

Yttrande Från delar till helhet SOU 2021:93 - Delbetänkande av samsjuklighetsutredningen

Dnr 1559-2021

Förslag till beslut

Regionstyrelsen beslutar att lämna yttrande enligt bilagt förslag.

Sammanfattning

Samsjuklighetsutredningen har lämnat sitt delbetänkande Från delar till helhet på remiss. Utredningen har bedrivits i nära samverkan med personer med samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar inom berörda verksamheter. Målbilder har utarbetats för att därefter ligga till grund för utredningens förslag och bedömningar. Utredningen sammanfattas i tio bärande delar som bidrar till att skapa förutsättningar för personer med samsjuklighet att erbjudas en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg.

Samsjuklighetsutredningen föreslår i delbetänkande en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Reformen förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende.

Ny lagstiftning förväntas träda i kraft den 1 januari 2025.

Region Norrbotten ställer sig överlag positiv till utredningens ambitioner och förslag.

Ärendet

Bakgrund

Utredningens ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Utredningens förslag

Utredningens förslag kan sammanfattas i tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandlingen ska ges samordnat med behandling av andra psykiatriska tillstånd.

3. Sprututbyte ska utvecklas till lågröskelmottagning som alla regioner ska erbjuda.
4. Uppsökande och förebyggande insatser, social trygghet, anhörigstöd samt insatser till barn och unga ska vara fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB.
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för dem med stora samordningsbehov ska finnas överallt.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas.
9. Sammanhållen uppföljning ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ska utformas.

Nedan sammanfattas de viktigaste förslagen.

8 Förändrad styrning som involverar målgruppen

Utredningen föreslår en reformering av samhällets insatser till personer med samsjuklighet och att den delvis behöver omfatta hela området skadligt bruk och beroende. Reformens syfte är att bidra till att insatserna till personer med samsjuklighet blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade.

Styrningen behöver i högre grad än i dag involvera målgruppen och ge utrymme för det engagemang och den kunskap som finns hos medarbetarna.

Utredningen har tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga tagit fram ett antal målbilder som sammanfattar vad samhällets insatser till målgruppen förväntas uppnå.

- Tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk
- Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den
- Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig
- Stöd och vård som hänger ihop som en helhet
- Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa
- Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra
- Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg
- En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang
- En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen

- Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk

9 Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen

9.1 Begreppen skadligt bruk och beroende ska användas i både hälso- och sjukvårds och socialtjänstlagstiftningen

Förslag: Begreppen skadligt bruk eller beroende ska användas i alla relevanta författningar på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område.

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

Regionerna har redan i dag ett ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende, men utredningen föreslår att detta ansvar förtydligas.

9.2.1 Hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende

Förslag: Regionens ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende ska tydliggöras genom att det införs en ny paragraf i 8 kap. i hälso- och sjukvårdslagen som säger att regionen inom ramen för sitt ansvar ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver.

9.2.2 Vården ska samordnas med vården av andra psykiatriska tillstånd

Förslag: Att utredning och behandling av skadligt bruk och beroende ska samordnas med utredning och behandling av andra psykiatriska tillstånd tydliggörs genom att det i den ovan föreslagna nya paragrafen i 8 kap. i hälso- och sjukvårdslagen framgår att vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Det tydliggörs även i 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821) genom ett tillägg om att insatser till personer med skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

9.3 Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende

Utredningen föreslår att socialtjänstens inte längre ska ha ansvar för behandling av skadligt bruk eller beroende. De föreslås få ett mer renodlat ansvar inom fyra huvudsakliga områden:

1. Kartläggning av levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet, information om och förmedling till samhällets stöd och annat förebyggande arbete för att motverka skadligt bruk och beroende.
2. Sociala stödinsatser för försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang, med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv.
3. Stöd till anhöriga.

4. Insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden

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

Frågan om ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som vårdas på hem för vård eller boende (HVB) är något som ofta ligger till grund för meningsskiljaktigheter mellan regioner och kommuner. Utredningen föreslår att regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB ska förtydligas och regleras eftersom det finns konstaterade brister inom området.

9.4.1 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård på HVB ska regleras i HSL och SoL

Förslag: Socialtjänsten har fortsatt ansvar för placering på hem för vård eller boende (HVB) både för barn och för vuxna, men definitionen av HVB i socialtjänstförordningen 3 kap. 1 § anpassas till förslaget om socialtjänstens ansvar. Regionen ansvarar dock för hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB, vilket ska förtydligas genom att det regleras i hälso- och sjukvårdslagen.

9.4.2 En individuell plan ska upprättas om det inte är uppenbart obehövt

Förslag: När socialtjänsten beslutar om en insats genom vistelse på HVB ska den underrätta regionen och kalla till upprättande av en individuell plan.

9.4.3 Om regionen inte fullgör sina åtaganden inträder betalningsansvar

Förslag: Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatserna genomförs under placeringen inträder betalningsansvar för en viss del av kostnaden enligt en schablon. Regioner och kommuner kan dock inom ramen för en överenskommelse eller på annat sätt avtala om att betalningsansvar inte ska utgå enligt ovan, eller ska utgå på annat sätt.

10 Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv

Personer med samsjuklighet är en grupp med stor sjukdomsburda och hög överdödlighet. Utredningen understryker vikten av att, parallellt med skadereducerande insatser, också ge somatisk hälso- och sjukvård och, när det är relevant, skapa möjligheter för den enskilde att ta emot psykiatrisk behandling inklusive behandling för skadligt bruk och beroende.

10.1.1 Somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas

Bedömning: Hälso- och sjukvården måste uppmärksamma somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet. I en individuell plan bör både psykiatriska och somatiska insatser ingå och samordnas av en fast vårdkontakt som verkar för att vårdbehoven på båda områdena samordnas. Fast läkarkontakt i primärvården kan ge förutsättningar för ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska vårdbehov.

10.2.1 Ökad tillgång till och mindre vidareförmedling från LARO-behandling

Förslag: Regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att i nära samverkan med forskning och profession stödja implementeringen av tillgänglig kunskap om LARO, samt att ansvara för att det genomförs en regelbunden uppföljning av LARO. Syftet med uppdraget ska vara att öka tillgängligheten till behandlingen samtidigt som risken för vidareförmedling från patienter till personer utanför programmen minimeras.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) ska bestå av behandling med läkemedel samt psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. Om den vårdenhet som ordinerar behandlingen inte själv kan erbjuda psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser, ska det finnas en överenskommelse med kommunen, en annan vårdenhet eller en annan vårdgivare så att patienten kan erbjudas sådan behandling eller sådana insatser. Behandlingen syftar bland annat till att förebygga återfall, förbättra social funktion samt minska medicinska komplikationer, smittspridning och dödlighet.

10.2.2 Sprututbyte utvecklas till lågtröskelverksamheter som ska finnas i hela landet

Förslag: Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ändras så att det blir obligatoriskt för regionerna att bedriva sådan verksamhet och så att syftet blir vidare än i dag och även omfattar att främja psykisk och fysisk hälsa. Bestämmelsen att verksamheterna ska bedrivas så att den enskilde motiveras till vård och behandling tas bort. Begreppet personer som missbrukar narkotika byts ut mot personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Det ska finnas en skyldighet att planera sprututbytesverksamheten utifrån behovet hos målgruppen. Syftet är att öka utbudet av lågtröskelverksamheter som kan erbjuda flera skademinimerande och hälsofrämjande insatser samtidigt. Vidare föreslår utredningen att tillståndskravet och bosättningskravet tas bort.

11 En samordnad verksamhet för dem med störst behov

Utredningen föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Verksamheten

ska regleras i en ny särskild lag. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Verksamheten ska ha en gemensam ledning och styrning.

11.1 En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet införs

Förslag: Regionen och kommunerna i länet ska gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

11.2 Verksamheten ska regleras i en särskild lag

Förslag: Samordnad vård- och stödverksamhet ska regleras i en särskild lag.

11.3 Syftet med verksamheten

Förslag: Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagarens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

11.5 Verksamhetens målgrupp

Förslag: Verksamhetens målgrupp är personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser 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.

11.11 Utökad möjlighet till kommunal samverkan

Förslag: En bestämmelse införs i lagen om en samordnad vård- och stödverksamhet som innebär att en kommun eller region får träffa avtal om att en uppgift, som omfattas av den samordnade vård- och stödverksamhetens uppdrag, helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region.

Genom ett sådant avtal får en kommun eller region utföra uppgifter åt en annan region eller kommun utan hinder av vad som anges i 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) angående att kommuner och regioner inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.

Kommuner och regioner får vidare komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller regionen att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (extern delegering).

11.12 Fördelning av kostnader

Förslag: Regionen och kommunerna i länet ska som huvudregel gemensamt stå för 50 procent vardera av kostnaden för verksamheten i länet, om inte regionen och kommunerna kommer överens om några annat.

Kommunerna ska stå för boendestöd och stöd till sysselsättning. Hälso- och sjukvårdsinsatserna ska regionen stå för. Vård- och stödsamordnarna är ett gemensamt ansvar. Därför är utredningens bedömning att det är rimligt att kostnaderna för verksamheten fördelas jämnt mellan regionen och kommunerna i länet.

11.13 Avtal om verksamhetens bedrivande

Förslag: Regionen och kommunerna i länet ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation.

12 Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning

Utredningen bedömer att lärande inom ramen för en evidensbaserad praktik, kunskapsstyrning och systematisk uppföljning behöver stärkas. Långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom samsjuklighetsområdet bör påbörjas när beslut om utredningens förslag har tagits.

13 Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering

Kunskapen om metoder och arbetssätt som stärker den enskildes inflytande över vård- och stödsatser behöver öka samt implementeras i högre utsträckning. Utredningen lämnar ett förslag om ett nationellt program för ökat kollektivt inflytande för och minskad stigmatisering av personer med samsjuklighet.

14 En gemensam tvångslagstiftning

I direktivet uttalas att det finns ett behov av att stärka vården för personer med samsjuklighet som vårdas utan samtycke med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Enligt direktiven finns det skäl att överväga om en mer integrerad lagstiftning skulle kunna skapa förutsättningar för en mer kontinuerlig vård för personer med en mer allvarlig samsjuklighetsproblematik. Utredningen ska analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer utan samtycke enligt LVM och LPT och om möjligt lämna förslag på hur frågan kan hanteras vidare. I uppdraget ingår inte att ta fram lagförslag.

14.7 Fördelar och nackdelar med en gemensam tvångslag

Samsjuklighetsutredningen sammanfattar för- och nackdelar med gemensam tvångslag.

Fördelar med att regleringen av tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende integreras i LPT:

- tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende och annan psykisk
- sjukdom regleras i samma lag och hanteras som annan psykisk sjukdom,
- vården inleds med automatik på sjukhus,
- hälso- och sjukvården ansvarar för alla behandlingsinsatser oavsett var patienten befinner sig,
- konverteringsreglerna från frivillig vård till tvångsvård blir tillämpliga,
- syftet med tvångsvården kopplas inte enbart till att den enskilde ska bli fri från sitt missbruk utan till nödvändig vård och till stöd på flera livs-områden som kan variera från person till person och från situation till situation,
- intagningsreglerna med vårdintyg och intagningsbeslut inom 24 timmar blir tillämpliga,
- regleringen om öppen psykiatrisk tvångsvård blir tillämplig
- kontinuerlig domstolsprövning av förlängning av vårdtiden,
- den enskilde får rätt till stödperson och
- garanteras sakkunnig i domstolsprocessen.

En integrering i LPT kan bland annat medföra följande **nackdelar**:

- social problematik riskerar att tappas bort,
- vårdtiderna kan vara kortare i LPT vilket kan inverka menligt på förutsättningarna att lösa sociala behov och för att få behandling och rehabilitering att fungera,
- intagningskriterierna i LPT är inte anpassade för skadligt bruk och beroende,
- det är inte domstolen som fattar det initiala beslutet om tvångsvård vilket det är enligt LVM och
- vårdtiderna kan bli längre än enligt LVM eftersom vårdtiden i LPT är inte begränsade.

14.8 Förslag

Utifrån genomförd analys av för- och nackdelar med en gemensam tvångslag krävs det en fortsatt utredning om hur lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård kan utformas för att omfatta personer med skadligt bruk och beroende.

Ekonomiska beräkningar och konsekvenser

Enligt utredningens (sid 581-585) beräkningar uppgick de samlade kostnaderna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten för missbruk och beroende för 2020 till knappt 13,8 miljarder, fördelat på ca 8,4 miljarder för kommunerna och 5,4 miljarder för regionerna. Underlag för beräkningarna har varit kommunernas och regionernas räkenskapsammandrag.

Kommunens kostnader delas in i fem olika delområden;

1. institutionsvård,

2. familjehemsvård,
3. öppna insatser, bistånd som avser boende,
4. öppna insatser, individuellt behovsprövade insatser,
5. öppna insatser, övriga insatser.

Sammantaget beräknas regionernas kostnader öka och kommunernas minska. De kostnadsområden som är av intresse för eventuell överföring till regionerna är 1 institutionsvård och 4 öppna behovsprövade insatser. För delområde 1 bedömdes kostnaden för 2020 vara ca 2,6 miljarder kronor och för område 4 drygt 1,2 miljarder. Av kostanden för område 4 bedömde utredningen att 40 procent utgjorde kostnad för behandling för skadligt bruk och beroende som framgent föreslås bli ett ansvar för regionen och således överförbar.

När det gäller institutionsvården är det den andel av kostnaden som utgörs av psykosocial behandling som ska regleras. Skattningen är dock mycket osäker. Mot bakgrund av den stora osäkerheten och variationen i skattningarna har utredningen valt att räkna på tre olika alternativ för överförbar kostnad till regionerna (10-30 procent).

1. 777 miljoner kronor vid 10 procent.
2. 1 043 miljoner kronor vid 20 procent.
3. 1 309 miljoner kronor vid 30 procent.

Statens kostnader för förslagen består av tre delar;

- kostnader för nya åtaganden,
- kostnader för uppdrag eller liknande till myndigheter, och
- kostnad för stimulansbidrag för införande av förslagen till region och kommuner.

Beslutsförslagets påverkan avseende jämställdhet

Utredningens förslag bedöms ha en viss positiv påverkan på de jämlikhets- och integrationspolitiska målen. Förslagen om en samordnad vård- och stödverksamhet kan bidra till ökad jämställdhet, genom att verksamheternas uppsökande arbete ger möjlighet att hitta och erbjuda insatser till exempel till våldsutsatta kvinnor med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd. Förslagen bedöms direkt och indirekt marginellt kunna påverka jämställdhet mellan könen.

Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet kan också bidra till en ökad jämlikhet i utbud och kvalitet av vård- och stödinsatser eftersom det blir obligatorisk för alla regioner och kommuner att bedriva den här formen av verksamhet. Att det föreslås bli obligatorisk för regionerna att bedriva sprututbytesverksamheter och att bosättningskravet tas bort, innebär att alla

medborgare som har behov av insatsen kommer kunna erbjudas den i den region man befinner sig i.

Bilagor:

Remissyttrande

Från delar till helhet SOU 2021:93 – Delbetänkande av samsjuklighetsutredningen

Protokollsutdrag skickas till:

Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ekonomidirektör

Divisionschefer hälso- och sjukvård