



UPPSALA  
UNIVERSITET

## BESLUT

2023-05-23 Dnr UFV 2023/345

Socialdepartementet

Box 256  
751 05 Uppsala

**Besöksadress**

Dag Hammarskjölds väg 7

**Handläggare**

Johanna Andersson Raeder

**Telefon**

018-471 00 00

[www.uu.se](http://www.uu.se)

[Johanna.andersson.raeder@uu.se](mailto:Johanna.andersson.raeder@uu.se)

## Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)

Beredning med  
Bitr. kanslichef Magnus Ödman

### Beslut

Härmed beslutas

- att Uppsala universitet överlämnar expertgruppens yttrande som sitt svar på rubricerad remiss.

### Bakgrund

Uppsala universitet har anmodats lämna synpunkter på rubricerad remiss.

Bifogat yttrande har utarbetats av professor Anne H Berman, Institutionen för psykologi, docent Maritha Jacobsson, Institutionen för socialt arbete och docent Therése Fridström Montoya, Juridiska institutionen.

Beslut i detta ärende har fattats av undertecknad rektor i närvaro av universitetsdirektör Caroline Sjöberg, efter föredragning av utbildningsledare Johanna Andersson Raeder. Närvarande därutöver var akademiombudsman Per Abrahamsson och Uppsala studentkårs ordförande Anton Sánchez Sulejmani.

Anders Hagfeldt

Johanna Andersson Raeder



UPPSALA  
UNIVERSITET

## YTTRANDE

2023-05-23 Dnr UFV 2023/345

Socialdepartementet

Box 256  
751 05 Uppsala

**Besöksadress**

Dag Hammarskjölds väg 7

**Handläggare**

Johanna Andersson Raeder

**Telefon**

018-471 00 00

[www.uu.se](http://www.uu.se)

[Johanna.andersson.raeder@uu.se](mailto:Johanna.andersson.raeder@uu.se)

## Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)

Uppsala universitet har anmodats lämna synpunkter på rubricerad remiss. Uppsala universitets yttrande har utarbetats av en expertgrupp bestående av professor Anne H Berman, Institutionen för psykologi, docent Maritha Jacobsson, Institutionen för socialt arbete och docent Therése Fridström Montoya, Juridiska institutionen.

Universitetet tillstyrker i huvudsak utredningens förslag. Universitetet vill emellertid anföra följande.

### Bakgrund

I slutbetänkandet av Samsjuklighetsutredningen (SOU 2023:5) föreslås att den befintliga tvångsvårdsstrukturen enligt lagen om vård av missbrukare (LVM) avskaffas. LVM har inneburit att individer som riskerar fara för liv och hälsa pga skadligt substansbruk kan ges tvångsvård inom ramen för Statens Institutionsstyrelsens (SiS) inrättningar. Utredningen föreslår att dessa läggs ner. Avsikten är att öka förutsättningarna för samordning av adekvat och meningsfull vård för personer med samsjuklighet. Denna grupp beräknas uppgå till cirka 250 000 individer, av vilka cirka 900 årligen ges tvångsvård enligt LVM. Utredningen har visat att tiden på institution medför brist på meningsfulla aktiviteter samt på kunskapsbaserad vård.

Personalen på SiS institutioner består huvudsakligen av behandlingspedagoger respektive sjuksköterskor, där de senare oftast är chefer för institutionerna. Tillgången till psykologer och läkare varierar. De individer som varit föremål för tvångsvård under LVM hamnar ofta efter institutionstiden i ett mellanläge där de saknar bostad och sysselsättning samt strukturerade planer för fortsatt vård och återhämtning. Detta sker trots regler om att sådana planer ska formuleras innan utskrivning. Med anledning av dessa brister föreslår utredningen att SiS institutioner läggs ner och ersätts med en personcentrerad, samordnad vårdkedja. I denna vårdkedja avses enskildas behov av avskildhet från samhället, för att skydda dem själva och andra, tillgodoses genom tvångsvård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) under kortare perioder.



## Kommentarer och ändringsförslag

Personer som varit föremål för LVM åtgärder, samt personer som har samsjuklighetsproblem men inte fått tvångsvård enligt LVM, har oftast en livslång problematik som lindras av regelbunden kontakt med vården (Durbeej m fl, 2015; McLellan m fl 2005). Den komplexa problematik som dessa personer har att hantera i sin vardag kräver ofta många års återkommande kontakter med vårdinstanser och med ideella organisationer som stödjer återhämtning genom bland annat självhjälpgrupper (till exempel 12-stepsprogram som Anonyma alkoholister samt Anonyma Narkomaner). Återhämtning är en lång process med upp- och nergångar. Kommun, region och stat behöver därför finnas tillgängliga när individen behöver hjälp och stöd (Borkman m fl, 2016; van Weeghel m fl, 2019). Nedläggning av SiS institutioner skulle kunna vara i linje med insikten om de livslånga behov som kännetecknar personer med samsjuklighet, eftersom tvångsvård enligt LVM är en tillfällig insats, som därtill kan tillföra trauman genom dess karaktär.

Utredningen gör dock inte tydligt att samordningen av vård- och stödåtgärder bygger på en sådan insikt. Samordningens utmaningar är särskilt stora när huvudmannskapet för skadligt substansbruk och beroende överförs till regional hälso- och sjukvård. Regionen ansvarar för psykiatriska och somatiska behov, men saknar ansvar för och perspektiv på människors psykosociala behov. Risken finns att psykiatriska bedömningar blir vägledande och att den kunskap som finns bland personal på Statens institutionsstyrelsers SIS-hem försvinner, utan att ersättas med likvärdig kompetens inom psykiatrin.

Den föreslagna förändringen i ansvarsfördelningen mellan regional hälso- och sjukvård och socialtjänsten i kommunal regi kan således leda till att bördan för kommunerna inte minskar i önskad utsträckning. Uppsala universitet anser därför att utredningens förslag till lagtext bör ta detta i beaktande.

Utredningen presenterar budgetberäkningar som visar att de förändringar som föreslås i riktning mot en personcentrerad vårdkedja skulle medföra en lägre kostnad än fortsatt drift av LVM-hemmen i SiS regi. Här menar Uppsala universitet att personer med samsjuklighet riskerar att bli nedprioriterade i den föreslagna nya ordningen, då de i större utsträckning skulle konkurrera med andra behövande grupper inom psykiatrin. Det skulle kunna innebära att personer med samsjuklighet ändå söker hjälp och stöd hos socialtjänsten. Hur kostnader då bör fördelas framgår inte. Även om vården i huvudsak ska bedrivas av regionerna kommer kostnaderna för kommunerna att kvarstå, genom att kommunerna kan bedömas få ökade kostnader när det gäller krav på öppen psykiatrisk tvångsvård, sysselsättning och boende. De ekonomiska konsekvenserna för kommunerna kan följaktligen vara större än vad som anges i utredningen.



## YTTRANDE

2023-05-23

Dnr UFV 2023/345

Den specialiserade beroendevården respektive LVM-enheterna är idag de enda som prioriterar behoven hos personer med samsjuklighet. Vården på dessa enheter kan ge tillräckligt med tid för att initiera och vidmakthålla en återhämtningsprocess för personer med samsjuklighet. Uppsala universitet anser därför att förslagen i utredningen bör kompletteras med förslag för att säkerställa att personer med samsjuklighet får sina behov tillgodosedda över tid. Personer med samsjuklighet har behov av två huvudsakliga hjälp- och stödåtgärder, där den ena är kunskaps- och evidensbaserad psykologisk behandling, och den andra är meningsfull sysselsättning (Best m fl, 2013). Det bör noteras att tillgången på psykoterapi inom ramen för den regionala vården ej räcker till idag. Sysselsättnings- och boendefrågor kräver noggrann förberedelse och uppföljning hos kommunerna, vilket enligt utredningen idag inte fungerar tillfredsställande. Om utredningens förslag genomförs kommer personer med samsjuklighet att konkurrera om resurser med andra grupper inom psykiatrin som har behov av samma typ av komplex behandlingsinsats. Detta talar för att SiS hemmen skulle kunna behållas men med radikalt ändrat behandlings- och sysselsättningsinnehåll, för att ge erforderlig kunskaps- och evidensbaserad behandling, samt erbjuda meningsfull sysselsättning. Ett sätt att göra det hade varit att omvandla SiS hemmen till en typ av kollektiv som bygger på socialt entreprenörskap. Detta har konstaterats ge goda resultat för denna grupp (Devlin m fl, 2023). Det skulle förutsätta att SiS hemmen görs till hälso- och sjukvårdsinrättningar, där såväl sluten- som öppenvård erbjuds i de regioner där hemmen redan finns. Härifrån skulle även team som tillhandahåller Assertive Community Treatment (ACT), en behandling som visat positiva resultat för personer med komplex problematik (Bond & Drake, 2015), inklusive hemlöshet, finnas tillgängliga. Om förslaget att lägga ner LVM-hemmen förverkligas skulle sådana team istället kunna integreras i den regionala psykiatrin för att tillgodose gruppens behov. Uppsala universitet anser att behovet av att garantera kontinuerlig tillgång till såväl psykologisk behandling som meningsfull sysselsättning som vägar till återhämtning för personer med samsjuklighet bör uppmärksammas.

I utredningen behandlas också behovet av att minimera stigma. Detta skulle kunna ske i den föreslagna personcentrerade vårdkedjan, och skulle stämma väl med pågående samhälleliga insatser för att minska stigma kring psykisk ohälsa. Ett mindre stigma, tillsammans med effektiva behandlingsstöd med adekvata psykosociala insatser, kan leda till att målet för behandlingen av personer med samsjuklighet kan höjas till att vara återhämtning (Leamy, 2011).

En viktig del av stigmareducering och av att vara på väg mot återhämtning är strävan mot meningsfullhet i livet, vilket kan främjas via



## YTTRANDE

2023-05-23

Dnr UFV 2023/345

meningscentrerad terapi (Vos, 2018). En nyligen publicerad systematisk översikt (Vos, 2023) har identifierat sex huvudkategorier av mening: materialistisk (materiella villkor, framgång i arbetslivet); hedonistisk mening (njutningsbaserade upplevelser); självinriktad mening (resiliens, egen förmåga, självacceptans, autonomi, kreativt uttryck, omsorg om sig själv), social mening (sociala kontakter, tillhörighet, följsamhet, altruism och barn), större typer av mening (syfte i livet, personlig tillväxt, tidsbundna företeelser, rättvisa/etik och andlighet/religion), samt existentiella-filosofiska typer av mening (att vara levande, unik, fri, tacksam och ansvarsfull).

Den personcentrerade vårdkedja som föreslås i utredningen rimmar väl med dessa begrepp som en del av framtidens samhälleliga vård och stöd till personer med samsjuklighet. Uppsala universitet anser att denna grund för vården av personer med samsjuklighet bör lyftas fram tydligare.

Ur ett rättsligt perspektiv ställer sig Uppsala universitet tveksamt till förslaget att helt avskaffa LVM. Universitetet anser att lagen bör behållas för en viss grupp av två skäl:

Möjligheten att vårda personer med missbruksproblematik enligt den sociala indikationen, det vill säga när de löper uppenbar risk att förstöra sitt liv, försvinner om förslaget genomförs. Tanken med denna tvångsvårdsgrund var enligt förarbetena till LVM att kunna fånga upp yngre missbrukare, det vill säga de som passerat åldersgränsen för LVU där "påtaglig risk för skada på hälsa eller utveckling" är det avgörande för ett omhändertagande, men även yngre missbrukare i termer av "missbrukarkarriär". Med det senare menas personer som ännu inte befinner sig i en sådan situation att missbruket dominerar livsföringen; personer som alltså lever under socialt ordnade förhållanden vilka riskeras om missbruket inte kan stoppas men vars missbruk ännu inte har blivit så allvarlig att deras liv och hälsa riskeras.

Som motiv till att avskaffa denna sociala grund för tvångsvård framhålls i utredningen att det i princip alltid finns ett psykiatriskt eller svårt hälsorisktillstånd i de fall domstol fattat beslut om LVM-vård. Det måste emellertid framhållas att själva "hotet" om LVM i många fall fungerar på ett motiverande sätt i socialtjänstens arbete med personer som har ett skadligt bruk eller beroende och där situationen socialt sett därmed är mycket allvarlig, men det fortfarande finns möjligheter att rädda vederbörande till ett människovärdigt liv då de har kvar en social förankring i samhället. Genom att LVM finns som en yttersta utväg kan många personer förmås att ta emot vård på frivillig grund, utan att en ansökan om tvångsvård behöver göras.



## YTTRANDE

2023-05-23

Dnr UFV 2023/345

Uppsala universitet anser mot denna bakgrund att det finns en risk att det kommer att bli svårare att motivera denna grupp att ta emot sådan frivillig social missbruksvård som alltjämt kommer vara socialtjänstens ansvar. Det finns också en risk att socialtjänsten inte längre kommer att agera med samma emfas för att förmå missbrukare att ta emot frivilliga insatser. Redan idag är personer med skadligt bruk eller beroende en nedprioriterad grupp inom den hårt belastade kommunala socialtjänsten. Att ge dessa personer vård på frivillig grund är betydligt billigare än att ge dem tvångsvård, vilket dock kan behövas på sikt om de inte förmås att ta emot frivillig vård. Om socialtjänsten inte längre har något ansvar för tvångsvård kan alltså en risk vara att den frivilliga sociala vården och behandlingen nedprioriteras än mer. Därför anser Uppsala universitet att förslaget att helt avskaffa LVM inte bör genomföras – möjligheten till social tvångsvård för personer som inte har samsjuklighet bör finnas kvar, och detta ansvar bör vara socialtjänstens.

LVM tillkom som en kompromiss mellan vårdlags- respektive akutlagsförespråkare. Det innebär i dagsläget att det inte är möjligt att vårda någon enligt LVM under hela den tid som denne har ett vårdbehov (som däremot är möjligt enligt LVU), men det är heller inte så att tvångsvården endast kan ges under ett akut skede. Fördelen med en vårdtid om max 6 månader är att det är en så lång period att vederbörande hinner landa i en annan miljö, i många fall på ett ordentligt avstånd från hemmet, och i ett så pass långvarigt nyktert/drogfritt tillstånd, att en vilja att förändra levnadssituationen kan hinna få tillräckligt starkt fäste för att det ska vara möjligt att lyckas med en fortsatt frivillig vård.

Det andra skälet till att Uppsala universitet ur ett rättsligt perspektiv inte anser att förslaget bör genomföras är följaktligen att om förslaget går igenom blir den möjliga tvångsvårdstiden för personer med skadligt bruk eller beroende i de flesta fall avsevärt kortare, vilket kan bli problematiskt givet att det ofta kan ta lång tid att framkalla motivation till att frivilligt ta emot vård. Vårdtiden blir i LPT begränsad till en betydligt kortare tid än de 6 månader som LVM kan användas. Dessutom bör det framhållas att vård för personer med skadligt bruk eller beroende kommer enligt LPT genomföras på patientens hemmaplan, till skillnad från dagens LVM-vård på SiS institutioner. Det finns därmed en risk att ett socialt tryck på individen att återvända till det skadliga bruket eller till och med ”fritagningsförsök” under slutna vård – exempelvis från kriminella nätverk – kommer att öka, i och med att personen befinner sig på nära håll i stället för på en annan geografisk plats.

Uppsala universitet anser att även dessa skäl talar för att inte helt avskaffa LVM och överlåta all tvångsvård av personer med skadligt bruk eller beroende på den regionala hälso- och sjukvården.



Därutöver noterar Uppsala universitet att det saknas ett ändringsförslag gällande möjligheten att bryta sekretessen mellan regionerna och kommunernas socialtjänster när det behövs för att en person med skadligt bruk eller beroende ska kunna få nödvändig vård genom samordnad behandling eller annat stöd. I offentlighets- och sekretesslagen 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § framgår idag att sekretessen får brytas gällande någon som ”fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel”. Detta uttryck speglar vad som gäller för att en missbrukare ska kunna få vård enligt LVM. Uppsala universitet föreslår att dessa bestämmelser ändras på så sätt att sekretess får brytas gällande någon som har ett ”skadligt bruk och beroende”, vilket speglar det uttryck som föreslås gälla enligt LPT.

## Referenser

Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Honor, S., Karpusheff, J., & Lubman, D. I. (2013). The role of abstinence and activity in the quality of life of drug users engaged in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(3), 273-279. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.02.010>

Bond, G. R., & Drake, R. E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry*, 14(2), 240-242. <https://doi.org/10.1002/wps.20234>

Borkman, T. J., Stunz, A., & Kaskutas, L. A. (2016). Developing an Experiential Definition of Recovery: Participatory Research With Recovering Substance Abusers From Multiple Pathways. *Substance use & Misuse*, 51(9), 1116-1129. <https://doi.org/10.3109/10826084.2016.1160119>

Devlin, A. M., & Wight, D. (2023). Transfer and adaptation of a drug recovery model from San Patrignano, Italy to River Garden, Scotland: a qualitative study. *Drugs: education, prevention and policy*, 30(2), 141-153. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1991889>

Durbeej, N., Palmstierna, T., Rosendahl, I., Berman, A. H., Kristiansson, M., & Gumpert, C. H. (2015). Mental health services and public safety:





Substance abuse outpatient visits were associated with reduced crime rates in a Swedish cohort. *PLoS ONE*, 10(9).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137780>

Leamy, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry.*, 199(6), 445. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458.

van Weeghel J, van Zelst C, Boertien D, Hasson-Ohayon I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric rehabilitation journal*, 42(2):169-81.

Vos, J. (2018). *Meaning in Life: An evidence-based handbook for practitioners*. Palgrave, MacMillan Publishers Ltd.

Vos, J. (2023). The Meaning Sextet: A Systematic Literature Review and Further Validation of a Universal Typology of Meaning in Life. *Journal of Constructivist Psychology*, 36(2), 204-231.  
<https://doi.org/10.1080/10720537.2022.2068709>