

2022-04-29

Handläggare: Östen Hannmyhr
Åke Nilsson

S2021/07629

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.sof@regeringskansliet.se

Regeringen

Socialdepartementet

103 33 STOCKHOLM

RSMH:s yttrande över Samsjuklighetsutredningens delbetänkande Från delar till helhet - *En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93)

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har genom remiss (S2021/07629) 2021-12-13, remissinstans n:o 96, beretts tillfälle att avge yttrande över ovan angivet förslag och vill med anledning av det framföra följande synpunkter.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
2. Sammanfattning	2
3. Synpunkter	2

1. Bakgrund

RSMH organiserar sedan 1967, på demokratisk grund, människor med olika former av psykisk ohälsa. Många av våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar.

RSMH är religiöst och partipolitiskt neutralt och verkar aktivt för att motverka utanförskap och diskriminering. RSMH är en del av Funktionsrätt Sverige och är aktivt inom Nationell samverkan för psykisk hälsa, NSPH. RSMH har deltagit i beredningen av gemensamma yttranden och stödjer dessa, men vill särskilt påtala några saker nedan.

Underlaget för i detta yttrande framförda synpunkter är remissen av SOU 2021:93 *En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

2. Sammanfattning

RSMH vill börja med att tacka den särskilda utredaren Anders Printz och övriga som har arbetat med att ta fram reformförslaget. Det är ett gediget arbete som kommer att leda till en god utveckling på området. Extra värdefullt för en organisation som RSMH är att det funnits en vilja att brett lyssna av dem det berör under arbetet på ett sätt som inte alltid är så vanligt och att utredningen i sina kontakter verkligen tänkt igenom sådant som begreppet tillgänglighet och reflekterat kring medborgare-/konsument-/användarperspektiv. Förhoppningsvis tar flera inspiration av detta inför framtiden.

RSMH ser positivt på merparten av de förslag som i betänkandet ges mot bakgrund av den skarpa kritik förbundet under många år riktat mot hur stöd och insatser gjorts tillgängliga och samordnats i Sverige för människor med såväl psykisk ohälsa som missbruk.

3. Synpunkter

RSMH tillstyrker generellt utredningens förslag om än med nedanstående reflektioner.

Det uttalade syftet med reformförslaget är att ingen ska hamna mellan stolarna när det behövs flera insatser för personer med samsjuklighet. Det ska ske genom samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg, något som givetvis bör bli riktigt bra om alla bitar faller på plats som det ska. Emellertid identifierar reformförslaget självt en problematik som kan uppstå när vårdformerna LVM och LPT möts och skall samordnas (**Betänkandet 14.7.3**). Det kan innebära att personer torts allt kan komma att hamna mellan där de stolarna.

LVM berör, förutom sådant som handlar fysisk hälsa, även frågor om bostad, arbetsliv, sociala aspekter och ekonomi. Det senare riskerar att tappas i samordning med LPT som inte i samma utsträckning tar hänsyn till dessa aspekter. Det finns andra aspekter, när de båda vårdformerna jämförs, som är viktiga att reflektera över. LVM ger möjlighet till tvångsvård tidigare, för en person som är på väg att förstöra sitt eget eller närståendes liv, än LPT som inte ger denna möjlighet att ingripa förrän vårdbehovet anses vara till fullo uppfyllt. En gemensam tvångslagstiftning tas upp i reformförslaget (**Betänkandet 14.7–14.8**) men betonar att det kommer krävas analyser och utredningar om hur en sådan lag kan utforma för att omfatta personer med skadligt bruk och beroende.

En fråga till följd av detta som RSMH anser bör ställas är om det riskerar att leda till att fler kommer att tvångsvårdas när det blir en skyldighet att bedriva en samordnad vård. Om LVM tar över i förhållande till LPT bör det som en betydande riskfaktor. En annan fråga till följd av detta är den enskildes skydd mot att påtvingas till sammanhållen journalföring. Det är på sin plats att påminna om Dataskyddsförordningen som utgör den primära rätten som personuppgiftsansvariga ska följa vid behandling av personuppgifter. Behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten regleras av olika regelverk som kompletterar dataskyddsförordningen, som patientdatalagen (2008:355) och lagen (2001:454) och förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Den enskildes fri- och rättigheter får inte gå förlorade vid en samordning. Var och ens integritet är och måste förbli okränkbar.

RSMH ställer sig annars särskilt positiv till två förslag.

Det ena är att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Delar av uppdraget föreslås genomföras tillsammans med Socialstyrelsen. Programmet ska, enligt förslaget, genomföras i samverkan med Myndigheten för värd- och omsorgsanalys, Myndigheten för delaktighet samt i samarbete med berörda patient, brukar- och anhörigorganisationer. RSMH vill uttrycka en förhoppning om att det förslaget tas på största allvar och att erforderliga medel tillskjuts för att kunna nå nödvändiga resultat. Att det sker i samarbete med berörda patient, brukar- och anhörigorganisationer ser RSMH som närmast en självklarhet och förbundet är väl förberett för ett sådant samarbete.

Det andra är förslaget om att personer med skadligt bruk och beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud (**Betänkandet 13.3.1**) och en höjning av statsbidrag avsatta för personliga ombud (**Betänkandet 13.3.2**). Det senare handlar om en höjning av statsbidraget från nuvarande 100 miljoner till 150 miljoner kronor per år. Förutom det vill RSMH också se en satsning där samtliga kommuner i Sverige får tillgång till personligt ombud, som idag finns i 247 av landets 290 kommuner.

RSMH vill emellertid poängtera en detalj angående personligt ombud som också författarna till reformförslaget själva nämner; målgruppen som erbjuds stöd i form av personligt ombud ser olika ut i landet (**Betänkandet 13.3.1**). Själva tanken med personligt ombud är att den som behöver stöd och hjälp självständigt ska kunna ta en kontakt på egen hand eller med hjälp av någon i sin närhet och att personligt ombudsverksamhet ska bedrivas på ett för personer med allvarlig psykisk funktionsnedsättning tillgängligt vis. Utmaningen i att upprätthålla en sådan tillgänglighet kan komma att se annorlunda ut framdeles om fler personer mer omedelbart hänvisas till hjälp av personligt ombud. Det behöver inte vara fel, men lär sätta press på personligt ombuds tillgänglighetsarbete för exempelvis psykosgrupperna.

Att utredningens förslag för att reducera skador (**Betänkandet 10.2**) lär rädda liv är det nog ingen tvekan om. Att exempelvis styra dagens sprututbytesmottagningar till obligatoriska regionala lågtröskelmottagningar (snart även utan bosättningskrav) lär öka antalet överlevare som ”hinner” ta emot adekvat vård och insatser. Med all respekt för underrapportering i andra länder är titeln som det europeiska land där narkotikadödligheten är som högst år 2018–2019¹ inte någon guldmedalj som Sverige bör slå sig till ro med.

RSMH uppskattar också utredningens förslag till ett mer värdeneutralt språkbruk (**Betänkandet 9.1**) i form av begreppen ”skadligt bruk” och ”beroende”. Men, vill påminna om att inte sådana språkliga förskjutningar ensamma kan förväntas mota stigmatiseringsrisker i grind för brukare och beroende.

Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Barbro Hejdenberg Ronsten
Förbundsordförande

CC: **Funktionsrätt Sverige**
NSPH
SKR
YPOS

¹ https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_SV_03.pdf