Diarienummer: S2023/00440

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

Socialdepartementet
103 33 Stockholm

2023-05-31

NSPH:s yttrande över betänkandet ”Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja” (SOU 2023:5)

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är en organisation som samlar patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Nätverket har idag 13 medlemsorganisationer. Dessa organisationer är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Suicide Zero, Svenska OCD-förbundet, ÅSS och FMN. Vi ser patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs genom deras unika kunskap och anser att deras perspektiv och erfarenheter bör ha ett större inflytande över beslut och insatser som berör dem både på individ- och systemnivå.

Inledning

Tvångsvården vid samsjuklighet har haft stora brister, och förändringar är nödvändiga. NSPH välkomnar därför det tilläggsdirektiv som givits till utredningen. NSPH har deltagit i utredningens expertgrupp och har där haft som fokus att individens behov ska kunna tillgodoses, oavsett om vården bedrivs inom LVM eller LPT.

NSPH har sedan tidigare ställt sig bakom förslaget att samla vården för skadligt bruk och beroende under regionens ansvar för att få bättre förutsättningar att skapa en mer sammanhållen vårdkedja, och ser det som logiskt att även vård utan samtycke innefattas av denna reform. Vi ser också att möjligheterna till att få evidensbaserad vård för både skadligt bruk och beroende, och samtidig psykisk ohälsa, ökar om vården ges inom regionen. Vi välkomnar även att det läggs förslag som syftar till att stärka brukarinflytandet, exempelvis genom en kommission för trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård. De reformförslag som läggs här tror vi på samma sätt som förslagen i delbetänkandet kan bidra till en avstigmatisering kring beroende på så sätt att samhället genom reformen tar sig an beroende som ett behandlingsbart tillstånd.

Vi känner dock en oro kring hur dessa förslag ska bli verklighet. NSPH ser inte att psykiatrin idag är rustad för att ta sig an detta uppdrag. De eventuella positiva effekter av reformen kommer bara om tillräcklig resursförstärkning och omdimensionering sker, både för att kompensera för det utvidgade uppdraget men också för att förstärka utgångsläget. Även samordningen, såväl inom regionen som mellan region och socialtjänst, tror vi kommer vara en fortsatt utmaning. Trots att regionen tar över behandlingsansvaret kommer socialtjänsten fortsatt ha en viktig roll för målgruppen med insatser kring exempelvis boende och sysselsättning.

Att göra en stor reform innebär stora möjligheter, men också stora risker. Under psykiatrireformen såg vi vilka konsekvenser det fick att öppenvården inte var tillräckligt rustad för sitt nya uppdrag. Båda dessa utmaningar kring kompetensförsörjning och samverkan har på olika sätt försökt lösas i åratal, och i denna reform ser vi dessa som absolut centrala för att reformen ska få goda effekter för patienter, brukare och anhöriga. Utredningen tog i början av sitt arbete fram 10 målbilder ihop med personer med egen erfarenhet av samsjuklighet och deras anhöriga. Vi ser det som viktigt att behålla dessa som fokus för vad dessa förslag ska leda till. Vi delar också utredningens åsikt om att samtliga förslag behöver genomföras samlat för att denna konsekvensbeskrivning ska vara giltig, annars behöver en helt ny bedömning göras.

6 Ansvar och huvudmannaskap

6.1 Regionen ansvarar för vård och behandling utan samtycke vid skadligt bruk och beroende

NSPH ser det som en logisk följd av de förslag som tidigare lagts av utredningen (och som NSPH i sitt tidigare remissvar har tillstyrkt) om att regionen ansvarar för vård och behandling av personer med skadligt bruk och beroende, att de även ansvarar för vård och behandling utan samtycke för denna målgrupp. Detta bör kunna underlätta en mer sammanhållen och samordnad vårdkedja, något som det finns ett enormt behov av för denna målgrupp.

Dock så ser vi inom regionen idag att samverkan i många fall inte sker i tillräcklig utsträckning – vare sig mellan olika delar av regionens verksamhet, såsom psykiatrisk och somatisk vård, men också mellan olika delar av den psykiatriska vården – såväl mellan öppen- och slutenvård som mellan olika öppenvårdsavdelningar. Samverkan behöver också fortsatt ske med socialtjänsten kring de insatser som de fortsatt har ansvar för, såsom boende eller placering på HVB, som kommer att fortsätta vara avgörande för denna grupps livsvillkor.

Samverkan bör redan ske och finns redan reglerat, vi vill därför betona att för att få till en samordnad och sammanhållen vårdkedja tror vi att det utöver ett förändrat huvudmannaskap och regleringar i lagstiftning också behövs insatser som förändrar kultur och arbetssätt.

6.2 All sluten tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ges på sjukvårdsinrättning som drivs av en region

NSPH anser det som en rimlig följd att regionen, om de övertar ansvaret för tvångsvården, också blir de som bedriver denna. Vi ser det som stora fördelar att vården inte behöver överföras om vårdbehovet skiftar från att grunda sig i psykisk ohälsa eller skadligt bruk och beroende, utan kan utifrån detta förslag fortlöpa i samma regi. Att vården ges närmare hemmet ser vi också skapar ökade möjligheter för anhöriga att göras delaktiga i vården på ett annat sätt än i dagsläget. Vi delar också utredningens åsikt om att det finns starka skäl som talar för att patientavgiften skulle avskaffas för vård utan samtycke.

Det behöver finnas tillräckligt med möjligheter till individanpassning och behandlingsutbud som del av den vård som ges utan samtycke. Vårt arbete kring psykiatrisk tvångsvård har visat på ett stort missnöje hos patienter och anhöriga kring bristen på tillgång till behandling samt meningsfulla och hälsofrämjande aktiviteter under vårdtiden. Vi ser också

ett behov av utveckling av arbetet kring behandling vid just samsjuklighet. I dagsläget är skadligt bruk eller beroende ett exklusionskriterium för annan specialiserad vård, exempelvis vid ätstörningar. Det kan göra att patienten hamnar i ett limbo där nödvändig behandling uteblir på grund av regelverk.

Slutligen ser vi det också som viktigt att det blir tydligt hur förfarandet för bedömning gällande tvångsvård ser ut. Här står ofta anhöriga och närstående utanför och upplever stor maktlöshet. Vissa personer kommer inte att ha en tidigare kontakt inom psykiatrin utan kommer att ha primärvården som första kontakt. I de fall det rör en person med suicidrisk eller med svårbedömd suicidrisk ska ingen tröskel för primärvårdsremiss till psykiatrisk akutmottagning finnas.

6.3 Den psykiatriska tvångsvårdens förutsättningar att vårda personer med skadligt bruk eller beroende

Utredningen bedömer att den psykiatriska tvångsvården har förutsättningar att vårda personer med skadligt bruk eller beroende enligt LPT men att viss utveckling, anpassningar och resursförstärkningar behöver ske. NSPH menar att betydande resursförstärkningar behövs, såväl som utveckling och anpassningar. Psykiatrin är redan idag underfinansierad, och vi ser stora risker för enskilda om resurserna kommer att brista i denna omställning.

Att personer som tidigare vårdats enligt LVM enligt detta förslag framöver kommer att vårdas enligt LPT möjliggör för tvångsåtgärder som tidigare inte varit tillämpliga, exempelvis bältesläggning. I de fall en person har vårdats enligt LVM och bältesläggning på grund av utagerande eller självdestruktivt beteende bedömts behövas har personen kunnat omhändertas enligt LPT. Frågan är dock om gränsen för att tillämpa denna tvångsåtgärd blir lägre om personen inledningsvis vårdas enligt LPT. När man vårdar en person enligt en lag (LVM) som inte har stöd för fysiska tvångsåtgärder blir man kanske särskilt mån om att undvika sådana åtgärder och bättre på att arbeta förebyggande. NSPH ser det därför som viktigt att insatser vidtas för att motverka denna risk, och att effekterna för målgruppen följs upp.

Vi ser också risken för en ökad utsatthet för kvinnor som omfattas av förslagen. Inom LVM vårdas kvinnor och män åtskilt, och då det finns en hög andel erfarenheter av våld bland kvinnor med samsjuklighet ser vi det som viktigt att fortsätta beakta detta behov även i denna reform. Individuella riskbedömningar föreslås i utredningen, vilket vi också i hög grad tror kommer att vara avhängigt tillräckliga resurser inom vården och behöver också följas upp.

Det väcker också en farhåga att personer som idag vårdas enligt LPT – en målgrupp där det redan i dagsläget finns många erfarenheter av att trygghet och meningsfullhet i tvångsvården brister, kommer att utsättas för undanträngningseffekter. I en övergångsperiod vill vi därför betona hur avgörande det kommer att vara att regionerna får möjlighet att dimensionera sina resurser för att kunna ta över detta ansvar. I dagsläget är det ofta brist på platser på SIS och sjukhus kan behöva bygga ut befintliga lokaler. Vi ser redan idag brister inom den psykiatriska heldygnsvården där avdelningar under längre tid ibland har stängts över sommaren, ibland även under andra delar av året, på grund av resursbrist. Resultatet får inte bli en platsbrist där personer i oundgängligt behov av vård inte kan tas emot.

6.3.1 Kompetensförsörjning- och utveckling

Att säkra kompetensförsörjningen ser NSPH som en central del i att denna reform ska få goda effekter för enskilda. Utifrån hur situationen ser ut idag kring svårigheter med kompetensförsörjningen, såväl vad gäller att rekrytera personal och att få rekryterad personal att stanna, inom psykiatriska verksamheter känner vi en oro för hur detta ska kunna lösas, särskilt eftersom vi ser stora risker för enskilda med samsjuklighet om detta problem kvarstår. Brist på resurser i form av personal, tid och kompetens ser vi bland annat riskerar leda till ökat användande av tvångsåtgärder.

I vårt arbete kring tvångsvårdsfrågor inom LPT har det framkommit många exempel på erfarenheter av övervåld och kränkningar inom den psykiatriska tvångsvården. Detta i kombination med det faktum att personer som vårdas enligt LVM i dagsläget ibland skickas tillbaka till den statliga institution LVM-vården bedrivs på till följd av att sjukhusen inte har haft möjlighet att hantera personen hos sig, orsakar farhågor dels kring att patientgruppen med samsjuklighet eller med enbart skadligt bruk och beroende kan riskera att ha en hög risk för fler sådana erfarenheter av övervåld och kränkningar i vården enligt LPT. Det blir viktigt att tillräckliga resurs- och kompetenssatsningar sker för den personalgrupp som kommer att ta över ansvaret för denna tvångsvård för att kunna motverka detta.

Om det är så att den reguljära psykiatriska heldygnsvårdens resurser inte blir tillräckliga för att möta behoven hos denna målgrupp ser vi det som avgörande att alternativa vårdformer kommer till stånd i stället för att målgruppen kortvarigt placeras på rättspsykiatriska enheter. Vi har tidigare sett denna problematik i vården för personer med svårt självskadebeteende, vilket har lett till att högspecialiserade vårdenheter har öppnats för denna del av patientgruppen för att de inte ska vårdas under långa tider i tvångsvård samt på rättspsykiatriska kliniker. Inspiration skulle kunna tas från arbetet för högspecialiserad vård för personer med självskadebeteende för att utveckla alternativ för personer med samsjuklighet.

Vi ser det också som viktigt att ta tillvara den kompetens som idag finns inom verksamheter som arbetar med skadligt bruk och beroende. Dessa kompetenser skulle med fördel kunna flyttas in i vården som del av en sådan reform för att se till att det sociala perspektivet inte faller bort. I vårt arbete kring psykiatrisk tvångsvård har vi också sett behov av att utveckla personalens kompetens, engagemang och nyfikenhet med metoder och arbetssätt som skapar trygghet, tydlighet och hopp hos patienterna. Vi ser även behov av kompetensutveckling kring arbetssätt som främjar delaktighet och inflytande i vården för patienter och anhöriga för att vården verkligen ska kunna bli personcentrerad.

6.4 Socialtjänstens ansvar för boende och sysselsättning

NSPH ser positivt på inriktningen att socialtjänstens ansvar vad gäller boende och sysselsättning förtydligas. Detta är avgörande pusselbitar i det stöd som personer med samsjuklighet kan ha behov av. Även här tror vi att det behövs ett pådrivande och uppföljande arbete för att detta ska komma till stånd. Vilka goda exempel finns där detta fungerar väl? Hur gör de? Vilka hinder står i vägen i de fall detta inte fungerar? Hur kan de undanröjas?

6.7 Hälso- och sjukvård för barn och unga på särskilda ungdomshem

NSPH tillstyrker att närmare utreda frågan om ansvarsfördelningen gällande hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga på särskilda ungdomshem. Unga som är i statens

omsorg är i en utsatt situation och det är avgörande att de får möjlighet att få den hälso- och sjukvård de har behov av, inte minst för sin psykiska hälsa.

6.8 Hälso- och sjukvårdens ansvar för personer som omhändertas på grund av berusning ska förtydligas

NSPH välkomnar förslaget om att vård till personer som omhändertas enligt LOB sker på sjukhus eller annan vårdinrättning i stället för i arrest då vi delar utredningens uppfattning om att det är mer lämpligt att bedömningar om medicinska behov sker av medicinskt utbildad personal. Genomförandet av detta förslag ser vi kommer skapa en tryggare situation för personer i en utsatt situation. Vi ser det också som ett steg i linje med att behandla skadligt bruk och beroende som ett behandlingsbart tillstånd.

7 Syfte och förutsättningar för sluten och öppen psykiatrisk tvångsvård

7.1 Syftet med tvångsvården

Tvångsvård med stöd av LPT ska, enligt 2 §, syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Tvångsvård med stöd av LVM ska, enligt 3 §, syfta till att motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

NSPH anser det som rimligt att som del av detta uppdrag inte ändra lagstiftningen mer än vad som krävs för att den ska kunna fungera även för personer med skadligt bruk och beroende. Dock så menar NSPH att tvång inte är ett effektivt medel att uppnå frivillighet. När något sker frivilligt, för att alternativet är att det sker med tvång, kan man diskutera i vad mån vården faktiskt emottas frivilligt. På det viset hade det kunnat anses mer fördelaktigt för samtliga patienter att i stället formulera syftet med vården på annat vis, med utgångspunkt i att den ska förbättra funktionsförmåga, hälsa och att tvångsvården ska övergå till frivillig vård så snart som möjligt.

I vårt arbete kring tvångsvård tar vi också del av berättelser som beskriver hur tvångsvårdstillfällen riskerar förstöra tilliten och relationen till vården, vilket i sig kan göra det svårare att få till en meningsfull frivillig vård. För att syftet ska kunna uppnås menar vi också att det utöver en syftesformulering behövs insatser som fokuserar på att stärka tillit och samarbete, samt som arbetar med uppföljning och återupprättande av tillit och förtroende när detta skadats, exempelvis efter tvångsåtgärder. Ett sätt att kunna arbeta kring detta skulle kunna vara initiativ kring självvald inläggning.

7.2 Förutsättningar för tvångsvård

Vart man ska sätta tröskeln för tillgripande av tvång är en svår fråga där stora värden står på spel: risken för liv och hälsa mot rätten till självbestämmande och integritet. Lagstiftningen behöver vara tillräckligt bred för att personer i behov av denna sorts vård får den, men restriktiv nog att enskildas integritet inte inkräktas på om det inte är absolut nödvändigt.

NSPH:s ståndpunkt är att tvång ska användas restriktivt, men det behöver samtidigt kunna användas tillräckligt i de fall det är nödvändigt. Utredningen beskriver att tvångsvården

sannolikt blir kortare vid LPT än vid LVM, men det är bara positivt om det innebär att vårdbehovet tillgodoses snabbare eller att vården kan fortsätta i frivillig form. Enligt utredningens beräkningar kommer denna reform göra att vårdtiden kommer att minska från i genomsnitt 5,3 månader enligt LVM till i genomsnitt 6 veckor enligt LPT. Detta är en mycket kraftig minskning av vårdtiden. Det blir viktigt att se hur oundgänglighetsrekvisitet i LPT ska tillämpas för att vården ska bli tillräcklig för denna målgrupp.

Inom målgruppen personer med samsjuklighet finns ofta ett behov av stabiliserande insatser innan det vårdande uppdraget kan påbörjas, vilket blir viktigt att beakta även i denna nya vårdform där vårdtiderna generellt är kortare. Utredningens förslag gör inte att vårdtiden måste vara kortare, och det finns därför möjlighet att vårda enskilda som har behov av längre tvångsvård så länge som det behövs. Men eftersom de resurser som föreslås överföras som en del av reformen utgår ifrån den förväntade omfattningen av tvångsvården, och eftersom NSPH ser det som en stor risk för enskildas hälsa och liv om resurserna blir otillräckliga, vill vi betona att detta behöver beaktas.

Utredningen lyfter att förarbetena till LPT beskriver att en psykisk störning ska anses vara av allvarlig art så länge en påtaglig risk föreligger att de psykiska symtomen återkommer om behandlingsinsatserna avbryts, och att vården av skadligt bruk och beroende utifrån samma perspektiv enligt denna förändring i förutsättningarna ska kunna fortgå så länge det finns en konkret återfallsrisk. En av de brister som beskrivs av personer med samsjuklighet som vårdas enligt LPT i dagsläget är att utskrivning ibland sker när en påtaglig risk för att symtomen ska återkomma fortfarande föreligger, och utan samverkan med insatser i öppenvården, vilket leder till att enskilda far mycket illa. NSPH vill därför betona vikten av att vården efter denna reform beaktar återfallsrisken inför att vården upphör. Här menar vi att man kan se på hur LPT tillämpas för personer med exempelvis anorexi, där oundgänglighetsrekvisitet består. I vilken mån används den enbart till att häva självsvält och i vilken mån ger den möjligheter att stabilisera patienten på lite längre sikt och minska risken för återfall?

7.3 Öppen psykiatrisk tvångsvård

NSPH tillstyrker förslaget om att chefsöverläkaren ska kunna fatta beslut om öppen tvångsvård under de första fyra veckorna av tvångsvården. Vi ser det som viktigt att tvångsvården behöver kunna vara flexibel och anpassas i sin utformning. Idag får personer som vårdas enligt LVM på statliga institutioner tillgång till något olika grad av öppenhet i vården på institutionen, samt möjlighet att fortsätta tvångsvården på exempelvis HVB-hem enligt §27 LVM. Utredningen föreslår att möjligheten till öppen psykiatrisk tvångsvård ersätter denna sorts placering.

NSPH ser att det kan finnas stora fördelar med att vården sker i patientens närmiljö, bland annat att det blir lättare för anhöriga att vara delaktiga i vården, att insatser och behandlingar som inleds under tvångsvården kan vara desamma som fortsätter under öppenvården och att samverkan inför utskrivning kan underlättas. Utskrivning sker dock också till den miljö där personens destruktiva nätverk ofta finns. Detta ställer högre krav på samverkan också mellan olika huvudmän för att förhindra återfall. Vi tror också att det kommer att finnas ett fortsatt stort behov hos en del av målgruppen att kunna vårdas på annan ort som del av behandlingen för det skadliga bruket eller beroendet.

Utredningen föreslår att kommunerna ska behålla de resurser som frigörs av att placeringar inte längre kommer att göras enligt §27 LVM och att resurserna istället kan användas till insatser på boendeområdet. NSPH välkomnar varmt ökade insatser på boendeområdet för

personer i denna målgrupp, men vill också lägga stor vikt vid att det fortsatt ska finnas utrymme för liknande placeringar för den del av målgruppen som har ett fortsatt behov av det.

7.3.6 Återintagning

NSPH menar att det förefaller rimligt att inte särbehandla gruppen med skadligt bruk och beroende i förhållande till de personer med psykisk ohälsa, när de verkar kunna bli föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård just på grund av skadligt bruk och beroende. Det finns brister i systemet kring öppen psykiatrisk tvångsvård, som exempelvis systemets legitimitet när det är oklart i vad mån avvikelser från de särskilda villkoren i sig kan motivera ny sluten psykiatrisk tvångsvård, vilket är en bredare fråga än samsjuklighetsuppdraget.

7.4 Alkohol- och drogkontroll

NSPH menar att det kan vara motiverat att införa denna möjlighet när lagen nu ska omfatta även gruppen med skadligt bruk och beroende. Dock är det viktigt att reglera och följa upp under vilka förutsättningar åtgärden ska få vidtas, hur långt individens skyldighet sträcker sig. En närmare analys ur ett integritets- och rättighetsperspektiv behövs här. Det ska inte heller riskera att drabba personer med allvarlig psykisk störning som inte lider av skadligt bruk och beroende, exempelvis genom beslut om rutinmässiga provtagningar av alla LPT-patienter på en vårdavdelning.

8 Tvångsvård som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja

8.3 En ändamålsenlig planering

8.3.1 Innehållet i vårdplaneringen ska förtydligas

NSPH tillstyrker förslaget om att förtydliga innehållet i vårdplaneringen. Vi vill särskilt poängtera vikten av en god vårdplanering vid utskrivning från heldygnsvård. Utredningen lyfte i sitt delbetänkande vikten av att uppmärksamma och förebygga risken för suicid för personer med samsjuklighet. Här ser vi behov av att en krisplan skapas vid utskrivning, särskilt med personer som gjort ett suicidförsök. Det behöver också ske en tydlig uppföljning efter utskrivning från heldygnsvård, gärna med en uttalad tidsgräns på exempelvis en vecka, genom läkarbesök eller hembesök med personen som skrivits ut. Särskilt i uppföljningen av en patient med suicidavsikt bör närstående engageras.

8.3.2 Patientens mål ska framgå av vårdplaneringen

NSPH välkomnar förslaget om att patientens egna mål ska framgå av vårdplaneringen. Även i vård utan samtycke är NSPH:s ställning att delaktighet och inflytande ska utövas i den mån som det är möjligt.

8.3.3 Målgruppstillhörighet för den samordnadevård- och stödverksamheten ska alltid övervägas

NSPH tillstyrker förslaget.

8.5 Den samordnade planeringen ska förbättras

NSPH tillstyrker utredningens förslag och bedömningar kring förbättring av den samordnade planeringen. Vi ser samverkan som en avgörande pusselbit för att denna reform ska uppnå de goda effekter som avses för personer med samsjuklighet. Samverkan är en utmaning som samhället länge försökt hitta sätt att nå framgång med, men som fortfarande brister vilket leder till att enskilda far illa. Vi välkomnar kombinationen mellan en skarpare reglering, översyn av ekonomiska styrmedel och uppdrag till Socialstyrelsen för att stödja arbetet.

8.5.3 Sociala stödinsatser med fokus på långsiktigt boende och sysselsättning

NSPH välkomnar förslagen om ett ökat fokus på långsiktiga satsningar kring boende och sysselsättning. I arbetet med att minska tvångsvård ser vi detta längre perspektiv som avgörande. Boende och sysselsättning är grundläggande behov som behöver tillgodoses för en effektiv återhämtning.

I uppdragen som rör utvecklandet av metoder för boende och sysselsättning, såsom IPS, ser vi behov av att förtydliga hur IPS kan användas metodtroget snarare än på ett sätt som möter myndigheternas behov. Här ser vi att Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen behöver involveras för att hitta en flexibilitet i stödstrukturerna som möjliggör ett effektivt arbete utifrån metoden. Överlag ser vi ett behov av ökad flexibilitet i ramverken kring sysselsättning för att det ska kunna ske på ett återhämtningsinriktat sätt.

9 Trygg och meningsfull heldygnsvård

9.1 Ett ständigt utvecklingsarbete för en trygg och meningsfull heldygnsvård ska bedrivas

NSPH ställer sig positiva till att sträva efter en trygg och meningsfull tvångsvård. Vi ställer oss också positiva till att formulera sådana kriterier som behöver definieras och utvärderas av patienter själva. Vi ser att den psykiatriska tvångsvården behöver bli bättre på att följa upp patientens upplevelse av vården som helhet snarare än varje vårdinsats för sig.

Som del av en trygg och meningsfull heldygnsvård ser vi också behov av att psykiatrin blir bättre på att jobba med tillitsbyggande och relationsskapande med patienter och anhöriga. Det behöver utvecklas fler metoder för att återupprätta tillit och förtroende, särskilt efter tvångsvård. Våra undersökningar kring psykiatrisk tvångsvård visar att många patienter upplever att tvångsvården skulle kunnat undvikas, att vården inte var för deras bästa och att de inte känner att det som de tvingats till förbättrat deras mående. Tvångsvård och tvångsåtgärder kan i sig leda till trauman som vården över lag brister i att hjälpa individer bearbeta. Detta ser vi särskilt drabbar unga kvinnor i en omfattning som är oacceptabel.

Utredningen konstaterar att “Sammanställningen visar också att det som framför allt formar patienters upplevelser av psykiatrisk tvångsvård är interaktionen och kommunikation med personal, samt möjligheten att få delta i besluten kring vården. Relationer med personal är avgörande; patienter önskar bli bemötta med vänlighet och förståelse och önskar få information, omsorg och att få sin röst hörd. När patienter får medverka i beslut kring sin behandling, samt känner sig sedda och hörda, minskar känslan av tvång och maktlöshet samt förlusten av autonomi och självkänsla.”

En metod som NSPH har erfarenhet av gynnar detta är peer support – där personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa blir professionellt verksamma i vård- och stödverksamheter. Att arbeta med det egenerfarna perspektivet har genomsyrat många insatser inom behandling för skadligt bruk och beroende, och vi ser ett värde av att fortsätta med detta. Peer supporters kan bidra till att skapa och stärka tillit och relation mellan patient och personal, något som vi tror kan vara särskilt viktigt för personer med samsjuklighet.

9.2 Kommissionen för en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård

NSPH välkomnar förslaget om en specifik instans som har till uppdrag att följa frågan samt att personer med egen erfarenhet av tvångsvård samt anhörigskap ska ingå i sammansättningen. Vi tror som tidigare nämnt att för att de effekter som eftersträvas ska bli av så behövs mer än lagformuleringar. Här blir det viktigt att uppdraget blir tydligt samt att gränsdragningarna mot andra myndigheter på området blir klara.

I arbetet med en trygg, meningsfull och rättssäker tvångsvård vill NSPH också betona vikten av att arbeta med hela vårdkedjan. Att arbeta för att den tvångsvård som ges har god kvalitet är viktigt, men bättre är att tillräckliga vårdinsatser sker i tid i frivillig vård. När detta brister kan det leda till ett oundgängligt behov av vård där samtycke inte ges. Om psykiatrin kan bli bättre på att bygga tillit, samarbete och erbjuda behandlingsinsatser när de behövs skulle många som idag hamnar inom tvångsvården ha kunnat slippa detta. Här handlar det både om resurser, kompetens och tillgänglighet, men också om arbetssätt och synen på psykiatrins patienter.

11 Utgångspunkter för reformens genomförande

NSPH ser positivt på att reformen ska genomföras utifrån föreslagna utgångspunkter, särskilt att patient, brukar- och anhörigperspektivet ska fortsätta vara vägledande. Det ser vi som en stor framgångsfaktor i en sådan stor reform på ett område med stora behov av förbättringar, där enskilda idag ibland far mycket illa. Stora risker för enskildas välbefinnande, hälsa och liv finns även framåt om förändringar i systemet görs utan ett helhetsgrepp, tillräckliga resurser och uppföljning av de faktiska effekterna för patienter, brukare och anhöriga.

12 Ikraftträdande och stegvis genomförande

12.4 Uppdrag till Socialstyrelsen och andra myndigheter

NSPH tillstyrker förslaget om att ge uppdrag till Socialstyrelsen och andra myndigheter att följa upp och driva på inom områden som utredningen uppfattat som i behov av förbättringar, exempelvis att utveckla metoder och nya boendeformer, att utveckla former för sysselsättning som ger möjlighet för ett självständigt liv.

Vi välkomnar särskilt förslagen om ett uppdrag att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet, och att Folkhälsomyndigheten ska ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Förslagen som läggs av denna utredning innebär en stor reform, och för att den ska bli framgångsrik ser vi det som avgörande att denna sorts uppdrag kommer till för att driva och bevaka arbetet framåt.

12.5 Stegvis genomförande

NSPH tillstyrker förslaget om ett stegvis genomförande av reformen. Reformens ekonomiska konsekvenser bör följas upp, utvärderas och vid behov justeras löpande under reformen för att säkerställa att tillräckliga resurser tillförs för att kunna möta de målbilder som satts upp av personer med egen erfarenhet av samsjuklighet och deras anhöriga i början av utredningen.

13 Övrigt

NSPH vill också framföra behovet av en generell översyn av den psykiatriska tvångsvården, såväl vad gäller LPT som LRV. I vårt remissvar på betänkandet “God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, SOU 2022:40” framför vi konkreta exempel på frågor i behov av översyn och åtgärder för att säkerställa en god tvångsvård.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Conny Allaskog
Ordförande NSPH