



Områdesnämnden för humanvetenskap

Elisabeth Wåghäll Nivre
Vicerektor

Socialdepartementet
Regeringskansliet

Handläggare:
Karolina Alveryd

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

Områdesnämnden för humanvetenskap har ombetts att till Socialdepartementet inkomma med synpunkter på remiss av betänkandet *Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)*. Betänkandet har remitterats till Juridiska fakulteten och Samhällsvetenskapliga fakulteten. Synpunkter har inkommit från Juridiska fakulteten och Samhällsvetenskapliga fakulteten och redovisas i bifogade bilagor, som utgör områdesnämndens svar.

Elisabeth Wåghäll Nivre

Karolina Alveryd

Juridiska fakultetskansliet

Områdesnämnden för humanvetenskap

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

Juridiska fakultetsnämnden vid Stockholms universitet beretts möjlighet att yttra sig över delbetänkandet *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Delbetänkande av samsjuklighetsutredningen*. Fakultetsnämnden får härmed lämna följande synpunkter.

Sammanfattning

Juridiska fakultetsnämnden vid Stockholms universitet ser betänkandet som ett positivt initiativ till att samordna samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Detta är viktigt inte minst mot bakgrund av att personer med samsjuklighet tillhör en grupp som generellt har dålig hälsa och svåra levnadsvillkor. Att vård, behandling och stödinsatser görs mer samordnad för denna målgrupp måste betraktas som en viktig välfärdsfråga. Fakultetsnämnden ställer sig därför i huvudsak positiv till förslaget som i stora delar förefaller rimligt och motiverat. De föreslagna åtgärderna kan antas leda till förbättringar i flera avseende.

Fakultetsnämnden vill emellertid särskilt kommentera några delar i förslaget, vilket redovisas nedan.

Ett samlat huvudmannaskap – hur påverkas personer som inte har samsjuklighet?

Fakultetsnämnden instämmer med utredningen om att det kan vara gynnsamt för personer med samsjuklighet att få samlad behandling hos en huvudman. Fakultetsnämnden hade emellertid önskat en tydligare beskrivning av hur de föreslagna ändringarna även kan tänkas påverka individer som inte tillhör målgruppen. Det finns personer som både har ett skadligt bruk och ett beroende men som inte har någon samsjuklighet. I utredningen konstateras att den ändrade ansvarsfördelningen kan vara gynnsamma även för dessa personer. Dessvärre preciseras inte på vilket sätt det samlade huvudmannaskapet skulle vara fördelaktigt för denna grupp. Det hade därför varit angeläget med en närmare analys kring hur den föreslagna ansvarsfördelningen kan komma att påverka denna grupp, inte minst då omkring hälften av alla vuxna personer med skadligt bruk eller beroende inte har en psykiatrisk samsjuklighet.

Mot bakgrund av ovan nämnda har fakultetsnämnden även synpunkter på utredningens förslag om ett nytt stycke i 6 kap. 1 § patientlagen. I förslaget anges att insatser till

personer med skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Fakultetsnämnden anser att lagtexten kan förtydligas på följande sätt: Insatser till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel eller spel om pengar ska vid behov ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Genom att tillföra ”vid behov” förtydligas att inte alla personer med skadligt bruk eller beroende har en psykiatrisk samsjuklighet som behöver samordnas.

Ett samlat huvudmannaskap – utmaningar för kompetensförsörjningen

Fakultetsnämnden ser även att utredningens förslag om ett samlat huvudmannaskap ger upphov till vissa utmaningar som rör kompetensförsörjningen. En grundförutsättning för en sådan sammanhållen vård som utredningen föreslår måste vara att verksamheten har tillräckligt med kompetent och kunnig personal för att kunna ge god och säker vård. Ett samlat huvudmannaskap för regionerna kommer innebära ett behov av att stärka upp kompetensen i verksamheten, vilket kan bli utmanande då det redan råder personal- och resursbrist. Fakultetsnämnden anser därför att det hade varit önskvärt med en närmare konsekvensanalys av hur framförallt regionerna ska klara kompetensförsörjningen.

Ny begreppsanvändning

Fakultetsnämnden är inte fullständigt övertygad om att utredningens förslag att ersätta begreppet missbruk med begreppen skadligt bruk eller beroende är lämpligt då det handlar om juridiskt inarbetade begrepp som kan vara svåra att ersätta utan tolknings- och tillämpningsproblem. Det är även möjligt att det kan uppstå eventuella gränsdragningsproblem mellan dessa begrepp, vilket med fördel hade kunnat analyseras närmare. Dessutom förefaller det vara inkonsekvent att införa ny begreppsanvändning i lagstiftning på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område, men inte på andra områden, såsom inom straffrätten där begreppet missbruk även används. Kanske är en enhetlig och konsekvent begreppsanvändning inom alla olika rättsliga områden svår att genomföra på ett naturligt och bra sätt, men fakultetsnämnden anser att det vore angeläget att åtminstone närmare analysera de följdverkningarna som en sådan partiell begreppsförändring kan medföra.

Sammanfattning

Oaktat de anmärkningar och förslag på förtydliganden som ovan beskrivits finner fakultetsnämnden att förslaget som helhet är välkommet och behövligt. Juridiska fakultetsnämnden tillstyrker därmed överlag utredningens olika förslag.

Remissvaret har på fakultetsnämndens uppdrag beslutats av dekanus, professor Jessika van der Sluijs. Yttrandet har beretts av docent Kavot Zillén. Föredragande har varit utredare Karolina Alveryd. Yttrandet har expedierats av Juridiska fakultetskansliet.



Jessika van der Sluijs



Karolina Alveryd



Stockholms
universitet

Dnr: SU FV-4571-21

2022-04-04

Anders Nilsson, handläggare
Samhällsvetenskapliga fakulteten

Yttrande över remissen *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)*

Samhällsvetenskapliga fakulteten har erbjudits att inkomma med ett yttrande till Områdesnämnden för humanvetenskap över remissen *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)*.

Remissen har besvarats av Institutionen för folkhälsovetenskap och Institutionen för socialt arbete, yttrandena bifogas och utgör i sin helhet Samhällsvetenskapliga fakultetens remissvar.

Detta beslut har fattats av dekanus Yvonne Svanström och föredragande har varit handläggare Anders Nilsson.

Samhällsvetenskapliga fakultetsnämnden

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

Institutionen för folkhälsovetenskap, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), har via Stockholms universitet som remissinstans inbjudits att lämna kommentarer till Samsjuklighetsutredningen (*Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*, SOU 2021:93).

Sammanfattning

Institutionen för folkhälsovetenskap/Department of Public Health Sciences (hädanefter PHS) välkomnar Samsjuklighetsutredningens (SOU 2021:93) målsättning att främja samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser samt gott bemötande. Å andra sidan så är dessa målsättningar bärande inslag även i nuvarande reglering, vilket pekar på att det stora problemet är hur missbruks- och beroendevården fungerar i praktiken, inte bara hur den formellt är organiserad. En viktig fråga att ställa sig är därmed i vilken mån den praktiska tillämpningen förbättras med de föreslagna reformerna.

PHS menar att samverkansproblemen inte kommer att åtgärdas med Samsjuklighetsutredningens reformförslag då en stor andel av missbruks- och beroendevårdens brukare har komplexa problem av olika slag, inte enbart psykiatrisk samsjuklighet. Vidare är och förblir det svårt att särskilja exempelvis prevention och uppsökande verksamhet (socialtjänstens område) från tidiga behandlingsinsatser (som föreslås bli enbart regionens ansvar). Det finns med nuvarande förslag fortsättningsvis betydande gränsdragningsproblem i huvudmännens ansvarsområden. Slutligen underskattar utredningen de resurser och den tid som krävs för en administrativ och organisatorisk reform som denna.

Lagstiftade krav på organisatoriskt integrerade och gemensamt finansierade enheter likt de som presenteras kan motverka de problem vi ser idag. PHS *tillstyrker därför förslag 6* om att “samordnade vård- och stödverksamheter” ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessa enheter bör dock vara tillgängliga för alla med olika former av samordningsbehov och ska inte begränsas till enbart brukare med någon form av psykiatrisk samsjuklighet eller funktionsnedsättning. Dessa gemensamma enheter kan med fördel utreda, hantera och gemensamt

Institutionen för folkhälsovetenskap CHESS | SoRAD

CHESS är ett samarbete med Karolinska Institutet

finansiera andra insatser såsom vistelse vid ett Hem för vård eller boende (HVB) eller tvångsvård. Det finns vidare problem både med att omformulera definitionen av HVB för just denna målgrupp och med att integrera tvångsvård enligt LVM (lag om vård av missbrukare i vissa fall) med LPT (psykiatrisk tvångsvård). Därför *avstyrker PHS förslag 5 (om HVB) och förslag 10 (om tvångsvård)*, vilket för närvarande utreds vidare (Dir. 2021:96). Psykosocial och psykologisk behandling som idag orsakar problem i ansvarsfördelningen mellan huvudmännen kan ges via de föreslagna integrerade enheterna (förslag 6) vilket medför att huvudman för missbruks- och beroendevård är av mindre betydelse. Det är redan en självklarhet att det är sjukvården som ger medicinsk och läkemedelsbaserad vård. Likaså är det logiskt att socialtjänsten ger stöd i livsföringen i övrigt. Därmed är förslag 4 (om socialtjänstens ansvarsområden) och huvudmannaskapsflytten (förslag 1) överflödiga. PHS *tillstyrker dock förslag 2* om att sjukvården ska ge samordnad och samtidig medicinsk vård för beroende och psykiatriska tillstånd, *samt förslag 3* om att sprututbyten ska vara obligatoriska och utvecklas till lågtröskelmottagningar. Ökad tillgång till personliga ombud för de brukargrupper som behöver det samt stärkt brukarinflytande är viktiga och *förslag 7–8 tillstyrks*. Slutligen *tillstyrker PHS förslag 9* om sammanhållen uppföljning. Ställningstagandena vidareutvecklas i yttrandet.

Inledning och allmänna synpunkter

Samsjuklighetsutredningens (SOU 2021:93) mest genomgripande reformförslag om att flytta behandlingsansvaret från kommunernas socialtjänst till regionernas hälso- och sjukvård, samt att integrera tvångsvårdslagarna, presenteras ett decennium efter att Missbruksutredningen (SOU 2011:35) introducerade liknande förslag. Ett skäl som betonats både då och nu till stöd för en huvudmannaskapsreform är de samverkansproblem *mellan* och *inom* huvudmän som återkommande har rapporterats. Ur ett behandlingssystemsperspektiv är också samverkan mellan olika vårdgivare, kontinuitet och access till vård, stöd och behandling som matchar en heterogen brukargrupp av största vikt. Samtidigt indikerar föreliggande utredning liksom flertalet andra källor att många brukare faller mellan stolarna eller nekas vård/insatser. Medan Missbruksutredningen anförde argument om att socialt integrerade personer inte nås av missbruks- och beroendevården så utgår Samsjuklighetsutredningen från motsatt håll, med utgångspunkt i komplexa vårdbehov i form av psykiatrisk samsjuklighet. Reformförslaget är detsamma, men fokus och argumentation skiljer sig något.

Gemensamt för båda utredningarna (2011, 2021) är en retorik som framför att problematiskt substansbruk ingår i psykiatriska och medicinska diagnosmanualer (ICD och DSM) och därmed bör betraktas som en angelägenhet för sjukvården, snarare än socialtjänsten. Redan före Missbruksutredningen hade sjukvården i flera avseenden fått en mer framträdande roll i missbruks- och beroendevården i Sverige genom utvidgning och införande av flertalet skademinimerande insatser som faller under medicinsk rubrik, t.ex. LARO (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) och sprututbyte. Den jämförelsevis höga narkotikarelaterade dödligheten har därefter bidragit till fler medicinska skademinimerande insatser, t.ex. införandet av Naloxon som häver opioidöverdoser.

Samsjuklighetsutredningen lägger med rätta stor vikt vid insatser av detta slag. Samtidigt tonas ett socialt perspektiv och fokus på sociala problem, som är vanliga i målgruppen, på många sätt ner i utredningen fastän sådana insatser anses vara en förutsättning för att behandling ska kunna fungera.

Missbruksutredningens förslag 2011 mötte omfattande kritik kring förslag på organisering och styrning av missbruks- och beroendevården. Remissinstanserna betonade bland annat: att reformen inte skulle åtgärda utan snarare skapa nya gränsdragnings- och samverkansproblem, vikten av ett helhetsperspektiv och en kombination av kompetenser (ett bio-psyko-socialt perspektiv), brist på kompetens och intresse inom sjukvården, samt riskerna med ett avsmalnat medicinskt perspektiv och försämrade juridiska rättigheter. Utredningen utmynnade istället i en lagstadgad skyldighet för regioner och kommuner att ingå överenskommelser om samarbete och ansvarsfördelning i den lokal-regionala missbruks- och beroendevården (Prop. 2012/13:77, uppföljt i Vårdanalys Rapport 2017:1).

Situationen idag, när förslaget återlanseras, är i grunden densamma. Skillnaden är den fortsatta expansionen av medicinska skademinimerande insatser, en noterbar uppgivenhet över de fortsatta samverkansproblemen som långt ifrån åtgärdats genom de lagstadgade samverkansöverenskommelserna, att de som då starkt förespråkade en behandlingsansvarsflytt har fortsatt sitt påverkansarbete i olika kanaler samt att en del tyngre instanser som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), som tidigare motsatte sig en huvudmannaskapsreform, bytt hållning.

Utöver vikten av samordning, kontinuitet, tillgång till vård och ett utbud som passar en bred brukargrupp så erbjuder behandlingssystemsforskningen inga svar på vilken organisation som är bäst lämpad att hantera missbruks- och beroendeproblem och förbättra befolkningens hälsa. Vidare kan vi konstatera att de brukare som finns i den specialiserade missbruks- och beroendevården, både i Sverige och många andra länder, ofta har problem inom många livsområden. För personer med komplexa problem kommer det alltid att finnas samordningsproblem och det finns därmed ingen generell organisationslösning som kan eliminera behovet av skraddarsydd samordning. Med den reform som här föreslås kommer sjukvården och socialtjänsten fortsättningsvis att behöva samverka i många fall.

Det finns inga helt neutrala begrepp inom detta fält och vi noterar att utredningen använder sig av olika benämningar på målgruppen: "skadligt bruk och beroende *samtidigt* med andra psykiatriska diagnoser" (s. 77), "personer, med psykisk funktionsnedsättning *på grund av* skadligt bruk och beroende" (s. 493), "personer som till följd av psykisk ohälsa har psykiska *funktionsnedsättningar*" (s. 503), "alla psykiatriska sjukdomar, *inklusive* skadligt bruk och beroende" (s. 503), "personer med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd" (s. 559), "personer med *samsjuklighet ... och övriga personer* med skadligt bruk och beroende" (s. 559) (våra kursiveringar).

Denna otydlighet speglas även i utredningens val att vidga uppdraget till att gälla alla med problematiskt substansbruk. *Samsjuklighetsutredningen* initierades med utgångspunkt i "samsjuklighet" definierat som "missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

” (Dir. 2020:68, s. 1). Utredningen inhämtade således kunskap och formulerade målbilder tillsammans med personer med just samsjuklighet och deras anhöriga. Efter en hemställan från SKR till regeringen 2020 och publicerat arbetsmaterial om utredningens inriktning 2021 vidgades uppdraget, och därmed reformförslagen, till alla i behov av vård för problematiskt substansbruk. Proceduren framstår som märklig, underlaget kan ifrågasättas och reformförslagen försummar flertalet brukargrupper. Utredningen konkluderar att omkring ”hälften av alla vuxna personer med skadligt bruk eller beroende samtidigt har en annan psykiatrisk diagnos” (s. 102), vilket betyder att ungefär hälften inte har det. De målbilder som presenteras (s. 284ff) känns dock igen från andra sammanhang och är rimligtvis applicerbara även på en bredare brukargrupp.

Vi utgår i yttrandet ifrån att inte alla med ett “skadligt bruk” av alkohol eller narkotika har en psykiatrisk sjukdom och har valt att utgå ifrån och använda oss av benämningen “brukare” av vård och insatser som kan ha olika problem och behov av samordning av olika slag.

Kommentarer på Samsjuklighetsutredningens 10 reformförslag

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård

PHS ser fördelar med en förtydligad ansvarsfördelning, men samverkans- och gränsdragningsproblemen kommer att kvarstå med utredningens förslag. Det gäller i synnerhet mellan prevention eller uppsökande och tidiga behandlingsinsatser, mellan vad som är att anse som ett behandlingsbehov och ett stödbehov. Frustrationen över att inte ha mandat att besluta om den andra huvudmannens insatser kvarstår, t.ex. om den uppsökta personen inte antas i behandlingen, om den som behandlas inte får hjälp med bostad, osv.

Missbruks- och beroendevården bör integreras snarare än att ansvaret flyttas. Huvudman blir därmed mindre viktigt och en huvudmannaskapsflytt överflödigt. Vi ser även flertalet svårigheter med en huvudmannaflytt, vilket utvecklas här.

En huvudmannaskapsreform kräver mycket stora investeringar och det är ytterst tveksamt om den tid och de stimulansmedel och implementeringsstöd som utredningen presenterar räcker för att säkra de ekonomiska resurser och den kompetensförsörjning som behövs för att säkerställa att missbruks- och beroendevården blir välfungerande inom överskådlig tid. En förutsättning för denna reform är att tillräcklig finansiering säkras dels genom statliga omställningsmedel, dels genom utökade budgetar hos båda huvudmännen. Att det tar tid påvisas av den långsamma utvecklingen mot överenskommelser som fungerar i praktiken (Prop. 2012/13:77, Vårdanalys Rapport 2017:1, Öppna jämförelser för 2021).

Vi anser att det finns vägande skäl att tro att en huvudmannaskapsflytt inte kan råda bot på de brister vi ser i beroendevården idag. En mer centraliserad organisering kan ha bättre förutsättningar att upprätthålla specialistkompetens och ett brett vårdutbud, men det är ingen garanti att detta sker och de geografiska avstånden kan istället bli långa. Beroendevård är en liten specialitet inom regionerna

vilket troligen bidrar till dess låga status och svårigheter att säkra nödvändig personalkompetens och resurser enligt hälso- och sjukvårdens prioriteringsordning. Utredningen betonar i annat sammanhang att nuvarande brister kan förstås mot bakgrund av ”resurser, kompetens, arbetsätt och kultur inom hälso- och sjukvården” (s. 25). Det finns god kompetens i beroendefrågor i flertalet regioner, men andra regioner vittnar om problem med kunskapsförsörjning, personalomsättning och lågt intresse att arbeta med personer med substansbruksproblem. Utredningen diskuterar således även en kompetensväxling från kommuner till regioner för att möjliggöra huvudmannaflytten (s. 606). I skrivande stund förekommer återkommande rapporter i media om instabila organisationer och intagningsstopp även i en väletablerad beroendevårdsorganisation. Att flertalet regionerna ännu idag har problem med att finansiera och driva verksamheter som de under lång tid ansvarat för, såsom medicinsk abstinensvård, samt möjligheten att få hjälp inom primärvården, väcker frågan hur snabbt regionerna i praktiken skulle klara att växla upp till att ta över det fulla behandlingsansvaret.

En viktig aspekt som utredningen inte berör är de samverkans- och kontinuitetsproblem som privatisering, konkurrensutsättning, samt olika ersättningsmodeller kan medföra i både sjukvård och socialtjänst. Det lokala självstyret är starkt i Sverige. Utöver lagstiftade krav kring offentlig upphandling så får kommuner och regioner själva avgöra hur vården organiseras – t.ex. drivas i offentlig regi eller i konkurrens överlätas till privata aktörer, om vården ersätts genom anslag eller genom prislistor med schablonersättningar för olika aktiviteter. Statliga myndigheter och utredningar bortser oftast från sådana organisatoriska förklaringar eller styrningsformer som roten till de problem som kan skönjas. Forskning visar dock att fragmentisering och samverkansproblemen många gånger förvärras av sådana faktorer. Det kan ta många år att arbeta upp en god förståelse för varandras ansvarsområden och kompetens samt skapa ett gemensamt arbetsätt. Sådan samverkan, likt en integrerad enhet (förslag 6), kan snabbt erodera vid återkommande byten av vem som ska driva en enhet. Vidare är det vanligt förekommande att schablonersättningar inte tar höjd för eller ersätter tid för samverkan och ger incitament till snabba och korta besök fastän såväl brukare som personal ofta efterfrågar mer tid i det klient-/patientnära arbetet (dvs. ”pinnar” inom sjukvården). Att flytta behandlingsansvaret löser inget av ovannämnda problem, vanliga såväl inom kommuners som regioners organisationer. Däremot kunde en integrerad enhet, med en finansieringsmodell i anslagsform likt den som föreslås i reform 6, bidra till stabilitet i organisationen och inbyggd samverkan.

Utredningen lyfter betydelsen av professionellt handlingsutrymme och en organisation som premierar samarbete (s. 24). Vårdanalys (2017:1) visar att dagens finansieringsmodeller inte gynnar samverkan. Forskning indikerar även att regionernas sjukvård är snart sagt lika styrd som socialtjänstens myndighetsutövning och att det är de kommunala behandlingsverksamheterna som förefaller mer flexibla och gynnsamma i dessa avseenden.

Om lagstiftaren väljer att gå vidare med förslag 1 är det av högsta vikt att implementeringen tar fasta på och hanterar de problem som här lyfts.

2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd

PHS tillstyrker förslaget, även om vi vänder oss mot att problematiskt substansbruk nödvändigtvis är ett psykiatriskt tillstånd. Samverkansproblem mellan t.ex. regionernas beroendevård och psykiatri har återkommande lyfts fram och forskningen betonar vikten av att samtidigt och samordnat behandla sådana problem. Vi understryker dock vikten av att brukarperspektivet tas tillvara och den enskildes rättigheter tillvaratas.

3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet

PHS tillstyrker förslaget, inklusive förslagen om en utredning om avkriminalisering av eget bruk och försök med hälsocentral med brukarrum. En förutsättning är att eventuella konsekvenser av fullständig anonymitet och icke-registrering utreds.

Utredningen konstaterar också att sprututbyte kan vara ett steg för att slussas in i LARO-behandling. LARO innehåller dock två komponenter, behandling med läkemedel samt psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. I definitionen av lågtröskelverksamheter avser utredningen dock en verksamhet som på endast en punkt adresserar psykosocialt stöd, nämligen rådgivning i sociala frågor. I beskrivningen av LARO samt sprututbyte fokuseras på somatisk och psykisk hälsa varpå den del som rör psykosocialt stöd i princip negligeras. Ett förtydligande av ansvar för, samt genomförande av, sådant stöd bör införas både gällande sprututbyte samt brukarrum.

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

PHS tillstyrker förslaget då det överensstämmer med gällande lagstiftning. Detta kan med fördel hanteras vid de integrerade enheterna (förslag 6).

5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB)

PHS avstyrker förslaget. Finansieringsfrågan har flertalet gånger lyfts som bidragande till samverkansproblemen (se Vårdanalys 2017:1) och detta förslag med delat betalningsansvar riskerar att skapa nya problem i och med att socialtjänsten fortsättningsvis ska ansvara för placeringar. Utredningen föreslår vidare att HVB för målgruppen omdefinieras från boende i kombination med ”vård eller behandling” till boende i kombination med ”stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv” (se Författningsförslag 1.10, s. 60, s. 365). HVB framställs här ungefär som de stödboendeverksamheter som idag finns i många kommuner och det är orimligt att HVB definieras olika för olika målgrupper. Det är svårt att hitta källor, men vi kan anta att brukare vanligen uppfattar HVB som behandling snarare än en stödåtgärd och HVB:n måste enligt tillståndet tillhandahålla evidensbaserade behandlingsmetoder. Vi får inte heller bortse från att HVB-vården idag främst drivs av privata vårdkoncerner. Huruvida de vill driva nedgraderade verksamheter

som troligtvis medför en lägre prislapp än mer omfattande vårdinsatser på HVB är oklart. Utredningen har haft dialog med privata vård- och omsorgsgivare, men det förblir svårt att bedöma hur HVB-vården för brukare med problematiskt substansbruk skulle utvecklas med denna reform. Slutligen är det anmärkningsvärt att tredje sektorns betydelse ignoreras i utredningen. Medan ideella aktörer har tappat mark i Sverige så har t.ex. Norge i utredningar om styrning av missbruks- och beroendevården särskilt fokuserar den positiva betydelsen av frivilligorganisationer, såväl ekonomiskt som för den sociala integreringen.

6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst

PHS tillstyrker ett lagstiftat krav på integrerade enheter, förutsatt att de vänder sig till alla brukare med komplexa vård-, stöd- och samverkansbehov och inte enbart de med psykiatrisk samsjuklighet eller funktionsnedsättning. Med nuvarande förslag 1 och en snäv variant av förslag 6 tillgodoses inte behoven hos flertalet brukargrupper. Begreppet ”psykisk funktionsnedsättning” är dessutom inte tillämpligt då det dels förutsätter en medicinsk diagnos, dels signalerar att substansbruksproblemen och den psykiska ohälsan är av långvarig kronisk karaktär, vilket kan upplevas som stigmatiserande. Det finns även en risk att resurser i högre grad går till att bedöma om en brukare uppfyller kriterierna än till att ge behandling.

En organisatoriskt integrerad och gemensamt finansierad modell har starkt stöd i forskning då den uppfyller behovet av samordnad vård på bästa sätt. Bland annat Vårdanalys (2017:1) har pekat på integrerade enheter som en framgångsfaktor för samverkan och därigenom för att möta brukarens behov. Att ett stort antal länder organiserat insatser för problematiskt substansbruk inom den medicinska beroendevården är i sig inget tungt argument i detta avseende. T.ex. skulle en integrerad enhet gynna även personer med få sociala och ekonomiska resurser i kombination med långvarigt problematiskt alkoholbruk som även fortsättningsvis behöver insatser och vård från både sjukvård och socialtjänst. Ett annat exempel är unga cannabisrökare med problem i skolgången. Utredningens utgångspunkt i psykiatrisk samsjuklighet och i viss mån skademinimering på narkotikaområdet är lovvärd, men innebär inte att vi får tappa bort andra grupper.

Om lagstiftaren väljer att bryta ut missbruks- och beroendevård ur ramlagarna för att inrätta en ny särskild lag (förslag 6 och Författningsförslag 1.1, s. 35ff), så bör denna lag rikta sig till en bred målgrupp i behov av vård och stöd för substansbruksproblematik (ej enbart samsjuklighet). Vidare så kunde lagen med fördel reglera samtliga aktiviteter och verksamheter, inkl. tvångsvård, som riktar sig till en bred målgrupp i behov av vård, stöd, samordning och kontinuitet. De integrerade enheterna bör även ha myndighetsutövande funktioner för att kunna hantera de beslut som ska tas i enskilda ärenden. Vi anser dock att användningen av begreppet ”myndighetsutövning” är allt för snäv och utgår från en idealiserad uppfattning om att myndighetsutövning enkelt kan skiljas från övrig verksamhet. När det gäller verksamheter som riktar sig till en sårbar grupp med stora och komplexa

behov som i detta fall anser vi att detta är en grov förenkling av verkligheten där sättet begreppet används inte stämmer överens med individens/anhörigas uppfattning av hur maktrelationerna ser ut.

7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet

PHS tillstyrker förslaget, även om det blir överflödigt om integrerade enheter inrättas och fungerar väl. Begreppet samsjuklighet är dock missvisande då de som här avses vara i behov av ett personligt ombud är personer med en betydande psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk eller beroende (kap 13.3.1) och ej de som har både en psykiatrisk diagnos samt ett skadligt bruk eller beroende utan funktionsnedsättning. Även andra brukargrupper kan vara i behov av ett personligt ombud i sina vård- och stödkontakter.

8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer

PHS tillstyrker förslaget men understryker vikten av att ta tillvara de beprövade metoder för delaktighet som redan finns inom psykiatri-, och beroendevård samt socialtjänst, utveckla dessa och skapa strukturer för systematiskt brukarinflytande.

9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga

PHS tillstyrker förslaget men betonar att registren bör inkludera alla brukare och inte enbart fokusera på samsjuklighet. Vidare måste brukarens integritet beaktas.

10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån analysen i SOU 2021:93

PHS avstyrker förslaget. Den största farhågan med förslaget, vilket också utredningen tar upp, är att allvarligt missbruk/beroende och samtidig psykisk ohälsa kan komma att definieras som en allvarlig psykisk störning. Konsekvenserna av detta är svåra att överblicka men vi anser att det inte är något som kommer gagna den målgrupp som i dag är aktuell för vård enligt lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), eller unga som har ett allvarligt substansbruk och som av den anledningen i dag blir föremål för vård utan samtycke enligt LVU (lag om vård av unga). Det är oklart vad som kommer ske med den målgrupp som i dag är aktuell för LVM-vård som *inte* ryms inom begreppet samsjuklighet. LVM-klienterna har ofta stora och komplexa vårdbehov inom många livsområden, men det är inte därmed sagt att detta alltid kräver en klassificering som ”samsjuklig”. Frågan kvarstår vad som ska hända med gruppen som ”enbart” har ett skadligt bruk av substanser.

Ett alternativ som inte tas upp, givet utredningens utgångspunkt, är att ”LVM-gruppens” komplexa vårdbehov också skulle kunna täckas genom att SiS fick ett utökat ansvarsområde/uppdrag. En mer öppen diskussion kring olika alternativ hade varit önskvärd.

Som utredaren påpekar finns det flera väsentliga skillnader mellan dagens LVM och LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård). Bland dessa nämns vårdtiden, som är maximalt sex månader enligt LVM

men som inte har någon bortre gräns i LPT (dock ska beslutet omprövas var 6:e månad). Detta är en mycket betydelsefull skillnad som dels riskerar att öka den maximala tvångsvårdstiden för en delvis ny målgrupp (inklusive unga som i dag vårdas enligt LVU på grund av eget missbruk eller beroende), dels innebär en försämrad insyn genom att beslutsrätten om förlängd vård utan samtycke i praktiken läggs på en enskild aktör – överläkaren (till skillnad från den kommunala socialnämnden enligt LVM).

Utredningen framhäver möjligheten i dagens LPT att höra en lämplig sakkunnig (dvs en annan läkare) som en rättssäkerhetsgaranti – en möjlighet som saknas i LVM. För att detta argument ska ha någon större tyngd behövs ett bättre empiriskt underlag som visar hur detta institut används i praktiken. Det finns forskning som visar att sakkunnigutlåtet oftast överensstämmer med chefsöverläkarens ställningstagande och andra har påpekat problemen med den kollegialitet som finns mellan två företrädare för en relativt liten krets av psykiatrisk läkarkompetens som det här handlar om och att den sakkunniges faktiska oberoende kan ifrågasättas. Ett alternativ som inte lyfts alls, givet utredningens allmänna utgångspunkter, är att en liknande funktion lika gärna skulle kunna införas i LVM om det finns ett sådant behov.

Förutom eventuella problem med oberoende och kollegialitet mellan överläkaren och sakkunnig läkare anser vi att förvaltningsrättens möjligheter till insyn och överprövning av de diagnostiska kriterier som ligger till grund för vård enligt LPT är små och troligen mindre än de rekvisit som i dag utgör grunderna i LVM. Överläkarens maktövertag gentemot den enskilde och gentemot rätten är sannolikt avsevärt mycket större inom LPT jämfört med motsvarande i LVM. År 2020 inkom 14633 psykiatrimål till förvaltningsrätterna i Sverige och 1253 LVM-mål. Motsvarande inkom 2116 psykiatrimål till kammarrätterna och 368 LVM-mål. Även om det inte är exakt samma mål detta handlar om, kan relationen mellan inkomna mål på de olika nivåerna i rättskedjan ge en fingervisning om benägenheten att överklaga. För LVM-målen är andelen inkomna mål till kammarrätterna nästan 30% av inkomna mål hos förvaltningsrätten, medan motsvarande andel för psykiatrimål är knappt 15%. Det finns anledning att tro att benägenheten att överklaga beslut om psykiatrimål är lägre jämfört med LVM, vilket kan vara ett tecken på att psykiatripatienter är i ett större underläge – men också att det stora antalet mål kan betyda att domstolsprövningen är ritualiserad och summarisk.

Att initiativet till vård utan samtycke enligt LPT ligger hos överläkaren, som samtidigt är vårdgivare, betyder att överläkaren indirekt kan komma att påverkas av överväganden som ligger utanför individens faktiska vårdbehov, såsom tillgången till vårdplatser, personalsituationen och selektionsmekanismer som innebär att vissa patienter anses vara mer eller mindre vårdbehövande, besvärliga, önskvärda. Det finns även här forskning som pekar på sådana risker. Sannolikheten att en överläkare påverkas av sådant som handlar om verksamhetens behov och situation snarare än patientens dito, är enligt vår bedömning påtaglig. Förfarandet vid vård utan samtycke enligt LVM har, i jämförelse, en annan maktfördelning mellan parterna: Det är socialtjänsten och den kommunala socialnämnden som har initiativrätten (och -plikten). Deras beslut om att ansöka om vård enligt LVM kan givetvis

påverkas av exempelvis ekonomiska hänsynstaganden, men lagen stadgar att kommunen är *skyldig* att inleda ett LVM-ärende om det är sannolikt att en individ uppfyller rekvisiten i lagen – och underlåtenhet att göra så kan innebära straffansvar för enskilde tjänstemän (vilket också inträffat, se RH 2011:27). När väl den andra parten, förvaltningsrätten, har prövat ansökan och fattat beslut om vård enligt LVM, är Statens institutionsstyrelse (SiS), som tredje part, en skyldighet att anvisa plats. SiS har därmed ingen möjlighet att avvisa någon klient utifrån ekonomiska eller andra ovidkommande hänsyn.

En väsentlig skillnad mellan vårdformerna gäller vård i öppnare former. Sedan 2008 finns möjlighet att ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) som alternativ till slutenvård enligt LPT. Vård i öppnare former har däremot varit inskrivet i ordinarie LVM sedan lagen tillkom. Enligt 27 § LVM ska alla klienter erbjudas vård i annan form så fort detta är möjligt. Ansvaret för att anordna vård i annan form åvilar socialnämnden och kräver därmed en samverkan mellan kommunen, SiS, utföraren och brukaren. Det finns också studier som pekat på risken att den totala användningen av tvång ökat i och med att denna nya vårdform introducerades.

Slutligen vill vi peka på skillnaderna när det gäller särskilda befogenheter i LVM och LPT. I dag finns exempelvis inga möjligheter till tvångsmedicinering eller bältesläggning inom LVM och det vore djupt bekymmersamt om personer som lider av allvarligt substansbruk och samtidigt psykisk ohälsa riskerar bli föremål för flera och mer ingripande tvångsåtgärder än vad som är fallet i dag – inte minst från ett genus- och ungdomsperspektiv.

Bristerna i rapporteringen när det gäller användningen av särskilda befogenheter inom LPT-vården, särskilt bältesläggning, har uppmärksammats vid flera tillfällen. Men bristerna gäller även statistiken om den psykiatriska tvångsvården generellt. Enligt Socialstyrelsen har kvaliteten successivt förbättrats sedan uppgifterna började samlas in 2009, men det framgår också att ”statistiken fortfarande är osäker”.¹ Detta är djupt bekymmersamt, inte minst från ett rättssäkerhetsperspektiv. Att det i dag saknas tillförlitlig statistik om denna ingripande vårdform, som berör tusentals människor och som enligt förslaget kan komma att omfatta ännu fler personer, är i sig ett tungt argument mot förslaget.

Ytrandet har utarbetats av Jessica Storbjörk, Lena Eriksson, Therese Reitan, Tove Sohlberg, Kerstin Stenius och Jenny Cisneros Örnberg. Beslut i detta ärende har tagits av institutionsstyrelsen vid Institutionen för folkhälsovetenskap 2022-03-29. De vetenskapliga referenserna kan på begäran fås från författarna.

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatrisk-tvangsvard/>

Yttrande över Remiss av betänkandet Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)

(författat av docent Katarina Piuva, Fil.dr. Eva Samuelsson och professor Mats Ekendahl, samtliga vid Institutionen för socialt arbete, SU)

Sammanfattning

Stockholms universitet har anmodats yttra sig över rubricerade betänkande. På Institutionen för socialt arbete ser vi stora fördelar med en samordnad verksamhet för individer med komplexa behov. Dock är vi kritiska mot förslaget som enligt nuvarande skrivning innebär en ytterligare medikalisering av komplexa mänskliga problem och en samtidig försvagning av det sociala perspektivet i stödet till människor med substansbruksproblem och psykiska problem. Denna utveckling står i strid med det sociala arbetets kärnvärden och med senare års kritiska samhällsvetenskapliga forskning om medikaliseringens konsekvenser för hur samhället hanterar avvikande beteende.

Vi finner dock utredningsarbetet ambitiöst och instämmer med några delar av de problembeskrivningar och lösningsförslag som betänkandet redogör för. T ex bör införandet av samordnade vård- och stödverksamheter i samtliga regioner lagstadgas, med reservation för att kriteriet om krav på "psykisk funktionsnedsättning" tas bort och ersätts med termen "komplexa behov". Vi tillstyrker även förslagen om ökad tillgänglighet till lågtröskelmottagningar med sprututbytesverksamhet, utredning om avkriminalisering av eget bruk av illegala substanser, försök med hälsocentral med brukarrum för säker substansanvändning, ökad tillgång till personliga ombud, program för förstärkt brukarinflytande samt sammanhållen uppföljning utifrån målgruppens behov.

Vår ståndpunkt är dock att den stigmatisering som målgruppen erfar inte kan avhjälpas genom "ny" terminologi i lagstiftningen och genom punktsatser som ytterligare understryker att målgruppen är sjuk och behöver vård. Det behövs snarare ett radikalt nytänkande kring hur samhället (stat, regioner, kommuner och civilsamhälle) hanterar och avhjälpes den exkludering, marginalisering och stigmatisering som är grogrund för och förstärks av substansbruk och psykiatriska besvär.

Vi stöder förslaget att skapa samordnade verksamheter där brukarna får hjälp från både medicinsk och social expertis, men vi menar att förslaget reducerar betydelsen av socialt arbete och psykosocial behandling samt bidrar till medikaliseringen av en komplex social problematik. Den nuvarande gränsdragningsproblematiken mellan socialtjänstens ansvar och det medicinska ansvaret kvarstår och cementeras i den föreslagna samordnade verksamheten.

Allmänna synpunkter:

- Att ersätta begreppen "missbruk" och "missbrukare" i nuvarande lagstiftning är vällovligt, men begreppen som föreslås – "skadligt bruk" och "beroende" är även de kontroversiella. Dessutom bortser utredningen från senare år "substansbrukssyndrom" som lanserats i och med DSM5. Begreppsförändringen i lagstiftning bör diskuteras i en särskild utredning.

- Begreppet "samsjuklighet" är även det problematiskt och utgår från en medicinsk diagnostisering, och istället föreslår vi "personer med komplexa vårdbehov" för att minska stigmatisering och betona att det är behoven som bör styra vårdens utformning, snarare än diagnoser.
- De målbilder som tagits fram i betänkandets arbete kan antas vara gällande för alla människor i behov av vård och omsorg, inte bara personer med substansbruksproblem och psykisk ohälsa. Det förefaller samtidigt mycket problematiskt att generalisera lösningar som passar för en specifik grupp av personer med "samsjuklighet" till den stora och mycket heterogena grupp av människor som upplever substansbruksproblem.
- Konsekvenserna av att en stor del av den primärvård som förväntas ta ett större ansvar för hantering av skadligt bruk och beroende idag utgörs av privata aktörer med vinstintresse nämns inte i betänkandet, men behöver övervägas och problematiseras noggrant.
- Betänkande saknar beskrivning av rutiner för uppföljning inom socialtjänst, det omfattande arbete som idag görs genom användning av Addiction Severity Index (ASI). Utgångspunkten att hälso- och sjukvården har bättre förutsättningar för att bedriva evidensbaserade insatser grundar sig i en medicinsk modell, och det går att ifrågasätta i vilken utsträckning personer med komplexa vårdbehov går att med enkelhet placera in i tillgängliga manualbaserade behandlingsinsatser och förvänta sig goda resultat utan hänsyn till psykosociala omständigheter.
- Svårigheten att idag få personal med rätt kompetens och vilja att arbeta med målgruppen har tidigare anförts som skäl av regioner för nedläggning av integrerade mottagningar. Omfattande kompetensutvecklingsarbete krävs för att höja statusen på att arbeta med målgruppen och förbättra bemötandet bland relevanta professioner, särskilt inom psykiatrin.
- Medel för att möjliggöra forskning för att följa utvecklingen vid eventuella implementeringar av betänkandets förslag är av yttersta vikt.
- Implikationerna av ett eventuellt införande av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation bör noga övervägas för att inte skapa parallella och mer omfattande administrativa uppgifter för verksamheterna, utan snarare ersätta nuvarande system och ha en tydligare personcentrering för att möjliggöra uppföljning på individ- och verksamhetsnivå. Utformningen bör ta hänsyn till de slutsatser som görs av Tillitsdelegationen som är utgångspunkt för omställningen mot en god och nära vård.
- Förslagen som berör ökad kunskapsstyrning av socialtjänsten och införandet av en bestämmelse om att verksamhet inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet förutsätter att resurser finns på kommunal nivå för att förbättra möjligheterna till forskning och systematisk uppföljning på olika nivåer. Samverkan mellan kommun och region inom ramen för kunskapsstyrningen bör inte ske på bekostnad av ett socialt perspektiv. Inte heller uppföljning bör ensidigt utgå från medicinska kriterier.
- Det sociala perspektivet saknas i stort i betänkandets genomförande, bland annat i termer av forskningshänvisningar.

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.

Institutionen för socialt arbete instämmer med beskrivningen att samordningen mellan och inom huvudmän idag i allra högsta grad är bristfällig. Vi är eniga med de risker som betänkandet redogör för på s. 310f och vill problematisera dem ytterligare.

Det psykosociala behandlingsarbete som idag bedrivs av kommunernas öppenvårdsverksamheter kommer i och med betänkandets förslag att försvinna, liksom de möjligheter att kostnadsfritt delta i sådant psykosocialt stöd och behandling utan krav på föregående behovsprövning (som föreslagits utökas i *Framtidens socialtjänst*). Därmed finns en risk att tillgängligheten minskar till följd av betänkandets förslag. Dessutom minskar rättssäkerheten genom att möjligheten att överklaga försvinner.

Det omfattande motiverande arbete (s. 316) som idag bedrivs av socialtjänsten som i betänkandets nya förslag skulle bli kategoriserat som psykosocialt stöd, riskerar med förslaget att nedvärderas och förlora den avgörande kopplingen till psykosocial behandling. Några exempel på sådan gränsdragningsproblematik mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd är följande:

- En case manager anställd och bekostad av kommunen behöver genomföra det motivations- och samordningsarbete som enligt förslaget borde ligga på en vård- och stödsamordnare anställd och bekostad av regionen. De arbetsuppgifter som beskrivs för vård- och stödsamordnare på s. 440 liknar i hög grad de arbetsuppgifter som idag genomförs av socialsekreterare inom kommunernas vuxenenheter. Det ställer höga krav på att vård- och stödsamordnare inte bara har medicinsk utan även social kompetens.
- Om stöd till närstående ska vara socialtjänstens ansvar, bör det om det ska uppfylla målbilden om att vården ska involvera närstående (s 289) ske integrerat med den verksamhet som den enskilde erbjuds av hälso- och sjukvården. Institutionen för socialt arbete föreslår därmed att psykosociala behandlingsinsatser för substansbruksproblem i hög grad ska erbjudas inom ramen för den samordnade vård- och stödverksamhet där samtidiga insatser kan ges till närstående.
- Ett ytterligare exempel på gränsdragningsproblematik ses i skrivningarna om socialtjänstens ansvar för förebyggande arbete, där "återfallsprevention vid missbruks- och beroendeproblematik" (s. 335) nämns som ett exempel på gruppinsatser på individnivå, men likväl kan benämnas som en psykosocial behandlingsinsats som ska genomföras av hälso- och sjukvården.

En överföring av behandlingsansvaret från socialtjänst till hälso- och sjukvård innebär att personella resurser och kompetens behöver överföras från kommuner till regioner (s. 567). Dock gör betänkandet bedömningen att det inte kommer att påverka det totala antalet sysselsatta. Institutionen för socialt arbete ifrågasätter i vilken grad det finns förutsättningar för kommuner och regioner att genomföra denna reform om det inte medför mer personalresurser. Att medel ska överföras från kommuner till regioner (s. 586) utan att kommuner får ökade medel för att genomföra utökat preventivt (s. 338) och stödjande (bostäder s. 344 och sysselsättning s. 345) arbete är problematiskt. Dessutom befarar institutionen baserat på det resonemang som förs kring exempel och kostnader (s. 588ff) att socionomer som istället får anställning inom hälso- och sjukvården riskerar att få en lägre status i ett mer hierarkiskt system i form av lägre lön och minskat inflytande och handlingsutrymme i jämförelse med tidigare yrkesroll.

Med anledning av ovanstående argument avstyrker Institutionen för socialt arbete betänkandets förslag. Istället rekommenderas införandet av samordnade vård- och stödverksamheter i samtliga regioner där ansvaret för stöd, vård och behandling är fortsatt delat mellan huvudmännen i enlighet med förslag 6 nedan, med reservation för att kriteriet om krav på "psykisk funktionsnedsättning" tas bort.

2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Institutionen för socialt arbete tillstyrker förslaget med anledning av att det krävs tydligare incitament för hälso- och sjukvården att bedriva integrerad behandling för substansbruksproblem och psykisk ohälsa.

3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.

Institutionen för socialt arbete tillstyrker förslaget, inklusive förslagen om en utredning om avkriminalisering av eget bruk och försök med hälsocentral med brukarrum. Att regionerna ges incitament till att erbjuda lågtröskelmottagningar med sprututbytesverksamhet i hela landet är av stor vikt.

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.

Institutionen för socialt arbete tillstyrker förslaget men vill betona vikten av att kommunerna ges tillräckliga resurser för att kunna bedriva förebyggande arbete samt erbjuda tillräckliga insatser för boende, sysselsättning och närstående.

5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).

Förslaget om att ansvaret för behandling ska överföras till hälso- och sjukvården medan socialtjänsten ska ha fortsatt ansvar för placering på hem för vård eller boende avstyrks. Förslaget riskerar att renodla HVB-verksamheter till stödverksamheter istället för att utvecklas till psykosociala behandlingsverksamheter som bedrivs i meningsfulla sammanhang. Dessutom uppstår frågetecken kring var och hur bedömning ska ske kring när hälso- och sjukvården inte har uppfyllt sitt ansvar och därmed blir betalningsskyldiga. Faktumet att majoriteten av HVB-verksamheter bedrivs i privat regi av aktörer med vinstintresse skapar än mer otydlighet kring hur denna bedömning ska göras, samt försvårar insyn och uppföljning.

6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Institutionen för socialt arbete tillstyrker förslaget. Sannolikt kan en hög andel av de personer som i dag är aktuella inom socialtjänstens vuxenenheter och regionens beroendevård ha behov av samordnad vård vid en sådan verksamhet. Kriteriet att "behovet föreligger på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras" på s. 447 bör tas bort, eftersom kriteriet är alltför snävt. Begreppet "psykisk funktionsnedsättning" bör inte vara tillämpligt på denna målgrupp av två skäl. Dels förutsätter det en medicinsk diagnos, och dels signalerar det att substansbruksproblemen och den psykiska ohälsan är av en långvarig kronisk karaktär, vilket kan upplevas stigmatiserande för deltagarna. Med anledning av hur behoven ser ut bland målgruppen och att kriterierna för att kunna få omfattas av denna samordnade verksamhet bör breddas, bedömer vi att det inte kommer att vara tillräckligt med en samordnad vård- och stödverksamhet i respektive region och att de beräkningar som gjorts på s. 453 är kraftigt i underkant. Eftersom det är verksamheterna själva som ska bedöma om den enskilde ska få insatser inom ramen för den särskilda verksamheten (s. 454) finns stor risk

för ojämlig vård. Om förslaget att överföra ansvaret för all behandling av skadligt bruk och beroende till hälso- och sjukvården genomförs bör patientavgifter avskaffas inte bara för deltagare inom den samordnade vård- och stödverksamheten utan för alla i behov av beroendevård för att öka tillgänglighet till psykosocial behandling som annars skulle minska.

Omfattande arbete krävs för att skapa "administrativa system som underlättar samordning" (s. 420). Det krävs också en omfattande omarbetning av de ersättningssystem som idag används inom hälso- och sjukvården för att undvika att snabba, medicinska och "enklare" insatser premieras framför långsiktiga, psykosociala och mer komplexa vårdbehov. Det är också viktigt att en eventuell omreglering kring sammanhållen information i vård och omsorg för att förenkla informationsutbytet i sådana integrerade verksamheter inte ensidigt sker utifrån ett medicinskt perspektiv baserat på diagnoskriterier utan även görs utifrån ett socialt perspektiv baserat på enskildes och närståendes behov.

Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet är utformat så att verksamheten, med undantag för myndighetsutövning, kan överlåtas till enskild (s. 573), dvs. privat aktör med vinstintresse. Detta öppnar upp för en ytterligare marknadsiering inom svensk behandling för substansbruksproblem, med risker för minskad insyn, bristfällig uppföljning och kontinuitet samt fragmentiserad vård för målgruppen. Vi anser därmed att verksamheten bör bedrivas i offentlig regi för att stärka insyn och bevara rättssäkerheten för målgruppen.

7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.

Institutionen för socialt arbete tillstyrker förslaget.

8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

Institutionen för socialt arbete tillstyrker förslaget. Långsiktiga medel för brukar-, anhörig- och självhjälpsorganisationer bör tillförsäkras för att de ska kunna ges möjlighet att bidra till vårdens och omsorgens utformning på det sätt som betänkandet föreslår.

9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.

Institutionen för socialt arbete tillstyrker förslaget.

10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys vi presenterar i det här betänkandet.

Institutionen för socialt arbete avvaktar med att göra några bedömningar till det skarpa förslaget har presenterats. Generellt bör kompetenskraven höjas på personal inom SIS verksamheter och inslagen av psykosocialt stöd och behandling utökas. Möjligheten till tvångsvård av personer med substansbruksproblem bör minimeras, och endast handla om akuta omhändertaganden.