



LUNDS
UNIVERSITET

BESLUT

Diarienummer
V 2021/3515

Datum 2021-04-28

Socialdepartementet

Rektor

Yttrande över remissen Från delar till helhet — En reform för samordnade, behovs- anpassade och personcentrade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)

Ert dnr S2021/07629

Lunds universitet har anmodats att ge synpunkter på rubricerad remiss. Juridiska fakulteten och medicinska fakulteten har inkommit med ett gemensamt yttrande medan samhällsvetenskapliga fakulteten har inkommit med ett eget yttrande. Yttrandena bifogas i sin helhet.

Beslut

Beslut om att avge dessa yttranden har fattats av undertecknad rektor i närvaro av stf förvaltningschef Torun Forslid efter hörande av representant för Lunds universitets studentkårer och efter föredragning av utredare Carina Wickberg, Universitetsledningens stab.

Erik Renström



LUNDS
UNIVERSITET

YTTRANDE

Diarienummer

Datum 2022-04-15

Adressat

Rektor

Remiss: Från delar till helhet – En reform för samordnande, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)

S2021/07629

Lunds universitet har anmodats att ge synpunkter på rubricerat betänkande. Juridiska fakulteten och Medicinska fakulteten får härmed avge följande yttrande. Yttrandet har utarbetats av Anders Håkansson, professor i beroendemedicin, Medicinska fakulteten och Lena Wahlberg, docent i allmän rättslära, Juridiska fakulteten.

Övergripande kommentarer

Vår övergripande syn på utredningens förslag är positiv. Vi delar utredningens bedömning av de behov som finns för personer med skadligt bruk och beroende respektive psykisk samsjuklighet, och vi ställer oss bakom utredningens huvudförslag, inklusive förslaget som innebär att huvudansvaret för behandling av skadligt bruk och beroende ska falla på hälso- och sjukvården. Vi har dock några synpunkter och kommentarer som vi redogör för nedan.

Förslaget till lag om samordnad vård- och stödverksamhet.

Enligt 4 kap. 2 § patientlagen (2014:821) får hälso- och sjukvård inte ges utan samtycke, såvida inte annat följer av lag. I författningskommentaren till den förslagna lagen om samordnad vård- och stödverksamhet (s. 613) uttalas att samtycke enligt huvudregeln

ska krävas även för hälso- och sjukvård inom ramen för samordnad verksamhet enligt den nya lagen. Av den föreslagna lagtexten framgår emellertid bara att de samordnade vårdinsatserna ska utgå från deltagarnas individuella förutsättningar (3 §) och att "[d]eltagarna ska ha inflytande över vilka insatser som ges" (6 §). De nu nämnda bestämmelserna kan skapa osäkerhet om hur samordnade vårdinsatser enligt den nya lagen förhåller sig till kravet på samtycke i 4 kap. 2 § PL. Enligt vår uppfattning bör det därför framgå direkt av den föreslagna lagen att även vård enligt denna lag förutsätter samtycke såvida annat inte följer av annan lag. Att tydliggöra kravet på samtycke framstår som särskilt angeläget då den föreslagna lagen avser vård av personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Av 4 § i den föreslagna lagen framgår att verksamheten ska innehålla uppsökande arbete. I utredningen konstateras att hälso- och sjukvården, till skillnad från socialtjänsten, idag inte har någon skyldighet att arbeta uppsökande. Utredningen verkar inte ha för avsikt att ändra på detta förhållande men konstaterar samtidigt att ett uppsökande arbetssätt kan vara av godo även inom hälso- och sjukvården (s. 434 f.). Lagtexten bör dock inte lämna något utrymme för tvekan om vilken typ av uppsökande arbete som enligt den nya lagen "vård- och stödverksamheten ska innehålla". Enligt vår uppfattning bör det därför framgå av bestämmelsen att kravet på att bedriva uppsökande arbete inom den samordnade vård- och stödverksamheten enbart omfattar socialtjänsten.

Den funktion för vård- och stödsamordnaren som utredningen föreslår har också i allt väsentligt en positiv intention och tar avstamp i den uppenbara risk som det finns i dag för att personer i denna målgrupp ska falla mellan huvudmännen. Vi vill emellertid framhålla att det finns en risk att nya gränsdragningsproblem uppstår, och det kommer att vara en nödvändig uppgift att genom lagtext, i förarbeten eller i kommande praxis tydligt exemplifiera tillstånd där en vård- och stödsamordnare kommer att kunna vara aktuell, i kontrast till tillstånd där detta inte är påkallat. Av klinisk erfarenhet bedömer vi att det finns en reell risk att huvudmän med bristande resurser eller

bemanningssvårigheter kan argumentera för att en patient placeras på andra sidan om en sådan gränsdragning; i klartext finns det en risk att en patient med beroende eller skadligt bruk tillsammans med psykisk sjukdom då inte behandlas inom det ordinarie lagrummet i hälso- och sjukvården, med motivering att patienten bättre bör få hjälp via en vård- och stödsamordnare, och möjligen kan också det motsatta inträffa i en sådan gränsdragningsproblematik. De gränsdragningsproblem som med nödvändighet kan uppstå torde kunna avhjälpas delvis med en tydlig praxis för vilka psykiatriska tillstånd som ska föreligga, och vilken varaktighet dessa ska ha, för att en person ska bli aktuell för vård- och stödsamordnarens insatser. Möjligen kan man överväga en symptombaserad definition, exempelvis enligt en liknande modell som dagens skrivningar om allvarlig psykisk störning som skäl för tvångsvård.

Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Enligt den föreslagna nya lydelsen av 3 § LVU ska begreppet *missbruk* ersättas med begreppet *skadligt bruk*, så att vård ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en ”påtaglig risk att skadas genom skadligt bruk”. En anledning till detta är enligt utredningen att begreppet *skadligt bruk* är etablerat i det nuvarande diagnossystemet, där det betyder ”bruk som skadar hälsan” (utredningen s. 298). Vi har inga invändningar mot att använda begreppet *skadligt bruk* i lagen i och för sig. När begreppet kombineras med begreppet *risk* på det sätt som utredningen föreslår, blir emellertid rekvisitetet för att besluta om vård att det ska finnas ”en påtaglig risk att skadas genom bruk som skadar hälsan”. Innebörden av detta rekvisit är inte bara svår att uttyda; rekvisitetet verkar dessutom vara uppfyllt även *utan* att den unge ägnar sig åt skadligt bruk, såvida det finns en påtaglig risk att hen *kommer* att göra det. Såvitt vi förstår är ändringen inte avsedd att ge bestämmelsen en så omfattande räckvidd och det finns därför anledning att överväga en annan formulering av rekvisitetet. En möjlig alternativ formulering, som undviker det nu nämnde problemet, skulle kunna vara ”om den unge

genom skadligt bruk utsätter sig för en påtaglig risk att skada sin hälsa eller utveckling”.

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Den föreslagna bestämmelsen i 8 kap. 11 § stadgar att ”Regionen *ska erbjuda* personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar *den vård som han eller hon behöver.*” Formuleringen väcker frågan hur den föreslagna bestämmelsen förhåller sig till den så kallade behovsprincipen, som är en del av den prioriteringsplattform som gäller för hälso- och sjukvården i stort. Behovsprincipen framgår av bl.a. 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, enligt vilken ”Den som har *det största* behovet av hälso- och sjukvården ska *ges företräde* till vården”. Formuleringen i 8 kap. 11 § skulle kunna tolkas som att behov av vård enligt denna bestämmelse har företräde framför andra behov. Detta verkar inte vara avsikten eftersom bestämmelsen enligt författningskommentaren enbart är avsedd att erinra om hälso- och sjukvårdens ansvar för denna typ av behandling och inte innebära ett nytt åtagande (s. 639). Ett bättre alternativ kan därför vara att i bestämmelsen helt utelägna frasen ”den vård som han eller hon behöver”.

Förslaget om utvärdering av hur kriminaliseringen av eget bruk av narkotika påverkar vård och omsorg för målgruppen

Avseende utredningens förslag att utvärdera kriminaliseringen av eget bruk, så uppfattar vi det som något förvånande att denna utredning, som primärt avser utreda huvudmannaskap i beroendevården och förbättrade samordnade insatser för personer med samsjuklighet, har tagit sig an detta uppdrag. Utredningen skriver förvisso också själv att det inte ingår i dess uppdrag att ta ställning i frågan om straffrättslig reglering. Det är förvisso också tydligt att förslaget avser en utredning som ska belysa i vilken grad kriminaliseringen påverkar bl a

vårdsökande. Däremot anges inte någon betydande empiri till stöd för att kriminaliseringen de facto skulle kunna påverka exempelvis vårdsökande i en svensk kontext. Det kan naturligtvis även utan vetenskaplig empiri vara behjärtansvärt att belysa den här typen av fråga, men det är inte tydligt att det utgör ett svar på hur vården för just personer med samsjuklighet ska samordnas och förbättras. Vi skulle gärna se ett mer utvecklat resonemang baserat på empiriska fynd, till stöd för att en sådan utredning ska vara en del av ett förbättrat omhändertagande av skadligt bruk och beroende hos personer med samsjuklighet.

Enligt delegation

Anders Håkansson

Lena Wahlberg



SAMHÄLLS-
VETENSKAPLIGA
FAKULTETEN

BESLUT

Diarienummer
V 2021/3515

Datum 2022-04-21

Dekan

Rektor

Yttrande över remissen Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet

Ert dnr S2021/07629

Samhällsvetenskapliga fakulteten har anmodats att ge synpunkter på rubricerad remiss. Socialhögskolan, som är en av fakultetens institutioner, har inkommit med ett yttrande vilket bifogas i sin helhet.

Beslut

Beslut om att avge detta yttrande har fattats av dekan efter föredragning av fakultetskoordinator Lovisa Eriksson, Kansli S.

Christofer Edling

Socialhögskolan

Yttrande över remissen Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)

Författat av universitetslektor Leili Laanemets och doktorand Petter Karlsson vid Socialhögskolan, Samhällsvetenskapliga fakulteten, Lunds universitet.

Socialhögskolan vid Lunds universitet (fortsättningsvis ”Socialhögskolan” eller ”vi”) välkomnar utredningen då den berör en grupp av människor som far mycket illa i välfärdssystemet och ”faller mellan stolarna”. Utredningen är ambitiös och särskilt glädjande är att personer med egen erfarenhet av problematiken, som brukare respektive anhörig, tillfrågats. Den personcentrerade utgångspunkten uppskattas. Vad som kan utläsas av deras svar är behovet av en trygg vård, en helhetssyn på deras livssituation och hur denna bäst kan hanteras och lösas. De talar om tidig hjälp, lätt att hitta, möjlighet att välja, en helhet, att bli behandlad med respekt, stärkt i den egna förmågan, att finna ett meningsfullt sammanhang och en person att lita på. Deras svar, som är i linje med ett stort antal forskningsstudier, visar det viktiga uppdrag som samhällsorganisationerna har för människor som lever i utsatta livssituationer och som möter ett fragmentiserat samhällssystem med olika huvudmän, lagområden, regionala och lokala skillnader och specialiteter. En viktig fråga är vad det är som är orsaken till problemet och där tvingas man konstatera att samhällets organisering av välfärdstjänster inte sällan bidrar till ett försvårande av lösningen och i vissa fall även förstärker problematiken.

Komplexa problem kräver komplexa insatser. Samarbete är med andra ord ett honnörsord och en viktig komponent i hur vården bäst kan utformas. Det

är inte unikt för just denna grupp av människor utan är ett generellt problem och utmaning för välfärdstjänster av olika slag. Ingen verksamhet/huvudman kan ensam lösa och tillhandahålla de materiella och immateriella resurser som krävs för livssituationer med en hög grad av komplexitet och en individuellt unik problematik, både vad gäller problemets uppkomst och dess lösning.

Socialhögskolan menar därför att problematiken fordrar ett bredare angreppssätt än vad utredningen föreslår och kan inte reduceras till huvudmannaskapet. Det finns en viss naivitet över förslagen och flera av dem är generella och uttrycker en form av idealtillstånd som rimmar illa med vårdköer (till BUP, till olika sjukhusinrättningar, psykiatriska utredningar etc.), konsekvenser av privatiseringar (t.ex. upphandlingssystem, brist på kontinuitet, privata försäkringar gällande tillgång till vård), bristen på resurser (t.ex. brist på vissa yrkesgrupper), olikheter mellan rika och fattiga regioner (och kommuner), landsbygds- och storstadsproblematik. Det har ägt rum en kontinuerlig nedmontering av vården, vilket innebär svårigheter att få hjälp och stöd för den enskilde (vilket ju också tydligt framkommer i brukarnas berättelser). Med detta sagt krävs ökade resurser för denna grupp av människor, något som också utredningen påtalar, och detta oavsett huvudmannaskap.

Men vilken grupp av människor avser utredningen? Ursprungligen handlar det om människor med vad utredaren kallar "samsjuklighet" dvs personer som har flera (psykiatriska) diagnoser samtidigt. Till denna grupp för utredningen även in människor med ett "skadligt bruk av droger" och med en argumentation som mest tar hänsyn till vårdapparaten och anlägger en medicinsk definition på människor som använder droger på ett sätt som de enligt Narkotikastrafflagen och utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv inte bör göra. Socialhögskolan menar att denna form av begrepp- och definitionsfrågor behöver utredas vidare och genomgå noggranna analyser vad gäller konsekvenser för den enskilde, men också för samhällets sätt att förstå och definiera droganvändning av olika slag. Frågan är alltså alltför komplex och går vida utöver utredningens mandat och direktiv. Se nedan för ett utförligare resonemang om begrepp.

Sammantaget avstyrker Socialhögskolan utredningens förslag om ett förändrat huvudmannaskap bland annat då det bygger på denna bristfälliga begreppsanalys. Ändringen av huvudmannaskapet innebär en omfattande

förflyttning och omfördelning av en samhällsprofessionell kompetens som samlats och ackumulerats över flera år. Det finns risk för att sociala faktorer tappas bort men framför allt att helhetsperspektivet åsidosätts. Reformen berör människor som inte är resursstarka, vana vid att artikulera sina behov och höja sina röster gentemot de professionella och samhällets vårdapparat. Utfallet för dessa människor riskerar att bli lika olyckligt som det blev för de människor som lämnades i sticket när psykiatireformen genomfördes i mitten av nittioalet, hur vällovlig den än var.

Med detta sagt: vore det inte bättre att börja med personer som erfar så kallad samsjuklighet, eller ännu bättre personer med komplexa vårdbehov, och bygga upp fungerande verksamheter för dem, och sträva efter samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser såsom utredaren föreslår, och göra en sammanhållen uppföljning som omfattar hälsa, relationer och andra sociala och psykosociala faktorer, eftersom dessa faktorer påverkar varandra (s 490). Dvs att utifrån ett biopsykosocialt helhetsperspektiv skapa verksamheter ”mellan stolarna” för den målgrupp som idag ”faller mellan stolarna”.

Om begrepp gällande droganvändning och några konsekvenser

I dagsläget används framför allt begreppen ”missbruk” och ”beroende” för att beskriva droganvändning som sker på ett sätt som det enligt Narkotikastrafflagen och utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv inte bör göra. Begreppet ”missbruk” tar fasta på omständigheten att vissa människor som använder droger på ett sätt som de inte bör göra kan välja att sluta med det. Begreppet handlar alltså inte om vad människor ”är” utan om vad de ”har” och bör ”göra sig av med”, eller om vad de ”gör” och bör ”sluta göra”. Begreppet ”beroende” tar i sin tur fasta på omständigheten att vissa människor som använder droger på ett sätt som de inte bör göra inte kan välja att sluta att använda droger på detta sätt. Eftersom de inte anses kunna välja det så omtalas ”beroende” som en sjukdom eller som något man är och inte kan sluta vara.

Det meningsbärande innehållet i begreppen ”missbruk” och ”beroende” tar alltså fasta på motsatta sätt att förstå droganvändares möjlighet att sluta använda droger på ett sätt som de inte bör göra. Eftersom det är välkänt att vissa personer som använder droger på ett sätt som de inte bör göra vill och kan sluta med det, och eftersom det är välkänt att vissa personer som

använder droger på ett sätt som de inte bör göra inte kan sluta med det oavsett om de vill det, anser Socialhögskolan att det är viktigt att båda dessa perspektiv bibehålls.

Om utredningens förslag att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård blir verklighet kommer det meningsbärande innehållet i begreppet ”missbruk” som beskrivs ovan att försvinna. Det innebär att alla människor som använder droger på ett sätt som de inte bör göra riskerar att definieras som oförmögna att kunna sluta använda droger på detta sätt, om de vill sluta med det.

Socialhögskolan anser att denna ontologiska bestämning av människor som använder droger på ett sätt som de inte bör göra är olycklig. Detta av två skäl.

- 1) den enskilde droganvändarens möjligheter att finna en fungerande lösning på sina problem blir beskuret. Socialtjänsten är till skillnad från sjukvården inte tvingad att uteslutande använda sig av sådana evidensbaserade och standardiserade metoder och insatser som Socialstyrelsen rekommenderar, utan ska beakta klienternas rätt att själva bestämma över lösningarna på sina problem. Detta handlingsutrymme för socialsekreterare att finna lösningar tillsammans med sina klienter måste värnas.
- 2) samhällets organisering av vården för droganvändare formar alla medborgares uppfattning om droger och människor som använder dem på ett sätt som de enligt lagen och samhällsorganisationerna inte bör göra. Om utredarens förslag läggs till grund för en sådan omorganisering av vården som utredaren föreslår, så kommer alla människor som använder droger på ett sätt som de inte bör göra att definieras som psykiskt sjuka, oavsett om deras bruk anses utgöra ”skadligt bruk” eller om bruket anses bero på ett ”beroende”. Givet den straffrättsliga lagstiftning som bestämmer att allt bruk av narkotika som inte har ordinerats av läkare, eller som avviker från läkares ordination på så vis att den enskilde använder sina narkotikaklassade läkemedel i högre utsträckning eller på ett annat vis än det läkaren har ordinerat, är ett olagligt ”missbruk”, så kommer ofrånkomligen alla människor som upptäcks använda

droger på detta vis att uppfattas som psykiskt sjuka, om utredarens förslag accepteras av riksdagen.

Socialhögskolan vill här vänligt men bestämt sätta ned foten. Det är vanligt att såväl ungdomar som vuxna vid något tillfälle eller vid många tillfällen använder droger på ett sätt som de enligt lagen och samhällsorganisationerna inte bör göra. Det kan man tycka är olyckligt, men för de allra flesta så slutar det bra. Att alla människor som använder droger på detta vis, i den mån de blir upptäckta av rättsväsendet, ska kategoriseras som varande både kriminella och sjuka är fullständigt hejdlöst. Människor bör behandlas mera *varsamt* än så, dvs deras *varande* bör inte definieras på detta oförsiktiga vis.

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård

Socialhögskolan avstyrker förslaget.

Som ovan har anförts så riskerar det meningsbärande innehållet i begreppet ”missbruk” att försvinna om utredarens förslag att ge regionerna ensamt huvudmannaskap för vården av droganvändare omsätts i praktiken. Vi anser att det finns ett stort behov av en statligt initierad begreppsutredning, som klarlägger hur begrepp som ”missbruk”, ”beroende”, ”skadligt bruk”, ”stigma”, ”substansbrukssyndrom” bör uppfattas. Gällande ”missbruk” och ”beroende” beror möjligen dagens begreppsförvirring på att Socialstyrelsen har valt att inte klargöra hur dessa begrepp skiljer sig åt. I stället skriver Socialstyrelsen ”missbruk/beroende”, vilket innebär att begreppen betraktas vara synonymer. Så är inte fallet.

Socialhögskolan instämmer med utredningen om att samordningen mellan kommun, region av vård och stöd till personer som har problem med droger är bristfällig. Socialhögskolan anser dock inte att detta problem kan hänföras till omständigheten att huvudmannaskapet för missbruksvården tillfaller kommunerna och huvudmannaskapet för beroendevården tillfaller regionerna. Visst förekommer det i praktiken samordningsproblem även mellan beroendevården och socialtjänsten, men de är ofta inte värre än att de kan lösas genom att man bokar ännu ett SIP-möte.

Det stora samordningsproblemet finns i stället mellan psykiatri och socialtjänst, vilket beror på den olyckligt formulerade juridiska gränsdragningen mellan psykiatri och socialtjänst. Som utredningen

beskriver behandlas denna gränsdragning i flera lagar (s 518-ff). Det huvudsakliga problemet står att finna på sidorna 91–93 i LPT:s förarbeten, dvs i Regeringens proposition 1990/91: 58. Där anges att personer med ”primär psykisk störning” som har ”missbruk” bör erhålla vård inom psykiatrin, samt att personer som har ”sekundär psykisk störning” på grund av ”missbruk” inte bör få vård inom psykiatrin. Det är alltså inte den vårdsökandes psykiatriska vårdbehov som ska avgöra om vårdsökande hos psykiatrin ska få psykiatrisk vård, utan spekulationer om vad som är hönan och ägget i frågan om missbruk och psykisk ohälsa.

Den spekulativa uppdelningen har inneburit att otaliga personer som har haft ett psykiatriskt vårdbehov och som har använt narkotika på ett sätt som de enligt Narkotikastrafflagen inte bör göra har hänvisats till socialtjänsten. Saken görs än värre genom att psykiatrin ställer upp långa väntetider för personer vars missbruk har upphört innan de släpps innanför dörrarna. Det är inte ovanligt att personer som har ansökt om att göra en neuropsykiatrisk utredning avkrävs ”rena” drogtester i tre, fyra, fem, eller sex månaders tid, innan den vårdsökande släpps in. Det är heller inte ovanligt att psykiatrin kräver att patienter enligt vad som förefaller vara godtyckliga definitioner av ”drogfrihet” ska prestera ”rena” urinprov under tiden som de erhåller psykiatrisk vård.

Socialhögskolan anser att det är det psykiatriska vårdbehovet som ska avgöra om en vårdsökande ska erhålla vård inom psykiatrin och att NPF-utredningar ska initieras utifrån en individuell bedömning av hur lång tid patienten behöver vara drogfri. Kausala spekulationer om den psykiska ohälsan har orsakats av droganvändning eller vice versa bör undvikas vid bedömningen av det psykiatriska vårdbehovet.

Socialhögskolan ser fram emot att få ta del av det planerade tilläggsdirektivet om tvångsvårdslagstiftning som utredaren ämnar presentera senare. Att skapa en ny gemensam lag för LVM och LPT tycks vara en god idé.

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

Socialhögskolan avstyrker förslaget.

Detta eftersom förslaget utesluter det meningsbärande innehållet i begreppet ”missbruk” och eftersom förslaget definierar all slags så kallad problematisk droganvändning som ett ”psykiatriskt tillstånd”. Socialhögskolan hade tillstyrkt förslaget om det hade formulerats som ”Behandling för missbruk, skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för psykiatriska tillstånd”.

Att behandlingen ska ges samordnat ser Socialhögskolan som nödvändigt och att sociala aspekter involveras i hälso- och sjukvården. Viktigt är att anlägga ett helhetsperspektiv, med boende, sysselsättning etc. I detta ingår relationer till närstående och andra sociala kontakter.

3. Sprututbyte ska utvecklas till lågröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet

Socialhögskolan tillstyrker förslaget, inklusive förslaget om försöksverksamhet med brukarrum.

4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten

Eftersom Socialhögskolan inte tillstyrker utredarens förslag att vården av personer med missbruk och/eller beroende ensamt ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård, avstyrker Socialhögskolan detta förslag.

Socialhögskolan vill dock lyfta att utredarens förslag att överföra resurser från kommunerna till regionerna utan att det totala antalet sysselsatta ökar är svårt att begripa (se s 567). Socialhögskolan bedömer att det saknas förutsättningar för att genomföra denna reform om inte kommunerna och regionerna tillförs personalresurser. Detsamma gäller förslaget att kommunerna ska överföra resurser till regionerna utan att kommunerna erhåller medel till det förtydligade uppdraget att kommunerna ska utöka det preventiva och stödjande arbetet.

Socialhögskolan ifrågasätter också det ringaktande förhållningssättet till socionomer som finns i delar av betänkandet. Heltidsanställda socialarbetare

inom det av utredaren föreslagna vårdssystemet föreslås till exempel erhålla 3900 kronor mindre i månaden än en heltidsanställd sjuksköterska, 10 900 kronor mindre i månaden än en heltidsanställd ”teamleader” och 43 100 kronor mindre i månaden än en heltidsanställd psykiater. Socionomer som får anställning inom utredarens föreslagna vårdssystem kommer alltså att placeras längst ned i sjukvårdens utpräglat hierarkiska system.

Socionomerna kommer därmed få ett minskat handlingsutrymme och inflytande över insatsernas utformning relaterat deras nuvarande yrkesroll. Detta rimmar dåligt med den professionaliseringsprocess som hälso- och sjukvårdskuratorerna genomgår och där det numera är ett legitimationsyrke. Kraven för att erhålla legitimation är en socionomexamen om 210hp (3,5 års heltidsstudier) samt en hälso- och sjukvårdskuratorsexamen om 60hp (1 års heltidsstudier) alltså totalt en utbildning på 4,5 år.

Om utredaren även fortsättningsvis avser insistera att socionomer ska ha lägst status och lägst lön i den planerade vårdorganisationen så önskar vi att utredaren förklarar skälen till detta. Vi vill också att utredaren kommer med förslag på hur de lärosäten som tillhandahåller socionomutbildningar bör förändra sina utbildningar så att socionomernas status och lön kan göras mera jämlik de andra yrkesgrupperna som ska arbeta i den planerade vårdorganisationen.

Som tidigare anförts så kan vissa personer som använder droger på ett sätt som de inte bör göra, med socialtjänsten hjälp välja att sluta använda droger eller anpassa sin droganvändning till en sådan som samhället kan acceptera och som de själva inte far illa av. Utredarens insinuationer att detta perspektiv innebär att socialtjänsten ”stigmatiserar” droganvändare är osakliga.

Socialhögskolan anser att utredaren bör överväga att hitta ett annat ord än ”stigma” för att beskriva det dåliga bemötande som både droganvändare och personer med psykisk ohälsa allt för ofta får erfar. Om utredaren vill använda begreppet ”stigma” fortsättningsvis bör det framgå vad utredaren avser med begreppet och hur utredaren relaterar begreppet till ordet ”normalitet”.

5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
Socialhögskolan avstyrker förslaget.

Utredaren anför att HVB-placeringar i socialtjänstens regi även i framtiden kommer att behövas, trots att utredaren bedömer att den psykiatriska slutenvården kommer kunna ta ansvar för en större del av heldygnsbehandlingen. Sådana heldygnsinsatser som socialtjänsten idag bedriver inom ramen för HVB kommer således även fortsättningsvis att behövas, enligt utredaren. När socialtjänsten beslutar om en sådan insats så ska dock socialtjänsten inte ha något särskilt att säga till om insatsernas utformning, då utredaren ”konstaterat stora brister på det området” (vilka?) och då utredaren anser att ”skadligt bruk” och ”beroende” uteslutande är psykiatriska problem och inte sociala sådana.

Här menar vi att utredaren närmast bönar om att få fler problem av den sort som utredningen syftar att komma tillrätta med. Det är aldrig en bra lösning att en huvudman som har ansvar för ett verksamhetsområde tydligt begränsar hur en annan huvudman ska organisera sin verksamhet.

Vi menar att utredarens förslag innebär en påtaglig försämring av HVB-verksamheterna. HVB-verksamheter bör vara psykosociala behandlingsverksamheter som bedrivs i sådana meningsfulla sammanhang som ger behandlingsdeltagarna möjlighet att utvecklas på olika områden. Det handlar om att lära sig att anpassa sig till sådana beteendenormer som finns i samhället, om att skaffa sig självkännet, självförtroende och positiva intressen, om att lyckas klara av grundskolan, gymnasiet och andra slags utbildningar, om att lära sig känna tillit till andra människor med mera. Kort sagt ska HVB-verksamheterna ge boende den trygghet, mening och stöd som saknas dem, så att de kan få ordning på sina liv. Utredaren utvecklar inte något resonemang om hur dessa syften ska kunna tillgodose i den psykiatriska slutenvården eller i de medikaliserade HVB-verksamheterna. Vi menar att risken är påtaglig att utredarens förslag kommer att urholka HVB-verksamheternas syfte och förvandla de sociala insatserna till ospecifika sociala stödinsatser som får fortgå under tiden som den psykiatriska (medicinska) behandlingen fortlöper.

Utredaren menar vidare ska regionerna åläggas fullt eller delvist betalningsansvar om de inte planerar eller tar ansvar för de medicinska insatserna. Vi kan för det första inte förstå varför utredaren poängterar detta så tydligt. Räkner utredaren med att hälso- och sjukvården kommer att underlåta att ta det ansvar som utredaren ämnar ålägga dem? För det andra

kan vi inte förstå hur bedömningen ska ske av när hälso- och sjukvården har underlåtit att ta detta ansvar och därmed blir betalningsskyldiga.

Omständigheten att majoriteten av HVB-verksamheterna bedrivs i privat regi av vårdkoncerner med vinstintresse skapar än mer otydlighet kring hur bedömningen ska göras, tillika hur uppföljning ska kunna ske och insyn kunna komma till stånd.

6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialhögskolan anser att det är behovet av samordning som ska avgöra, inte brukarens specifika psykiska funktionsnivå eller spekulationer kring samordningsbehovets varaktighet. Socialhögskolan anser vidare att ordet ”överallt” som nämns i förslaget är otydligt och bör preciseras.

Socialhögskolan avstyrker på grund av dessa skäl nuvarande formulering av förslaget.

7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.

Socialhögskolan tillstyrker förslaget.

Det kommer alltid att finnas organisatoriska mellanrum även om regionen får huvudmannaskap för droganvändarna, dvs mellan psykiatri och t.ex. slutenvården, öppenvården, rättspsykiatri, primärvården, enheter utanför regionen dvs socialtjänst (SoL, LSS, äldreboenden för personer som dricker), kriminalvården, polisen, Försäkringskassan, HVB-verksamheter, privata stiftelser. Vi föredrar som tidigare har framgått begreppsliggörandet ”personer med komplexa vårdbehov” av målgruppen, men det spelar ingen roll gällande detta förslag. Personliga ombud behövs.

8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

Socialhögskolan tillstyrker förslaget, givet att patient-, brukar- och anhörigorganisationernas oberoende ställning gentemot missbruksvården, beroendevården och psykiatri säkrställs, samt givet att utredaren

förtydligar hur kommuner och regioner som saknar patient-, brukar- och anhörigorganisationer ska förhålla sig till kravet att inrätta detta program.

Socialhögskolan ber också utredaren beakta att människor förändras. Det är givetvis ofrånkomligt att brukare bjuds in att medverka utifrån en problematiserad identitet, men denna identitet kan inte klistras på personen i fråga. Att någon gång ha erhållit insatser, vård och stöd från socialtjänsten, psykiatrin och sjukvården är en erfarenhet, inte ett visst slags varande.

9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.

Socialhögskolan avstyrker förslaget.

Socialhögskolan anser inte att de personer som utredaren benämner som ”samsjukliga” eller några andra droganvändare ska tvingas att ta fram målbilder tillsammans med sina anhöriga.

10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys vi presenterar i det här betänkandet.

Socialhögskolan avvaktar med att bedöma detta förslag tills utredaren har presenterat det planerade tilläggsdirektivet om tvångsvårdslagstiftning.