

Verdandis remissvar på

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

Vår utgångspunkt

Verdandi tycker att utredningen har lett till många bra förslag för att ge bättre vård för personer med samsjuklighet och välkomnar att frågan lyfts för en framtida reform. I vårt svar har vi delat upp det vi ser som mycket positivt och det som väcker frågetecknen. Inledningsvis beskriver vi vår generella synpunkt när det gäller vård där människan får stå i centrum. Vi ser att det i grunden är ett synsätt som utredningen också vill ska få ännu starkare genomslag för i sin föreslagna reform.

Verdandis utgångspunkt för vårt remissvar är våra alkoholpolitiska och socialpolitiska program: Verdandi anser att det finns sociala orsaker till missbruk av alkohol och droger. Därför är kampen mot alkoholskador och missbruk en kamp för social rättvisa och goda livsvillkor för alla. Enligt våra erfarenheter ska behandlingen tillgodoses så nära den enskildes vanliga vardag som möjligt. Verdandi anser också att samhället enbart ska stödja behandlingsformer som har en social helhetssyn. Vård och behandling måste kompletteras med andra insatser som arbete, bostad, sysselsättning, social gemenskap och möjligheterna till att vara en medborgare som räknas och tas på allvar.

Vidare är det Verdandis uppfattning att all vård och behandling behöver samordnas så att den enskilde sätts i centrum. Det ska finnas en bred syn på vad som är vård och behandling. Det som passar för den ene passar inte alltid för den andre. Våra erfarenheter säger oss också att en humanistisk människosyn är en grundläggande förutsättning för om vården blir framgångsrik eller ej. Verdandi menar att det finns en allmän övertro på att bara vårdtagaren får rätt medicin så blir allt bra.

Med våra ställningstaganden i programmen som grund anser Verdandi också att skadligt bruk i sig inte är en sjukdom eller psykisk störning, men att skadligt bruk i kan leda till olika sjukdomstillstånd som måste behandlas. Att använda definitionen psykisk störning när det gäller skadligt bruk ser vi som otydligt i utredningen och ger utrymme för olika tolkningar över landet: vilka ska omfattas av reformen? Att beroende är en allvarlig psykiatrisk diagnos är sedan länge känt och här har hälso- och sjukvården ett ansvar som kan förtydligas. Särskilt gäller det rätten till att få stöd för beroendeproblem och andra psykiatriska problem samtidigt - precis som utredningen föreslår. Vi vill inte att frågan om vård vid beroende ska medikaliseras och att det sociala arbetets betydelse för rehabilitering av personer med problem med skadligt bruk eller beroende nedprioriteras.

Ytterligare en mer generell synpunkt är att vi tycker att det är bra att utredningen föreslår att begreppen missbruk och missbrukare i lagtexter byts mot skadligt bruk och personer med skadligt bruk eller beroende.

Vi tycker också att det bör göras tilläggsdirektiv till den utredning som nu ska tillsättas. Utgångspunkten - att en fortsatt restriktiv narkotikapolitik ska kombineras med en god vård för personer som lever med skadligt bruk eller beroende - bör kompletteras med att utredningen också ser över hur den restriktiva narkotikapolitiken fungerat för samhälle och människor.

Vår syn på utredningens huvudförslag om samlat huvudmannaskap

Samsjuklighetsutredningens uppdrag att se över möjligheterna till att samla ansvaret för vård för skadligt bruk och beroende löser inte de behov som målgruppen med svårare sociala problem och problem med skadligt bruk har. Utredningen har också kommit med ett kompletterande förslag om samordnade, integrerade mottagningar, som vi ger vår syn på nedan. Utredningens ursprungliga direktiv var att se över hur man kan lösa vården för personer med samsjuklighet. Detta breddades sedan till hela missbruksvården. Därför berör frågan om att samla vården hos en huvudman alla de i Sverige som har skadligt bruk, nästan 800 000 människor. För många av dessa skulle sociala insatser räcka som stöd för att komma ifrån ett skadligt bruk.

Utredningens förslag att dessa personer ska få vård bara i regionen utgår från att skadligt bruk ses som främst en psykisk åkomma, vilket vi inte tycker är en bra utgångspunkt. Vi tror att en utveckling med syn på skadligt bruk som en psykisk störning vare sig gagnar befolkningen eller hälso- och sjukvårdens möjlighet att göra ett bra arbete inom det här området.

Det blir också ett sätt att se skadligt bruk som en individualiserad fråga och inte en fråga om vare sig sociala faktorer, kulturella faktorer eller tillgång till alkohol och narkotika (eller spel). Dessa faktorer, och inte minst frågan om tillgång, har också tidigare varit mycket viktiga utgångspunkter för den inhemska diskussionen om alkoholproblem hos befolkningen i Sverige – en hållning som vi tycker att man på ett sätt avviker från i utredningens förslag. Det blir ett slags paradigmskifte i synen på riskfaktorer och orsaker till problem med skadligt bruk och det blir särskilt tydligt just när hälso- och sjukvården föreslås som huvudansvarig för gruppen i stället för kommunerna.

Vi tycker emellertid att utredningens förslag om hälso- och sjukvårdens förtydligade ansvar för personer med skadligt bruk (hälsovård) och beroende är välkomna. Vi är medvetna om att det också för personer med mer begränsad problematik med skadligt bruk/beroende - för t ex socialt etablerade individer som söker vård för sina problem – kan vara mer attraktivt med hälso- och sjukvården istället för socialtjänsten som förstaval. Det finns goda exempel på hur detta behov av att kunna *välja* kan tillgodoses och ett gott arbete görs på många håll inom primärvården. Det är ett arbete som Verdandi tycker behöver vidareutvecklas som alternativ för personer som önskar sådan vård.

Men för andra delar av målgruppen ser Verdandi att hälso- och sjukvården saknar förutsättningar att vara ett bra förstaval. Det gäller inte minst för sociala insatser för de många personer som främst behöver just sociala insatser för att komma från sina problem med skadligt bruk.

Hälso- och sjukvården saknar också förutsättningar för att sörja för tillräcklig kontinuitet och behandlingsallians för den mest utsatta delen av målgruppen om det inte tillskjuts stor kompetens när det gäller terapeuter och specialiserad personal inom beroendemedicin. Vi ser inte hur denna nyrekrytering på området beroendemedicin och både nyrekrytering och överflyttning av terapeuter ska kunna fungera när det gäller en så omfattande organisatorisk omställning som skulle krävas i hälso- och sjukvården. De goda förutsättningar för bra behandlingsallians och psykosocial behandling som behövs för många i målgruppen riskeras.

Vi ser inte heller hur de tänkta förslagen om skatteväxlingar ska se ut i praktiken och hur konsekvenserna skulle bli när det gäller nya gränsdragningsproblem. Vi ser generellt en risk för nya gränsdragningsproblem när utredningen föreslår de ansvarsbegränsningar och förtydliganden som finns bland utredningsförslagen. Den mest uppenbara är var gränsen går mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd.

Förslagen på samordnad vård- och stödverksamhet, samverkansmottagningar, som ska regleras i särskild lag kan fungera bra för den grupp som behöver vård för samsjuklighet. Gruppen med svår samsjuklighet behöver omfattande psykosocialt stöd på ett sätt som vi i princip inte kan se att hälso- och sjukvården ensam klarar. Därför är det bra med den nya samordnade formen för vård för den målgrupp som behöver extra stöd.

Vi ser däremot med oro på att vården enligt utredningen ska kunna bedrivas av privata aktörer med vinstintresse och vill att verksamheterna ska bedrivas i offentlig regi. Vi vet att målgruppen gagnas av samverkan med civilsamhället och den idéburna sektorn kan bidra med kompletterande verksamhet för målgruppen. För stärkt samarbete med civilsamhället behövs emellertid adekvata resurser, se mer nedan i detta svar.

När det gäller samverkansmottagningarna undrar vi också hur ansvarsfördelningen ska få en politisk förankring. Tydliga former för detta framgår inte vad vi kan se av utredningens förslag. Här vill i Verdandi se att frågan om driften av framtida samverkansmottagningar bereds i tydliga politiska strukturer tillräckligt nära verksamheterna och med tillräckliga mandat. Men vi ser också behov av en samordning centralt så att vården kan se lika ut över landet.

Vi ser en risk att man i olika regioner och kommuner gör olika bedömningar av vilka vårdtagare som ska få rätt att ingå i verksamheten. Vi tycker därför att den föreslagna samordnade verksamheten enligt lag ska innehålla en rätt att överklaga avslag och vi vill se att man kan garantera att de med behov av verksamheten kan erbjudas den hjälpen utifrån eget upplevt behov (självinläggningsplatser).

För att hjälpa denna utsatta grupp behövs självklart stöd för att få bostad och sysselsättning och vi tycker att det är mycket bra att utredningen lyfter Bostad först.

Det behövs emellertid ytterligare incitament för att få detta att fungera: rätten till bostad behöver som vi ser det stärkas i lagstiftning. Vi ser fram emot resultatet av regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram analys och förslag på åtgärder för bostadsförsörjning samt betänkandet "Sänk tröskeln till en god bostad" - SOU 2022:14. Alla behöver ta socialt ansvar för den här målgruppen – både privata fastighetsvärdar och allmännyttan: det behöver framgå av lag och det behöver bli tydligt att det lönar sig.

Rätten till meningsfull sysselsättning behöver också säkras för denna målgrupp, ett område som bör få mycket större prioritet än idag. Det förbättrar både den enskildes livssituation och hela familjers, och på så sätt folkhälsan och samhällsekonomin.

Vi vill också lyfta en för oss brännande fråga: överflyttningen av ansvaret för vård för skadligt bruk och beroende till hälso- och sjukvården innebär en svagare rättslig ställning för vårdtagare. Detta beror på att rätten att överklaga avslag på vårdinsatser de facto tas bort när kommunernas behandlingsansvar försvinner. Detta är en utveckling som Verdandi inte vill ställa sig bakom.

Viktiga förslag i utredningen – men med vissa frågetecken

Vi ser *mycket positivt* på

- Att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen att behandlingen av skadligt bruk eller beroende ska samordnas med behandling av olika psykiatriska tillstånd.
- Att utredningen skriver att både psykiatriska och somatiska insatser bör ingå i en individuell plan och samordnas av en fast vårdkontakt som verkar för att vårdbehoven på båda områdena samordnas – som ett led i regionernas interna samordning.
- Att utredningen lyfter att fast läkarkontakt i primärvården kan ge förutsättningar för ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska vårdbehov. Vi ser dock ett behov av utbildning av allmänmedicinens personal i skadligt bruk/beroende och inte minst i bemötande. Vi ser bristande resurser att genomföra en så omfattande reform idag - exempelvis i kommuner där man idag bara har stafettläkare. Att tillgången till adekvat behandling för psykiatrisk sjuklighet ökar är en nationell angelägenhet som rör fler vårdtagargrupper än denna utredning omfattar. Verdandi vill lyfta möjligheten att specialistsjuksköterskor ska kunna ta rollen som fasta vårdkontakter vilket skulle kunna möjliggöras genom utökade utbildningsmöjligheter för sjuksköterskor.
- Att utredningen lyfter behovet av ökad kunskap i vården om suicid.
- Att utredningen föreslår att förtydligat ansvar för regioner när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser för patienter i HVB-hemsplaceringar och att regioner som inte planerar och tar ansvar för vården under placeringen åläggs betalningsansvar.

- Vi tycker att det är särskilt intressant att utredningen föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva samordningsverksamheter - en samordnad vård- och stödverksamhet - för en avgränsad målgrupp med särskilt stora samordningsbehov och bristande förmåga att själv samordna insatser.
Vid sidan av vad vi tidigare skrivit om politisk styrning med central samordning tycker vi att det av lagtext bör framgå ännu tydligare att verksamheten inte ska innebära heldygnsvård. Heldygnsvård ska bedrivas i annan ordinarie verksamhet.
- Det är bra att utredningen lyfter behov av samordnade och långsiktiga insatser för att säkerställa kompetensförsörjningen inom denna vårdsektor. Vi ifrågasätter däremot om denna kompetens kan uppbringas inom den tid som utredningen antar att reformen kan genomföras. Vi undrar också vilken kompetens som kommunerna ska luta sig mot för att fatta beslut om t ex HVB-vård när det kommunala ansvaret för missbruksvård tas bort.
- Vi välkomnar även ett uppdrag till Socialstyrelsen inriktat på kunskapsstöd för uppföljning och viss utredning vad gäller LARO med syftet att bidra till att tillgängligheten till behandlingen ökar samtidigt som vidareförmedling från programmen minskar.
- Vi menar att sprututbytesprogrammen måste finnas tillgängligt på ett jämlikt sätt över landet och tycker att utredningens förslag i dessa delar är bra.
- Vi tycker att det är mycket bra att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att ta fram en struktur för uppföljning som omfattar de målbilder utredningen har tagit fram - tillsammans med personer med samsjuklighet och deras anhöriga. Vi tycker dock att även anhörig- och brukarorganisationer ska erbjudas att medverka.
- Det är viktigt att utredningen får gehör för sitt förslag att personer med psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk eller beroende i högre grad än idag får tillgång till ett personligt ombud. De medel som avsätts till personligt ombud måste öka och samarbetet mellan personligt ombud och civilsamhället förstärks. Vi menar att de 10 miljoner som föreslås ska avsättas för att stärka samverkan med civilsamhället är alldeles för lite.
- Det är ett bra förslag som utredningen lämnar om ett nationellt program för ökat kollektivt inflytande för och minskad stigmatisering av personer med samsjuklighet. Förutsättningen är att basen för civilsamhällets deltagande i arbetet är tillräckligt brett och inkluderande och att tillräckliga medel avsätts för arbetet såväl centralt som regionalt. Det är viktigt att detta arbete blir konkret och med tydlig central samordning och att civilsamhällets organisationer ses som den naturliga plattformen för organisering av målgruppen.

Vi har invändningar i dessa frågor

- Vi motsätter oss däremot injektionsrum av både etiska och signalpolitiska skäl (här tror vi signalpolitik är viktigt på sikt). Vi tycker heller inte att ordet "brukarrum" är tillämpligt när det gäller rum för övervakad injicering med tanke på den terminologi som utvecklats inom klient/patient- och anhörigrörelsen inom denna vårdsektor.
- Hänvisningen till förslagen i utredningen Framtidens socialtjänst förslag om en ny lag om socialtjänstdataregister tycker vi är förhastad. Vi tycker att frågan om socialtjänstdataregister bör utredas närmare vad gäller säkerhet, integritet och gränsdragning mot privata aktörer som erbjuder myndigheter utredningstjänster mot Socialstyrelsens centrala register. Vi ser en risk att personer med skadligt bruk eller beroende inte söker vård av rädsla att bli registrerade. Det bör vägas in i framtida vägval för principen om användning av personnummer i vård och stöd. Rätten till anonymt stöd behöver värnas.
- Slutligen: När det gäller utformning av den samordnade vård- och stödverksamheten lyfter utredningen att det behövs särskilda insatser för att utveckla ett gemensamt arbetssätt som inte tidigare praktiserats i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Utredningen utgår från sitt eget arbetssätt och menar att verksamheterna med fördel kan utvecklas genom användarbaserad tjänstedesign där medarbetare, patienter, brukare och anhöriga gemensamt skapar och testar verksamheten. Vi menar att det framförallt behövs strukturerat samarbete med de patient-, anhörig- och brukarorganisationer som organiserar målgruppen. Däremot tycker vi att förslaget om Myndigheten för Vårdanalys utvärderingsansvar här är bra – men uppdraget bör vara *tillräckligt omfattande för att garantera bra insyn* och innebära åtgärdsalternativ vid eventuella upptäckter av brister.

Angående tvångsvårdslagstiftningen ser vi fram emot en utredning enligt de tilläggsdirektiv som kommit.

Övriga synpunkter (på förslag till ändringar i lagtext)

1.1 Förslag till lag om samordnad vård- och stödverksamhet

Synpunkt: Vi saknar skrivning om samarbete med berörda organisationer med avsikt att gagna brukarinflytande på kollektiv/verksamhetsnivå i denna nya vårdform, *och* vi saknar rätten att överklaga.

Socialtjänstlagen (2001:453) 5 kap 9 a § "Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen."

Synpunkt: Vi vill se en skrivning som fungerar med *ska* här, inte *bör*. (Samma synpunkt har vi vad gäller t ex HSL 16 kap och andra lagtexter där samarbete med civilsamhället beskrivs, såsom SoL 5 kap. 1 d § om ungas rätt till inflytande genom civilsamhällets organisationer.)

5 kap 10 a § "Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har

funktionshinder eller skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.”

Synpunkt: Vi välkomnar att det blir tydligt att stödet gäller anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende.

6 kap. 1 § ”Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård. Regionen ansvarar, enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att den som tagits emot i ett hem för vård eller boende erbjuds en god hälso- och sjukvård.”

Synpunkt: Bra att det blir tydligt, tycker vi.

6 kap 1 a § ”När kommunen fattar beslut om placering i ett hem för vård eller boende ska kommunen samtidigt underrätta regionen om beslutet och kalla till möte om individuell plan enligt 2 kap. 7 §. En sådan plan ska upprättas om det inte är uppenbart obehövt.”

Synpunkt: Samtycke behöver alltid vara grunden. Man ska vara delaktig och ha rätt att påverka vårdplanen. Individerna ska kunna begära en sådan plan – och det behöver framgå i lag.

Lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler 1 § ”samt att främja fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.”

Synpunkt: Viktigt tillägg att sprututbyte ska ge effekter i form av bättre fysisk och psykisk hälsa, tycker vi.

Lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler 3 § ”Regionen ska planera för hur sprututbytesverksamheten ska göras tillgänglig och hur den ska främja psykisk och fysisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. I planeringen ska regionen samverka med kommuner och andra berörda aktörer.”

Synpunkt: Vi tycker att det är bra med tydligt regionalt ansvar.

Patientlagen (2014:821) 6 kap. 1 § ”Insatser till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel eller spel om pengar ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård.”

Synpunkt: Ett mycket viktigt förslag, tycker vi.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Vi tycker generellt att föreslagna ändringar är bra – om de gemensamma verksamheter som ska bedrivas med kommunerna kan innebära *tillräcklig rättssäkerhet vad gäller rätt att överklaga avslag samt god uppföljning av t ex Vårdanalys*.

Men vi har en fråga angående 8 kap 2 § ”Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen. Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.”

Synpunkt: Samtycke behöver alltid vara grunden. Man ska vara delaktig och ha rätt att påverka vårdplanen. Individerna ska kunna begära en sådan plan – och det behöver framgå i lag.

Socialtjänstförordningen (2001:937) 3 kap. 1 § ”Enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) svarar regionen för den hälso- och sjukvård som ges till boende i ett sådant hem.”

Synpunkt: Vi tycker att det är bra att det blir tydligt med regionens ansvar.

