

## Delbetänkande samsjuklighet SOU 2193

### Remissyttrande

#### 9.3.2 Tillgång till sociala stödinsatser med fokus på att stärka resurser behöver förstärkas

För patientgruppen med missbruk/beroende är det samma princip som råder vid sysselsättning och boende som med andra former av insatser i stora delar av landet. Dvs drogfrihet först och insats därefter. Det är problematiskt med det stora antalet sjukskrivna som uppstår försörjningsstöd. Det bör finnas mer "lågtröskel" insatser för denna grupp. Forskning visar på att en meningsfull sysselsättning/vardag är en stor del i "tillfriskandet", dvs det är svårt att motivera patienter till drogfrihet för att sedan få vänta på insatser en längre tid. Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialtjänsten behöver komma in tidigare i planeringen och insatser som syftar till sysselsättning/arbetsrehabilitering bör skyndsamt initieras.

#### 9.4 HVB fortsatt socialtjänstinsats men regionernas ansvar för hälso- och sjukvården förtydligas (s 361-...)

*"Behov av heldygnsvård inom psykiatrisk slutenvård kommer att öka"* – detta är problematiskt eftersom vi redan nu har stora problem med överbeläggningar. En psykiatrisk vårdavdelning med samtidigt ansvar för akut psykiatrisk vård lämpar sig dåligt för långsiktiga insatser.

Vi uppfattar inte att möjligheten att skicka människor med missbruk/beroende till HVB-hem i första hand är en social åtgärd. En frivillig behandlingshemsplacering är i många fall den mest kraftfulla sjukvårdande behandlingen som finns att tillgå. Patienten lyfts ur en destruktiv miljö som förstärker missbruksproblematiken. Den strukturerade miljö som finns på HVB-hem ger ofta mycket goda förutsättningar för att genomföra de behandlingar som anses nödvändiga. Boendemiljön och andra "sociala insatser" är i detta fall att anse som sjukvårdande behandling. Ansvaret för placering av patienter med missbruk/beroende bör därför ligga hos regionerna.

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

Region Västerbotten bedömer att det finns risk för svårigheter när beslut om HVB-hem och boende ligger hos Socialtjänsten men Regionen ska stå för behandlingsansvaret. Risken består i att dialog inte sker på ett adekvat och samordnat sätt utifrån att det är två olika syften, dvs boende och behandling av psykiatrisk samsjuklighet respektive beroende och hur dessa två syften ska förenas? Redan idag kommer frågan om delat betalningsansvar pga psykiatrisk/psykologisk behandling från socialtjänsten för patienter som vistas på HVB och där Regionen bedömer att behandling kan ges i Regionens öppenvård (ÖV) och därav nekar. De utredningar och den behandling som har erbjudits på behandlingshem har varierat kraftigt i kvalitet och vad gäller utredningar har de vid flertalet tillfällen blivit föremål för "second opinion". Ur ett patientperspektiv har detta blivit problematiskt då man har reviderat slutsatser och det eventuellt leder till att diagnoser tas bort eller kompletteras. Det bygger ej förtroende för vare sig HVB eller Region. Det är även en kostnadsfråga då detta påverkar övrig vård och behandling som kan erbjudas samt förlänger köerna på Regionens verksamhet.

Region Västerbotten bedriver en mottagning som erbjuder integrerad behandling av psykiatriska tillstånd och beroende. Det finns en upplevd brist på HVB/behandlingshem som erbjuder den typ av behandling för dessa komplexa tillstånd. Inom socialtjänsten är det svårt att finna boenden för dessa patienter om de inte uppvisar drogfrihet/remission först. I dagsläget ansvarar Regionen för avgiftningen innan patienten kan resa till HVB-hemmet, vilket samplaneras med socialtjänsten.

Regionens möjligheter att kontrollera kvalitén på de insatser som erbjuds på behandlingshem försvåras av geografiska faktorer, fakta och tillgång till journaler samt kunskap om patienterna. Utredning och behandling bör ske i samråd med hemmottagningen vilket behöver specificeras ytterligare för att inte leda till merarbete.

Utredning och behandling ska ske skyndsamt dock inte på bekostnad av en korrekt bedömning och behandling. Region Västerbotten anser att den uppdelning som föreslås snarare förskjuter

HSF övergripande verksamhet  
Yvonne E Nygren

2022-03-15

HSN 1385:5-2021

beslutsfattandet än längre från Regionerna vilket riskerar att sänka kvalitén på den vård och behandling som erbjuds.

För att samordningen mellan region och socialtjänst ska fungera behöver rollerna kopplat till syfte och ansvar tydligare specificeras. Detta för att inte i längden öka köerna, minska tillgängligheten och öka kostnaderna.

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

Hur HVB kommer att fungera i praktiken med den tydliga uppdelningen av hälso-och sjukvårdsansvar och socialtjänstansvar men där biståndsbedömningen om att få insatsen ska göras från socialtjänstens sida - känns oklart.

Här är det också anmärkningsvärt att utredningen inte fördjupat konsekvensanalysen avseende beslut om HVB-placering för barn och unga gentemot vuxna på ett tydligare sätt. Detta då behoven hos barn och unga som får en placering på HVB om möjligt är än mer komplexa än vad gäller vuxna.

Det framgår i utredningen att om inte regionen planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatserna som genomförs under placering på HVB inträder betalningsansvar för en viss del av kostnaden enligt en schablon som uppgår till 40% av kostnaden för HVB. I de fall det kan tyckas vara oklart huruvida behov finns och tillräckliga hälso-och sjukvårdsinsatser kommer till stånd, framgår inte vad som ska gälla. Detta blir extra knepigt då det tydligt framgår att kommunen enbart ska göra sin biståndsbedömning utifrån behoven av *stöd i boende* och *mot självständighet*, och kan eller snarare bör avslå en ansökan från en enskild om denne söker hjälp för skadligt bruk/beroende.

Att kommunen ska besluta om insatser som får kostnadspåverkan för regionen, när kommunen enligt förslaget uttryckligen inte ska ta ställning till "vård" som fallet är i nuvarande socialtjänstlag, öppnar för stora tolkningssvårigheter. Det kan vara värt att snarare se över om inte beslut om placering på HVB ska hanteras inom ramen för hälso-och sjukvården, men i nära samverkan med kommun. Samverkan i denna del behöver då bli del av och beslutas på övergripande nivå i respektive län, i samband med övriga behov av formaliserad samverkan som förslagen i utredningen anger.

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

Som nämns har antalet patienter som sökt till LARO (Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) ökat under de senaste åren. Det är en effektiv behandling som i dagsläget kräver närvaro från patienterna på mottagningen samt omfattande kompetensökning i vården i övrigt men även specifikt på LARO-mottagningarna. Det som ter sig svårt är tillgänglighetsprincipen i ett län med långa avstånd och det leder till att patienterna måste bryta upp och flytta till de samhällen som har en LARO mottagning. Mobila lösningar kan hantera en del av den problematiken men det finns hinder i och med de långa avstånden inte minst vintertid. Kompetens på hälsocentraler och sjukstugor måste ökas för att om något minska avstånden i inlandet genom att kunna hjälpa patienterna närmare hemmet.

#### **11.1 En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet**

#### **11.2 Verksamheten ska regleras i en särskild lag**

#### **11.3 Syfte med verksamheten**

Ur det glesbygdsperspektiv som utmärker Västerbotten och andra glesa områden i landet, måste hänsyn tas till den flexibilitet som kan vara nödvändig gällande en presumtiv deltagare i en samordnad verksamhet i en liten kommun. Avseende socialtjänstinsatserna är dessa kommuner vana att hantera komplexa uppdrag med små resurser, likaså Regionen kring primärvårdsfrågor, och det måste finnas utrymme för att hitta individuella lösningar. Förslaget ger att den samordnade verksamheten ska drivas gemensamt av Regionen och kommunerna, men allt ansvar för de behandlande inslagen ska åligga Regionen. Man måste ha i åtanke att det är väsentligt svårare för Regioner i glesbygd, med ett flertal tätorter utspridda på mycket stora geografiska ytor och med få personer som omfattas, att få detta stöd att fungera som utredningen avser.

I Västerbottens län återfinns 6 av Sveriges 10 minsta kommuner på en mycket stor yta, samt två stora kommuner med stark tillväxt. Detta gör att Region Västerbottens uppdrag att jobba för en jämlik vård är särskilt komplex. Gällande förslaget om den samordnade verksamheten framgår att Regionen och

kommunerna i ett län själva kan avgöra hur många enheter som verksamheten ska bestå av och var de ska placeras, samt att gemensamt säkerställa att invånarna med behov också erbjuds insatserna.

Ansatsen för verksamheten är viktigt och väsentlig för denna utsatta grupp. Att det finns risk för nya gränsdragningsproblem när kartläggning görs kring vilka som ska kunna bli deltagare i den samordnade verksamheten bör kunna hanteras i takt med dess uppstart. I just Västerbottens län kan det för invånare i de små kommunerna bli svårare med gränsdragnings, då det kan handla om få personer som kan omfattas av den samordnade verksamheten, och att personer med komplexa behov som inte fyller dess kriterier kan ha svårt att uppfatta skillnaden.

Att finna rätt nivå i samverkan för att den samordnade verksamheten ska kunna realiserats kräver mycket och med 16 huvudmän är det en utmaning i Västerbotten. Behov av samordning av ansvar behöver grundligt utredas på regional nivå, inför avtalsskrivande och planering av gemensam budget och organisation för den samordnade verksamheten. Detta är väsentligt utifrån de geografiska förutsättningarna och de små kommunernas utmaningar avseende såväl ekonomi, samt frågan om kompetensförsörjning som är mycket ansträngd inom hela länet och såväl område HSL som SoL.

Det är också väsentligt att lyfta i vilken mån behovet av nära stöd och hjälp, framför allt avseende socialtjänstinsatserna, kan gå att organisera gemensamt i ett mycket glest område. Hur den specifika funktionen *vård-och stödsamordnare* (avsnitt 11.4) ska kunna säkras i hela länet förefaller osäkert. Är det möjligt att organisera det vardagsnära stödet kring motivation, vardagsstöd och stöd i sysselsättning på ett mobilt sätt, i ett utsträckt upptagningsområde på många mil? Digitala arbetssätt för hälso- och sjukvården har utvecklats under pandemin, även inom området psykiatri och beroende inom Region Västerbotten. Däremot kan det vara svårt att förutse i vilken mån socialtjänststödet som har hög ambitionsnivå i utredningen att vara ett nära och vardagligt stöd, också det kan organiseras mobilt i samma utsträckning.

#### 11.4.3 Samordnande insatser

"En möjlig organisering är att alla medarbetare i verksamheten dels utför insatser utifrån sin profession och särskilda kompetens, dels har uppdrag som vård- och stödsamordnare." s 440

Ovanstående sätt att jobba har praktiserats på Beroendepsykiatrisk mottagning i Umeå under många år. Alla yrkesgrupper utom läkarna tilldelades då kontaktpersonuppdrag. Det sättet att jobba är nu lämnat sedan några år tillbaka. Nackdelarna med att lägga den samordnande funktionen på en enskild person bedömdes vara för många. Nedan listas några.

- Behandlingsfokus tenderade att färgas av kontaktpersonens profession. Om kontaktpersonen var kurator löstes många problem av kurativ art som ekonomi och bostad. Var kontaktpersonen psykolog blev fokus gärna på psykologiskt behandlingsarbete och utredningar. Osv.
- Yrkesgruppernas kompetens nyttjades inte på bästa sätt. Psykologer och kuratorer sprang och jagade recept åt patienterna. Skötarna förväntades bedöma om en patient var i behov av en psykologutredning.
- Systemet stockade då kontaktpersonerna var överbelastade och sa nej till att ta fler patienter. Mottagningen fick då svårt att hantera även de för stunden mest vårdkrävande patienterna.
- Kontaktpersonerna hade i vissa fall svårt att göra avslut och patienter gick år efter år på mottagningen.
- Patienter blev bortglömda. De hade fallit ur kallelsesystemet, oftast genom att utebli från provtagning, och ingen hade uppmärksammat det.
- Det var enbart kontaktpersonen som "kunde" patienten. Om kontaktpersonen var frånvarande blev det problematiskt. Många gånger avfärdades ärenden med "patienten får vänta tills kontaktpersonen är åter".

Sedan några år tillbaka är systemet med kontaktpersoner avskaffat. Varje patient knyts numera till ett team bestående av skötare, sjuksköterska, kurator, psykolog och läkare. Patienten får utifrån sina

HSF övergripande verksamhet  
Yvonne E Nygren

2022-03-15

HSN 1385:5-2021

aktuella behov tillgång till den kompetens han/hon behöver dvs behandlingsinsatser skräddarsys. Teamet har via en särskild tavla koll på de patienter som är i en akut fas och behöver förstärkta insatser. Teamet tar gemensamt beslut vilken nästa behandlingsinsats blir och även ett gemensamt beslut när en patient ska avslutas.

Arbets sättet medger även att en patient som av olika skäl avslutats kan erbjudas tid inom några veckor om skälen till avslut förändrats. Alla patienter förs upp på en lista som går igenom regelbundet för att ingen patient ska bli bortglömd eller på annat sätt falla mellan stolarna, vilket är lätt hänt när olika behandlare och olika huvudmän är inblandade.

I en integrerad verksamhet kommer teamet att utökas med kompetens från Socialtjänsten.

Det skulle vara extremt resurskrävande att alla patienter har en egen samordnare och utöver det en vikarierande samordnare. Vi ser redan idag svårigheter med att arbeta mobilt över de avstånd som finns in de norra delarna av landet. Sedan mottagningen gick över till CM team har patienterna kunnat erbjudas rätt insatser inom en mer rimlig tid och CM-ronder har fungerat väl i att tillse patienternas behov utifrån samtliga professioner. Det har även minskat arbetsbelastningen för den enskilde medarbetaren och ökat samverkan på mottagningen.

#### 11.4 Verksamhetens innehåll

Avseende förslaget kring uppsökande verksamhet inom ramen för den samordnade verksamheten lyfts de aspekter som beskrivs under tidigare del för utredningens avsnitt 11, då det viktiga stödet som det beskrivs kan vara mycket svårt att säkra i det glesa delarna av Västerbotten, och kan bli starkt resurskrävande på ett annat sätt än vad som är fallet i tätare områden.

Vidare framstår delen kring biståndsbeslut kring socialtjänstinsatser inom den samordnade verksamheten som svårbegriplig – där är det väsentligt att invänta kommunernas respons. Att beslut inom den samordnade verksamheten ska fattas beroende på delegationsordning känns inte stabilt, då en delegationsordning i en viss kommun kan ändras löpande, och ibland utifrån att kostnader ökar och beslutsfattandet centraliseras för bättre kontroll och överblick. Det uppfattas finnas risker med ojämlikhet om vissa beslut inom den samordnade verksamheten kan variera beroende på vilken kommun deltagaren tillhör. I denna del bör jämlikhet säkras på ett tydligare sätt än vad som framgår i utredningen.

Vård-och stödsamordnare – det förefaller oklart kring ansvaret för denna funktion, då det betonas att det är att betrakta som en hälso-och sjukvårdsinsats men att personen ska ansvara för utförandet av både dessa och socialtjänstinsatserna. Här bör skrivningen kring vad samordnaren *skall* göra kunna lättas för att få en praktisk genomförbarhet i utredningens anda.

#### 11.10 Styrning och ledning av verksamheten

För att kunna få i gång den samordnade verksamheten som utredningen föreslår och som i hög grad gynnar de allra mest utsatta i vårt samhälle, behöver många frågor lösas ut i samverkan mellan kommuner och regioner. Inom Region Västerbotten har det tjänstemannastöd för strategiskt arbete som avsätts för socialtjänstens utveckling flyttats från området som hanterar regionala utvecklingsfrågor till att snarare kopplas mot samverkan kring vård-och omsorg mellan regionen och kommunerna. Denna vård-samverkan är mycket väsentlig, men gör att frågorna organisatoriskt kring samverkan från kommunernas sida hamnar på nämndnivå. Den kommunövergripande samverkan med regionen för kommunstyrelseordföranden finns kvar på området regional utveckling. De förslag som läggs i samsjuklighetsutredningen om samverkan antingen genom skapande av kommunalförbund, gemensam nämnd eller via avancerad avtalssamverkan är av sådan dignitet att högsta politiska nivå måste vara involverad, såväl hos kommunerna som på regionen.

En tidshorisont på två år från beslut fattas till införande av förslagen i utredningen känns möjligen kort utifrån hur stor denna reform är. Detta särskilt om man ser till de ganska detaljerade förslagen för

HSF övergripande verksamhet  
Yvonne E Nygren

2022-03-15

HSN 1385:5-2021

samverkan, dels för den samordnade verksamheten, men särskilt när man även tar hänsyn till delarna i avsnitt 9.2.3 angående behov av övergripande strukturer och integrerade verksamheter i samverkan kring barn och unga. Här behövs en tydlig politisk styrning, som kan få till stånd samverkan på förvaltnings- och verksamhetsnivå mellan kommuner och regionen i enlighet med förslagen i utredningen. Sammantaget är ju syftet att avsevärt förbättra möjligheterna för den målgrupp som träffas av förslagen i samsjuklighetsutredningen, men det krävs rejäla insatser av de 16 huvudmännen i Västerbotten för att säkra detta, och två år är knappast tillräckligt.