i kraft den 1 januari 2026. Förvaltningen instämmer i förslaget under förutsättning att, precis som utredningen skriver, det blir mer än två år mellan riksdagsbeslut och ikraftträdande. Det är mycket som behöver förberedas inför ett ikraftträdande och två år är ett minimum av tid som behövs. Även synkronisering med ändringar i socialtjänstlagen är en förutsättning.

12.2 Tidsplan, stödfunktion, stimulansmedel och resursöverföringar

De stimulansmedel som föreslås för att utveckla, inrätta och bedriva de samordnade vård- och stödverksamheterna bör tilldelas regioner och kommuner gemensamt i likhet med stimulansmedel psykisk hälsa. Gemensamma och öronmärkta stimulansmedel ger bättre förutsättningar till samverkan vid den verksamhetsutveckling som föreslås.

Konsekvenser ur ett barnperspektiv

Förvaltningen instämmer i utredningens bedömning att förslaget främst är positiva för barn eftersom tillgången till samordnad behandling ökar vilket gynnar barn både som patienter och som anhöriga.

Förslaget innebär inte att barn kommer att bli föremål för LPT i väsentligt större utsträckning än i dag, utan förslaget berör främst barn som redan i dag vårdas enligt LVU eller LPT.

Konsekvenser ur ett jämställdhetsperspektiv

Förvaltningen instämmer i utredningens bedömning av konsekvenser för jämställdheten som beskrivs under avsnitt 10.7.

Ansvariga

Madeleine Moberg Enhetschef

Britt-Marie Pettersson Förvaltningschef