

Mottagare

Socialdepartementet
Enheten för socialtjänst och
funktionshinderspolitik, individ- och
familjeomsorgsgruppen.
s.remissvar@regeringskansliet.se
(s.sof@regeringskansliet.se)

Ert diarienummer: S2021/07629

Remissvar: Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (2021:93)

Narkotikapolitiskt Center, NPC, har inbjudits att lämna remissvar till ovanstående utredning. Vi är en nätverksbaserad och tankesmedjeliknande verksamhet med 16 medlemsorganisationer som genom analys, debatt och folkbildning ska bidra till en human, restriktiv narkotikapolitik. Vi har tagit del av förslaget och lämnar härmed våra kommentarer.

Stockholm 29 april 2022

Peter Moilanen

Chef för Narkotikapolitiskt Center

Sammanfattning

I stora drag är vi från Narkotikapolitiskt center positiva till de förslag som lämnats av utredningen, inklusive ett förtydligande av huvudmannaskapet för behandling till regioner. I dagsläget är det tydligt att personer med samsjuklighet far illa och att det ofta beror på glapp i systemen och brister i samverkan. Personer hänvisas och avvisas. Utifrån det är detta ett försök till förtydligande av ansvar och vårdkedja som bådär gott.

Sedan är det bara att konstatera att allt inte handlar om organisation utan även om resurser där vi bedömer att betydligt större resurser kommer att behövas framgent. Vi ser också risker med utredningens förslag att bland annat behandling utan läkemedel kommer att hamna i skymundan. Vi ser behov av ändrat språkbruk, men det som föreslås av utredningen är problematiskt.

Som generell kommentar kan sägas att det är bra att evidens och beprövad verksamhet lyfts upp då detta fält behöver vila på mer kunskap, men att evidens är mer än forskning. Både brukarnas (inklusive anhöriga) och professionens perspektiv behöver vägas in samtidigt som forskningsresultat kan nås på fler sätt än enbart RCT-studier.

Dessutom noterar vi att utredningen på olika ställen påtalar att dagens uppföljnings- och utvärderingsmöjligheter inom fältet är bristfälliga. Det är därför av yttersta vikt att redan i ett tidigt stadium etablera olika indikatorer och system för systematisk uppföljning och utvärdering, så att effekter av denna reform och andra kan följas upp.

8 Målbilder framtagna av personer med samsjuklighet mm

Instämmer

9 Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen

Vi motsätter oss att begreppet "skadligt bruk eller beroende" ska användas i alla relevanta författningar på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område.

Anledningen till det är att ett utpekande av skadligt bruk kan leda tanken till att det finns ett icke skadligt bruk. Något som till exempel inte stämmer för alkohol där redan det första glaset vin ökar risken för vissa cancerformer. Vad gäller narkotika är sambandet med skador från första användningen inte lika klarlagt gällande den individuella hälsan. Detta då det i ett globalt perspektiv är relativt låg konsumtion jämfört med alkohol samt att forskningen varit bristfällig och av lägre kvalitet. Det kan alltså mycket väl existera ett motsvarande samband utan att det kunnat visas. Å andra sidan kan bruk av narkotika leda till andra skador på närstående och situationsrelaterade händelser som vid trafik och graviditet.

Däremot finns ett behov av att finna nya ord då språk har betydelse och gamla begrepp som "missbrukare" och även "missbruk" kan upplevas som stigmatiserande. Begreppen "beroende" och "personer med beroende" är däremot bra begrepp.

"Skadligt bruk och beroende" kommer från diagnosmanualer inom hälso- och sjukvården, men blir ändå ett vanskligt begrepp. Dels används begreppet "substanssyndrom" inom diagnosmanualen DSM-V dels ändras begreppen här från tid till annan (nu senast i övergången från DSM-IV till DSM-V, samtidigt som DSM-VI är på gång). Att förlita lagtext på en föränderlig variabel riskerar att skapa begrepp som är förlegade om några år.

Språkets betydelse har kommit att diskuteras och det finns en ökad förståelse att förändra till mindre stigmatiserande begrepp. Socialtjänstutredningen föreslår ett annat begrepp än Samsjuklighetsutredningen. Det finns med andra ord en möjlighet just nu att etablera nya begrepp. Däremot finns en poäng i att etablera ett tydligt begrepp som inte behöver förändras om några år.

Ett sådant begrepp är till exempel "högriskanvändande" eller "högriskbruk", som tar sin utgångspunkt i att all användning av alkohol och andra droger innebär risker, men att risken kan vara lägre eller högre. Att använda det mycket och ofta innebär högre risk och så kan även sägas beroende på olika risk- och skyddsfaktorer.

Konkret förslag är "högriskanvändande och beroende".

9.2 Regionernas hälso- och sjukvård får ett tydligare ansvar för skadligt bruk och beroende

- 9.2.1 Hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende

Instämmer, men med följande förbehåll:

Det är bara att konstatera utifrån utredningen och de erfarenheter vi själva har att ordningen som den är nu inte fungerar optimalt. Glapp i systemen och brister i samverkan är något vi ofta hör och utredaren själv pekar på att personer hänvisas och avvisas. Något behöver med andra ord göras.

Utifrån det är renodlingen av huvudmannaskap för behandling klok. Regioner är större enheter som kan erbjuda fler behandlingsformer än kommuner samtidigt som utvärderingsinsatser och utvecklingsmöjligheterna är större hos regioner. Det är också troligt att det är fler som känner sig bekväma att uppsöka regionernas beroendemottagningar än besöka socialtjänsten. Det är också den enda enheten på bordet som även har möjlighet till medicinsk behandling, vilket är bra då fler behöver få tillgång till detta. Med denna renodling av huvudmannaskap för behandling följer dock ett antal orosmoment och risker där vi vill peka på några av dem och på de lösningar vi ser. Förmodligen finns än fler lösningar att beakta.

Det finns en risk för att behandling utan läkemedel minskar betydligt, vilket vore olyckligt dels av etiska skäl dels för att vi i dagsläget inte lyckas få till lyckad behandling för alla med enbart behandling där läkemedel ingår. Det finns en risk att personer med beroende men utan samsjuklighet blir gruppen som faller mellan stolarna. Lösningar på detta är bland annat följande:

- Kompetenshöjande insatser kring behandling utan läkemedel.
- Idag är det en tonvikt på RCT-studier för att i Socialstyrelsens riktlinjer visa på evidens. Inom begreppet evidens och beprövad erfarenhet ryms så mycket mer varför forskningsanslag till läkemedelsfria behandlingsformer borde anslås där RCT-studier inte är den enda metod som ingår.

Med regioner kan medborgarna tänkas komma längre från professionen jämfört med kommunala system. Det tål att tänkas på men några saker att utgå ifrån är följande:

- Bilda någon typ av "råd" / "referensgrupp" som innehåller företrädare från civilsamhället.
- Hur få fler beroendemottagningar geografiskt utspridda i landet?

Överlag är det viktigt med följeforskning kring olika behandlingsmodeller som utvecklas framöver och de som finns redan idag så att vi kan utvärdera och justera framöver.

- 9.2.2 Vården ska samordnas med vården av andra psykiatriska tillstånd

Instämmer.

Vi bedömer att här kommer att behövas en rejäl satsning på kompetensutveckling inom området.

- 9.2.3 Roller och ansvar inom hälso- och sjukvården behöver fastställas

Instämmer och kan inte nog betona vikten om att gemensam dokumentation behövs. Om det sen behöver utredas eller ej kan vi inte bedöma.

- 9.2.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar för stöd till anhöriga kan förtydligas

Instämmer, men vi vill betona att oavsett om det föreligger fler behov för anhörigstöd får det inte stanna upp processen med att utveckla stödet till anhöriga gällande utredningens huvudsakliga fråga. Behovet är stort.

9.3 Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende

Instämmer.

Det kan inte nog betonas hur viktigt detta uppdrag är och kommer att vara för att få ihop en hållbar vårdkedja som sträcker sig ända till boende, arbete/studier och socialt sammanhang. Även om huvudmannaskapet förtydligas till en huvudman återstår samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvården och med den en potentiell fortsatt brist på samverkan och glapp i systemen. Viktigt här att lyfta upp barn- och övriga anhörigas perspektiv, precis som utredningen gjort. Viktigt att antalet anställda inte minskar då uppgifterna kring vårdkedja kvarstår och det redan idag är ansträngt.

Det finns risk att personer med beroende men utan samsjuklighet faller mellan stolarna. Det är också viktigt att tänka in gruppen ensamkommande så att de vågar söka vård och stöd, men också blir uppmärksammade och omfattas av uppsökande verksamhet.

9.4 HVB fortsatt socialtjänstinsats men regionernas ansvar för hälso- och sjukvård förtydligas

Ingen uppfattning i denna fråga.

9.5 Trots positiv utveckling kvarstår utmaningar med samverkansöverenskommelser

Instämmer.

9.6 Fortsatt behov av utvecklad samordning på individnivå

Instämmer.

10.1 Helhetssyn på hälsa för personer med samsjuklighet

Instämmer

10.2 Åtgärder som reducerar skador av skadligt bruk och beroende av narkotika

- **10.2.1 Ökad tillgång till och mindre vidareförmedling från LARO-behandling**

Instämmer.

- **10.2.2 Sprututbyte utvecklas till lågtröskelverksamheter som ska finnas i hela landet**

Instämmer med följande förbehåll:

Utredningen föreslår ett utvidgat syfte, vilket är bra. Däremot föreslås i samband med det att bestämmelsen att verksamheten ska bedrivas på ett sätt så att den enskilde motiveras för vård och behandling kan tas bort då det kan sägas vara en del av att främja psykisk och fysisk hälsa. Vi menar att det vore olyckligt och att den specifika målsättningen bör vara kvar. Det torde inte råda någon tvekan om att den som är kvalificerad att besöka ett sprututbyte har behov av vård och behandling. Även om vägen dit kan vara lång och komma med tiden bör verksamheten fortsatt bedrivas så att den enskilde motiveras.

Viktigt här att utvärdering av verksamheten kopplas in på en gång så att resultaten från satsningen kan följas upp framöver.

- **10.2.3 Försök med lågröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum**

Motsätter oss detta förslag.

Brukarrum är en väldigt resurskrävande åtgärd som troligen inte kommer att ha någon större effekt på dödligheten. Där tror vi att resurserna används bättre på annat håll.

Brukarrum skulle, precis som utredningen visar, i första hand inte minska dödligheten utan vara mer relationsskapande. Samtidigt visar både Socialstyrelsen och studie från Malmö Universitet att de som tyvärr dött av överdos haft kontakt och varit välkända av det offentliga under sin sista tid i livet. Kontakt finns således. Vidgningen av sprutbytesverksamheten och LARO kommer också att öka den relationen.

Den verksamhet med brukarrum som gjorts i Danmark och Norge visar att det är svårigheter att få personer att ständigt nyttja brukarrummen, vilket i sig ökar risken för sämre hälsa och död. Samtidigt visar verksamheten med brukarrum i Vancouver, Kanada, att personer som ideligen återvänder till brukarrum tenderar att skapa sig ett liv i närheten av dessa i parker och tält. Lösningen skulle dessutom i så fall vara att ha många brukarrum med öppettider dygnet runt, något som troligen inte är görbart ekonomiskt och verksamhetsmässigt. Det innebär brister i en jämlik vård om det då koncentreras till några få ställen i landet.

I Danmark har kostnaderna för såväl institutionell som öppenvård minskat sedan brukarrum infördes, något som tyder på att utredningens poängterande att brukarrum innebär höga kostnader stämmer och kan få konsekvenser på annan behandling. I Portugal beskriver narkotikageneralen att brukarrum infördes efter att deras vårderbjudande med såväl behandling som subventionerande arbeten blev lidande efter finanskrisen. En effektivare vårdkedja med bra behandling torde med andra ord vara en bättre satsning än att utveckla brukarrum. Erfarenheterna med den långa tid det tagit för implementering av såväl LARO som sprutbyte visar också att ytterligare en satsning på brukarrum kan ta tid med osäker effekt.

- **10.2.4 Utvärdering av kriminalisering av eget bruk**

Instämmer med följande förbehåll:

En utvärdering av narkotikalagstiftningen är rimlig att göra efter 30 år för att kunna lära och justera verksamheten utifrån kriminaliseringens både positiva och negativa effekter. Däremot finns ingen anledning att i nuläget utreda en avkriminalisering då en sådan riskerar att leda till en ökad användning av narkotika, vilket inte vore önskvärt. Detta då forskningen är oklar om en sådan skulle leda till ökad eller oförändrad konsumtion (något bland annat norska Folkhälsoinstitutet lyft fram i sitt remissvar gällande Norges utredning 2019 om avkriminalisering samt Thomas Babor et al i Drug Policy and the Public Good) samtidigt som studier av unga vuxna och ungdomar visar att för dem har förbudet och polisens insatser betydelse i att de avstår konsumtion av cannabis.

[11 En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet införs mm](#)

Instämmer med idén.

12 Det behövs långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom området mm

Instämmer.

13.1 Metoder som stödjer individers delaktighet och inflytande behöver utvecklas och stödjas

Instämmer.

13.2 Det krävs fortsatt utveckling för att stärka gruppens inflytande och minska stigmatisering

Instämmer.

Vi vill i detta sammanhang betona vikten av att anhöriga också verkligen inkluderas här.

13.3 Tillgång till oberoende stödfunktioner behöver öka

- **13.3.1 Personer med skadligt bruk och beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud**

Instämmer.

- **13.3.2 Höjning av statsbidrag avsatta för personliga ombud**

Instämmer med förbehållet att vara uppmärksam om det behövs ytterligare resurser.

- **13.3.3 Medel avsätts särskilt för att stärka samverkan med civilsamhället**

Instämmer med följande förbehåll:

Detta är en viktig uppgift för civilsamhället med sina nätverk, obegränsade öppettider och empati. Utifrån det torde högre resurser än 10 miljoner kronor övervägas.

14.8 Förslag

Instämmer.

15.8 Ekonomiska konsekvenser

Motsätter oss utifrån följande:

Att det behövs förtydliganden i uppgifter och ändrad organisation står klart. Men det går inte att komma ifrån att resurserna på området behöver stärkas. Vid presentationen av socialtjänstutredningen konstaterades att det faktum att nya resurser inte fick tillkomma hade hämmat utredningens förslag utifrån det behov som föreligger. Den av regeringen i skrivelse presenterade ANDTS-strategin har en halverad budget jämfört med 2018 samtidigt som antalet timmar som kommunala drogsamordnare motsvarande lägger på drogförebyggande arbete minskat sedan 2011.

Samsjuklighetsutredningen skriver följande under ekonomiska konsekvenser:

”Med hänsyn till de stora brister som finns på området samt de positiva effekter förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet har på individuell och samhällsekonomisk nivå, bedömer vi också att staten bör överväga att avsätta ytterligare medel till inrättande och genomförande av vård- och stödverksamheten. Detta trots att den inte bedöms vara nytt åtagande för regioner och kommuner. Om staten avsätter en miljard per år under fem år står staten för hälften av kostnaderna under denna period.”

Det går inte att komma runt det faktum att resurserna för detta fält inte räcker till och att det väsentligt behöver stärkas.