

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.sof@regeringskansliet.se.

Diarienummer S2021/07629

2022-04-22

NSPH:s svar på ”Från delar till helhet” SOU 2021:93

En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är en organisation som samlar patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. NSPH har idag 13 medlemsorganisationer. Dessa är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Suicide Zero, Svenska OCD-förbundet, ÅSS och FMN.

Bland organisationerna finns barn, unga och vuxna med exempelvis autism, adhd, bipolär sjukdom, ångestproblematik, depressioner, utmattningssyndrom, självskadebeteende, ätstörningar, missbruk, kommunikations- samt språkstörningar. Att man har flera olika diagnoser är vanligt. Bland medlemsorganisationerna finns även många anhöriga, exempelvis syskon, vänner och vårdnadshavare, till ovan nämnda personer.

Inledning

Vi delar utredningens bedömning att det behövs en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med skadligt bruk eller beroende och som samtidigt har ett annat psykiatriskt tillstånd (samsjuklighet). De brister som präglar vård och stöd till personer med samsjuklighet och deras anhöriga är sedan länge kända. Det är oacceptabelt att så många med denna problematik har så dålig hälsa, något som även resulterar i en stor överdödlighet. NSPH och våra medlemsförbund har under många år krävt krafttag för att förbättra vård och stöd för denna utsatta grupp.

NSPH är i stort positiva till de förslag som läggs fram av utredningen, men känner viss oro kring hur man verkligen ska kunna få dessa förändringar som kan leda till de värden och de målbilder som man eftersträvar.

Ett av utredningens huvudförslag är att förändra huvudmannskapet, så att hälso- och sjukvårdvården i framtiden ska få allt ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende. NSPH tillstyrker förslaget då vi bedömer att en sådan förändring skapar bättre möjligheter att hålla ihop behandlingen av samtliga psykiatriska tillstånd oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder.

Vi vill dock påpeka att en sådan huvudmannskapsförändring måste gå hand i hand med ökade ekonomiska och personella resurser, kompetensutveckling samt utveckling av nya arbets- och synsätt. Hur förslagen implementeras är av stor betydelse för hur väl reformen ska lyckas nå målet om bättre vård och stöd till målgruppen. Vi har en oro över att förändringar kommer att implementeras men att man inte följer upp vilka effekterna blir. För att enskilda ska gynnas av detta arbete och de satsade resurser på såväl utredning som genomförande av förändringar menar vi att man behöver identifiera indikatorer för att på ett precist sätt löpande kunna följa upp vad dessa förändringar får för genomslag.



Riksrevisionen har exempelvis lyft fram bristen på spårbarhet i den tidigare satsningen kring PRIO-medel. Vi vill därför betona vikten av att från början säkerställa att de medel som satsas går att spåra.

Detta är dessutom ett område som varit styvmoderligt behandlat och underfinansierat över lång tid, och vi ser det som avgörande att tillräckligt med resurser tillförs för att kunna göra denna nödvändiga förflyttning och uppnå de effekter som avses. Vi känner en oro för hur vården ska mäkta med detta och hur resurser ska räcka till, när vi vet att det redan i dagsläget är en oerhört ansträngd situation. Psykiatrin får idag en mycket liten del av hälso- och sjukvårdens budget och av den delen går endast en mindre del till behandling. Utan rätt resurser kommer förslagen som läggs inte få rätt genomslag, helt enkelt på grund av brist på tid, personal och ork.

Denna målgrupp behöver också prioriteras högre av regionala beslutsfattare – att få snabb hjälp när motivationen finns är ofta avgörande för en framgångsrik behandling av ett beroendetillstånd. I dagsläget är det inte, trots det stora lidande som individerna och deras anhöriga ofta går igenom, en målgrupp vars behov prioriteras inom vården.

Utredningens arbetssätt

Det öppna arbetssätt med aktiv involvering av personer med egen erfarenhet av samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar i, styr och leder verksamheter som riktar sig till målgruppen har lett fram till nödvändiga och genomförbara förslag. Detta arbetssätt ser vi som mycket framgångsrikt och borde vara ett föredöme också för andra utredningar.

Vi vill särskilt lyfta fram de målbilder som togs fram genom workshops och samtal i början av utredningen. Dessa måste, enligt vår mening, hållas levande i hela processen mot introduktion, genomförande och uppföljning.

NSPH har ingått i den expertgrupp som regeringen utsåg. Genom detta har vi löpande fått del av utredningens analyser, bedömningar och förslag. Vi har under hela utredningens gång uppmuntrats att bidra med erfarenheter från vår rörelse och blivit lyssnade på. Utredaren har också medverkat i ett webinarium som NSPH arrangerade för att underlätta våra löpande interna diskussioner med medlemsorganisationerna om de förslag som vuxit fram under utredningens gång.

Bärande delar i förslaget

Utredningen omfattar många olika delar och förslag. Det gemensamma syftet med dem är att de ska bidra till mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser. Vi stödjer detta och menar att de tio bärande delarna som lyfts fram är ömsesidigt beroende av varandra och därför måste flätas samman i den fortsatta processen med att förverkliga dem.

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
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 förtydligt uppdrag för



socialtjänsten.

5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende.
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård samt socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En förändrad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård även för denna målgrupp.

Utredningens bedömningar och förslag

Kapitel 8 - Förändrad styrning av insatser för personer med samsjuklighet (283)

Dagens insatser till målgruppen präglas av fragmentisering, stuprörstänkande med klyftor och glapp mellan olika verksamheter. Insatserna utgår inte från personens samlade behov, vilket gör att de berörda individerna alldeles för ofta faller mellan stolarna. Utredningens förslag syftar till att ändra på detta så att insatserna blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade. För att uppnå detta behöver styrningen i högre grad än i dag involvera målgruppen och de som företräder dem. Styrningen behöver också fånga upp och ge utrymme för det engagemang och den kunskap som finns hos personalen.

8.1 Målbilder för samhällets insatser

De målbilder utredningen tagit fram tillsammans med personer med egen erfarenhet är centrala och bör användas för att visa vad samhällets samlade insatser till personer med samsjuklighet ska leda till. De är enligt vår mening också tillräckligt begripliga och konkreta för att utgöra ledstjärnor för det förändringsarbete som måste komma till stånd.

5. Tidig hjälp för psykisk ohälsa och skadligt bruk.
6. Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när individen behöver den.
7. Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.
8. Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.
9. Inte bli utestängd från stöd och vård, samt få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.
10. Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.
11. Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.
12. En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.



13. En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.
14. Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.

Kapitel 9 - Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen

NSPH tillstyrker förslaget att begreppen skadligt bruk eller beroende ska användas i alla relevanta författningar på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Det är mindre stigmatiserande och förtydligar vad saken gäller.

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

Vi tillstyrker förslagen om en förändring av huvudmannaskapet då vi ser en sådan omorganisering som ett kraftfullt sätt att minska fragmentiseringen av behandling för personer med samsjuklighet. Samverkan kommer dock enligt vår erfarenhet inte ske automatiskt bara för att ansvaret samlas hos en huvudman. Vi vet redan idag att olika delar av vården har svårt att samordna sina insatser med varandra, såsom somatisk och psykiatrisk vård, och att personer med stora och livsviktiga vårdbehov hamnar mellan stolarna till och med mellan olika delar inom psykiatrisk vård, såsom vid självska debeteende och ätstörningar.

I och med denna överflyttning så sker också en försvagning av den enskildes rättigheter. Vid insatser från socialtjänsten har den enskilde rätt att överklaga de beslut som går personen emot till Förvaltningsrätten. Om den så dömer får personen rätt till den insats som hen ansökt om. I hälso- och sjukvården finns inte denna rättighet. Där prioriterar man i enlighet med bestämmelserna i Hälso- och sjukvårdslagen. I och med det låga intresse för just denna målgrupp som historiskt funnits på ledningsnivå i regionerna, ser vi behov av att se över hur man kan förebygga negativa konsekvenser i form av längre väntetider eller färre behandlingsalternativ vid ett byte av huvudmannaskap.

När det gäller barn och unga behöver särskild hänsyn tas. Merparten av insatserna vid alkohol- och narkotikaproblem hos barn och unga sker idag inom socialtjänsten. Utredningen konstaterar dock att där är tillgången till rekommenderade evidensbaserade behandlingsinsatser begränsad. Man bedömer att regionernas hälso- och sjukvård har bättre förutsättningar att erbjuda evidensbaserad behandling. Därför föreslås att regionen får ett tydligt utpekade ansvar att stå för sådan behandling samt att de behöver avsätta nödvändiga resurser för detta.

I de tre storstadsregionerna finns Mini-Maria vilket är en liknande verksamhet för barn och unga som den integrerade verksamhet utredningen nu föreslår för vuxna, och dessa fungerar i regel väl. I övriga regioner kommer barn och unga med samsjuklighet att hänvisas till BUP, som redan i dagsläget på många håll är en verksamhet i kris som har stora svårigheter att uppfylla sitt uppdrag, med långa väntetider och svårigheter att behålla personal. I dessa fall riskerar barn och unga att få sämre hjälp – inte på grund av att förflyttningen av huvudmannaskapet i sig är dåligt för barn och unga, men därför att omfattande åtgärder behöver tas för att BUP ska kunna erbjuda den vård som de är avsedda att göra.

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

NSPH delar utredningens synpunkter kring att anhöriga behöver kunna få eget stöd för sin situation. Anhöriga utgör ofta en oerhört viktig del i sina närståendes återhämtning och har ofta en oerhört svår situation i sitt anhörigskap till personer med samsjuklighet. Att



säkerställa att de kan få ta del av stöd för sin egen situation är i sig hälsofrämjande, både för den individ som personen är anhörig till och den anhöriga själv. När vi arbetat med anhörigfrågor så har det blivit tydligt vilken belastning som ligger på anhöriga till någon med skadligt bruk och beroende. Många berättar om den vanmakt de känner och bristen på stöd och rådgivning. Det påverkar den egna hälsan och leder till konfliktfyllda relationer. I värsta fall också till hot och våld. Problembilden är förstås väldigt skiftande beroende på symtombild, ålder och typ av relation. De insatser som behövs måste därför också ha en stor bredd. Dagens anhörigstöd sker ofta via möten med andra, men vi efterfrågar också möjlighet till individuellt kurativt och psykologiskt stöd, inklusive möjligheterna till anhörigskydd när relationen utvecklats i en destruktiv riktning.

9.3 Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende

Även om ansvaret för vård och behandling samlas hos hälso- och sjukvården måste socialtjänstens insatser ha en fortsatt viktig roll för denna målgrupp, särskild för dem med omfattande och långvarig problematik. Den föreslagna reformen får inte leda till att fokuset på de sociala frågorna försvinner. I ett tidigt skede av en samsjuklighet är man i störst behov av vård och behandling, men ju längre samsjukligheten pågår, desto större blir behovet av socialt stöd såsom boende och sysselsättning. Även här behöver kompetensen kring samsjuklighet fortsatt säkras för att denna grupp ska få ett bra och tillgängligt stöd.

Det biopsykosociala perspektiv som den integrerade verksamheten kan bidra med behöver genomsyra även den reguljära vården för personer med samsjuklighet. Sociala insatser såsom boende och ekonomiskt bistånd kan vara avgörande för att ha möjlighet att tillgodogöra sig behandling. Det kommer även fortsatt att vara många som kommer att ha ett behov av att byta miljö för att bryta sitt skadliga bruk eller beroende och exempelvis vistas på HVB-hem. Även om huvudansvaret flyttas över till hälso- och sjukvården kommer samverkan med socialtjänsten att fortsatt behövas, och fungera bättre än den gör idag. Här behöver konkreta förslag läggas.

9.6 Fortsatt behov av utvecklad samordning på individnivå

NSPH delar utredningens bedömningar kring de fortsatta behov av utvecklad samordning på individnivå som finns. För gruppen med störst behov av stöd föreslår utredningen utveckling av integrerade verksamheter, men även personer som inte ingår i den gruppen kommer att ha stora behov av samordning. Detta gäller i någon mån alla personer med samsjuklighet – att samordna olika insatser av vård kan vara en rejäl utmaning även för exempelvis en anhörig som själv samtidigt har en egen ohälsa att hantera. Men det kommer särskilt gälla den del av gruppen som har stora behov av samordning, men som hamnar just under gränsen för att omfattas av den integrerade verksamheten. Här behövs skarpare förslag för att förändring ska ske.

Redan idag finns lagstiftning på plats som borde göra att samordnad vård är en regel snarare än ett undantag. Rättigheterna till fast vårdkontakt och SIP kan vara svåra att få tillgodosedda, trots att de redan finns enligt nuvarande regelverk. Även när de kommer till stånd är det inte säkert att de leder till faktisk samordning av vården, som utredningen själv lyfter. Detta är ett exempel som visar på att bristen på samordning inte handlar om bristen på krav på att vården bör samordnas och vara långsiktig, utan på andra brister. Det kan handla om kulturer och attityder, och om brist på resurser för att tvingas prioritera bort samverkan. För att detta ska fungera behöver alltså dessa brister adresseras.

Det är oerhört viktigt att de med störst behov får det omfattande stöd som de är i behov av, men NSPH vill också betona vikten av att vården är välfungerande redan från början. Ju



fler som får en god vård tidigt i sitt sjukdomsförlopp, desto färre utvecklar stora och komplexa vårdbehov. En stor utmaning som beskrivs kring denna målgrupp är den tillitsbrist som ofta finns till vården. Ju tidigare individer kan få genomgående goda erfarenheter av att söka och ta emot vård, desto mindre blir detta problem.

Just denna utredning har inte uppdrag att föreslå tidiga, förebyggande och hälsofrämjande insatser, men för att gruppen personer med samsjuklighet och deras anhöriga ska bli bäst hjälpta vill vi också betona vikten av att detta får betydande fokus i stort. Vi vet bland annat, genom nationalekonomen Ingvar Nilssons beräkningar, att det är dumsnålt att inte satsa resurser på tidiga insatser och förebyggande arbete eftersom kostnaderna för de stora behov och svåra situationer som uppstår längre fram i ett sjukdomsförlopp kostar samhället många gånger mer. Här har även civilsamhället en viktig roll i att också fånga upp och ge stöd till de som inte ännu eller inte längre har kontakt med vården. Brukarrörelsens organisationer behöver också rimliga villkor för att kunna bedriva detta arbete.

Kapitel 10 - Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv

NSPH ser positivt på ett ökat hälsoperspektiv för personer med samsjuklighet. Vi ser detta som en del i rörelsen bort från ett moraliserande perspektiv på samsjuklighet där man historiskt bemött personer som att det är deras eget fel att de hamnat där. Ett sådant förändrat synsätt ser vi som mer humant och demokratiskt, men också mer effektivt när det gäller att hjälpa personen till ökad hälsa och ett så gott liv som möjligt genom att tillsammans hantera situationen på bästa sätt.

Vi ser mycket positivt på de bedömningar som lyfts fram av utredningen kring uppmärksammandet av den somatiska hälsan för denna målgrupp, som vi vet ofta är oförsvarligt dålig. Vi vet också genom tidigare granskningar att personer med psykisk ohälsa får sämre fysisk vård vid många behandlingsbara men dödliga tillstånd. Detta påverkar även denna grupp, och utöver fasta vårdkontakter behöver detta förbättras i vården i stort. Vidare är det också oerhört viktigt att uppmärksamma och förebygga risken för suicid för denna målgrupp. Utredningen lyfter vissa goda exempel som sker i landet, men här menar vi att man också behöver lägga konkreta förslag på satsningar för att säkerställa att en sådan utveckling sker.

Något som vi ser som viktigt att noga bevaka – i ett perspektivskifte från att sätta nykterhet och drogfrihet som mål i alla behandlingar – är att se till att enskilda inte kommer i kläm. Eftersom detta är en grupp som det fortfarande finns mycket stigma kring och som historiskt inte varit en prioriterad grupp inom regionerna, ser vi en risk kring att ett sådant perspektivskifte i kombination med bristande resurser och kompetens kan leda till att man ”ger upp” på utmanande patienter för tidigt. Det kan leda till att man i behandlingar som är svåra kan stämpla patienter som hopplösa och i stället för att fortsätta arbeta mot en nykterhet och drogfrihet som kanske kräver en del arbete att uppnå, men som är fullt möjlig och kan ge personen största chans till ett gott liv, avslutar behandlingen. Vi ser, som nämnt ovan, i stort positivt på ett sådant perspektivskifte, men menar att det, särskilt tidigt i detta skifte, blir av enorm vikt att säkerställa att varje individ får den bästa möjliga vården de kan få utifrån sina förutsättningar. I detta blir det avgörande att arbeta med brukardelaktighet och kompetensförstärkning, som vi återkommer till senare i vårt remissvar.

Utredningen lyfter i detta avsnitt att man i likhet med Folkhälsomyndigheten, anser att narkotikastrafflagen inklusive kriminaliseringen av eget bruk från 1988 behöver utvärderas. Vi delar utredningens bedömning och ställer oss bakom att man då belyser hur kriminaliseringen påverkar möjligheten för personer med samsjuklighet och andra personer med skadligt bruk och beroende att få en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad



vård och omsorg. Straffbeläggandet är stigmatiserande och motverkar att utsatta människor söker och är beredda att ta emot insatser av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Kapitel 11 - En samordnad verksamhet för dem med störst behov

NSPH tillstyrker förslaget om att det införs ett lagkrav om en samordnad verksamhet för dem med störst behov – detta är nödvändigt för att säkerställa att denna målgrupp får den vård och det stöd som de är i behov av. Det är viktigt att deltagarna görs delaktiga och ges inflytande på ett sätt som är tillgängligt för dem. Det ökar möjligheten till individanpassningen, som kan vara avgörande för denna grupp.

Vi tillstyrker också förslaget att verksamheten löpande ska följas upp mot syftet med verksamheten. Viktigt är då, återigen, att deltagarna görs delaktiga och ges inflytande på ett sätt som är tillgängligt för dem. Uppföljning bör ske utifrån de målbilder som tagits fram gemensamt med målgruppen och bör ske löpande. Brukarstyrda brukarrevisioner är ett användbart verktyg i dessa verksamheter, vilket också utredningen påpekar. När revisioner utförs av brukare framkommer ofta annan information än om den genomförs av verksamhetens företrädare. Detta är särskilt viktigt när det handlar om en grupp som länge stigmatiserats och marginaliserats.

11.9 Informationsdelning och sekretess

Frågan om informationsdelning och sekretess är alltid svår och känslig för alla patienter och klienter. För grupper som utsätts för stor stigmatisering är frågan ännu mer känslig. Attityder förändras inte snabbt, så även efter att antistigmaarbetet som föreslås i utredningen kommit i gång, kommer det dröja innan vi kan se effekterna av detta. Informationsdelning kring personer med samsjuklighet bör därför ske med stor varsamhet där det finns rutiner som säkerställer att enbart personer som har en aktiv roll i personens rehabilitering får tillträde till uppgifter som berör personen.

Kapitel 12 - Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning

NSPH ser detta område som en central och viktig del i genomförandet av förslagen. Det som är relevant i genomförandet av dessa förändringar är att de leder till de värden och målbilder som identifierats tillsammans med personer med samsjuklighet. Därför är det av största vikt att man noga och regelbundet följer upp vilka effekter förändringarna har utifrån ett brukarperspektiv.

Till följd av den stigmatisering som finns kring frågan har detta som yrkesmässigt medicinskt område inte en hög status. Det måste säkerställas att det finns tillräckligt med kompetent personal tillgänglig för att arbeta med denna komplexa fråga i hela landet. Att säkerställa att rätt kunskap och kompetens om samsjuklighet som ett behandlingsbart tillstånd samt om att arbeta med brukardelaktighet genomsyrar fältet, krävs för att få till den kulturförändring vi behöver se genomgående i denna del av vården.

12.1 Det behövs långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom området

En seriös och tillräckligt stor satsning på kompetens ser vi som grundläggande för att de goda intentionerna i utredningen ska få genomslag. Denna bör inkludera kunskapsutveckling och kompetensförsörjning om att arbeta med delaktighet och de olika metoder som skapar brukarinflytande och som tagits fram av brukarrörelsen. Utöver kompetens kring psykisk hälsa, beroende och samsjuklighet är kompetens i att arbeta med delaktighet och inflytande en ytterligare sådan. Att lyckas implementera detta arbetssätt kan



också göra arbetsplatserna mer välfungerande, vilket i sin tur skapar en bättre arbetsmiljö och leder till att arbetsplatsen blir mer attraktiv.

12.2 Viktigt att de insatser som erbjuds är baserade på bästa tillgängliga kunskap

NSPH delar utredningens bedömning att kravet på att socialtjänsten ska erbjuda evidensbaserade insatser behöver förtydligas. Ett ben i det evidensbaserade arbetet är att basera beslut om insatser på individens erfarenheter och önskemål. För att kunna göra detta behöver kompetens kring att arbeta med delaktighet och inflytande stärkas.

12.3 Effektivare kunskapsstyrning genom stärkt samverkan och stöd

NSPH håller med om att det finns behov av effektiv kunskapsstyrning inom detta område, och ser att rejäla satsningar behöver göras här över tid för att få till en hållbar och stadigvarande förändring. Vi anser också att satsningar bör göras särskilt mot chefer och personer i ledningsposition för vård och omsorg.

Vi har en oro över att kompetensnivån kommer att se väldigt olika ut över landet, där möjligheten att möta behandlare med god kunskap och kompetens om ens tillstånd och de bästa behandlingsmetoderna blir centraliserat till storstadsregionerna, men att detta kommer bli svårare att tillgodose i exempelvis glesbygden. Vi ser det som grundläggande att man ska ha möjlighet att få god och verksam vård baserad på kunskap och kompetens oavsett var i landet man befinner sig. Utöver de befintliga strukturer som finns ser vi det därför som lämpligt att skapa en nationell kunskapsnod som kan tillgodose de delar av landet med störst behov med handledning och kompetensförsörjning.

12.4 Bättre uppföljning en viktig del av kunskapsstyrning och förbättringsarbete

Som vi angav redan i början av vårt svar så måste uppföljningen utgå från de målbilder som tagits fram. De är det enda sättet att se om implementeringen av förslagen blivit lyckad. Att utvärdera utifrån dessa kräver också att patienter och brukare görs delaktiga. Målbilderna bör också kontinuerligt utvärderas för att se om de behöver förändras eller förtydligas.

Kapitel 13 - Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering

NSPH ser denna del som en oerhört viktig, och nödvändig för att få de effekter vi vill se för målgruppen. Det som kommer göra allra störst skillnad är en förändring i kultur och attityder kring samsjuklighet, detta tror vi kommer ha större genomslagskraft än många strukturella och organisatoriska förändringar. Rötterna av ett gammalt och moraliserande synsätt kring samsjuklighet är långa och kommer att ta tid att förändra, därför behöver satsningarna vara långsiktiga. Det bästa sättet att lära oss om hur vi uppnår dessa målbilder för personer med samsjuklighet, såväl för varje individ som på gruppnivå, är genom att lyssna till deras upplevelser. För förslagen i detta kapitel menar vi att brukarrörelsen borde vara en mer framträdande och central part i arbetet.

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

NSPH välkomnar förslagen och delar utredningens bild av att detta är avgörande för insatsernas resultat. Metoder såsom brukarstyrd brukarrevisorer, patientforum, peer support och studiecirkel förbättrar inte bara de specifika insatserna, utan bidrar också till att förändra förhållningssätt, arbetsklimat och den rådande kulturen i verksamheterna. För vissa grupper blir bristande lyhörddhet, inflytande och delaktighet mer skadligt än andra – för personer inom psykiatri generellt och personer med samsjuklighet specifikt. Flera av de metoder som vi har utvecklat eller tagit till Sverige får också växande evidens, bland



annat peer support. Vi ser bland annat att tilliten till vården ökar i relation till hur starka strukturerna för brukarmedverkan är vid enheten. Eftersom tillitsbristen till vården för denna målgrupp är något som återkommande har lyfts i utredningen bör detta vara något som får prioritet i utvecklandet av denna del av vården.

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

NSPH välkomnar utredningens förslag att ge Folkhälsomyndigheten 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. Programmet ska genomföras i samverkan med myndigheter som Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för delaktighet samt i samarbete med berörda patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

När arbetet ska planeras och genomföras är det angeläget att aktivt involvera NSPH och dess medlemsförbund för att satsningen verkligen ska få det resultat som eftersträvas. Dels kan minskad stigmatisering göra att fler söker hjälp tidigare. Det är också en nödvändig satsning att rikta mot hälso- och sjukvården samt den sociala omsorgen. Det finns en gammal, moraliserande kultur kring vård av samsjuklighet, och trots att organiseringen förändras kommer det till stor del vara samma personer i personalen som nu ska arbeta på ett nytt sätt. Vi ser det också som viktigt att göra riktade satsningar mot chefer och personer i ledningsposition. Genom en förändring i attityder kommer också behandling av beroende och samsjuklighet som hälsotillstånd att öka i status, vilket kommer att leda till ökad utveckling och nytänkande i vården, på samma sätt som idag sker i exempelvis cancervården.

Genom brukarrörelsens eget arbete mot föråldrade attityder är vi medvetna om enskildas egna berättelser som centrala i ett antistigmaarbete samt vikten av att patient-, brukar- och anhörigorganisationer tidigt görs delaktiga i styrning och genomförande av insatserna. Här har NSPH och Hjärnkoll specifik kunskap och kompetens, och bör vara en central kraft i arbetet.

13.3 Tillgång till oberoende stödfunktioner behöver öka

Vi ser positivt på ambitionen i dessa förslag. Personliga ombud (PO) har en mycket viktig roll i samhället för att hjälpa personer att få del av det stöd och den vård de behöver. En del av deras uppgift är att kartlägga och rapportera systemfel. Genom detta är beskrivningarna hur utsatt målgruppen är väl känd av samhällets beslutsfattare. Dock utan att de lett till nödvändiga förändringar. De personliga ombudens perspektiv bör också inkluderas vid uppföljning av verksamheterna, då de har kontakt med personer som ingår i målgruppen men som inte får tillgång till vård och stödinsatser.

Det är bra att utredningen vill ge PO-verksamheten en ökad roll i att kunna fånga upp fler av personer med samsjuklighet. De gör stor nytta för personer i utanförskap, men ombuden räcker inte till och alldeles för få nås av denna insats. Den höjning av anslagen som föreslås är dock för liten för att väsentligt kunna utöka antalet personliga ombud. Om personliga ombud ska utöka sin målgrupp men med en blygsam anslagsökning finns också en utträngningsrisk.

Personligt ombud har länge varit en underfinansierad reform som över tid dessutom ekonomiskt urholkats. Ska insatsen leva upp till förväntningarna krävs välutbildad personal som personliga ombud. Nuvarande finansiering täcker inte kostnaden för detta. En ökad satsning på PO är lönsam och vi vill understryka behovet av att öka bidraget och därmed



kommunernas intresse av att satsa på denna verksamhet.

Vi har i andra sammanhang lyft vikten av att värna personliga ombuds fristående roll. Om de ska kunna fortsätta att vara en länk till personer med omfattande psykiatriska behov, där många förlorat tilliten till samhällets institutioner, är deras oberoende en viktig hörnsten. De ska inte tillåtas bli en ordinarie del i att få ett system att fungera. Personliga ombud finns inte heller i alla kommuner och även om bidraget utökas kommer sannolikt inte alla kommuner vilja bekosta personliga ombud, eftersom bidragen endast täcker en del av kostnaden.

Kapitel 14 - En gemensam tvångslagstiftning

NSPH uppmantrar att frågan utreds och återkommer med närmare synpunkter på deluppdragets redovisning i samband med denna utredning.

Nationell Samverkan för Psykisk hälsa

Conny Allaskog

Conny Allaskog

Ordförande