

**SAMHÄLLSVETENSKAPLIGA FAKULTETSKANSLIET****Samhällsvetenskapliga
fakultetskansliet****Socialdepartementet****Remissvar S2021/07629 Från delar till helhet - En reform för samordnade,
behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet
(SOU 2021:93)**

Göteborgs universitet framhåller det gedigna och genomtänkta upplägget av utredningen och dess process. Vi välkomnar och uppskattar delbetänkandets höga ambitionsnivå där rättigheten till adekvata insatser, god hälsa, socialt stöd och ett bra bemötande sätts i första rummet. Vi är extra positiva till att brukare med samsjuklighet och även anhöriga har varit delaktiga i utredningsprocessen.

Betänkandet lägger 27 förslag som sorterar under sex olika rubriker. Nedan finns kommentarer till merparten av delbetänkandets förslag samt vissa bedömningar under respektive rubrik.

Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen*Begreppsanvändning*

I delbetänkandet föreslås att begreppen skadligt bruk eller beroende ska användas i alla relevanta författningar för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Vi ställer oss i huvudsak bakom förslaget liksom den argumentation som förs i betänkandet. Ett påpekande, dock, är att det i betänkandet lyfts att socialtjänsten fortsatt ska använda begreppen juridiskt och inte diagnostiskt, samtidigt som begreppen motsvarar det diagnosystem som används inom hälso- och sjukvården. Detta är inget problem i sig under förutsättning att individer inte ska behöva vara diagnostiserade med skadligt bruk eller beroende av hälso- och sjukvården för att kunna bli aktuella för insatser från socialtjänst, utan att socialtjänsten fortsatt ska göra självständiga bedömningar.

Angående begreppsanvändning så är vi tveksamma till uttrycket självmedicinering (se sid. 79). Begreppet är dels odefinierat, dels otydligt i sig och används inte på något annat ställe i betänkandet.

All behandling ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård

Vi noterar att delbetänkandets förslag i denna del liknar de förslag som lades fram i Missbruksutredningen (SOU 2011:35), men nu med andra argument och med en annan brukargrupp i åtanke. Delbetänkandet lyfter flera skäl för att föra över ansvaret för den psykosociala behandlingen till regionernas hälso- och sjukvård. Vi menar dock att det finns vissa problem och luckor i betänkandets resonemang, varför vi inte helhjärtat kan ställa oss bakom förslaget i dess nuvarande form.

Ett problem handlar om *en förenklad uppdelning av stöd och behandling* samt att *stöd respektive behandling definieras väl snävt*. Psykologisk och psykosocial behandling (som föreslås vara regionernas ansvar) framstår i betänkandet som avgränsat till systematiska, evidensbaserade och tydligt definierade metoder som är inriktade på det skadliga bruket eller beroendet, medan socialt stöd avgränsas till socialtjänstens ”kärnområden” som exempelvis försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang. Vi menar dock att detta synsätt skapar en problematisk lucka. Systematiska evidensbaserade och väldefinierade metoder i samband med skadligt bruk och beroende är något vi ser positivt på. Men ur ett socialt arbete-perspektiv bör såväl socialt stöd som psykosocial behandling också inkludera centrala moment som inte täcks in i betänkandets indelning och definitioner. Det handlar om (1) att etablera och bibehålla tillitsfulla relationer under oförutsägbara omständigheter, (2) att arbeta långsiktigt förändringsfrämjande mot olika mål och delmål som tillåts vara föränderliga, (3) att analysera och förstå brukares situation utifrån en helhetssyn, och (4) att använda det professionella handlingsutrymmet för att skapa och anpassa både sociala stöd- och psykosociala behandlingsinterventioner utifrån den enskildes unika och föränderliga situation. Ett sådant arbete behöver vara i högsta grad följsamt, fokuserat på återhämtning från psykisk ohälsa, och ta hänsyn till hur olika faktorer på olika nivåer i brukares liv samspelar på unika sätt i den aktuella situationen. I detta sociala förändringsarbete, som alltså inte står i motsats till avgränsade evidensbaserade metoder, är gränsen mellan stöd och behandling inte så skarp som betänkandets uppdelning gör gällande.

Ett annat problem handlar om *kunskaps- och resursförsörjning samt tillgänglighet*. Vi ser det som en påtaglig risk att förslaget bidrar till en medikalisering av skadligt bruk och beroende som fenomen, där ett sjukdomsperspektiv blir dominerande och de medicinska aspekterna överordnas sociala, kulturella och livsstilsaspekter. Vi menar att skadligt bruk och beroende behöver ses som multifaktoriella fenomen där det är nödvändigt att i varje enskilt fall se hur olika faktorer samverkar för att upprätthålla och befästa problematiken. Ett sådant synsätt är nödvändigt för att kunna intervensera på rätt nivå vid rätt tidpunkt. Delbetänkandets förslag förutsätter därför, som vi ser det, en betydande kunskaps- och resursomflyttning där psykosocial kompetens förs över från socialtjänst till hälso- och sjukvård. Kopplat till detta ser vi också en risk att

kunskaps- och kompetensförsörjningen kan bli särskilt svår i mindre regioner och kommuner, och där avståndet är långt till universitet och högskolor, vilket kan försämra tillgängligheten till god vård och behandling.

Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd

Delbetänkandet lägger stor vikt vid psykiatrisk diagnostik av specifika tillstånd enligt DSM och/eller ICD systemen. Systemens fokus på specifika tillstånd är dock kritiserade, och forskare från en rad discipliner har ifrågasatt diagnosernas vetenskapliga bas, validitet, effekt på organisering av insatser samt effekt på enskilda klienter. Både forskare som är kritiska till den biomedicinska psykiatrin och forskare som är verksamma inom denna disciplin har framfört sådan kritik. Det är rimligt att anta att de diagnostiska systemen kommer förändras. Organisering, ansvarsområden och insatser behöver därför enligt vår mening utformas fristående från hur psykiatriska tillstånd klassificeras. Insatser bör inte organiseras utifrån diagnosgrupper utan utifrån behov och dimensionella bedömningar.

Socialt stöd samt uppsökande och andra förebyggande insatser ska vara ett ansvar för socialtjänsten

Även om huvudmannaskapsfrågan fortsatt är behäftad med vissa problem (se ovan) är det positivt att socialtjänstens ansvar för socialt stöd, uppsökande och förebyggande arbete förtydligas. Dock har vi några påpekanden.

Vad gäller *socialt stöd* knyts detta i delbetänkandet i hög grad till vad som beskrivs som socialtjänstens ”kärnuppdrag” och speciella kompetens: att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhället samt att frigöra och utveckla resurser. Vi ser definitionerna av socialt stöd och behandling som snäva. Därför är det viktigt att socialtjänstens uppdrag fortsatt inkluderar att erbjuda socialt stöd även i relation till problematik som direkt är kopplad till skadligt bruk eller beroende. Sociala stödinsatser kan många gånger i sig vara tillräckliga för att brukare ska nå mål kopplade till det skadliga bruket eller beroendet. Det förändrade perspektiv som föreslås för socialtjänsten bör alltså inte innebära att stödinsatser endast ges för att klienter ska uppnå mål som direkt kan kopplas till socialtjänstens kärnuppdrag. Stödinsatser bör, som vi ser det, alltså också kunna ges för att klienter ska nå mål som betänkandets förslag kopplar till hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Ett annat påpekande gäller socialtjänstens *uppsökande insatser*. I socialtjänstlagens nuvarande skrivning (5 kap. 9 § SoL) åläggs socialtjänstens att *aktivt sörja* för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som hen behöver. Socialtjänstens ansvar inkluderar alltså mer än att *erbjuda* hjälp och vård. När detta nu föreslås tas bort kvarstår skrivningar om förebyggande uppsökande arbete och att *sprida information och kunskap*, vilket kan uppfattas som svagare i detta avseende. I tidigare utredningar och betänkanden, liksom i Socialstyrelsens handböcker, har det ofta betonats hur individers benägenhet att söka vård och behandling ofta uppstår som ett resultat av ett

långvarigt motivationsarbete.^{1 2 3 4} Vi vill här påpeka att ett aktivt och relationsskapande uppsökande arbete, som inkluderar mer än att bara informera och sprida kunskap, kan vara av avgörande vikt. Inte minst gäller det grupper som av någon anledning har svårt att själva söka den hjälp som de kan behöva. Vidare är ett sådant uppsökande arbete ytterst delikat där den enskildes integritet och självbestämmande kan ställas mot hälsa och vårdbehov.⁵ Därför ställer ett sådant arbete höga krav på professionell och etisk kompetens.

Ytterligare ett påpekande har med *samverkan* att göra. Förslaget som rör huvudmännens ansvarsområden innebär att en ny gräns dras mellan uppsökande arbete och behandling, vilket ställer krav på samverkan. En förutsättning för att den nya gränsen inte ska skapa nya problem är att hälso- och sjukvården har en beredskap för att omedelbart ta emot de individer som socialtjänsten motiverar att söka behandling genom det uppsökande arbetet.

Socialtjänstens ansvar för anhöriga ska förtydligas

Vi ställer oss bakom förslaget att socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med ett skadligt bruk och beroende förtydligas. Vi vill dock tillägga att detta ansvar bör formuleras så att det även inkluderar *efterlevande* till personer som har avlidit till följd av ett skadligt bruk eller beroende. Forskning visar att efterlevande till personer som avlidit till följd av skadligt bruk eller beroende ofta bär på särskilda erfarenheter som kan kopplas till den närståendes problematik, varför de ofta efterfrågar stöd från personer som har kunskap såväl om skadligt bruk och beroende som sorgeprocesser.⁶ Av särskild vikt är det att uppmärksamma efterlevande barn till föräldrar eller andra närstående, som avlidit till följd av ett skadligt bruk eller beroende, men även att såväl anhöriga som efterlevande med ett eget skadligt bruk eller beroende inkluderas i det stöd som erbjuds då dessa är särskilt exponerade för dödsfall kopplade till skadligt bruk eller beroende i sina sociala nätverk.⁷

¹ SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende: individen, kunskapen och ansvaret*. Slutbetänkande.

² SOU 2020:47 *Hållbar socialtjänst: en ny socialtjänstlag*. Slutbetänkande

³ Socialstyrelsen (2015) *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

⁴ Socialstyrelsen (2021) *LVM: handbok för socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

⁵ Lindwall, J. (2020) *Handlingsimperativets dilemman: om frihet och kontroll i socialtjänstens arbete med klienter som använder narkotika*. Doktorsavhandling. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

⁶ Fjaers, S. & Dyregrov, K. Advice to policy-makers for improving services to the drug-death bereaved. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(6):615–630.

⁷ Davstad, I. Allbeck, P. Lefiman A. Stenbacka, M. Romelsjø, A. Self-reported drug use and mortality among an nationwide sample of Swedish conscripts: a 35-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 118(2-3):383–390.

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens respektive ansvar på HVB-hem

Att regionernas ansvar för hälso- och sjukvård på HVB-hem förtydligas är i sig positivt, men i relation till delbetänkandets förslag att all behandling ska vara regionernas ansvar, samt att delbetänkandets definitioner av stöd respektive behandling är snäva, ställer vi oss frågande till de förslag som läggs gällande huvudmännens ansvar på HVB-hem. I delbetänkandet framhålls det att den verksamhet som pågår på HVB-hem framför allt handlar om sådant som anses tillhöra socialtjänstens kärnområden: att lära sig hantera ekonomi, social färdighetsträning, ADL-träning, sociala resor och utflykter, friskvård och kreativa aktiviteter. Att inte psykosocial och/eller psykologisk behandling lyfts är förvånande, inte minst när det gäller vuxna personer med ett skadligt bruk eller beroende. Möjligen kan detta ha att göra med hur socialt stöd respektive behandling definieras och avgränsas i delbetänkandet, men vår uppfattning är att mycket av verksamheten på HVB-hem både är och bör vara inriktad mot att behandla skadligt bruk och beroende både genom psykosocialt stöd- och behandlingsarbete som utförs av HVB-hemmens personal. En risk med delbetänkandets förslag är dels att längre HVB-vistelser med långsiktiga ambitioner ersätts av korta vistelser inom regionernas slutenvård med mer kortsiktiga ambitioner, dels att HVB-hem anpassar sin verksamhet i linje med delbetänkandets förslag så att den blir mindre ambitiös i förhållande till att adressera skadligt bruk och beroende.

Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv

Förslag gällande Socialstyrelsens uppdrag i förhållande till LARO

Vi ställer oss bakom delbetänkandets förslag i denna del. Vi vill tillägga att det är viktigt att den kunskap som avses inkluderas socialvetenskaplig forskning som synliggör brukares upplevelser av kontroll, disciplinering, stigmatisering samt av hur vården ibland upplevs ha en palliativ prägel som inte tar hänsyn till brukares egna mål.^{8 9 10 11 12} Vi ser det som viktigt att befintliga regelverk genomlyses, men också hur de utformas och tolkas lokalt. Vi ser det också som viktigt att inkludera in diskussion om hur, när och utifrån vilka kriterier en LARO-behandling ska kunna avslutas i de fall brukare har detta som mål.

⁸ Petersson, F. (2013) *Kontroll av beroende: substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik*. Doktorsavhandling. Malmö: Égalité.

⁹ Dahl, H.V. (2008) Metadonkontroll: hvorfor, hvordan og hvorledes. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 25(5): 377–396.

¹⁰ Lalander, P. (2016) *Människor behöver människor: att lyssna till de misstänkliggjorda*. Stockholm: Liber.

¹¹ Fraser, S. & Valentine, K. (2008) *Substance and substitution*. Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

¹² Järvinen, M. (2008) Approaches to methadone treatment: harm reduction in theory and practice. *Sociology of Health and Illness*, 30(7):975–991

Förslag gällande ändring i lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Vi ställer oss bakom delbetänkandets förslag och finner förslaget väl övervägt. Vi ser positivt på att betoningen ligger på skyldigheten att erbjuda insatser, inte på att den enskilde ska motiveras till insatser. Ett påpekande här är dock att detta inte ska utesluta att brukare som deltar i sprututbyte erbjuds samtal som kan ha en ”motiverande” funktion. Som det står i delbetänkandet är viljan till insatser (eller ”motivation”) något som kan öka eller minska av många skäl. Goda relationer till hälso- och sjukvård kan i sig fungera motiverande, och här kan samtal med personal som sker utifrån brukarens önskemål och förutsättningar vara en del. Vi ser det alltså som positivt att brukare i sprututbytesverksamheter exempelvis inte behöver underkasta sig MI-samtal för att delta i sprututbytet, men däremot menar vi att det måste finnas en beredskap för lättillgängliga samtal i samband med brukares besök.

Bedömning: försök med lågtröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum

Vi stödjer betänkandets bedömning att ett försök med hälsocentral i form av en lågtröskelverksamhet med brukarrum bör initieras. Vi finner det värt att betona att man inte kan förvänta sig några effekter på dödligheten i samband med en eventuell utvärdering då detta skulle kräva en betydligt större upptagning.

Bedömning: utvärdering av kriminalisering av eget bruk

Vi stödjer betänkandets bedömning att narkotikastrafflagen inklusive kriminaliseringen av eget bruk från 1988 behöver utvärderas. Utöver de skäl som anges i betänkandet, vill vi tillföra de effekter som kriminaliseringen av eget bruk har för unga. I en utvärdering av polisens arbete med lagföring av ringa narkotikabrott hos unga har det visat sig att ca hälften av de prover som genomförs på barn och ungdomar är negativa – periodvis har andelen positiva prover understigit 30%.¹³ Att på misstanke för eget bruk tas av polis för provtagning utan att ha narkotika i kroppen är inte bara något som kan vara kränkande och skrämmande, utan också något som kan få negativa effekter på ungas tillit till polis och samhälle under lång tid framöver.

En samordnad verksamhet för dem med störst behov

Ambitionen att skapa en samordnad verksamhet för dem med störst vårdbehov är något som vi välkomnar. Samtidigt ser vi vissa problem med delbetänkandets förslag som vi vill lyfta. Som tidigare påpekats finns det i genomgående i betänkandets förslag ett glapp mellan socialtjänstens och regionernas ansvarsområde, där det sociala stödet på ett snävt sätt kopplas till socialtjänstens kärnområden medan behandling kopplas till tydligt avgränsade och evidensbaserade metoder. En förutsättning för att en

¹³ Brå (2016) *Provtagning vid misstanke om ringa narkotikabrott: en undersökning av analysresultaten 1998–2015*.

samordnad verksamhet ska komma deltagarna till nytta är att detta glapp inte importeras till verksamheten, utan att det finns utrymme för ett långsiktigt relationsskapande psykosocialt arbete som tillåts pendla mellan att ha en stödjande och behandlande ambition. En annan fråga gäller vilka som kan bli föremål för dessa samordnade insatser. Dels finns det skäl att tro att denna grupp kan vara relativt stor, vilket ställer höga krav på resursförsörjning. Här vill vi också framhålla vikten av att personer med stora och komplexa stöd- och/eller vårdbehov erbjuds behovsanpassat stöd och insatser baserade på deras svårigheter och bedömda vårdbehov, inte utifrån huruvida specifika diagnoskriterier anses uppfyllda eller ej.

Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompensförsörjning

Vi ställer oss positiva till de reformer som utredningen har som förslag eftersom det generellt finns stöd i forskning kring flertalet av de föreslagna åtgärderna. Det föreslås nya behandlingar/insatser, som visserligen har evidens, men mestadels från forskning på förhållanden som skiljer sig från den svenska kontexten. Här rekommenderar vi större försiktighet än utredningen. Det behövs forskning om dessa nya insatser i svenska förhållanden innan en nationell rekommendation kan göras. Vi menar alltså inte att det räcker enbart med verksamhetsuppföljning och utvärdering, det behövs också forskning för att följa effekterna av de nya insatserna.

Om utredningens förslag träder i kraft kommer vi att ställa om organiseringen av vård, stöd och behandling på ett fundamentalt sätt i Sverige och här är det mycket viktigt att det också finns ett omfattande utrymme för olika vetenskapliga discipliner att följa omställningen i realtid och under längre tid. Det behövs för att utvärdera och redan under processens gång ta lärdom och korrigera efter olika reformers möte med verkligheten. Det är en mycket omfattande förändring där många parter har stora förhoppningar. Därför blir det viktigt med kontinuerlig forskning kring reformernas faktiska effekter på brukarnivå, konsekvenser utifrån ett medarbetarperspektiv samt utifrån ett organisatoriskt och ekonomiskt perspektiv. Redan från början bör det finnas avstämningpunkter där forskningsresultat kan ges utrymme för påverkan på det praktiska genomförandet av omställningen. Det har varit ett vanligt misstag historiskt att reformernas ritbord har givits alltför stort förtroende på bekostnad av faktiska skeenden där brukare, personal och organisationer har kommit i kläm. Här finns behov att ha kommunikation med de stora statliga bidragsgivarna för forskning, t.ex. Forte och Vetenskapsrådet.

Utredningen lyfter kunskapsstyrningen som essentiell för organisering och implementering av behandling och insatser. Vi ser ett behov av ökad forskning på konsekvenserna av kunskapsstyrning inom området skadligt bruk/beroende och psykiatrisk samsjuklighet. Får kunskapsstyrningen de effekter som vi hoppas på; kan forskning visa på förbättringsåtgärder för organiserandet av kunskapsstyrningen? Här finns, menar vi, en gigantisk kunskapslucka som inte korrelerar på ett gynnsamt sätt med de resurser som huvudmän och myndigheter ägnar åt den nationella organisationen för kunskapsstyrning. Satsningarnas storlek behöver matchas bättre med forskning och utvärdering av deras effekter annars blir kunskapsstyrningen i sig

inte evidensbaserad. Det finns en potential att förbättra dessa förhållanden i den omställning som utredningen så förtjänstfullt föreslår. Samverkan och samarbete mellan olika verksamheter är något som också poängteras av utredningen. Här finns också behov av forskning om samsarbetsformer och samverkan, exempelvis hur formella krav på samverkan möts upp och tas emot i verkligheten.

Vi ser också behov av en översyn vid de högre lärosätena för eventuellt utökade resurser alternativt förändrade utbildningsmål för utbildning och specialistutbildning gällande skadligt bruk och beroende, psykiatriska tillstånd och psykiatrisk samsjuklighet inom professionsutbildningar, exempelvis psykologer, fysioterapeuter, socionomer, arbetsterapeuter, sjuksköterskor och läkare. Detta för att möta upp det utbildningsbehov som vi tror kommer behövas om utredningens förslag blir godtaget. Likväl som det behövs utbildning vid lärosätena behövs också kompetensutveckling av regionernas och kommunernas befintliga personal och samarbete mellan universitet, regioner och kommuner kan vara en gynnsam väg att gå, för att kompetensutveckla befintlig personal.

Vi framhåller dessa förslag gällande uppföljning, kunskapsutveckling och kompensationsförsörjning är:

Följeforskning bör möjliggöras och initieras så snart som möjligt där det finns utrymme för olika vetenskapliga discipliner att följa omställningen i realtid och under längre tid. Det behövs för att utvärdera och redan under processens gång ta lärdom och korrigera efter olika reformers möte med verkligheten.

Forskning kring den svenska modellen för kunskapsstyrning och dess organisering.

Forskning och utvärdering av de nya insatser och metoder för stöd och behandling som utredningen föreslår samt forskning om samarbete och samverkan mellan olika organisationer.

Översyn av utbildning och specialistutbildning vid de högre lärosätena.

Undersöka samsarbetsformer mellan universitet, kommun och region för kompetensutveckling av personal.

Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering

Vi stödjer att inflytande bör stärkas. Vi finner dock att betänkandet är oklart avseende hur detta ska gå till. Det finns alltid en risk att brukare blir deltagare utan egentlig makt att påverka och att de får lämna synpunkter så länge dessa är i linje med de professionellas perspektiv. Samtidigt finns en risk att brukare, och deras anhöriga, uppfattar tal om stärkt inflytande som att de kommer att få det de uttrycker önskemål om, och kan bli upprörda om den professionelles bedömning säger något annat, eller om verksamheten sätter gränser för vad som är möjligt. Detta kan orsaka besvikelse och frustration. Ett stärkt inflytande behöver beakta och hantera dess risker.

Vi ställer oss också frågande till vad begreppet stigmatisering avser. Att motverka stigma har blivit något av ett "buzzword". Begreppet behöver definieras och det behöver tydliggöras hur ett nationellt program ska kunna bryta det.

En gemensam tvångslagstiftning

Förslag gällande fortsatt utredning om hur lagen (1991:1128) kan utformas för att omfatta personer med skadligt bruk och beroende

Då tvångsvården vid skadligt bruk och beroende inte fungerar tillfredsställande idag välkomnar vi att denna fråga lyfts. Samtidigt ser vi flera svårigheter som en fortsatt utredning behöver förhålla sig till och hantera.

En central fråga är hur "allvarlig psykisk störning" (APS) i den aktuella lagens mening relaterar till skadligt bruk och beroende. APS avser i praktiken främst psykos, depression med påtaglig suicidrisk, svåra personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykotisk karaktär, samt maniska skov, d.v.s. tillstånd som innefattar en bristande kognitiv eller emotionell verklighetsprövning. Skadligt bruk och beroende medför inte nödvändigtvis vare sig någon bristande verklighetsprövning eller suicidrisk. Även personer som diagnosticeras med beroende kan ofta rapportera rationella motiv bakom sitt bruk. Det finns alltså viktiga skillnader mellan APS och skadligt bruk/beroende som behöver utredas noggrant, djupgående, utifrån såväl sociala och kulturella som psykologiska och medicinska perspektiv. Det är av stor vikt att hänsyn tas till dessa skillnader, då de kan få stora betydelser för vilka intagnings-, konverterings- och utskrivningskriterier som anses vara adekvata, för vilken vård som kan bli aktuell, och för vilken målsättning som anses rimlig för tvångsvården. Detta är något som diskuteras i delbetänkandet. Det nämns då att intagningskriterier bör vara anpassade efter skadligt bruk eller beroende samt att begreppet "allvarlig psykisk störning" sannolikt ej bör användas. En fråga som detta väcker är hur pass olika intagnings-, konverterings- och utskrivningskriterier kan tillåtas vara mellan skadligt bruk/beroende och APS för att det ska vara rimligt med en gemensam lagstiftning. Dessa skillnader kan skapa särskilda problem i samband med samsjuklighet, där olika kriterier – liksom vårdens mål och syfte – lätt kan blandas samman.

Utredningen behöver också utreda vad "oundgänglig vård" ska betyda, liksom när tillräcklig oundgänglig vård kan anses ha getts till brukaren, i samband med skadligt bruk och beroende. Kan exempelvis substitutionsbehandling anses vara oundgänglig vård? Och ska det då, likt vid vissa APS-tillstånd, vara tillåtet att tvångsmedicinera den intagne? Eller kan inlåsning på avdelning i sig ses som tillräcklig oundgänglig vård, förutsatt att brukaren förblir nykter eller drogfri på avdelningen? Och hur länge behöver brukaren i sådana fall förbli nykter eller drogfri? Här är bliv frågan om oundgänglig vård direkt relaterad till frågan om utskrivningskriterier. Delbetänkandet motiverar sitt förslag bland annat med hänvisning till ökad rättssäkerhet, men en viktig aspekt av rättssäkerhet har med förutsägbarhet att göra. Här ser vi en risk för att en gemensam tvångslagstiftning, i den form som delbetänkandet föreslår att utreda, istället kan ha en motsatt verkan.

Konverteringsreglerna framhålls som en fördel i delbetänkandet: dels att slutenvård kan omvandlas till öppenvård, dels att öppenvård kan omvandlas till slutenvård. Vi ifrågasätter om detta bara är en fördel, då vi ser en risk för att individer kan avhålla sig från att söka vård enligt HSL med hänvisning till risken för att tvångsvårdas. Till detta hör att tvångsvård enligt LPT inte förutsätter en utredning och ett beslut i förvaltningsrätt, utan enbart en vårdintygsbedömning samt ett beslut av en chefsöverläkare. Med andra ord kan frivillig behandling relativt plötsligt övergå till tvång. Det bör här uppmärksammas att intagning enligt LPT i mångt och mycket liknar ett ”omedelbart omhändertagande”, vilket torde kunna upplevas som något som kommer plötsligt och utan förvarning. Ur ett brukarperspektiv är detta något som minskar förutsägbarheten, och kan därför sägas utgöra ett rättssäkerhetsproblem.

Det behöver också uppmärksammas att det i 3 § LPT 4 st står att det vid bedömning av tvångsvård ska beaktas ”om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa”. Om detta inkluderas även vid skadligt bruk och beroende så innebär det en återgång till en logik där vård kan motiveras av samhällsskydd, vilket man uttryckligen undviktit i LVM. Detta kan vara särskilt problematiskt i samband med att frågan om tvångsvård aktualiseras, liksom vid konvertering från HSL till LPT (där detta kriterium tillkommer de tre vanliga kriterierna), eftersom detta i sig kan väcka ilska och aggression hos brukare.

Till sist behöver en utredning uppmärksamma att nuvarande LVM-lagstiftning innebär ett obligatorium för socialtjänsten att agera vid anmälningar eller när det finns skäl att tro att någon kan bli aktuell för tvångsvård. LPT är uppbyggd kring formuleringar kring att chefsöverläkare ”får” fatta beslut om tvångsvård. Hälso- och sjukvårdens möjligheter respektive skyldigheter behöver därför utredas och klargöras, men även anmälningsskyldigheten hos andra myndigheter behöver vara tydlig.

Handläggning av remissen vid Göteborgs universitet

Denna remiss har handlagts av Samhällsvetenskapliga fakultetskansliet. Synpunkter har inhämtats från Institutionen för socialt arbete och CERA (Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk, beroende). CERA:s synpunkter berör uteslutande utredningens underlag och förslag inom *Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompensationsförsörjning*.