

# Från delar till helhet

Tvångsvården som en del av en sammanhållen  
och personcentrerad vårdkedja

*Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen*

*Stockholm 2023*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

**SOU 2023:5**

# Sammanfattning

Nedan följer en sammanfattning av våra förslag och bedömningar.

De avser främst, i enlighet med tilläggsdirektivet, hur en ny tvångsvårdslagstiftning ska utformas när det gäller personer som har skadligt bruk eller beroende.

Vi inleder dock med att konstatera att de förslag vi lämnar i det här betänkandet bygger på förslagen i delbetänkandet, *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93).

Avslutningsvis lämnar vi också förslag som, dels redogör för utgångspunkterna för hela samsjuklighetsreformen, dels beskriver innehållet i ett 5-årigt stegvis införande av reformen. Av våra förslag och bedömningar i båda betänkandena följer att reformen även omfattar insatser till personer med skadligt bruk eller beroende som inte har samsjuklighet. Ändå har vi valt använda begreppet samsjuklighetsreformen när vi beskriver förändringen. Skälet är att reformen i hög grad syftar till att öka tillgången till samordnad behandling av olika psykiatriska tillstånd, och på att ge ett samordnat, behovsanpassat och personcentrerat stöd till personer som behöver insatser på flera livsområden samtidigt.

## **Tvångsvården som en del av den reform vi föreslagit i delbetänkandet**

Förslagen i det här betänkandet bygger på det förslag till en reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet som vi presenterade i 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 HVB.
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.

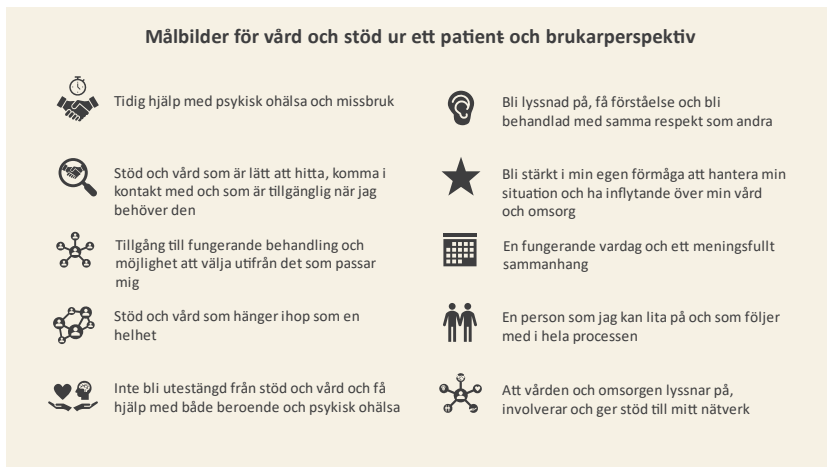
Vi menar att vissa av våra förslag i det här betänkandet och i delbetänkandet är beroende av varandra. Det gäller tydliggörandet av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens ansvar, kravet på att behandling av skadligt bruk och beroende ska ske samordnat med andra psykiatriska tillstånd och förslaget att regioner och kommuner ska vara skyldiga att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet, samt de förslag om tvångsvård som vi lämnar i det här betänkandet. Som framgår av kapitel 10 och 11 i det här betänkandet anser

vi att den samordnade vård- och stödverksamheten är en väsentlig del av den reform vi har föreslagit och konstaterar därför att konsekvensbeskrivningarna av våra förslag, exempelvis när det gäller huvudmannaskapsförändringen, utgår ifrån att det också finns en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet. I det här betänkandet föreslår vi också att det alltid ska övervägas om en person som vårdas enligt LPT eller LRV tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Det är dock alltid frivilligt för den enskilde att delta i en sådan verksamhet. Vård- och stödverksamheten ska bidra till en sådan stark samordning av insatserna så att tvångsvård kan undvikas, eller bli en mindre del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

### **Målbilderna som tagits fram av personer med samsjuklighet har avgörande betydelse**

I det här betänkandet, där vi föreslår en ny reglering av tvångsvård för skadligt bruk och beroende, har vi också beaktat målbilderna för samhällets insatser till personer med samsjuklighet som vi inom ramen för delbetänkandet arbetade fram tillsammans med personer med egen erfarenhet och anhöriga. Till exempel har målbilden ”Vård och stöd som hänger ihop som en helhet” varit en utgångspunkt för förslagen i detta betänkande som syftar till att skapa en mer sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

Figur 1 Målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv



## Tre principer

I kapitel 5 pekar vi ut tre principer som uttrycker inriktningen på de förslag om tvångsvård för skadligt bruk eller beroende som vi lämnar i det här betänkandet. Förslagen som nämns under principerna utvecklas senare i sammanfattningen och i respektive kapitel.

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

Personer som tvångsvårdas har ofta stora psykiatriska vårdbehov som inte tillgodoses inom ramen för den vård som ges i dag. Vårdkedjan mellan insatser som ges före, under och efter vårdtiden bryter ofta. Forskning visar också att längre institutionsvistelser inte har bättre resultat när det gäller hälsa och livssituation än kortare ingripanden som sedan övergår i frivilliga och individanpassade insatser. Vår inriktning är därför 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.

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

Vi 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. Med hänsyn till hur förutsättningarna för tvångsvård är formulerade i LPT, och de kompletteringar av dessa som vi föreslår, blir vårdtiderna utan samtycke vid ett allvarligt skadligt bruk eller beroende kortare än vad som enligt huvudregeln gäller enligt dagens LVM.

Att det är legitimt att använda tvång för att förhindra död eller allvarlig skada innebär också att lagstiftningen ska utformas så att det är möjligt. Vi anser att 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. En sådan reglering i LPT som vi föreslår möjliggör sådan vård. Vårt förslag i delbetänkandet 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**

Tvångsvård är en av de mest långtgående begränsningarna i en enskild persons rättigheter som det allmänna kan vidta. Ett grundkrav är därför att inskränkningarna inte blir mer långtgående än nödvändigt och att vården håller så hög kvalitet som möjligt. Vi menar därför 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. Vi anser också att det behöver tas ett starkare nationellt ansvar för tvångsvården och föreslår därför att en kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård inrättas vid Socialstyrelsen.

## Om uppdraget och dess genomförande

I kapitel 2 beskriver vi hur vi har arbetat med uppdraget. Liksom under arbetet med delbetänkandet har vår ambition varit att förslagen ska tas fram genom aktivt deltagande av personer med samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar i, styr och leder verksamheter om riktar sig till målgruppen.

Vi har därför besökt samtliga LVM-institutioner. Vid besöken träffade vi ledning, medarbetare och klienter var för sig. Vi har också intervjuat personer som tidigare vårdats enligt LVM och närstående till sådana personer. Sammanlagt har vi träffat ett hundratal personer med erfarenhet av vård enligt LVM.

Därutöver har vi haft samtal med personer i ledningsfunktioner i psykiatri och socialtjänst, gjort flera studiebesök i psykiatriska verksamheter och tagit del av professionsföreningars och patient-, brukar- och anhörigföreningars erfarenheter. Vi har också intervjuat socialsekreterare om tillämpningen av nuvarande LVM.

Vi har sammanställt, analyserat och dragit slutsatser av data och rapporter som SiS tar fram om tvångsvården och andra myndigheters sammanställningar, exempelvis har vi löpande fått uppgifter från Socialstyrelsens pågående kartläggning av den psykiatriska tvångsvården.

Vi har också låtit granska samtliga inskrivnings- och utskrivningsintervjuer för 2019. SiS genomför sådana i enlighet med den strukturerade metoden Dok med samtliga klienter som accepterar att intervjuas. Dessutom har vi tagit del av vilka insatser som klienterna på LVM-institutionerna fick under 1 januari till 31 april 2022. Vi har även låtit sammanställa två forskningsöversikter. En om patienternas erfarenheter av den psykiatriska tvångsvården och en om det vetenskapliga stödet för tvångsvård samt låtit ta fram ett underlag med kliniska indikationer för tvångsvård.

## Tvångsvård enligt LVM och LPT

I kapitel 4 beskriver vi den tvångsvård som bedrivs enligt LVM och LPT enligt gällande regler. Bland annat beskrivs SiS uppdrag och organisation samt vilka insatser som ges inom ramen för LVM-vården. Även omfattningen av den psykiatriska vården, dess kostnader och patientsammansättning ägnas ett avsnitt. Vi konstaterar bland annat

att den genomsnittliga vårdtiden i psykiatrisk tvångsvård, enligt olika källor, varierar mellan 26 och 40 dagar.

Under 2021 vårdades knappt 900 personer enligt LVM. Det ska jämföras med att 500 000 personer i Sverige beräknas ha ett skadligt bruk eller beroende och ungefär hälften av dem ha en samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser. Mellan 2015 och 2019 vårdades drygt 2 000 personer årligen i psykiatrisk tvångsvård på grund av psykiska störningar och beteendestörningar som orsakats av psykoaktiva substanser. Sådana diagnoser var också vanliga bland patienter som vårdades frivilligt i den psykiatriska slutenvården under tidsperioden. Särskilt vanliga var diagnoserna bland män där 35 procent av alla slutenvårdade patienter hade en sådan störning. Av dessa siffror kan man sammantaget dra slutsatsen att personer som vårdas enligt LVM är en mycket liten grupp bland personer med skadligt bruk eller beroende, samt att sådana diagnoser är vanliga bland patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård.

I kapitlet beskriver vi också behoven hos personer som i dag vårdas enligt LVM. Vi konstaterar att den psykiatriska samsjukligheten är omfattande i gruppen. Två tredjedelar av klienterna har vårdats i psykiatrisk slutenvård och en tredjedel enligt LPT. Gruppen har också stora behov på andra livsområden som boende, utbildning och arbete. Den somatiska hälsan är nedsatt och överdödligheten tydlig jämfört med övriga befolkningen.

I den forskningssammanställning som sammanställts på vårt uppdrag konstateras att patienter som genomgår psykiatrisk tvångsvård (inklusive för beroende) har delvis ambivalenta upplevelser och att beskrivningar av erfarenheterna är heterogena och påverkas av när i tid patienterna tillfrågas. I synnerhet retrospektivt uppfattar en del patienter vården som legitim och gynnsam, främst avseende beslutet att läggas in. Dessa positiva uppfattningar samsas dock med kraftigt negativa erfarenheter, som återges hos merparten av patienterna. Patienter beskriver vården bland annat som kränkande och påfrestande, och i synnerhet beskrivs upplevelsen av tvångsåtgärder i starkt negativa ordalag.

Sammanställningen visar också att det som framför allt formar patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård är interaktionen och kommunikation med personal, samt möjligheten att få delta i besluten kring vården. Relationer med personal är avgörande; patienter önskar bli bemötta med vänlighet och förståelse och önskar få infor-



mation, omsorg och att få sin röst hörd. När patienter får medverka i beslut kring sin behandling, samt känner sig sedda och hörda, minskar känslan av tvång och maktlöshet samt förlusten av autonomi och självkänsla.

## **Ansvar och huvudmannaskap**

I kapitel 6 lämnar vi förslag om vem som ska vara huvudman för tvångsvården när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende. Vi lämnar också förslag som berör ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser när en person vårdas enligt socialtjänstlagen utanför hemmet och när det gäller omhändertaganden på grund av berusning. Vi gör också bedömningar kring hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshem enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om barn och unga.

## **Tvångsvård ska ges på sjukvårdsinrättningar som drivs av regionen**

Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska enligt vårt förslag ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. Det innebär att LVM upphör och att Statens institutionsstyrelse inte längre ska ha uppdraget att bedriva tvångsvård för vuxna personer med skadligt bruk eller beroende. Vi redovisar följande skäl för vårt ställningstagande.

*Tvångsvården ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja*

Vården som ges till personer med skadligt bruk och beroende behöver vara samordnad och ha så få övergångar mellan huvudmän som möjligt. I dag ges tvångsvården på statliga institutioner på uppdrag av socialtjänsten. Vår bedömning är att eftervården brister och att samarbete med psykiatri ofta saknas helt.

Flera sammanställningar av forskning visar att tvångsvård i sig är av underordnad betydelse och endast har en kortsiktig och begränsad funktion. Framgångsfaktorer handlar snarare om behandlingsin-

satser som matchar individens behov, bemötande, välfungerande behandlingsallianser, interaktion med nätverk, en fungerande eftervård och tillgång till frivilliga behandlingsinsatser. Tvångsvården bör således vara en så liten del av vårdkedjan som möjligt och insatser innan och efter tvångsvården behöver få ökat fokus. I kapitel 8 utvecklar vi hur vårdkedjan ska utformas.

### *Vården behöver bli mer individanpassad*

I dag erbjuds alla klienter som vårdas enligt LVM relativt likartade insatser oavsett hur individens behov och resurser ser ut. Enligt forskningen är en framgångsfaktor för behandling av skadligt bruk och beroende att adekvata behandlingsinsatser ges efter utredning av individens behov. Vi bedömer att den inriktningen i högre grad behöver komma till uttryck både i reglering och bedrivande av tvångsvård för skadligt bruk eller beroende. Våra förslag bedöms leda till kortare vårdtider i tvångsvården och skapa förutsättningar för individanpassade insatser som kan handla om boende, sociala stödinsatser, behandling för skadligt bruk eller beroende, behandling för andra psykiatriska tillstånd och insatser som skapar förutsättningar för utbildning, arbete och andra sysselsättning. Personer som tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten ska få insatserna inom ramen för den verksamheten.

*Vården behöver oftast ges i patientens närmiljö*

De kortare vårdtiderna kommer kräva en närmare relation och snabbare övergång till det frivilliga stöd som ges. Därför bör verksamheten som ansvarar för tvångsvården enligt huvudregeln finnas i närheten av de hälso- och sjukvårds- och socialtjänstverksamheter som ska ge insatser före och efter att tvångsvården har avslutats. Inom ramen för LPT kommer det finnas möjlighet att pröva olika insatser under permissioner eller genom öppen psykiatrisk tvångsvård. Vårt förslag ger också förutsättningar att inleda behandling, till exempel LARO, adhd-medicinering och psykologiska behandlingar under tvångsvårdstillfället, i de verksamheter där vården sedan ska fortsätta.

*Tillgängligheten till evidensbaserad behandling behöver öka*

Beroende är en psykiatrisk diagnos enligt diagnossystemen som används i hälso- och sjukvården och vi bedömer att regionerna har bättre förutsättningar att tillhandahålla adekvata och evidensbaserade behandlingsmetoder för skadligt bruk eller beroende än vad som ges på SiS i dag. Vår genomgång av vilka insatser klienterna på SiS-institutionerna fick under våren 2022 visar att behandling för skadligt bruk eller beroende med evidensbaserade metoder ges i liten grad och endast vid ett fåtal tillfällen under den tid en person vårdas enligt LVM. Även efter vårdtiden saknas adekvat behandling i många fall. År 2019 angav, i samband med utskrivningen, hälften av klienterna under 24 år och över 49 år att det inte fanns en fortsatt behandlingsplanering för det skadliga bruket eller beroendet efter vårdtiden. I åldersgruppen däremellan uppgav var tredje klient att en sådan planering saknades.

*Samsjukligheten behöver uppmärksammas*

Samsjukligheten mellan skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd är mycket hög bland personer som vårdas enligt LVM. Bland annat har två tredjedelar fått frivillig psykiatrisk vård och en tredjedel har vårdats enligt LPT. I dag tillgodoses det psykiatriska vårdbehovet knappast alls under vårdtiden. Det gör att vi

drar slutsatsen att tvångsvård för skadligt bruk och beroende behöver innehålla både kvalificerad vård för beroendesjukdomen och annan specialiserad psykiatrisk vård av hög kvalitet.

### **Regionerna har förutsättningar att bedriva tvångsvård**

Vi bedömer att regionerna har förutsättningarna att bedriva tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende. Ett viktigt skäl till den bedömningen är att personer med sådana diagnoser i hög grad redan i dag vårdas i psykiatrisk heldygnsvård. Vi anser dock att uppdraget som vi föreslår att regionerna ska ha kräver vissa anpassningar samt att de tilldelas resurser för det ökade behovet av slutenvårdsplatser.

#### *Vård för skadligt bruk eller beroende kommer att öka i regionerna*

Vi bedömer att antalet slutenvårdsdygn kommer att öka med 6–7 procent, samt beräknar de ökade kostnaderna som följer av det. Vi föreslår också att resurser förs över från staten och kommunerna till regionerna för att täcka dessa kostnader. Konsekvenserna av våra förslag kommer att skilja sig mellan olika delar av landet beroende på lokala och regionala förutsättningar. Resursförstärkningar vi föreslår i det här betänkandet, är utöver de resursförstärkningar som vi i delbetänkandet har föreslagit ska tillföras regionerna med anledning av att de får ansvar för all behandling av skadligt bruk eller beroende.

#### *Arbetsmiljö och säkerhet behöver uppmärksammas*

Vi har undersökt behovet av särskilda säkerhetsanpassningar och risken för ökat våld om våra förslag genomförs. En risk som vi bedömer är större hos personer med skadligt bruk eller beroende jämfört med andra patientgrupper inom psykiatrin är risken för avvikningar. Sug efter alkohol och droger och stark kroppslig oro på grund av abstinens gör att det inte är ovanligt att personen vill avbryta vården, särskilt i inledningsskedet. Vi bedömer att det i psykiatrin finns tillgång till behandling och personal med kompetens som kan minska riskerna för sådana situationer, men de kommer ändå uppkomma.

Vården kommer att bedrivas på låsta sjukvårdsinrättningar som minskar risken, men det behöver också finnas rutiner för att hantera risken för avvikningar. I övrigt anser vi inte att det nya uppdraget kommer att försämra säkerhetsläget i psykiatrisk vård. Vi menar att risken för hot och våld finns i all psykiatrisk vård och också i andra vårdverksamheter. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete och säkerhetsarbete för att minska våld måste bedrivas i alla verksamheter som möter personer som kan vara svårt stressade, aggressiva, sjuka eller påverkade. Arbetet behöver bedrivas parallellt med insatser för att minska tvångsåtgärder och göra vården trygg och meningsfull för patienterna. Till det återkommer vi senare i sammanfattningen och i kapitel 9.

### *Fortsatt fokus på kompetensförsörjningen krävs*

Vårt förslag kommer att öka antalet patienter som vårdas i den psykiatriska heldygnsvården och därmed behovet av hälso- och sjukvårdspersonal. Det är en utmaning då regionerna redan har svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. Samtidigt är det vår bedömning att våra förslag inte på ett avgörande sätt påverkar den utmaningen som gäller all vård och omsorg. Regionerna bör arbeta på flera områden samtidigt för att säkerställa kompetensförsörjningen inom området.

Vår bedömning är att en verksamhetsutveckling där medarbetarna får vara aktiva och som ger resultat för patienterna förstärker arbetsgivarens attraktionskraft. Det stegvisa genomförandet av reformen som vi beskriver i kapitel 12 ger en möjlighet för arbetsgivarna att ta tillvara medarbetares kunskaper och engagemang i en omfattande förändringsprocess. Principen att det ska pågå ett ständigt utvecklingsarbete i psykiatrisk heldygnsvård där det förekommer tvång, som vi gett uttryck för i inledningskapitlet och utvecklar i kapitel 9, kan också ha stor betydelse för människors vilja att söka sig till sådana verksamheter. Det gäller särskilt som vår utgångspunkt är att arbetet i hög grad ska bygga på de behov som finns i varje verksamhet och betona samarbete mellan personal och patienter.

För att hantera kompetensförsörjningen kommer regionerna också behöva utvidga kompetenserna i teamet kring patienten vilket gör att medarbetare kan sökas i flera personalkategorier. Vi menar till exempel att det finns medarbetare i socialtjänsten med kunskap

om psykosociala behandlingsmetoder som kan arbeta tillsammans med legitimerade yrkesgrupper i patientens vårdprocess. Det är särskilt angeläget eftersom regionerna ofta saknar kompetens om vissa behandlingsmetoder med god evidens, exempelvis tolvstegsbehandling. I slutenvården menar vi att det kommer att vara nödvändigt med rekrytering av behandlingspersonal med utbildningar som till exempel socialpedagog och behandlingspedagog eller liknade som i dag finns vid de statliga institutionerna. Det är yrkesgrupper som kan komplettera sjuksköterskor och skötare och bidra till att utveckla kompetensen om skadligt bruk eller beroende inom slutenvård psykiatri.

I regionernas hälso- och sjukvård finns behov av kompetensutveckling kring beroende. Ett behov som direkt följer av våra förslag är utbildning av specialister i psykiatri och andra läkare, exempelvis i primärvården, i den nya tvångsvårdslagstiftningen. Vi bedömer att regionerna bör samarbeta och utveckla gemensamma utbildningar i den nya lagstiftningen.

#### *Samarbetet med socialtjänst och den samordnade vård- och stödverksamheten måste fungera*

Vid bedömningen av regionernas förutsättningar att ansvara för tvångsvården för personer med skadligt bruk och beroende är det viktigt att beakta att det inte är den vård som i dag bedrivs på SiS som ska flytta in i regionerna, utan att vården kommer att bedrivas på ett annat sätt. En utgångspunkt är till exempel att vårdtiderna enligt LPT blir kortare än de är enligt LVM. Det förutsätter att en fungerande öppen-vård utvecklas med stöd av de förslag som vi lämnat i delbetänkandet. Det förutsätter också att personernas behov tillgodoses genom insatser från socialtjänsten efter att tvångsvården har avslutats. En fortsatt utveckling av samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedömer vi därför är en viktig förutsättning för att personernas samlade behov ska tillgodoses och för att regionerna ska kunna hantera tvångsvårdsuppdraget när det gäller personer med skadligt bruk och beroende.

Vi bedömer även att den samordnade vård- och stödverksamheten kommer att vara till stöd för regionerna i det nya uppdraget, eftersom den tar ett helhetsansvar för den samordnade planeringen

och bedriver både hälso- och sjukvård och socialtjänst i öppenvård, för en målgrupp med mycket omfattande behov.

Vi menar att en stor andel av patienterna som vid fler än enstaka tillfällen kommer att vårdas med stöd av LPT, kommer att tillhöra målgruppen för den verksamheten. I vissa fall kommer det vara en redan befintlig deltagare i verksamheten som tvångsvårdas. Verksamheten behåller då ett övergripande ansvar för deltagaren i verksamheten även under tillfällen hen är heldygnsomhändertagen både inom frivillig vård och vård utan samtycke. I andra fall kommer det först under ett tvångsvårdstillfälle att bli aktuellt att utreda om patienten bör få insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten. Nedan i sammanfattningen och i kapitel 8 beskriver vi vid vilka tillfällen en bedömning ska göras av om en patient tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

#### *Öppna insatser behöver inledas under tvångsvårdstillfället*

Öppenvårdsinsatser, socialtjänstinsatser eller stöd från den samordnade verksamheten kan inledas under det att tvångsvården fortfarande pågår. Det kan ske genom att patienten ges permissioner eller genom att den slutna psykiatriska tvångsvården övergår till öppen psykiatrisk tvångsvård. Vi gör i kapitel 7 bedömningen att öppen psykiatrisk tvångsvård kan vara en lämplig vårdform för personer med skadligt bruk och beroende, särskilt som ett led i utslussningen från den slutna vården. Vi lämnar också i det kapitlet förslag för att underlätta tillämpningen av bestämmelserna om den öppna vårdformen, vilka också beskrivs nedan i sammanfattningen. Sammantaget stärker det regionernas förutsättningar att bedriva tvångsvård för personer med skadligt bruk eller beroende.

#### **Socialtjänstens ansvar för insatser till personer som har slutenvårdats enligt LPT och LRV ska förtydligas**

I delbetänkandet har vi föreslagit att 5 kap 9 § SoL ska formuleras så socialnämndens ansvar ska vara att verka för att människor med skadligt bruk eller beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

När det gäller personer som tvångsvårdats anser vi att socialtjänstens roll behöver understrykas ytterligare. Därför föreslår vi att det av en ny bestämmelse 5 kap. 9 b § SoL ska framgå att socialnämnden aktivt ska 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.

### **Ansaret för HVB och andra placeringar utanför hemmet ska förtydligas**

Vi har i delbetänkandet och i det här betänkandet lämnat förslag som berör ansaret för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som vårdas utanför hemmet med stöd av socialtjänstlagen. Nedan redogör vi först för vad dessa innebär sammantaget. Efter det sammanfattar vi förslagen som lämnas i kapitel 6 i det här betänkandet.

#### *Sammanfattning av våra förslag om hälso- och sjukvård till personer placerade utanför hemmet*

I dag gäller att regionen där personen är bosatt ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga och vuxna som är placerade utanför hemmet av socialtjänsten. Vi lämnar förslag som innebär att regionens ansvar förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller hälso- och sjukvårdsansaret i HVB, som är en vanlig insats till personer med skadligt bruk eller beroende, och där det bedrivs psykosociala behandlingsinsatser, föreslår vi en särskild reglering. Den beskrivs i avsnitt 9.4 i delbetänkandet och innebär att HVB även fortsättningsvis är en socialtjänstinsats, men att de personer som vistas där ofta har ett stort behov av sådan hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Vårt förslag i delbetänkandet innebär att kommunen ska kalla till en samordnad individuell planering inför placering på HVB så att regionen får möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsinsatserna. Den innebär också att om regionen inte tar sitt ansvar, för att bedöma vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs och hur de ska tillgodoseas, får de betala en avgift till kommunen under placeringen.



Under arbetet med slutbetänkandet har det framkommit att det även med vårt förslag kan uppstå oklarheter kring hur det gemensamma ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser under HVB ska hanteras i praktiken. Därför föreslår vi att det ska finnas en lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om hälso- och sjukvårdsansvaret vid placering utanför det egna hemmet. Men vi bedömer även att det i praktiken kommer krävas att region och kommun bedriver HVB tillsammans eller gör gemensamma upphandlingar. Med en sådan lösning anser vi att det är rimligast att hemmet utför de psykosociala behandlingsinsatserna. Det förutsätter att verksamheten är vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen.

Våra förslag och bedömningar gäller både barn och unga och vuxna. När det gäller barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshemmen menar vi dock att det behövs särskild lagreglering, för att de ska få den hälso- och sjukvård de är i behov av. Vi gör i det här betänkandet en bedömning av hur den regleringen skulle kunna se ut.

#### *Regioners hälso- och sjukvårdsansvar ska gälla för alla som är placerade utanför egna hemmet*

Som framgår ovan föreslog vi i delbetänkandet att regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer placerade på HVB ska förtydligas. Flera remissinstanser har påpekat att föreslagen bestämmelse kan ge intrycket av att regionen inte ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som är placerade utanför egna hemmet i andra former än HVB, till exempel i ett familjehem. Eftersom det inte är detta som är avsett med bestämmelsen, föreslår vi att det ska ändras så att det framgår att regionen har ansvar för alla som är placerade utanför egna hemmet. Det betalningsansvar vi föreslår ska träda in om inte regionen tar ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna föreslås däremot fortsatt endast omfatta HVB.

#### *Skyldigheten att teckna överenskommelser om vård utanför det egna hemmet ska förstärkas*

Även om vi konstaterat att HVB ska anses vara en socialtjänstinsats är behandlingsinsatser som hälso- och sjukvården ansvarar för viktiga för personer med skadligt bruk eller beroende under institutionstiden.

Eftersom det även fortsättningsvis kommer vara två huvudmän som ansvarar för olika delar av de samlade vård- och stödinsatserna som ges till personer som vårdas utanför det egna hemmet, är samverkan nödvändigt. Även förslaget att regionen ska ha ett betalningsansvar om de inte tar ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB, ställer krav på att det finns en samsyn exempelvis i kvalitetsfrågor och gemensamma rutiner för samverkan inför sådana placeringar.

Vi föreslår därför att regionen och kommunen ska ingå en överenskommelse om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för vuxna med skadligt bruk och beroende, eller andra psykiatriska tillstånd, som vårdas utanför det egna hemmet. Skyldigheten att ingå överenskommelser ska omfatta all vård utanför det egna hemmet enligt socialtjänstlagen. I praktiken kommer det dock vara särskilt angeläget att fokusera på insatserna vid en HVB-placering, eftersom det är verksamheter som i dag bedriver behandling och som därför påverkas särskilt av det förändrade huvudmannaskapet som vi föreslår.

Bestämmelsen vi föreslår ska gälla personer som fyllt 21 år. Skälet till det är att det redan finns bestämmelser om att region och kommun ska ingå överenskommelser om hälso- och sjukvård när barn och unga placeras utanför hemmet. I kapitel 6 utvecklar vi vikten av att sådana ingås just när det gäller barn och unga.

### *Gemensamma verksamheter och upphandlingar*

Efter att ha tagit del av remissinstansernas synpunkter och fört en fortsatt dialog med socialtjänst och hälso- och sjukvård drar vi slutsatsen att ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvård respektive socialtjänstinsatser under en HVB-placering som regel inte kan lösas på något annat sätt än genom gemensamma upphandlingar eller gemensam drift av HVB. Vi anser också att behandling för det skadliga bruket eller beroendet och andra psykiatriska tillstånd i många fall måste ges av HVB-verksamheten. Det innebär att hemmet måste vara vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen. Därför bedömer vi även att en ansökan eller anmälan till IVO om att bedriva HVB ska innehålla en upplysning om verksamheten även avser bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet

Behovet av ett gemensamt ansvarstagande är särskilt stort när vården sker under öppen psykiatrisk tvångsvård och när det gäller HVB-hem för barn och unga.

### *Hälso- och sjukvård för barn och unga på särskilda ungdomshem behöver regleras*

Bland barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshem enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga finns en omfattande psykiatrisk problematik. Skadligt bruk är vanligt, liksom samsjuklighet mellan olika psykiatriska tillstånd. På särskilda ungdomshem saknas som regel förutsättningar för att ge specialiserad psykiatrisk vård. Vi bedömer därför att för att dessa barn och unga ska få de hälso- och sjukvårdsinsatser de har behov av krävs tydligare ansvarsfördelning genom förändrad lagstiftning. Det kan till exempel ske genom reglering av hälso- och sjukvårdsansvaret för SiS, hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen där barnet eller den unge är bosatt (hemregionen) och hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen där ungdomshemmet är beläget (vistelseregionen). I kapitel 6 utvecklar vi närmare vad en sådan reglering skulle kunna omfatta. Frågan är bredare än vårt uppdrag som avgränsas till skadligt bruk och beroende och vi bedömer därför att dessa frågor behöver utredas i särskild ordning.

### **Regionerna ska ha huvudansvar för tillnyktring**

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. Vi föreslår därför att regionernas ansvar för att bereda vård för berusade personer som omhändertas av polisman ska framgå av 8 kap. 11§ HSL. Samtidigt ändras 3 § LOB så att det framgår att den som omhändertagits enligt LOB ska föras till ett sjukhus eller annan vårdinrättning och att om en person inte kan friges får denne tas i förvar enligt 4 § enbart om det krävs med hänsyn till ordning och säkerhet eller om vård av annat skäl inte kan ges på sjukhus.

Förslaget bedöms få stora konsekvenser för regionerna. Därför anser vi att regeringen, med stöd av remissinsatsernas synpunkter, bör ta ställning till om det är möjligt att genomföra förslaget tillsammans med övriga förslag, eller om det i stället ska genomföras senare eller under en längre tidsperiod än den vi beräknat.

## **Syfte och förutsättningar med tvångsvården**

I kapitel 7 finns bedömningar och förslag om syftet med och förutsättningar för tvångsvård, förslag om förändringar när det gäller öppen psykiatrisk tvångsvård och ett förslag om möjligheten till drogkontroll på psykiatriska vårdavdelningar.

## **Syftesbestämmelsen i LPT ska fortsätta gälla**

Tvångsvård enligt 2 § LPT ska syfta till att ”sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.” Vi föreslår inga förändringar i den bestämmelsen.

## **Förutsättningarna för tvångsvård ska omfatta allvarligt skadligt bruk eller beroende**

Förutsättningarna för tvångsvård bygger på de som i dag gäller enligt LPT med mindre modifieringar.

### *Förslagets innehåll*

Förutsättningarna för tvångsvård 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 (som i dag), eller det skadliga bruket eller beroendet, är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. I övrigt kvarstår nuvarande förutsättningar för tvångsvård enligt LPT.

Förutsättningarna för tvångsvård gäller även när patienten är ett barn. I kapitel 7 kommenterar vi några särskilda aspekter som behö-

ver beaktas i en sådan situation, samt beskriver gränsdragningen mot LVU och barnkonventionens betydelse vid tillämpningen av LPT.

### *Begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende*

Ett allvarligt skadligt bruk eller beroende är enligt vårt förslag 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.

En patient som tagits in för att förutsättningarna för en allvarlig psykisk störning var uppfyllda kan i ett senare skede behöva fortsatt vård för att kriterierna för ett allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda, även om de för allvarlig psykisk störning inte längre är det. Det kan också vara tvärtom att kriterierna för allvarligt skadligt bruk eller beroende är uppfyllda vid intagningen, men att vården senare behöver fortgå för att en allvarlig psykisk störning föreligger. Det behövs ingen ny vårdintygsbedömning eller nytt intagningsbeslut om grunderna ändras från allvarlig psykisk störning till allvarligt skadligt bruk eller beroende eller tvärtom.

Att tillståndet är av en sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för liv och hälsa förutsätter i normalfallet att diagnoskriterierna för beroende är uppfyllda. Skadligt bruk är som regel inte ett *allvarligt skadligt bruk eller beroende* i juridisk mening. Det kan dock i undantagsfall vara av sådan grad om det föreligger en påtaglig risk för att personens liv och hälsa allvarligt ska skadas även om det är osäkert om kriterierna för en beroendediagnos är uppfyllda.

### *Oundgängligt vårdbehov*

Kravet på oundgängligt vårdbehov innebär att den vård som behövs på grund av det skadliga bruket eller beroendet inte kan tillgodoses på något annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårds-

inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Vårdbehovet ska främst avgöras utifrån risken för patientens liv och hälsa. Det påminner om vad som ovan anförts om begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende. Oundgänglighetsrekvisitet innebär dock att det inte räcker med att det skadliga bruket eller beroendet är sådant att det påtagligt hotar patientens liv och hälsa. Personen ska också ha ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.

#### *Vårdtidens avslutande*

Förutsättningarna för tvångsvård ska vara uppfyllda under hela vårdtiden. När patientens tillstånd gör att det finns en reell risk för återfall och där ett sådant återfall i sin tur riskerar att leda till en situation som innebär en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa, exempelvis genom psykosgenombrott eller överdos, kvarstår det oundgängliga behovet av kvalificerad dygnetruntvård. Det bör betonas att risken för återfall måste bedömas individuellt och hänföras till konkreta omständigheter. En risk för återfall finns alltid vid beroendetillstånd och föranleder inte i sig ett oundgängligt behov av vård på psykiatrisk sjukvårdsinrättning eller i öppen psykiatrisk tvångsvård. Att en person inte är beredd att avstå från bruk av vissa substanser är inte heller grund för fortsatt tvångsvård om det inte finns kliniska indikationer på att återupptaget bruk i närtid leder till att det allvarliga tillståndet som föranledde intagningen återkommer. En tid efter att en patients abstinenssymtom minskat och det blivit möjligt att erbjuda och planera behandling föreligger normalt sett inte förutsättningar för tvångsvård.

#### *Vårdtidernas längd*

Våra förslag innebär att vårdtiderna kommer variera beroende på patientens tillstånd och behov. De kommer dock i de flesta fall bli betydligt kortare än i dagens LVM-vård. Det beror på innebörden av begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende som vi föreslår, och på kravet på ett oundgängligt behov av vård på en inrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård som ska vara uppfyllt under hela vårdtiden, något som sedan tidigare gäller enligt LPT.

Våra beräkningar i konsekvenskapitlet utgår ifrån att den genomsnittliga tiden i slutenvård för personer motsvarade den grupp som i dag vårdas enligt LVM blir 6 veckor. Vi konstaterar att det handlar om personer där det behövs en tids psykiatrisk heldygnsvård för att starta behandling för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. Ofta behövs också somatisk vård och omfattande sociala insatser. Det gör att patienten behöver vård på sjukhus även en tid efter abstinensbehandling och andra akuta insatser. Däremot kvarstår inte förutsättningarna för tvångsvård när effekten av inledande behandling är stabil och andra insatser för det skadliga bruket eller beroendet eller andra psykiatriska tillstånd kunnat planeras och erbjudas. Medverkar patienten i behandlingen finns inte längre förutsättningar för tvångsvård.

Det kan även finnas exempel på situationer när vården pågår i flera månader. Det kan vara en person med psykossjukdom och skadligt bruk eller beroende som lever under utsatta sociala förhållanden och som förhåller sig negativ till vård- och stödinsatser.

Vi har utöver gruppen som motsvarar de som i dag vårdas enligt LVM, även räknat med att våra förslag innebär att det även vid tillstånd som i dag inte skulle motsvara förutsättningarna i LVM, kommer att kunna ges psykiatrisk slutenvård. Det handlar till exempel om personer som i samband med en överdos bedöms ha ett allvarligt skadligt bruk eller beroende som ger ett oundgängligt behov av vård på en psykiatrisk sjukvårdsinrättning. Ett annat exempel är en person som vårdas på grund av en allvarlig psykisk störning till följd av drogutlöst psykos som kan få en något längre vårdtid genom de förändringar i LPT som vi föreslår. För de olika situationer där slutenvård kommer till stånd eller förlängs, utöver dagens regler, räknar vi med att antalet vårddagar ökar med 2–7 dagar.

Det bör betonas att det inte egentligen rör sig om olika grupper utan om personer som befinner sig i olika tillstånd och situationer vid olika tidpunkter.

Våra beräkningar utgår inte ifrån att vårdtiden alltid är tvångsvård. Det vi har beräknat är de sammantagna konsekvenserna av våra förslag att personer med skadligt bruk eller beroende ska få den vård som de behöver enligt hälso- och sjukvårdslagen, och att möjligheterna att ge vård kommer att öka när patienten befinner sig i en livshotande situation, eller nyss har befunnit sig i en sådan situation och

riskerar att snart göra det igen, när LPT tillämpas med de ändringar vi har föreslagit.

### **Tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård ska underlättas**

Vi bedömer att öppen psykiatrisk tvångsvård är en vårdform som kan vara lämplig i vissa fall när en person tvångsvårdas på grund av skadligt bruk eller beroende. Det gäller särskilt under en begränsad tid i direkt anslutning till slutenvårdstillfället. På det sättet ersätter vårdformen en § 27 placering enligt LVM. När vården sker i samband med utslussningen från slutenvården kan det enligt vår bedömning antas att den genomsnittliga tiden för öppen psykiatrisk tvångsvård efter slutenvårdens avslut, blir fyra till sex veckor. I undantagsfall kan den öppna tvångsvården pågå flera månader eller år genom att chefsöverläkaren ansöker om förlängning ett antal gånger. Vår bedömning är att det i sådana situationer ofta handlar om personer med allvarlig samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd, och som har behov av omfattande vård- och stödinsatser under lång tid för att kunna fungera i samhället. Det förekommer även i dag att personer med sådan problematik ges öppen psykiatrisk tvångsvård.

Vi lämnar flera förslag som syftar till att underlätta tillämpningen av reglerna om öppen psykiatrisk tvångsvård. I en ny bestämmelse i LPT föreslås chefsöverläkaren kunna fatta beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård under de fyra första veckorna av tvångsvården utan ansökan till förvaltningsrätten. Vi föreslår också att det ska framgå av 7 a § LPT att det är chefsöverläkaren som ska kalla till samordnad vårdplanering, samt att vårdplanen även ska innehålla en bedömning av om patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Vi föreslår också ett förtydligande av att 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. Detta innebär att återintagning kan ske utan ansökan till förvaltningsrätten. Det krävs dock en ansökan till rätten om medgivande till fortsatt sluten vård senast fyra dagar från dagen för beslutet.



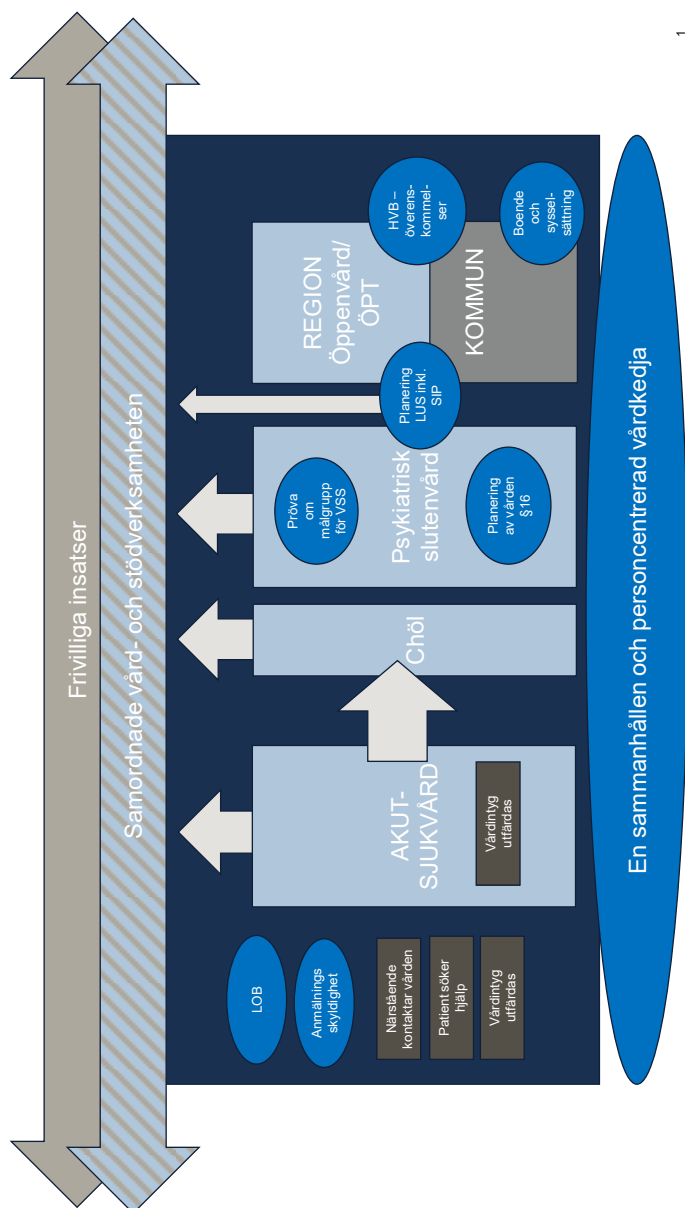
## **Alkohol- och drogkontroller ska kunna göras**

I en ny bestämmelse i LPT, vilken genom hänvisning även gäller LRV, införs en ny bestämmelse om att den som ges sluten psykiatrisk vård är skyldig att på begäran lämna blod-, urin-, utandnings-, saliv- eller svettprov för kontroll av om han eller hon är påverkad av narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådant medel som avses i 1 § lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådan som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Detta gäller såväl vid ankomsten till vårdinrättningen, om det finns anledning till att begära en sådan kontroll, som under vårdtiden om det kan misstänkas att patienten är påverkad av sådan dryck eller vara eller sådant medel. Det tydliggörs också i 26 § LPT att de särskilda villkoren vid öppen psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård får avse provtagning.

## **Tvångsvård som en del av sammanhållen och personcentrerad vårdkedja**

Som framgår ovan är vår inriktning att institutionsvård ska ersättas med psykiatrisk vård och en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. I kapitel 8 lämnar vi förslag som ska öka förutsättningarna för den förändringen. Bland annat syftar förslagen till att förtydliga innehållet i planeringen, säkerställa att den innehåller patientens egna mål och att patienten får tillräckligt med information för att kunna vara delaktig samt att förbättra förutsättningarna för en samordnad planering.

Figur 2 Överblick över hur vårdkedjan kan se ut för en patient som tvångsvårdas



Bilden visar exempel på hur vårdkedjan för tvångsvårdade patienter kan se ut om utredningens förslag i sin helhet genomförs. De översta pilarna i figuren illustrerar att en patient så fort det är möjligt ska övergå till frivillig vård och att, i de fall det är aktuellt, vård- och stödverksamheten stöttar patienten även under tiden i slutenvården. De blå cirkelarna motsvarar de förslag vi lämnar för att förstärka en sammanhållen vårdkedja som främst består av frivilliga insatser.

### **En anmälningsskyldighet för socialnämnden ska införas**

I socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse att socialnämnden ska anmäla till regionens hälso- och sjukvård om de får kännedom om en person där det finns skälig anledning att anta att det finns ett behov av slutna 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 regleras också en skyldighet för regionen att säkerställa att det finns rutiner för ta emot och bedöma anmälningarna samt hur nämnden kommer i kontakt med regionen.

### **Kraven på utredning och information till patienten ska förtydligas**

Vi föreslår att 16 § LPT kompletteras att så det framgår att vårdplanen ska innehålla inte bara vilka behandlingsåtgärder utan också vilka utredningsåtgärder som planeras. Skälet till vårt förslag är att forskning visar att tvångsvård förefaller få bättre effekt om den utgår från en tydlig utredning. Det ska också framgå av lagen att patienten ska få information om vilka åtgärder som planeras och vad de ska syfta till. På det sättet ökar förutsättningar för patienten att påverka planen i det samråd som så långt det är möjligt ska ske enligt 16 §, och om det inte är olämpligt med närstående. Det kan bidra till att skapa ökad överblick och kontroll på ett sätt som gynnar patientens hälsa och möjlighet till återhämtning.

## Patientens mål ska framgå av vårdplaneringen

En viktig utgångspunkt för planeringen är vad patienten vill ha hjälp med, vilket 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. Vi föreslår därför att det av 16 § LPT och 7 a § LPT ska framgå 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 blir gjort. Målen kan röra den aktuella vårdformen. Det kan handla om hur patienten vill bli bemött och hur tvångsåtgärder ska undvikas. Målen kan också vara mer långsiktiga och ange önskade förbättringar av patientens psykiska och somatiska hälsa eller livssituation. Om patienten inte motsätter sig det bör målen följa med patienten och modifieras över tid i de verksamheter där patienten ska få insatser efter tvångsvården. Forskning visar att det är av vikt att formulera uppföljningsbara behandlingsmål och att patienten kan delta i utvärderingen av i vilken grad de uppfyllts.

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

Som framgår ovan bedömer vi att personer som tvångsvårdas i många fall tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Det gäller exempelvis personer som heldygnsvårdats vid upprepade tillfällen för skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd, och där man inte bedömer att en öppenvårdskontakt och ordinarie socialtjänstinsatser är tillräckligt för att personens hälsa och livssituation ska kunna förbättras. Bland personer som har en psykossjukdom och ett skadligt bruk eller beroende bedöms merparten tillhöra verksamhetens målgrupp.

Av rättspsykiatrins patienter bedömer vi att minst hälften tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

Vi föreslår därför att det ska framgå av LPT och LRV att det i samband med vårdplaneringen och inför utskrivning ska övervägas om

patienten tillhör målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

## Den samordnade planeringen ska förbättras

Vi gör bedömningen att den samordnade planeringen som ska ske inför utskrivning från sluten psykiatrisk tvångvård och rättspsykiatrisk vård behöver förbättras. De förslag vi lämnar innebär att vården av personer med skadligt bruk eller beroende i högre grad kommer 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 och sammanhang.

### *Planeringen ska starta tidigare*

Vi föreslår att det i 4 kap. 3 § samverkanslagen införs en ny bestämmelse om att kallelse till samordnad vårdplanering för en patient som vårdas enligt LPT eller LRV ska skickas snarast efter det att en enhet fått inskrivningsmeddelandet och en fast vårdkontakt utsetts eller, så snart ett behov av insatser från region och kommun har identifierats. Genom den förändringen frigörs mera tid för planeringen på ett sätt som ökar förutsättningarna för att insatser ska kunna anpassas till patientens behov och egna mål. Det innebär att kommunen kommer in i planeringsprocessen tidigare och, omvänt, att det ges mera tid för att planera hur insatser från hälso- och sjukvården ska se ut.

### *Kommunen ska vara skyldig att delta i planeringen*

För att motverka de inlåsnings effekter som finns i dagens regelverk, och som vi beskriver i kapitel 8, föreslår vi en bestämmelse som säger att kommunen är skyldig att delta i en sådan planering som den fasta vårdkontakten eller chefsöverläkaren kallar till enligt bestämmelser om samordnad planering. En sådan uttrycklig bestämmelse motive-

ras av vikten av att en planering inte bromsas upp av att kommunen inte deltar i en planering eller väljer att komma in i ett senare skede.

### *Ytterligare åtgärder för att förbättra samverkan ska vidtas*

Som framgått ovan bedömer vi att en fungerande planeringsprocess är avgörande för att våra förslag ska få önskad effekt. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen ska få ett särskilt uppdrag att stödja processen för den individuella planeringen inför utskrivning från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Vi bedömer också av 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. Av dessa bör det framgå hur patientens mål, behov, resurser och sammanhang ska vara utgångspunkt för planeringen. Därför behöver personer med egen erfarenhet av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten bidra i arbetet med överenskommelserna. Överenskommelser behöver ingås både på regionnivå och lokalt och innehålla kontaktvägar mellan olika vårdnivåer, hur en fast vårdkontakt ska utses och hur den samordnade vård- och stödverksamheten ska utöva sitt uppdrag inom ramen för planeringen. Vi anser också att regioner och kommuner ska se över hur ersättningsystem och andra styrdokument stödjer den samverkan som behöver ske inför utskrivning.

### **Kunskapen om metoder som effektivt stödjer boende och sysselsättning ska öka**

Vi anser att socialtjänsten i högre grad behöver använda sig av metoder 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 arbetssätt i befintliga boendeformer, såsom särskilda boenden, korttidsboenden eller gruppbo-städer enligt LSS, för att de ska bli mer anpassade för personer med skadligt bruk och beroende. Därför föreslår vi att Socialstyrelsen får, i samverkan med Boverket och i samråd med SKR, i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla metoder och nya boende-

former inklusive boendestöd. Vi föreslår också att Socialstyrelsen får, i samverkan med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och i samråd med SKR, i uppdrag att stödja kommunernas arbete med att utveckla former för sysselsättning som ger den enskilde möjlighet till ett självständigt liv. Dessutom föreslår vi att statsbidraget för juridiska personer som tillhandahåller sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning ökas med 10 miljoner.

## **En trygg och meningsfull vård**

I kapitel 9 lämnar vi förslag som syftar till att stärka kvaliteten i tvångsvården och stärka patienternas delaktighet och rättssäkerhet.

## **Ett ständigt utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull heldygnsvård ska bedrivas**

Vård utan samtycke är ett kraftigt ingrepp i den enskildes rättssfär och utgör ett undantag från grundlagsstadgade fri- och rättigheter. Tvångsvård innehåller också särskilda patientsäkerhetsrisker, dels för att integritetskränkningen kan minska tilliten till vården och göra att patienten inte söker vård igen, dels för att tvångsåtgärder kan leda till direkta fysiska och psykiska vårdsador. För att tvångsvård ska kunna legitimeras krävs att det leder till konkreta förbättringar för patienten, vilket i sin tur ställer krav på att hen erbjuds adekvat behandling och meningsfulla aktiviteter. Vi föreslår därför en bestämmelse som stadgar att på sådana enheter där det ges vård enligt LPT och LRV ska det, för en trygg och meningsfull vård, bedrivas ett ständigt utvecklingsarbete som syftar till att förbättra vårdens innehåll, stärka patienternas inflytande och delaktighet, samt minska användningen av tvångsåtgärder. Kravet på ett sådant utvecklingsarbete gäller all psykiatrisk heldygnsvård där det bedrivs tvångsvård. I kapitel 9 utvecklar vi på vilket sätt och med vilka metoder ett sådant arbete kan bedrivas.

## En tvångsvårdskommission ska inrättas

I våra direktiv anges att den gemensamma lagstiftning som vi ska lämna förslag på ska vara rättssäker. Vi bedömer att det förutsätter en förstärkt organisation på nationell nivå för utveckling av tvångsvården. Därför föreslår vi att det inrättas en kommission för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård i syfte att förstärka kunskapen om tvångsvårdens bedrivande, förstärka patienternas rättssäkerhet och stödja utvecklingen av en trygg och meningsfull tvångsvård. Kommissionen ska inrättas som ett självständigt organ inom Socialstyrelsen och omfattas i alla delar av det regelverk som gäller för statliga myndigheter. Ledamöterna ska bland annat bestå av patienter, anhöriga, företrädare för region och kommun, berörda myndigheter, forskare och personer med juridisk kompetens.

## Konsekvenser

I kapitel 10 redovisar vi kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av våra förslag. 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, samt lagen om stöd- och vårdverksamhet genomförs. Genomförs bara vissa av de uppräknade förslagen behöver en ny konsekvensbedömning göras inom ramen för den fortsatta beredningen. I avsnitt 11.3 utvecklar vi varför vi anser att den samordnade vård- och stödverksamheten är en bärande del av reformen.

### *Konsekvenser för personer som tvångsvårdas*

Våra förslag får huvudsakligen positiva konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd och deras anhöriga. Som exempel på positiva konsekvenser kan nämnas den som regel kortare vårdtiden, som en tillämpning av LPT med våra modifieringar bedöms leda till, är till godo för patientgruppen då det saknas stöd för att långa institutionstider bidrar till återhämtning på längre sikt. Även de förslag vi lämnar för att förstärka patientens ställning i vårdplaneringen och att ställa krav på förbätt-



rad samordning bedöms ha positiva effekter. Samtidigt innebär våra förslag vissa risker. En är att vårdtiderna utan samtycke blir för korta så att behoven hos enskilda personer inte tillgodoses. Vår bedömning är dock att det som har effekt på sikt är att vårdkedjan håller ihop och personen kan ges frivilliga och samordnade insatser utifrån sina individuella behov. En annan risk är att LPT ger möjlighet att bedriva tvångsvård i situationer när det inte görs i dag och att det kan vara integritetskränkande för patienten och leda till att man inte söker vård igen. Vi menar dock att vårdtillfällena i sådana fall kommer att vara korta och att möjligheten att rädda liv väger starkare än den risk som vi beskrivit. Det bör också påpekas att de förslag vi lagt i delbetänkande också innebär att regionernas skyldighet att erbjuda frivillig vård i sådana situationer förstärks.

Även reformen i sig kan innebära risker. Ett förändrat huvudmannaskap skapar nya gränser och förutsätter att resurser och kompetens fördelas utifrån det nya ansvaret. När vissa verksamheter upphör eller förändrar sin inriktning går också värden förlorade. Därför föreslår vi att reformen genomförs stegvis under en femårsperiod, vilket utvecklas nedan i sammanfattningen och i kapitel 12.

### *Ekonomiska konsekvenser*

Genom våra förslag får regionerna ökade kostnader för psykiatrisk heldygnsvård. Vi beräknar att antalet vårddygn kommer att behöva öka med 7 procent vilket motsvarar 557 miljoner kronor. Vi bedömer att det är högt räknat och väl kompenserar regionernas kostnadsökningar. Dessa pengar ska föras över från staten respektive kommunerna som får minskade kostnader. År 2021 kostade LVM-vården 911 miljoner. Av dessa var 535 miljoner kronor kommunala vårdavgifter. Resterande 374 miljoner kronor kom från den statliga anslagsfinansieringen. Vi har därför konstaterat att det finns ett utrymme för staten att utöver att kompensera regionerna för ökade kostnader, också tillföra medel som i första hand ska användas av regioner och kommuner för att gemensamt bedriva den samordnade vård- och stödverksamheten. I delbetänkandet har vi föreslagit att regionerna ska kompenseras för uppdraget att ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende, och att det ska utgå stimulansmedel till regioner och kommuner för att stödja genomförandet av

reformen. I konsekvenskapitlet redovisar vi även andra kostnader än de som nämns här, exempelvis kostnader för uppdrag till statliga myndigheter. Vi föreslår också att regionerna tillförs drygt 76 miljoner kronor för de ökade kostnader som det förtydligade ansvaret för personer som omhändertas enligt LOB medför.

### *Övriga konsekvenser för regioner och kommuner*

Även om regionerna fullt ut kompenseras ekonomiskt för sitt nya åtagande medför reformen vissa konsekvenser på andra sätt. De nya vårdplatserna ska bemannas vilket redan i dag är svårt i hälso- och sjukvården generellt. Vi har ovan i sammanfattningen av kapitel 6 utvecklat resonemanget kring kompetensförsörjningen.

Även tillgången till ändamålsenliga lokaler är en fråga som kan påverka möjligheten att bedriva psykiatrisk heldygnsvård. I konsekvenskapitlet konstaterar vi att det är en utmaning för hela hälso- och sjukvården som det behöver tas ett helhetsgrepp om.

Vi utvecklar också konsekvenserna av våra förslag för olika vårdgrenar som psykiatrisk slutenvård, specialiserad beroendevård och primärvård. När det gäller socialtjänsten gör vi bedömningen att det behöver utvecklas nya arbetssätt med fokus på boende och sysselsättning och arbete. Som framgår ovan föreslår vi att Socialstyrelsen i samverkan med andra myndigheter ska få i uppdrag att stödja den utvecklingen. Vi föreslår vidare 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.

I konsekvenserna resonerar vi också om vad det innebär för socialtjänsten att de inte längre har möjlighet att ge insatser utan den enskildes samtycke. Vi konstaterar också att kommunernas förutsättningar att bedriva stödinsatser förbättras genom att regionernas ansvar för att ge samordnad behandling förtydligas, och genom det förstärkta incitamentet för regionerna att ta ansvar för behandling vid HVB-placering. Även den samordnade vård- och stödverksamheten ger positiva konsekvenser för kommunerna.

## Utgångspunkter för reformens genomförande

I kapitel 11 redovisar vi fem utgångspunkter för samsjuklighetsreformens genomförande. Dessa är:

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

## Ikraftträdande och genomförande

I kapitel 12 föreslår vi att lagändringar i delbetänkandet SOU 2021:93 och i detta betänkande ska träda i kraft den 1 januari 2026.

### *Stegvis genomförande*

Vi föreslår att reformen genomförs stegvis under en femårsperiod. Under den tiden kommer regionerna med stöd av ökade resurser kunna utveckla sin verksamhet. Det kommer att behöva ske ett nära samarbete med kommunerna för att kompetens som i dag finns i deras verksamheter ska tas till vara. Kommunerna kommer samtidigt ställa om sin verksamhet från ett behandlingsfokus till att utveckla sociala stödinsatser. Regionerna och kommuner kommer också behöva ha en gemensam ledningsstruktur för genomförandet av reformen för att kunna ta ett gemensamt ansvar. Ett särskilt gemensamt fokus behöver finnas på den samordnade vård- och stödverksamheter och insatser på HVB. I kapitel 12 lämnar vi förslag på vilka åtgärder regioner och kommuner, var för sig och gemensamt, behöver vidta årligen under femårsperioden.

*Nationellt stöd*

Vi föreslår att det ska inrättas en nationell stödstruktur på SKR och att det ska utgå stimulansmedel till regioner och kommuner under femårsperioden.

*Avveckling av LVM-vården inom SIS*

Vi föreslår att det tillsätts en särskild utredare för att avveckla den tvångvård inom SiS som bedrivs enligt LVM. Avvecklingen ska påbörjas 2024 och slutföras under 2026. Utredaren ska planera och genomföra avvecklingen inom myndigheten i nära dialog med dess ledning samt ansvara för överföringen av klienter från SIS till regionerna, ange datum för när SiS slutar ta emot klienter och när de sista skrivs ut.