

**Falu kommun**  
Arbetslivs- och socialförvaltningen  
Åsa Johansson  
Tel. 023-830 00  
E-post: asa.johansson@falun.se

Dnr SOC0062/23  
Datum Reviderad 2023-04-19

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

### *ARBETSLIVS- OCH SOCIALFÖRVALTNINGEN*

#### **Slutbetänkandet**

Slutbetänkandet utgår från tre principer för inriktningen på förslagen:

1. Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.
2. Tvångsvård ska användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom.
3. Verksamheter som bedriver heldygnsvård med tvång ska vara i ständig utveckling för att göra vården så trygg och meningsfull som möjligt.

All tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ska liksom den övriga vården vid skadligt bruk och beroende vara regionens ansvar.

Den slutna tvångsvården ska ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) upphör att gälla och SIS ska inte längre bedriva vård enligt LVM för vuxna.

#### **Arbetslivs- och socialnämndens yttrande**

Arbetslivs- och socialnämnden ställer sig positiv till den reformering som föreslås i slutbetänkandet när det gäller tvångsvård vid skadligt bruk och beroende och de huvudsakliga grundtankar slutbetänkandet utgår ifrån, det vill säga att regionen övertar ansvaret för vård och behandling inklusive psykosocial behandling och tvångsvård, samordning med annan psykiatrisk vård, en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja samt att tvångsvården ska vara så trygg och meningsfull som möjligt.

Arbetslivs- och socialnämnden har därutöver valt att begränsa yttrandet till att gälla vissa delar av slutbetänkandet.

### **6.2 All slutet tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ges på sjukvårdsinrättning som drivs av en region.**

Enligt slutbetänkandet ska all tvångsvård vid skadligt bruk och beroende vara regionens ansvar och ges enligt LPT på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. LVM ska upphävas och SIS uppdrag avseende vuxna ska upphöra.

I slutbetänkandet beskrivs att vården ska vara individanpassad utifrån den enskildes behov samt att vården oftast behöver ges i personens närmiljö.

#### **Arbetslivs- och socialnämndens bedömning:**

Förslaget i slutbetänkandet är en logisk följd av att regionen tar över allt ansvar för vård- och behandling inklusive psykosocial behandling, av personer med skadligt bruk och beroende.

Slutbetänkandet framhåller att tvångsvården enligt LPT avseende skadligt bruk/ beroende och/ eller samsjuklighet ska vara så kortvarig som möjlig. Man beräknar en genomsnittlig vårdtid på 6 veckor inklusive abstinensbehandling.

Det är viktigt att säkerställa rättssäkerheten när det gäller tvångsingripanden och att vården inte blir längre än vad som är motiverat. Tillämpningen av nuvarande LPT lagstiftning visar dock exempel på att vården ofta blir alltför kortvarig, endast ett fåtal dagar i vissa situationer. Vid allvarliga och långvariga psykiatriska tillstånd med suicidrisk finns risk för att den enskilde bedöms vara färdigvårdad och utskrivningsklar efter en mycket kort vårdtid enligt nuvarande LPT-lagstiftning trots att behov av fortsatt vård och behandling föreligger. När det gäller personer med allvarliga medicinska- och psykiatriska konsekvenser av skadligt bruk/ beroende av alkohol och/ eller droger kan abstinensbehandlingen och den inledande medicinska vården ta viss tid i anspråk. En genomsnittlig vårdtid på 6 veckor bedöms därför vara alltför kort utifrån behovet och målgruppen.

En vårdprocess som fokuserar på korta vårdtider i stället för faktiskt vårdbehov, med eller utan tvång, kan medföra återkommande behov av vård och flera korta vårdtillfällen i stället för en långsiktig och hållbar vårdplanering.

Det finns en påtaglig risk för att eventuell brist på adekvata vård- och behandlingsresurser inom regionen, exempelvis på grund av personalkompetens- eller annan resursbrist, medför att öppen psykiatrisk tvångsvård

vid HVB- placering genom kommunen ses som ett alternativ i stället för fortsatt vård inom regionen vilket innebär en kostnadsövertagning till kommunerna.

I slutbetänkandet beskrivs detta under Konsekvenser 10.11.1 s 414:

”Exakt hur många dygn under heldygnsomhändertagande i HVB som minskar, är inte möjligt att fastslå eftersom en HVB- placering även kan bli aktuell under öppen psykiatrisk tvångsvård. Dessutom kan de vanligtvis kortare vårdtiderna enligt LPT, leda till att en HVB- placering kan bli aktuell efter en kortare tid i tvångsvård jämfört med idag.”

### **6.2.2 Tvångsvård ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja**

Slutbetänkandet ser en fördel med att tvångsvård bedrivs i den psykiatriska slutenvården där det är närmare till en övergång till frivillig vård. Syftet är att vården som ges behöver vara samordnad och ha så få övergångar mellan huvudmän som möjligt.

Även inom regionen finns dock skarpa gränser mellan primärvård respektive psykiatri och mellan psykiatrins öppenvård och slutenvård som leder till bristande samverkan och samordning. En sammanhållen vård förutsätter utvecklingsarbete och kompetenshöjande insatser även när det gäller den interna samverkan inom regionen.

**Arbetslivs- och socialnämnden instämmer med slutbetänkandets förslag om att all sluten tvångsvård ska ges på sjukvårdsinrättning som drivs av regioner men framhåller de risker och konsekvenser som beskrivits ovan.**

## **6.4 Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning**

### *Ansvar för boende*

Enligt slutbetänkandet ska socialtjänsten efter vårdens upphörande *aktivt arbeta för att den enskilde efter vårdtiden får bostad, arbete, utbildning samt personligt stöd.*

Betänkandet framhåller de metoder som rekommenderas i Nationella riktlinjerna, det vill säga boendestöd för personer med behov av stöd i boendet, Bostad först, samt metoden Case Management.

Enligt slutbetänkandet ska kommunen även erbjuda boende med särskild service utifrån behov. Det kan gälla grupp eller servicebostad till personer med omfattande samsjuklighet eller äldre personer med skadligt bruk och beroende.

Äldre personer och personer med funktionsnedsättning som har ett skadligt bruk eller beroende ska också kunna bli aktuella för boende med särskild

service enligt 5 kap. 5 och 7 §§ SoL. Detta kan ställa särskilda krav på planering, kompetens och arbetssätt i sådana boenden enligt slutbetänkandet.

**Arbetslivs- och socialnämndens bedömning:**

Det är positivt att betydelsen av boende, sysselsättning och andra stödinsatser lyfts fram i slutbetänkandet. Tillgång till bostad och sysselsättning behövs som komplement till den vård och behandling som regionen föreslås ansvara för. Behov av boende kan gälla såväl ordinärt boende inom det ordinarie bostadsbeståndet som anpassade boenden med personellt stöd.

*Bostad först*

Arbetslivs- och socialnämnden ser positivt på att slutbetänkandet lyfter fram metoden Bostad först vilket förutsätter tillgång till en ordinär bostad med i första hand eget hyreskontrakt. Metoden Bostad först kräver även att tillräckliga personalresurser, såväl hos kommunen som regionen, kan avsättas för att metoden ska ge positivt resultat.

Personer med skadligt bruk och beroende eller samsjuklighet har ofta betydande svårigheter att komma in på eller återkomma till en bostadsmarknad när de flesta kommuner har brist på bostäder.

Till viss del kan behov av bostäder tillgodoses genom samverkan med det kommunala bostadsföretaget. Personer med skadligt bruk/ beroende eller samsjuklighet konkurrerar dock med andra utsatta målgrupper i behov av bostad.

De kommunala bostadsföretagen som drivs utifrån affärsmässiga principer väljer själva sina hyresgäster. Det är vanligt förekommande att personer i målgruppen inte godtas som hyresgäster, även om socialtjänsten har möjlighet att bistå med boendestöd och andrahandskontrakt. Det gäller framför allt då personen tidigare blivit vräkt på grund av störningar och misskötsamhet i sitt boende. Stöd från socialtjänsten är således inte någon garanti för att personer i målgruppen ska erbjudas bostad.

Socialtjänsten är i dessa situationer tyvärr hänvisad till alternativa och ofta mer kortsiktiga boendelösningar än en ordinär bostad som bättre stämmer överens med kunskapsbaserade metoder.

De boendelösningar som kan vara aktuella är stödboenden för vuxna, utslussningsboenden eller liknande kollektiva boenden med personellt stöd. Det kan gälla när den enskilde har behov av personellt stöd i att bibehålla nykterhet och drogfrihet efter genomgången vård och behandling och för att

undvika akut hemlöshet. I vissa situationer kan det vara aktuellt med vandrarhem, härbärgen och liknande.

För att socialtjänsten ska kunna efterleva ett ansvar för anskaffning av ordinära bostäder enligt socialtjänstlagen, det vill säga *biståndsbeslut avseende bostad*, till målgruppen är en förutsättning att socialtjänsten förfogar över bostäder i kommunen och/ eller fördelningen av dessa. För att det ska bli möjligt krävs tydligare lagstiftning även på områden som avser bostadsförsörjning och fördelning av bostäder i kommunen.

#### *Bostad efter vårdens upphörande*

Det inträffar ibland att regionens sjukvård vill ”beställa” insatser från kommunens socialtjänst för en enskild person och det kan även gälla bostad. Det händer även att regionen inte skriver ut personer som anses vara färdigbehandlade och utskrivningsklara med motiveringen att socialtjänsten inte ordnat fram en bostad. Regionens uppfattning kan då vara att socialtjänstens betalningsansvar träder in och att det är socialtjänstens ansvar att ordna fram en bostad innan planerad utskrivning. Det är här viktigt att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan regionens sjukvård och kommunens socialtjänst. Sjukvårdens ansvar är att bedöma personens behov av hälso- och sjukvård och de insatser som sjukvården bör erbjuda personen. Socialtjänstens ansvar är att bedöma personens behov och de insatser utifrån socialtjänstlagen som bör erbjudas den enskilde.

Slutbetänkandet anger inte närmare vad man avser med formuleringen *arbeta för* men då konkreta förslag saknas om hur socialtjänsten ska kunna få tillgång till ordinära bostäder kommer förslaget sannolikt inte att få önskad effekt.

#### *Boenden med särskild service*

Äldre personer och personer med psykisk funktionsnedsättning kan ha insatser i form av boende med särskild service enligt såväl 5 kap 5 o 7 §§ som enligt 9 § 9 LSS. Kommunen har ansvar för HSL- insatser upp till och med sjuksköterskenivå på denna typ av boenden. Läkaransvaret åligger regionen genom exempelvis primärvården. Specialistsjukvård som exempelvis psykiatri, ingår inte i kommunens HSL- ansvar.

Såväl delbetänkandet som slutbetänkandet bekräftar att samsjuklighet är vanligt förekommande när det gäller psykiatriska tillstånd och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar tillsammans med skadligt bruk/ beroende. En stor andel personer i den målgruppen förmodas ha behov av samtidig och samordnad vård- och behandling för skadligt bruk/ beroende och även för psykiatrisk vård och behandling genom regionens slutenvård, med eller utan samtycke.

Personer i målgruppen kan även ha rätt till stöd- och boendeinsatser från kommunens verksamheter för skadligt bruk/ beroende och samtidigt stöd- och boendeinsatser genom äldre-, socialpsykiatri- eller LSS verksamheter.

Slutbetänkandet utvecklar inte närmare hur man tänker sig den sammanhållna och personcentrerade vårdkedjan för målgruppen mellan regionens vård- och behandling (inklusive psykosocial behandling) enligt HSL inom öppenvård respektive slutenvård, kommunens stöd- och boendeinsatser för äldre och personer med psykisk funktionsnedsättning enligt SoL eller LSS, kommunens insatser enligt HSL samt kommunens stödinsatser enligt SoL utifrån skadligt bruk/ beroende.

Behovet av samverkan, samordning och ansvarsfördelning mellan samtliga dessa verksamheter behöver belysas och tydliggöras för att även i det avseendet få till en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

**Arbetslivs- och socialnämnden är positiv till att betydelsen av boende och sysselsättning lyfts fram i slutbetänkandet men saknar konkreta förslag på bostads- respektive arbetsmarknadsområdet för att det ska få genomslag i praktiken. Det är inte tillräckligt med en skrivning i socialtjänstlagen.**

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

Enligt slutbetänkandet ska *endast* kommunerna ha ansvar för placeringar på HVB.

#### **Arbetslivs- och socialnämndens bedömning:**

##### *6 kap 1 § SoL*

Enligt slutbetänkandets förslag kommer formuleringen i 6 kap 1 § SoL kvarstå trots ändrat huvudmannaskap vad gäller vård och behandling:

” Socialnämnden ska sörja för att den som behöver *vårdas* eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett

1 familjehem

2 hem för vård eller boende, eller

3 stödboende för barn och unga i åldern 16-20 år”

Som en konsekvens av att regionerna ska ha ansvar för vården och behandlingen bör lagtexten ändras och benämningen ”vårdas” lyftas ut ur lagtexten vad gäller vuxna personer.

Enligt föreslagen lydelse i 2 kap 8 § SoL ska kommunen ingå en överenskommelse med regionen om hur HSL-insatserna ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år som *vårdas* utanför det egna hemmet. Även här bör begreppet ”vårdas” bytas ut i socialtjänstlagen då kommunen enligt ansvarsfördelningen inte kommer att fatta beslut om vård eller behandling för vuxna personer.

Enligt föreslagen lagtext ska regionen ”ansvara för att den som placerats utanför det egna hemmet erbjuds en god hälso- och sjukvård.”

Då slutbetänkandet inkluderar psykosocial behandling (exempelvis 12- stegsbehandling som nämns i slutbetänkandet) utöver hälso- och sjukvård enligt HSL bör även det framgå av lagstiftningen.

#### *Behovsbedömning och biståndsbeslut*

För att en kommun enligt nuvarande lagstiftning ska fatta ett biståndsbeslut enligt SoL 4 kap 1 § avseende vård- och behandling på HVB krävs att den enskilde själv ansöker om det hos socialtjänsten och att behov bedöms föreligga som inte kan tillgodoses på annat sätt, exempelvis genom öppenvård.

Då förslaget innebär att regionernas hälso- och sjukvård fullt ut ska överta vård- och behandlingsansvaret, inklusive den psykosociala behandlingen, finns inte längre behov av behandling som grund för ett biståndsbeslut enl 4 kap 1 § SoL. En sådan ansökan från en enskild person kommer då sannolikt att avslås då behovet av vård och behandling kan tillgodoses av annan huvudman.

Det är heller inte möjligt för exempelvis sjukvården att beställa eller ansöka om en insats hos kommunen enligt socialtjänstlagen.

Förslaget saknar en konsekvensanalys utifrån den situation som uppstår om regionen bedömer att det finns vård- och behandlingsbehov som bör tillgodoses på HVB men där kommunen bedömer att eventuellt boendebehov kan avhjälpas på annat sätt.

#### *Sammanhållen vårdkedja i närmiljön*

Ett boende i hemkommunen är att föredra utifrån närhet till nätverk, sysselsättning och andra stödinsatser. Detta stöds även av slutbetänkandet som beskriver att vården oftast ska ges i personens närmiljö för att åstadkomma en sammanhållen vårdkedja.

*Med närmiljö avses den miljö där patienten bor, har sitt nätverk, eventuellt arbete eller annan sysselsättning och där patienten får fortsatt stöd och*

*behandling efter att tvångsvården avslutats. Det är i den miljö patienten ska fortsätta sin återhämtning från skadligt bruk och beroende och det är i den miljö uppnådd hälsa ska bibehållas. (Slutbetänkandet 6.2.2 s 156-157)*

Slutbetänkandet föreslår att kommunerna ska satsa på boendeinsatser, bland annat boenden anpassade för personer med skadligt bruk/ beroende, med hjälp av den uteblivna kostnaden för LVM vård.

Om den enskildes behov enbart handlar om boende i kombination med socialt personellt stöd kommer kommunen då förhoppningsvis att erbjuda andra typer av boendeformer i personens närmiljö än HVB. Det kan gälla stödboende för vuxna, särskilda boende för personer med samsjuklighet och liknande i geografisk närhet samt till en lägre dygnskostnad. Många kommuner har också olika typer av boendelösningar i kombination med socialt stöd för målgruppen i egen regi i den egna hemkommunen, ett alternativ som är att föredra framför externa och dyrare HVB placeringar som kan vara belägna långt från den egna kommunen.

#### *Ekonomiskt fördelaktigt för regionerna*

För regionen kan ett ekonomiskt incitament uppstå för en HVB- placering genom kommunens försorg i stället för den egna slutenvården. Regionen kan se en möjlighet att minska sin kostnad för slutenvård som förmodligen är mer kostsam per dygn än en HVB- plats som kommunen dessutom är med och delfinansierar.

Kommunen delfinansierar inte kostnader för boende och personal för regionens slutenvård på motsvarande sätt och varför slutbetänkandet gör en annan bedömning när det gäller HVB framgår inte.

Om kommunerna mer eller mindre "tvingas" stå för HVB- placeringar utifrån regionernas bedömning av vård- och behandlingsbehov kommer kommunernas kostnader att öka kraftigt.

#### *Våldsutsatthet*

Arbetslivs- och socialnämnden anser att kommunen fortsatt bör ha *möjlighet* att fatta beslut om placeringar på HVB. Det kan exempelvis gälla personer med skadligt bruk/ beroende eller samsjuklighet som samtidigt är utsatta för våld i nära relationer och som behöver få insatser utanför den egna kommunen utifrån riskbedömning.

Socialtjänsten har idag ansvar för att erbjuda insatser för såväl vården och behandlingen på grund av skadligt bruk/ beroende som stöd och skydd på grund av våldsutsatthet. Om pågående skadligt bruk/ beroende är aktuellt så är valet vanligtvis inte skyddat boende då den enskilde också behöver



erbjudas vård och behandling för det skadliga bruket/ beroendet. I dessa situationer måste samordning och samverkan mellan regionen och kommunen fungera.

*Gränsdragning psykosocial behandling och psykosocialt stöd*

Enligt förslaget ska regionerna stå för den kostnad som avser vård- och behandling inklusive psykosocial behandling som tillhandahålls på HVB. Gränssnittet mellan psykosocial behandling respektive psykosocialt stöd tydliggörs inte i slutbetänkandet och kan därför bli föremål för gränsdragningsdiskussioner mellan region och kommun.

*HVB-placering saknar evidens*

I slutbetänkandet saknas resonemang om varför HVB-placering finns med som en alternativ vård- och behandlingsform samtidigt som tanken är att regionen själv ska ha den kompetens som krävs för en evidensbaserad vård- och behandling inom regionens öppenvård respektive slutenvård utifrån rekommenderade metoder. Slutbetänkandet föreslår även att regionerna och kommunerna gemensamt ska upphandla platser på HVB och även gemensamt driva HVB. HVB-placering finns inte med som rekommenderad insats i de Nationella riktlinjerna eller i Vård- och insatsprogrammet när det gäller skadligt bruk/ beroende.

*Arbetslivs- och socialnämndens ställningstagande till förslaget:*

Det mest logiska utifrån den föreslagna ansvarsfördelningen, tanken om en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja samt ovanstående synpunkter och invändningar är att regionen själv har möjlighet att fatta ett eget beslut om placering på HVB när man anser att ett sådant behov föreligger i stället för att den enskilde ska ansöka om placering hos kommunen och att kommunen ska delfinansiera HVB-placeringen.

**Arbetslivs och socialnämnden anser mot bakgrund av ovanstående bedömning och de invändningar som beskrivits att regionerna, som enligt förslaget ska ha hela ansvaret för vård och behandling för vuxna personer även ges ansvar för hur och var vården och behandlingen ska bedrivas oavsett om det är inom öppenvård, slutenvård, på HVB eller på annat sätt.**

**Arbetslivs och socialnämnden ställer sig därför inte bakom förslaget att endast kommunerna ska ansvara för placeringar på HVB gällande vuxna personer med skadligt bruk/ beroende i konsekvens med den föreslagna ansvarsfördelningen för övrigt.**

**Finansiering**

Finansiering ska följa med reformer som beslutas i riksdag och av regering och som direkt påverkar kommunernas verksamhet och ekonomi. Enligt slutbetänkandet ska kommunerna lämna ifrån sig medel till regionerna uppgående till ca 1,6 miljarder kr samtidigt som kommunerna föreslås delfinansiera HVB- placeringar vilka riskerar att öka i antal, utveckla och satsa på förebyggande insatser, utveckla och införa nya boendeformer, införa Bostad först vilket förutsätter utökning av personal, sysselsättning och arbete samt samordnade vård- och stödverksamheter bland annat.

**Arbetslivs- och socialnämndens bedömning:**

**Kostnader för reformens genomförande för kommunernas del bör beräknas utifrån realistiska fakta och slutbetänkandets förslag. Den ambitionshöjning och de nya uppdrag kommunerna får enligt förslaget måste beaktas och inte enbart det som kommunerna inte längre kommer att ha ansvar för.**

**BARN- OCH UTBILDNINGSFÖRVALTNINGEN****6 Ansvar och huvudmannaskap.****Arbetslivs- och socialnämndens bedömning:**

Över lag instämmer vi i att förslaget är positivt i att det tydliggör att ansvaret för tvångsvård inom området missbruk och beroende ska vara ett ansvar för hälso- och sjukvården.

Som grund för det ställningstagandet ligger att det även finns ett starkt samband mellan missbruk/beroende och psykisk ohälsa vilket redan idag är ett ansvar för hälso- och sjukvården. Det behöver därför finnas en bra vård för den enskild som fokuserar på arbetet kring hela individen och den psykiska ohälsan som ofta finns hos de personer som använder droger och alkohol på ett sätt som medför missbruk eller beroende. I avsnitt 6.7.1 framgår det även tydligt utifrån den undersökning Socialstyrelsen lät genomföra 2018 på SiS särskilda ungdomshem.

Falu kommun har även i sitt arbete med behandling av barn och ungas missbruk genom följeforskning även där sett ett tydligt samband mellan barn och ungas missbruk och psykiatriska behov. Ca 90 % av de ungdomar som deltagit i ett nytt behandlingsprogram för missbruk har även haft någon form av psykiatrisk diagnos, främst NPF. En del i behandlingsinsatsen har därför handlat om att genom Case Management få i gång den psykiatriska vården för ungdomen då det är en viktig del för att ungdomen ska få ett ökat välmående för att även reducera sitt skadliga bruk av droger.

Även om utredningen föreslår att LPT även ska kunna användas för barn och unga utifrån behovet av missbruks- eller beroendevård, kvarstår vissa otydligheter som behöver hanteras för att individerna ska få en sammanhållen vård fullt ut och som även bör beaktas i ett nytt lagförslag.

I avsnitt 6.5.1. framgår att förändringen blir tydligare för unga över 21 år eftersom LVU-lagstiftningen föreslås finnas kvar, men viktigt att beakta är ungdomar som är 20 år och inte har någon pågående LVU-vård, då vård enligt LVU inte kan påbörjas för en person som fyllt 20 år.

På sidan 183 nämner utredningen att det sällan är enbart på grund av skadligt bruk eller beroende som barn placeras, utan att det ofta är en kombination med hemförhållanden, sociala förhållanden och skolsituationen.

Vi anser dock att mycket av den övriga problembilden som ofta finns i anslutning till dessa, likväl som skadligt bruk och beroende, ofta utgår ifrån ett psykiatriskt behov som sedan leder till att barnen, föräldrarna och skolan klarar av att möta upp barnens situation på ett tillräckligt bra sätt.

Fokus behöver därför i mångt och mycket handla om vikten av att det finns lättillgänglig och omfattande vård och behandling kring barns psykiatriska behov. De delarna blir även viktiga gällande tvångsvården eftersom utredningen belyser vikten av fortsatt samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, alltså fortsatt dubbelt huvudmannaskap för viktiga delar kring individens samlade behov.

För att tvångsvården ska fungera blir det väldigt viktigt att säkerställa en obruten vårdkedja och där det inte blir uppehåll i stödet/insatserna kring individen om det ändå behöver ske placeringar på HVB-hem eller liknande.

Vårdgarantin behöver skärpas så att individen inte får längre avbrott i sina vårdinsatser vilket idag ofta sker när en individ placeras av socialtjänsten utanför det egna hemmet. Detta då fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser ofta remitteras vidare och det blir nya väntetider och omstart i behandlingar och annat stöd inom hälso- och sjukvården. Vi anser vidare att det är viktigt att det framöver även skapas ytterligare tydligheter kring hälso- och sjukvårdens ansvar för tvångsvård utifrån skadligt bruk och beroende i förhållande till LVU-lagstiftningen för att undvika att LVU-lagstiftningen används där behovet egentligen utgår ifrån psykiatriska behov och hälso- och sjukvårdens ansvar för skadligt bruk och beroende.

### *OMVÅRDNADSFÖRVALTNINGEN*

#### **Arbetslivs- och socialnämndens bedömning:**

##### *Regionen*

De kan hälso- och sjukvård men den helhetssyn som behövs för att den enskilde ska komma till ex. eget boende alternativt boende inom kommunal försorg, då behöver övergången och fortsättning vara välplanerad och alla överlämningar behöver ha upparbetade rutiner. Idag fungerar inte överlämning så bra då regionen behandlat det som de ska behandla och lämnar resten till kommunen och tänker inte på helheten för individen.

##### *Behandling skadligt bruk och beroende*

Bostad först säger forskningen är det viktigaste i kombination med ett arbete/utbildning eller sysselsättning. Idag får individen en extern placering eller ordna eget boende, men samordningen behöver stärkas. Det skulle vara bättre om individen ex. blev mottagen i ett boende för att fortsätta öppenvårdsbesök och bli erbjuden någon sysselsättning. Det bör gå hand i hand.

##### *Utbildning eller arbete/annan sysselsättning*

Är viktigt, efter en bostad först- principen.

##### *Kommunens hälso- och sjukvård/rehab*

Behöver ha rätt kunskap för att möta den problematik som kan komma, tillsammans med boendet.

##### *Kommunens boende*

Behöver ökad kompetens och kunskap då forskning visar att det är bemötandeproblematiken som är det största problematiken och det är där misslyckanden sker. Alla passar in någonstans med förutsättningar, rätt bemötande och inställning till mottagande. En sammanhållen målbild tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga kan ge förutsättningar för att lyckas.

##### *Tvångsvård – hur kan individen själv påverka och få inflytande inom både regionen och kommunen?*

Tvångsvård – trygg, meningsfull och rättssäker. Här behöver både regionen och kommunen samarbeta för att individen ska få den påverkansmöjligheten. Idag kommer kommunen ofta in för sent kommunens resurser behöver förstärkas i kunskaper föra att möjliggöra en bra övergång.

*Formulering i LPT och kortare vårdtid och för att möjliggöra hög kvalitet på vård, stärka patientens inflytande och delaktighet*

Låter jättebra, men hur ska den kompetensen stärkas inom kommunen för att fortsätta det påbörjade arbetet som regionen ska utföra och i en övergång även möjliggöra den övergången?

Förutsättningarna idag är inte optimala då både regionens och kommunens organisatoriska förutsättningar inte finns. Regionens slutenvård ger den akuta behandlingen för att sedan ska patienten återgå till sitt hem i ex. kommunal regi och där finns inte ett grundat mottagande och kunskap för att ge förutsättningar att lyckas.