

Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
s.sof@regeringskansliet.se

Remissvar över betänkandet SOU 2023:5 Från delar till helhet Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (S2023/00440)

Statens Institutionsstyrelse (SiS) lämnar härmed remissvar över Samsjuklighetsutredningens slutbetänkande.

Inledande och övergripande kommentarer

Inledningsvis kan SiS konstatera att de syften som finns i utredningens förslag, dvs. att bidra till att insatser till personer med samsjuklighet blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade, är mycket angelägna.

Förslagets inriktning är att vårdkedjan behöver hållas samman av en huvudman och vara utformad för att kunna adressera samsjuklighet. Utredningen bedömer att dessa syften bäst kan uppnås genom att regionerna får hela ansvaret för den missbruksvård som i dag bedrivs av SiS. Det är SiS bedömning att den förändrade ansvarsfördelning som förslaget innebär kommer att leda till att målgruppen i större utsträckning än tidigare riskerar att hänvisas mellan olika aktörer, vilket riskerar att medföra allvarliga konsekvenser för klienternas liv och hälsa. Detta inte minst med anledning av att SiS klienters samsjuklighet utöver beroendesjukdomen består i somatiska sjukdomar, förutom redan uppmärksammat psykiatrisk sjuklighet. Avveckling av LVM-vården innebär också långtgående ekonomiska konsekvenser där enbart avveckling av hyresavtalen beräknas uppgå till 1,5 miljarder kronor. Lokalerna är anpassade för målgruppen vuxna och kan därför inte användas för ungdomsvård utan större kostsamma och tidskrävande anpassningar.

Statens institutionsstyrelse

Besök Svetsarvägen 10
Adress Box 1062
171 22 Solna

Telefon 010-453 40 00
Fax 010-453 40 50

E-post registrator@stat-inst.se
Internet www.stat-inst.se

Org-nr 202100-4508

SiS bedömer att det är mest ändamålsenligt att den slutna tvångsvården för personer med skadligt bruk och beroende alltjämt hålls samman av SiS som huvudman och att bestämmelsen i 30 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, består. En sammanhållen hälso- och sjukvårdskedja är möjlig att istället säkerställa genom att formalisera den hälso- och sjukvård som SiS redan bedriver idag och förstärka samarbetet med regionerna i likhet med det arbete som görs idag inom ungdomsvården i pilotprojektet Integrerad vård. SiS har tidigare under utredningens gång lämnat ovan invändningar och förslag, utan att dessa beaktats. Nedan redogör SiS närmare för dessa, kopplat till utredningens förslag i olika delar.

Eftersom SiS anser att utredningen inte har beaktat de fördelar som finns med att SiS behåller huvudmannaskapet för den slutna tvångsvården avseende personer med skadligt bruk och beroende ser myndigheten anledning att inledningsvis redogöra för varför SiS bildades, vilket uppdrag myndigheten har och vilken målgrupp som vårdas vid SiS. I det sammanhanget vill SiS även lyfta de styrkor myndigheten har när det gäller den vård som ges till målgruppen.

SiS uppdrag och syfte

SiS är en statlig myndighet som bedriver individuellt anpassad sluten tvångsvård och behandling av vuxna med skadligt bruk. Ungefär tusen kvinnor och män blir varje år tvångsomhändertagna med stöd av LVM och placerade på något av SiS LVM-hem. SiS uppdrag inom missbruksvården är att ge de personer som vårdas hos myndigheten bättre förutsättningar för ett socialt fungerande liv utan missbruk. Syftet med LVM-vården är att avbryta ett livshotande missbruk och motivera personer med skadligt bruk och beroende till behandling under frivilliga former.

Missbruksvården bedrivs vid myndighetens elva LVM-hem. De 359 platserna är indelade i en tänkt vårdkedja med mottagningsenheter och låsta och öppna behandlingsenheter som klienterna flyttas mellan under vartiden.

SiS bildades för ett samlat statligt huvudmannaskap

SiS bildades 1993 efter att riksdagen under 1991 tagit ett principbeslut om att huvudmannaskapet för de särskilda ungdomshemmen skulle föras över från kommuner och landsting till staten. När frågan lämnades över till regeringen

inkluderades även missbruksvårdens organisering i utredningen. Mot bakgrund av de problem som konstaterats med den tidigare ordningen då ansvaret var delat mellan kommun och landsting ställde riksdagen två huvudsakliga krav på SiS verksamhet, dels att alla som behövde det skulle kunna beredas plats, dels att en väl differentierad vård skulle erbjudas (prop. 1992/93:61 s. 1).

En av de största fördelarna som lyftes för ett samlat ansvar för LVM-hemmen var att det delade huvudmannskapet, med de osäkerheter i ansvarsförhållandena som fanns, skulle upphöra. Ett av de främsta argumenten för en huvudmannskapsförändring var att en central planering av erforderliga resurser och ett centralt ansvarstagande skulle ge betydligt bättre förutsättningar för en differentiering av vårdinnehållet och att platstillgången bättre skulle kunna tillgodoses. Socialstyrelsen inventerade i en rapport år 1990 behovet av resurser inom ramen för det tidigare huvudmannskapet, som visade att platsbristen inom missbruksvården var stor, endast omkring 20 procent kunde beredas plats vid det statliga huvudmannskapets tillkomst (se prop. 1992/93:61 på s. 14 ff.).

Målgruppen som vårdas vid SiS missbruksvård

De vuxna som vårdas hos SiS på grund av skadligt bruk och beroende har ofta många års beroende bakom sig. Det kan handla om skadligt bruk av alkohol, narkotika eller läkemedel. Ett omfattande blandmissbruk är dock i dag den mest vanligt förekommande anledningen till vård. De enskilda individerna har ofta stort behov av stöd i den dagliga livsföringen och befinner sig många gånger i en mycket utsatt social situation. De har även ett stort behov av omvårdnad på grund av olika somatiska och psykiatriska tillstånd. Behov av tillsyn vid drogpåverkan förekommer även.

SiS har, för att möta det behov som målgruppen har, utöver den behandling som ges till följd av missbruk, även byggt upp en hälso- och sjukvårdsorganisation som motsvarar primärvårdsnivå inom myndigheten. En framgångsfaktor i LVM-vården är bland andra kontinuitet i vården som kan bedrivas under en längre period, vilket riskerar att gå förlorat med utredningens förslag.

Huvudsakliga argument för SiS som fortsatt vårdaktör

SiS är en viktig vårdaktör som har mångårig erfarenhet av målgruppen och dess komplexa problematik. Myndigheten har redan i dag kapacitet för det totala antalet vårdplatser och har, jämfört med psykiatrin, bättre anpassade och differentierade lokaler utifrån målgruppens vårdbehov.

Den missbruksvård som SiS erbjuder differentieras utifrån kön och olika vårdbehov inom målgruppen på de olika LVM-hemmen runtom i landet. SiS erbjuder en rehabiliterande och hemlik miljö. Betydelsen av en lämplig och rehabiliterande miljö ska inte underskattas utifrån att den vårdtid som målgruppen behöver regelmässigt är betydligt längre än några veckor, den kan som högst vara upp till sex månader. Nuvarande LVM-lagstiftning och den rehabiliterande miljö som SiS erbjuder möjliggör således differentiering även av längden på vårdtiden inom den slutna tvångsvården.

SiS medarbetare har en bred kompetens och beprövad erfarenhet av vård för målgruppen, både vad gäller socialtjänstverksamhet och hälso- och sjukvårdsverksamhet. SiS arbetar med kunskapsöverföring och central styrning samt bedriver metodutveckling och finansierar forsknings-, utvecklings- och utbildningsprojekt. Detta bidrar till en kontinuerlig förbättring av vården.

SiS har ett centralt inskrivningsförfarande och en sammanhållen nationell styrning av de elva LVM-hemmen. Detta utgör, enligt myndighetens mening, en avgörande förutsättning för att kunna arbeta flexibelt och för att kunna anvisa plats omedelbart. Under föregående år kunde SiS omedelbart anvisa plats i samtliga fall där kommunerna ansökte om plats.

SiS är således med sin mångåriga erfarenhet av målgruppen, en expertmyndighet, med ett gediget kulturellt kapital som saknas hos andra aktörer i dagsläget. Kapitalet består delvis av den formella kompetens som ges i form av anpassade, interna utbildningar i konflikthantering och bemötandestrategier utifrån ett motiverande förhållningssätt. Det kompletteras med kunskapsbaserade metoder och traumamedveten omsorg. En annan del är den "tysta eller implicita kunskap" som finns i en verksamhet som har lång erfarenhet av ett särskilt uppdrag och målgrupp. Denna kunskap är, till skillnad från den formella, svår att förmedla genom skrift, utan förs snarare över i de

mellanmänniska samspelet inom verksamheten och bidrar till det kulturella kapitalet över tid.

Förslagen leder till att fördelarna med det statliga huvudmannskapet går förlorade

Att ha ett statligt huvudmannskap och en nationell samordning av platser inom missbruksvården, vilket ger bättre förutsättningar för lika vård och behandling, är en fördel som SiS anser inte har beaktats av utredningen i tillräcklig omfattning. SiS anser inte heller att utredningen har beaktat den kunskap och kompetens av att vårda målgruppen som finns och förvaltas av myndigheten. SiS anser därför att utredningens förslag sammantaget inte kan anses leda till en förbättring för målgruppen. Vidare ser SiS en risk för ökade samordningsproblem mellan kommuner och regioner samt att vissa viktiga beståndsdelar i den slutna vård som nu bedrivs, särskilt den sociala aspekten, går förlorade om förslagen blir verklighet. Dessutom skulle regionerna behöva skapa förutsättningar för att hålla ihop vårdkedjan mellan psykiatri och den somatiska vården, vilket det saknas resonemang kring i utredningens förslag. De samordningsproblem som SiS identifierat med förslagen riskerar att medföra allvarliga konsekvenser för klienternas liv och hälsa som SiS inte anser har beaktats i tillräckligt hög grad. Mer om SiS bedömningar i dessa delar framgår nedan.

Synpunkter på utredningens förslag i olika delar

Förslagen i avsnitt 6.1 och 6.2

SiS avstyrker förslagen om att all tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ska flyttas över från SiS till regionerna och att den slutna tvångsvården ska ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT.

Förslagen innebär att LVM ska upphävas. SiS vill med anledning av det påpeka att missbruksvård enligt dagens lagstiftning anses vara socialtjänstverksamhet. Den vård och behandling som bedrivs vid SiS är således i första hand att betrakta som socialtjänstverksamhet. Att inte längre betrakta missbruksvården som socialtjänstverksamhet kan enligt SiS mening få allvarliga konsekvenser för målgruppen, som per regel till följd av sitt missbruk och sin livssituation i övrigt behöver ha mycket omfattande stöd och sociala insatser. SiS befärar att merparten av klienterna som idag vårdas inom SiS kommer ha svårt att

kvarstanna av egen vilja för att ta emot de sociala insatser som är tänkt i öppenvårdsverksamhet i samsjuklighetsutredningens förslag. Risker är istället att de blir föremål för upprepade, korta slutenvårdsplaceringar inom psykiatrin.

De sociala insatserna är helt avgörande för att de personer som vårdas till följd av ett långvarigt missbruk ska kunna ha en väg tillbaka till samhället och ett självständigt liv. SiS har också redan upparbetat samarbeten med kommunernas socialtjänst, vilket ger goda förutsättningar för att arbeta proaktivt inför tiden efter den slutna tvångsvården.

Vidare måste det påpekas att delar av den målgrupp som i dag vårdas vid SiS inte är i behov av psykiatrisk vård. Det innebär att en del av den målgrupp som i dag vårdas vid SiS riskerar vårdas på slutna psykiatriska avdelningar om förslagen genomförs, trots att den psykiatriska samsjukligheten inte föreligger. SiS differentierade vård omhändertar på ett bättre sätt hela målgruppens varierande behov som handlar om såväl beroendesjukdom, psykiatriska och somatiska sjukdomar som behov av sociala insatser.

SiS instämmer med utredningen i att det finns brister i nuvarande tvångsvårdssystem. Bristerna rör framför allt svårigheter att få till en sammanhållen vårdkedja med rätt insatser både före, under och efter den slutna tvångsvården. Detta till följd av att flera huvudmän är inblandade i olika delar av processen. SiS anser dock inte att den förslagna ordningen kommer att kunna lösa de komplexa problem som i dag finns vid samverkan mellan olika huvudmän kring personer med stora behov av samordnade insatser. Behovet av samverkan, samordning och tydliggörande av ansvar mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård minskar således inte med utredningens förslag. SiS vill i stället mena att en ordning där 290 kommuner och 21 regioner ska bedriva och upphandla verksamheter gemensamt i stället skapar nya organisatoriska mellanrum där klienterna riskerar att stå utan vårdinsatser. En mer effektiv lösning skulle vara att utveckla befintlig verksamhet och istället tydliggöra SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag samt skapa bättre förutsättningar för en närmare samverkan med regionerna.

SiS instämmer inte i utredningens bedömning att ett nytt tvångsvårdssystem där regionerna ansvarar för all slutna tvångsvård vid skadligt bruk och beroende i högre grad skulle skapa förutsättningar att på ett bättre sätt än i dag anpassa insatserna till behoven hos varje enskild person. SiS anser i stället att ett bättre alternativ vore att integrera de olika insatserna i en sammanhållen vårdkedja där staten, genom SiS, behåller huvudmannskapet för den slutna

tvångsvården för målgruppen. Det skulle leda till att vården i högre grad hålls samman, att insatserna ges där individerna befinner sig och blir individanpassad och ändamålsenlig, men utan de risker som SiS identifierar med utredningens förslag (se närmare om detta nedan, under bedömningen i avsnitt 6.7).

Utredningen bedömer att den psykiatriska tvångsvården har förutsättningar att vårda personer med skadligt bruk eller beroende men att viss utveckling, anpassningar och resursförstärkningar behöver ske. SiS kan inte instämma i den bedömningen. Detta då det i betänkandet inte ges några svar på hur vård av motsvarande kvalitet som bedrivs inom SiS i dag, med möjligheter till differentiering av vård och lokaler utifrån målgruppens behov, ska kunna ges inom ramen för psykiatrisk tvångsvård. SiS kan vidare konstatera att den psykiatriska tvångsvården saknar erfarenhet av att vårda den målgrupp som i dag vårdas med stöd av LVM. Att uppnå den kompetens och vårdanpassning som är nödvändig kommer att ta lång tid och innebära avsevärda kostnader. SiS ställer sig utifrån detta frågande till om en sådan omfattande förändring kan anses vara motiverad utifrån ett samhällsperspektiv. SiS anser vidare att utredningen har underskattat den komplexitet som finns i uppdraget att vårda målgruppen och att de åtgärder som utredningen anger pågår inom den psykiatriska tvångsvården är långt ifrån tillräckliga.

SiS anser således sammanfattningsvis att det finns en påtaglig risk för att målgruppen inte får den vård som den behöver utifrån att nya samverkansformer kommer krävas, vilka riskerar bilda nya organisatoriska mellanrum, liksom att det finns stora risker med förslaget som är outredda och underskattade och som riskerar att vårdinsatser uteblir och i värsta fall leder till en ökad narkotikarelaterad dödlighet inom målgruppen.

Förslagen i avsnitt 6.4

Utredningen föreslår att det ska vara kommunens ansvar att ge sociala stödinsatser i den enskildes närmiljö, exempelvis när det gäller boende och sysselsättning. Detta ansvar ska ersätta det behandlingsansvar som åligger kommunen i dag.

SiS anser att utredningens förslag är otillräckliga sett till målgruppens behov då förslaget i praktiken begränsar kommunernas nuvarande ansvar. Målgruppen har stora behov av sociala behandlingsinsatser och det finns i många fall en väl

etablerad och nödvändig kontakt mellan socialtjänsten och den enskilde, där flera olika insatser har givits över tid innan sluten tvångsvård blir aktuell. Vad som ska komma i stället för dessa insatser lämnas enligt SiS mening obesvarat.

Bedömningen i avsnitt 6.7

Utredningen gör i avsnitt 6.7 bedömningen att det krävs tydligare ansvarsfördelning i lag för att barn och unga på SiS särskilda ungdomshem ska få de hälso- och sjukvårdsinsatser som de har behov av. Utredningen anger att det till exempel kan ske genom en reglering av SiS hälso- och sjukvårdsansvar, hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen där barnet eller den unge är bosatt (hemregionen) och hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen där ungdomshemmet är beläget (vistelseregionen). Utredningen bedömer att en del i en sådan reglering kan vara att SiS får ett ansvar att bedriva primärvård upp till läkarnivå. Utredningen anser dock att dessa frågor behöver utredas i särskild ordning.

SiS välkomnar utredningens förslag om att få bättre förutsättningar för att tillgodose våra barn och ungdomars behov av hälso- och sjukvård. SiS anser dock, till skillnad från utredningen, att detta även görs gällande inom missbruksvården; det vill säga att det är mest ändamålsenligt att samma frågor utreds även när det gäller SiS missbruksvård.

Med anledning av detta vill SiS i följande avsnitt redogöra för de erfarenheter som myndigheten har genom det pågående pilotprojektet om Integrerad vård som bedrivs inom SiS ungdomsvård. SiS ser att arbetssättet som tas fram inom det projektet med fördel kan användas även inom missbruksvården. Att skapa förutsättningar för ett sådant alternativ bygger vidare på utredningens bedömningar avseende ungdomsvården och kan uppnå de syften som både utredningen och SiS vill åstadkomma för missbruksvården.

Pilotprojektet Integrerad vård och en alternativ väg för missbruksvården

Socialstyrelsen fick 2019 ett regeringsuppdrag att inleda integrerad vårdform inom ramen för ett pilotprojekt som kallas Integrerad vård. Sedan 2021 deltar SiS i uppdraget som innebär att myndigheten tillsammans med psykiatri utvecklar och prövar metoder för integrerad vårdform inom ramen för pilotprojektet. Utvecklingsarbetet syftar till att förbättra vården för vissa unga som vårdas vid SiS med stöd av LVU och som även har stora behov av

psykiatrisk vård. Pilotprojektet pågår till 2024. Projektet syftar till att utvärdera om en integrerad vårdform kan vara ett ändamålsenligt och effektivt sätt att tillgodose målgruppens sammantagna behov av vård från både psykiatri och SiS.

SiS erfarenheter hittills från projektet är överlag mycket positiva. SiS har förhoppningar om att det kan leda till att vården vid SiS även framöver kan bedrivas integrerat i samverkan med andra huvudmän.

I utvärderingen av ett pilotprojekt av integrerad behandling vid missbruk och samsjuklighet (ICT Integrating Combined Therapies) på tre LVM-hem, som genomfördes under 2013–2016, kunde positiva resultat utläsas.

Utvärderingen beskrev bland annat att LVM-hemmen är en ideal plats för att genomföra integrerad behandling. Detta då det huvudsakligen är inom ett vårdssystem där klienterna finns på plats, och att de inte går hem, som i öppenvården.

SiS ser att de arbetssätt som tas fram inom ramen för projektet Integrerad vård med fördel skulle kunna appliceras inom missbruksvården. Detta skulle möta vårdbehovet hos individer med samsjuklighet samordnat av SiS, socialtjänsten och psykiatri. För att uppnå en bättre samordning och behovsanpassad vård skulle således missbruksvården framöver kunna bedrivas integrerat med behandling för andra psykiatriska tillstånd på myndighetens LVM-hem i samverkan med regionen. Det skulle enligt SiS mening vara en ändamålsenlig och effektiv ordning för att tillgodose målgruppens sammantagna behov av vård från både psykiatri och socialtjänst.

Som framkommit har SiS redan i dag byggt upp en intern hälso- och sjukvårdsorganisation på primärvårdsnivå upp till och med läkarnivå. Detta har myndigheten gjort då den bedömt det vara väsentligt att det bedrivs viss hälso- och sjukvård både på myndighetens LVM-hem och de särskilda ungdomshemmen med hänsyn till målgruppernas behov. Som utredningen lyfter saknar SiS dock ett reglerat ansvar i denna del. Det i sig leder till att uppdraget är otydligt och att det kan skapas felaktiga förväntningar hos andra aktörer.

SiS ser därför att det skulle vara lämpligt och ändamålsenligt att i särskild ordning utreda frågan om myndigheten ska ges ett reglerat ansvar att bedriva viss hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå upp till läkarnivå. En sådan utredning skulle även kunna ta ställning till på vilket sätt SiS missbruksvård kan bedrivas integrerat med psykiatrin i linje med det arbetssätt som nu tas fram inom ungdomsvården. Att utreda dessa frågor till fullo, innan beslut tas om att göra om hela den slutna tvångsvården med alla de risker som det för med sig, bedömer SiS skulle vara mer ändamålsenligt.

Förslagen i avsnitt 7.2

Utredningens förslag innebär att de rättsliga förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård enligt LPT ska kompletteras så att tvångsvård även får ges om patienten lider av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende.

SiS vill här lyfta ett antal brister som myndigheten ser med att låta missbruksvården helt regleras genom den lagstiftning som gäller för den psykiatriska tvångsvården, LPT.

SiS kan för det första konstatera att förslaget utelämnar en av de förutsättningar som finns för tvångsvård enligt LVM, nämligen att klienten på grund av missbruket löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv. Syftet med den så kallade sociala indikationen är att kunna ingripa tidigt och bryta en destruktiv utveckling (se prop. 1987/88:147 s. 46). Den sociala indikationen tar sikte på omständigheter som vid en helhetsbedömning närmast framstår som avgörande för den enskildes fortsatta liv, där personen är på väg att hamna i ett socialt utanförskap till följd av missbruket som dominerar den enskildes livsföring. Individen är till följd av missbruket nära att helt slås ut från bostads- och arbetsmarknad eller utbildning och kan inte längre upprätthålla normala sociala relationer (prop. 1987/88:147 s. 92).

Inför en ansökan om tvångsvård enligt LVM genomför socialnämnden i dag en omfattande utredning om personens sociala situation. I LVM regleras vilka uppgifter som ska tas med i socialnämndens utredning. Det ställs höga krav på nämnden att bedriva ett aktivt och adekvat utredningsarbete. Den enskildes förhållanden ska framgå av utredningen. Det innebär att nämnden behöver samla in och redovisa uppgifter, från den enskilde själv och från andra håll, om dennes aktuella situation. Utredningen av den enskildes förhållanden bör omfatta hur länge missbruket har pågått, vilka insatser som tidigare vidtagits

för att avbryta missbruket och vilka effekter de haft. Utredningen måste dessutom omfatta vilken sannolikhet som föreligger för fortsatt allvarligt missbruk och konsekvenserna av detta. Om det finns risk för fortsatt missbruk men det framstår som otillräckligt med frivilliga insatser, uppkommer frågan om vilka risker det fortsatta missbruket kan få för bland annat den enskildes hälsa. Slutligen måste utredningen även innehålla uppgifter om huruvida det till följd av missbruket föreligger sådana omständigheter som anges i någon av de så kallade specialindikationerna som regleras i 4 § LVM. Utredningen behöver alltså innehålla information om den enskilde utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Utredningen har uppmärksammat frånvaron av en social indikation i den föreslagna lagstiftningen och har även identifierat den som en risk. Utredningen har dock bedömt att denna risk är begränsad. Utredningens inställning är vidare att oundgänglighetsrekvisitet i LPT tar hand om patientens sociala situation. SiS instämmer inte i utredningens resonemang i dessa delar utan anser att det sociala perspektivet i stort försvinner genom utredningens förslag.

SiS vill vidare påpeka att den utredning som företas av socialnämnden inför en ansökan om vård enligt LVM görs *innan* socialnämnden ansöker om vård till förvaltningsrätten. Något motsvarande förfarande finns inte inför beslut om psykiatrisk tvångsvård enligt LPT och kommer inte heller att finnas enligt utredningens förslag. Utgångspunkten i utredningens förslag är att tvångsvård enligt LPT blir aktuell först när patienten lider av en allvarlig psykisk störning eller av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende. Tillståndet ska också vara av en sådan grad att det föreligger en påtaglig risk för patientens liv eller hälsa. Att patienten lider av det psykiatriska tillståndet skadligt bruk eller beroende ska bedömas utifrån patientens symtom och anamnes med ledning från vetenskap och beprövad erfarenhet, samt med stöd av internationell och svensk vårds vedertagna diagnossystem. Bedömningen ska alltså göras utifrån ett medicinskt perspektiv och vid en tidpunkt när det allvarliga skadliga bruket eller beroendet redan är ett faktum. SiS anser att detta är förenat med stora risker för de individer, ofta yngre, vars skadliga bruk eller beroende ännu inte uppnått ett allvarligt stadium. Vidare innebär förslaget att de personer som redan har utvecklat ett skadligt bruk eller beroende endast kommer att vårdas under korta, men ofta återkommande, perioder när förhållandena anses som tillräckligt allvarliga.

SiS anser vidare att frånvaron av en bestämmelse som uttryckligen fokuserar på risker för närstående utgör en stor brist i utredningens förslag. I LVM uppmärksammas närståendes skyddsbehov genom den så kallade skadeindikationen. Denna indikation avser två olika situationer, dels de situationer då den enskilde kan befaras komma att allvarligt skada sig själv, dels då hen kan befaras komma att allvarligt skada någon närstående. Utredningens slutsats är att omgivningsskyddet i LPT ger erforderligt skydd också för närstående. SiS delar inte utredningens bedömning. Närståendeskyddet är en särskild grund för tvångsvård som ofta åberopas i kombination med hälsoindikationen vid ansökningar om vård enligt LVM. Vidare stärker närståendeskyddet också arbetet mot våld i nära relationer. Särskilt med beaktande av målgruppens sociala situation, bedömer SiS att ett begränsande av närståendeskyddet inte kan försvaras.

Ytterligare en skillnad mellan LPT och LVM som SiS vill uppmärksamma är att vård enligt LPT ska upphöra när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård (27 § LPT) medan vården enligt LVM ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården pågått i sex månader (20 § LVM). LVM kopplar således vårdens upphörande till syftet med tvångsvården, medan LPT-vården knyter vårdens upphörande till att förutsättningarna inte längre är uppfyllda. Utredningens förslag innebär därför att en patient med skadligt bruk eller beroende som tas in för slutna tvångsvård med anledning av en överdos eller drogutlöst psykos riskerar att skrivas ut från den psykiatriska tvångsvården när det akuta tillståndet har upphört. Utredningen underskattar således risken för att den enskilde återfaller och överdoserar kort efter utskrivning, när drogsuget är mycket stort. Enligt SiS erfarenhet är avvikningsrisk och återfallsrisk stor under de första månaderna av nykterhet och vid utskrivning när klienten ska klara av ett liv under "normala" förhållanden i nyktert tillstånd. För detta krävs en längre tids slutenvård men av olika art där klienten gradvis erbjuds mer öppna vårdformer men med en upprätthållande struktur till sin hjälp.

SiS vill slutligen påpeka att det i betänkandet helt saknas en analys av de skillnader som finns när det gäller de särskilda tvångsåtgärder som är tillåtna inom ramen för vård enligt LVM respektive LPT. Utredningen har inte heller gjort någon analys av de skillnader som finns när det gäller möjligheten att överklaga beslut enligt de två lagarna. SiS kan konstatera att exempelvis bältesspanning är en mycket ingripande tvångsåtgärd som är möjlig att tillgripa inom ramen för LPT men inte LVM. SiS anser att det är en stor brist med

förslagen att utredningen inte tagit ställning till om det är motiverat eller proportionerligt att samtliga befintliga tvångsåtgärder enligt LPT ska kunna tillämpas för den nya målgruppen eller om det finns anledning att se över överklagandemöjligheterna enligt LPT till följd av utredningens förslag.

Sammanfattande kommentar

SiS avstyrker Samsjuklighetsutredningens förslag. SiS bedömer att det är mest ändamålsenligt för målgruppen att staten har kvar huvudmannskapet för den slutna tvångsvården av personer med skadligt bruk och beroende. Frågan om hur SiS ska kunna ges ett reglerat hälso- och sjukvårdsuppdrag och integrera den specialiserade vården för att bättre kunna möta målgruppens behov bör utredas. SiS bedömer att målgruppens vårdbehov tillgodoses bäst genom att de fördelar som det statliga huvudmannskapet och den nationella samordningen innebär behålls, samtidigt som SiS upparbetade erfarenhet och kompetens av att vårda målgruppen tas tillvara.

Beslut i detta ärende har fattats av generaldirektör Elisabet Åbjörnsson Hollmark. I den slutliga handläggningen har tf. sektionschef Erla Thorisdottir deltagit. Föredragande har varit missbruksvårdsdirektör Birgitta Dahlberg.

Elisabet Åbjörnsson Hollmark