

REMISSVAR "FRÅN DELAR TILL HELHET - EN REFORM FÖR
SAMORDNADE, BEHOVSANPASSADE OCH
PERSONCENTRERADE INSATSER TILL PERSONER MED
SAMSJUKLIGHET (SOU 2021:93)"

Innehållsförteckning

Remissvar ” Från delar till helhet – en reform för samordnande, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)”	3
Sammanfattning	3
Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen	4
Rättssäkerhet.....	4
Samordnad vård och stödverksamhet	5
Öka inflytande och minska stigmatisering	6
Konsekvenser	7
Bilaga	8
Förändrad styrning av insatser för personer med samsjuklighet	8
8.1 Målbilder framtagna av personer med samsjuklighet	8
8.2 Statlig, regional och kommunal styrning av insatser till personer med samsjuklighet.....	8
Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen	9
9.1 Begreppen skadligt bruk och beroende ska användas i både hälso- och sjukvårds och socialtjänstlagstiftningen.....	9
9.2 Regionernas hälso- och sjukvård får ett tydligare ansvar för skadligt bruk och beroende.....	9
9.3 Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende	11
9.4 HVB fortsatt socialtjänstinsats men regionernas ansvar för hälso- och sjukvård förtydligas. 13	
Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv	15
10.1 Helhetssyn på hälsa för personer med samsjuklighet.....	15
10.2 Åtgärder som reducerar skador av skadligt bruk och beroende av narkotika	15
En samordnad verksamhet för dem med störst behov.....	15
11.1 En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet införs.....	15
11.2 Verksamheten ska regleras i en särskild lag.....	16
11.3 Syftet med verksamheten	16
11.4 Verksamhetens innehåll	16
11.6 Påbörjande och avslutande av insatser i verksamheten	19
11.7 Deltagarnas inflytande och delaktighet	19
11.8 Uppföljning	20
11.9 Informationsdelning och sekretess	20
11.10 Styrning och ledning av verksamheten	21
11.12 Fördelning av kostnader	21
Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning.....	21

12.1 Det behövs långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom området	21
12.2 Viktigt att de insatser som erbjuds är baserade på bästa tillgängliga kunskap	22
12.3 Effektivare kunskapsstyrning genom stärkt samverkan och stöd	22
12.4 Bättre uppföljning en viktig del av kunskapsstyrning och förbättringsarbete	22
Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering	22
13.1 Metoder som stödjer individers delaktighet och inflytande behöver utvecklas och stödjas	22
13.2 Det krävs fortsatt utveckling för att stärka gruppens inflytande och minska stigmatisering	22
13.3 Tillgång till oberoende stödfunktioner behöver öka	23
En gemensam tvångslagstiftning	24
Konsekvenser	24
15.1 Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende och annan psykiatrisk sjukdom..	24
Ikraftträdande, förberedelser och stöd till införande	25

Till

Socialdepartementet

Diarienummer S2021/07629

Remissvar ” Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) ”.

Sammanfattning

Samsjuklighetsutredningen är ett regeringsuppdrag vars syfte dels varit att 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, dels att lämna förslag på hur ansvaret kan samlas hos en huvudman.

Förutom samsjuklighetsgruppen (personer som uppfyller diagnoskriterier i ICD-10 för skadligt bruk eller beroende alternativt substansbrukssyndrom i DSM-5 och en annan psykiatrisk diagnos) har utredningen även valt att inkludera personer som endast har skadligt bruk eller beroende. Det har gjorts med hänvisning till att utredningen uppfattar direktiven som att den har utrymme att lägga förslag som även omfattar andra grupper om det krävs för att uppnå syftet med uppdraget. Det innebär inte att diagnosen måste ha ställts. I gruppen kan även personer som aldrig haft kontakt med hälso- och sjukvården eller andra samhällsaktörer ingå.

Utredningen har tagit fram tio bärande förslag som ska vara ett led i att skapa förutsättningar för detta. Förslagen bygger på de målbilder som framtagits i dialog med brukare och anhöriga.

Sammantaget ser vi att införandet av utredningens tio bärande förslag kommer kräva flera förtydliganden och utredningar av konsekvenser för den enskilde. Det behöver förtydligas HUR reformen ska genomföras.

Vi drar paralleller till psykiatrireformen där man valde att enbart beskriva vad som skulle göras men sedan förutsatte att parterna skulle ta eget ansvar för att utveckla verksamheter för att anpassa verkligheten till reformen. Trots att det gått decennier sedan reformen har intentionerna inte fått genomslag och detta har gett negativa effekter för brukarna. Vi hoppas att lagstiftaren tar ansvar för detta och tar vara på de lärdomar som gjordes i samband med psykiatrireformen så att samma misstag inte återupprepas.

I Västernorrland har remissvaret skrivits av en arbetsgrupp bestående av enhetschefer verksamma inom socialtjänstens kommunala missbruk och beroendeeområde: Louise Zetterlund, Timrå kommun; Mia Selling Eriksson, Sundsvalls kommun; Solbritt Höglund, Härnösands kommun; Lena Wälivaara, Kramfors kommun; Jeanette Fredriksson Ching och Malin Schedin, Örnsköldsviks kommun.

Socialekreterar- och behandlarnätverk i länet vars verksamhetsområde är missbruk och beroende samt samverkanspartner inom specialistpsykiatri har givits möjlighet att kommentera.

Länets personliga ombud har också inkommit med kommentarer som gäller punkterna kopplade till ”Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering”

Vi har tagit del av utredningen och vill framföra följande synpunkter på ” Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)”.

Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen

- Vi instämmer inte i utredningens förslag med ett fortsatt delat huvudmannaskap mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Att inte ha alla insatser samlade hos en huvudman kan innebära konsekvenser för den enskilde, dels utifrån undanträngningseffekter som kan leda till att individen inte får den hjälp den har behov av och i vissa fall van att få via socialtjänsten, dels rättssäkerheten för den enskilde. Vi ser även svårigheter med hur reformens förslag ska fungera i praktiken då förutsättningar och resurser ser så olika ut i landet.
- Vi tror att mycket av de problem som idag finns inom missbruks- och beroendevården gällande samordning och samverkan, som både den enskilde och dess anhöriga möter, inte kommer lösas med de föreslagna ändringarna. Snarare kommer nya gränsdragningsproblem att skapas.
- En risk- och konsekvensbeskrivning av ett fortsatt delat huvudmannaskap exempelvis vad gäller ansvarsfördelningen, roller och framför allt mandat saknas.
- Vi ser risker med undanträngningseffekter mot andra patientgrupper. En ingående beskrivning av hur hälso- och sjukvården ska hantera personer med skadligt bruk eller beroende av substanser, problemspelande eller dopning som är i behov av akut och omedelbar hjälp efterfrågas. Även en konsekvensanalys av förslagen bör genomföras i alla regioner/län i syfte att få veta om och i så fall vilka konsekvenser utredningens förslag kan få för den enskilde.
- Vi saknar att utredningen mer ingående beskriver hur vård för barn, unga säkerställs när ansvaret behandlingen för skadligt bruk och beroende övergår till hälso- och sjukvården. Inom socialtjänsten ska barnperspektivet beaktas i alla utredningar och behandlingsinsatser som vi erbjuder. Vilka konsekvenser kommer det innebära för barnet?
- Vidare ser vi att när det gäller anhörigdelen så behöver barnperspektivet lyfts fram och förtydligas än mer. Forskning visar att arbeta med hela familjesituationen är ett framgångsrikt koncept, vilket utredningens förslag inte tar hänsyn till.

Rättssäkerhet

- Utifrån utredningens förslag anser vi att det är av stor vikt att lagstiftningen tydliggör än mer vad som ska ingå i socialtjänstens yttersta ansvar. Vi saknar en mer ingående beskrivning av vilka konsekvenser och innebörd förslaget får utifrån kommunens yttersta ansvar avseende behandling för personer med ett skadligt bruk eller substansberoende, spel om pengar samt samsjuklighet.
- Vi hade önskat en mer ingående beskrivning kring vad utredningens förslag kommer innebära för socialtjänsten i förhållande till det yttersta ansvar. Till exempel kan tidigare rättspraxis vara aktuell utifrån dessa lagändringar samt vilka insatser ska socialtjänsten kunna erbjuda.
- Vi ser risker med att utredningens förslag medför att socialtjänsten fortfarande får ta merparten av kostnaderna för behandlingsinsatser för personer med skadligt bruk och beroende som inte diagnostiserats och där hälso- och sjukvården inte hunnit, inte vill eller utför utifrån hänvisning till att socialtjänsten har det yttersta ansvaret.

Här borde det på liknande sätt som vid HVB vara en skyldighet för hälso- och sjukvården att kliva in annars blir det vite (betalningsföreläggande). Om huvudansvaret för behandlingsinsatser blir hälso- och sjukvårdens ska även de ha det yttersta ansvaret för medborgaren.

- Utredningen tar inte upp de utmaningar som gäller vid övergången inom hälso- och sjukvården från ung (18år) till vuxen (jmf BuP och vuxenpsykiatri), socialtjänsten har ett annat åldersspann, upp till 21år (se Föräldrabalken, LVU 20 år som ska sträcka sig över till 21 år).

Erfarenheter från socialtjänsten visar att det är i just övergången från barn och unga enheter till vuxenenheter som det är viktigt att föra över kunskap och samverka för att unga vuxna inte ska hamna i ett missbruk eller beroende som riskerar att bli livslångt och som medför stora kostnader för samhället. Denna fråga är därför av yttersta vikt att reda ut. Att lämna den öppen för varje kommun och region att lösa kan få förödande konsekvenser för unga vuxna i riskzon för att utveckla beroende och/eller missbruk.

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

- Vi är starkt kritiska till förslaget om att HVB ska vara en fortsatt socialtjänstinsats och känner inte igen den bild som utredningen ger av vilka individer som placeras vid ett HVB. Merparten av de HVB placeringarna som länets socialtjänster gör beror på att individens behov av behandlingsformer endera inte finns eller kan ges via den kommunala öppenvården, inte att individen saknar ett boende.
- Det är ett fåtal individer, ofta med omfattande psykiatrisk problematik, som placeras vid HVB på grund av ett behov av boende i första hand för att klara sin behandling.
- Som utredningens förslag är formulerat bidrar det än mer till otydlighet. I Västernorrland är det dessutom långa avstånd till de flesta HVB som ofta ligger inom andra regioners upptagningsområde, vilket medför att det är svårt för individen att ta sig till och från HVB hemmet till hälso- och sjukvård. Vi anser inte att utredningen tagit hänsyn till regionala skillnader i sina förslag och ställer sig frågande till hur det ska lösas.
- Om behandlingsansvaret övergår till hälso- och sjukvården och att socialtjänsten inte ska ha ansvar för behandlande insatser, anser vi att det bör vara hälso- och sjukvården som ansvarar för placering så de kan följa upp placeringen i sin helhet. I uppföljningen bör ingå en beskrivning av hur vården fungerar och om den enskilde får medicinska eller behandlande insatserna som huvudmannen anser att klienten har behov av. Det ska inte vara socialtjänsten ansvar.
- Inom socialpsykiatri är HVB placeringar och olika bedömningar av insatser ett vanligt problem. Hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns något behandlingsbehov utan att det är sociala insatser i form av boende och stöd som den enskilde behöver. I samma ärende bedömer socialtjänsten att missbruket är för omfattande för att dessa insatser skall fungera. I ett sådant ärende, är endast HVB-vård då möjligt utifrån att kommunen kan ställa krav och hälso- och sjukvården har kostnadsansvar

Samordnad vård och stödverksamhet

- Utredningens förslag om en samordnad verksamhet stödjer vi men önskar att målgruppen utökas till att även omfatta spelmissbruk och dopning.
- Vi är positiv till ett skall-krav och anser att det är viktigt att all verksamhet ska bedrivas med god kvalitet. För det krävs förutsättningar som inte lyfts fram i förslagen. Vi anser att utredningens förslag behöver bli mer ingående och ta större hänsyn till skillnader i geografiska förutsättningar (glesbygd, kollektiv trafik, tillgång till internet och telefoni).

- Vi ser att skull-kravet kan borga för att verksamheten fortsätter drivas även i tider av ekonomisk kärvhet. Då krävs att båda huvudmännen går in med likadana ekonomiska förutsättningar. Annars finns risker vid ekonomiskt tuffa tider att verksamheten från ena parten blir minimal och att den part som står kvar antingen tvingas axla även den andres ansvar eller att verksamheten kantraras och inte kan leverera.
- Det är viktigt att funktionerna inom verksamheten resurstillsätts utifrån antal individer och att hänsyn tas till socioekonomiska förutsättningar.
- Vi ser stora utmaningar i att en verksamhet ska kunna hjälpa och stödja de individer som inte vill eller inte har förmågan att ta tillvara de resurser som erbjuds.
- Utredningens förslag att professionen behöver arbeta mobilt bör läggas in som en regel och inte ett förslag.
- Vi instämmer till att det ska bedrivas ett uppsökande och förebyggande arbete inom denna verksamhet. Vi vill komplettera med följande särskiljning: utifrån att hälso- och sjukvården har ansvaret för behandling ska de arbeta uppsökande för att motivera till behandling och socialtjänsten ansvarar för det förebyggande arbetet.
- Ett sammanhållet dokumentationssystem skulle gagna de två huvudmännen särskilt i den gemensamma stödverksamheten, men det är inte tillräckligt tydligt vilka vinster kontra besvär det skulle kunna ge den enskilde. Skulle systemet ge möjlighet för den enskilde att neka den ena eller andra huvudmannen att läsa delar av journalföringen (likt den sammanhållna journalen som finns inom hälso- och sjukvården idag, där man som patient kan välja att spärra vissa journaler för läsning). Hur försäkras den enskildes integritet? Vad händer om den enskilde enbart vill ha insatser från ena huvudmannen, har den andra huvudmannen tillgång till dokumentation ändå? Vi saknar en ingående beskrivning som besvarar ovanstående frågeställningar.
- Det råder otydlighet när det gäller den information som enligt förslaget skulle kunna delas mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. JO har uttalat sig om att det ska vara tydligt för den enskilde vilka uppgifter som delas och med vem (detta har sitt sammanhang där en enskild lämnar samtycke till att uppgift får lämnas ut). Det är inte tydligt i utredningens förslag.
- Om en gemensam verksamhet, bestående av både socialtjänst och hälso- och sjukvård, har ett gemensamt verksamhetssystem där de som jobbar i verksamheten har tillgång till alla uppgifter är ju en sak, då står det ju klart för den enskilde att det som framkommer där är ett gemensamt ansvar för vårdgivarna. Men att också öppna upp för att info kan inhämtas från fler vårdgivare/aktörer med "den enskildes bästa" för ögonen känns tveksamt. Vart går gränsen för vad som ska tillåtas delas? Och vem avgör vad som är relevant?

Öka inflytande och minska stigmatisering

- Vi ser positivt på förslaget om en förstärkning av stadsbidragen för verksamheter med personliga ombud. Det är också positivt med ett förslag om att permanenta dessa bidrag då detta ökar kommunernas möjlighet att planera för verksamheten över tid.
- I Kap 13.3.2 står "Personligt ombud kan dock vara en förutsättning för att personer ska kunna slussas ut från den samordnade vård- och stödverksamheten till ordinarie vård och omsorg".
Denna mening antyder att utslussningen sker med ett villkor om att ta stöd från personligt ombud. Detta kan inte bli fallet då personliga ombud arbetar på den enskilda individens uppdrag, vilket förutsätter att det är individens egen önskan om stöd från ett personligt ombud. Det får inte förekomma tvingande eller villkorade insatser i samband med stöd från ett personligt ombud.

Vi hoppas därför att denna mening snarare syftade på att stöd från PO kan göra stor skillnad i just sådana lägen som beskrivs, men inte att man avser använda PO som en insats för att villkora en utsluss.

Konsekvenser

- Utredningens förslag till reform innebär en stor förändring som kommer ta flera år att genomföra, vilket även utredningen lyfter fram. Det vi saknar genomgående i utredningen är mer ingående beskrivningar av, inte bara vad och av vem, utan hur dessa förslag ska genomföras i praktiken.
- Vi saknar att det inte finns någon risk och konsekvensanalys kopplad till utredningens förslag där perspektiv som exempelvis geografiska förutsättningar, population och rådande situation gällande insatser som erbjuds ingår.
- Vi upplever att utredningens förslag till reform på flera punkter lämnar öppet för en rad tolkningar av hur reformen ska genomföras. Det innebär att syftet med att skapa en jämlik vård över landet för dessa grupper inte kan säkerställas – särskilt då socialtjänsten, enligt reformförslaget inte ska utföra behandlingsinsatser.
- Utredningens förslag innebär även upprättande av nya avtal och överenskommelser. Det finns redan idag en rad olika avtal och överenskommelser, vissa även reglerade i lagstiftning, som inte efterlevs, utvärderas eller i vissa fall revideras i väldigt låg utsträckning. Det här kommer bli en stor utmaning för huvudmännen att lösa.

Härnösand 27 april 2022

Bilaga

Nedan följer de områden som utredningen omfattar samt de förslag och bedömningar som gjorts. Efter varje område finns de synpunkter som vi som deltagit i arbetet har gällande utredningens förslag.

Förändrad styrning av insatser för personer med samsjuklighet

8.1 Målbilder framtagna av personer med samsjuklighet

Bedömning: De målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga bör användas för att visa vad samhällets samlade insatser till personer med samsjuklighet ska uppnå.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer i utredningens bedömning. Det är av vikt att den personen med samsjuklighet **eller skadligt bruk eller beroende av substanser** samt dennes anhöriga (i den mån det går) har möjlighet att vara delaktig i att planera och samordna de insatser som bedöms vara till stöd och hjälp för båda parter.

Den utmaning som arbetsgruppen ser är brukarnas och de anhörigas synpunkter och reflektioner kommer tas tillvara av de som leder och styr verksamheterna inom respektive huvudman. Och vilka förutsättningar som ges så att brukarinflytande och delaktighet kan genomföras.

8.2 Statlig, regional och kommunal styrning av insatser till personer med samsjuklighet

8.2.1 Staten ansvarar för tydlig ansvarsfördelning och långsiktiga planeringsförutsättningar

Bedömning: Staten bör tydligare än i dag reglera ansvarsfördelningen mellan huvudmännen men samtidigt ge mer långsiktiga förutsättningar för regional och kommunal utveckling och samverkan

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer i utredningens bedömning om en tydligare reglering av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och ge långsiktiga förutsättningar för en regional och kommunal utveckling. Båda delarna är grundförutsättning för att reformen och dess förslag ska kunna genomföras i praktiken.

Arbetsgruppen vill att geografiska förutsättningar såsom avstånd och glesbygd också ska tas hänsyn till, exempelvis bör extra stöd utgå till de regioner och län där inte missbruksvården har utvecklats på liknande sätt som inom stor regionerna.

8.2.2 Nya sätt att styra behöver utvecklas

Bedömning: Styrformer, kultur och policies behöver utgå ifrån behov, resurser och beteenden hos personer med samsjuklighet och anhöriga, ge professionellt handlingsutrymme och premiera samarbete.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer till viss del i utredningens bedömning men anser att förslaget bör utökas till att även innefatta individer som endast har skadligt bruk och / eller beroende av substanser, spel om pengar och dopning.

Arbetsgruppen ser risker med hur övergången mellan kommun och region ska genomföras, då det även innebär en övergång mellan olika organisationsstrukturer, teoretiska utgångspunkter, kulturer och processer. Med kultur i det här sammanhanget avses människosyn och arbetsätt.

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten skiljer sig åt i arbetssätt när det kommer till att utreda, bedöma och erbjuda insatser. För socialtjänsten är merparten av alla insatser biståndsbeviljade och därmed även överklagningsbara. Det är de inte inom hälso- och sjukvården, där sker en bedömning av behov av vård.

Inom hälso- och sjukvården krävs ofta nykterhet/drogfrihet under ett antal månader innan utredning och behandling är aktuella. Vården villkoras och den enskilde kan inte överklaga beslutet. I slutänden är det inte säkert att den enskilde uppfyller de krav som hälso- och sjukvården ställer och därmed inte får den hjälp och behandling som behövs. Reformförslaget går från en struktur som bygger på ansökningar och anmälningar där socialtjänstens beslut kan överklagas och överprövas till en struktur som bygger på att man får hjälp om man platsar inom ett diagnosticeringsinstrument.

Arbetsgruppen instämmer med till utredningens förslag att professionellt handlingsutrymme och samarbete ska premieras. Det bör ses som en grundförutsättning för att reformen ska kunna genomföras i praktiken.

I utredningens förslag framkommer att hälso- och sjukvården ska utreda för vård och behandling vid skadligt bruk/beroende, däremot inte vilken funktion eller hur den gemensamma planeringen ska se ut när kontakt inleds via hälso- och sjukvården till socialtjänsten. Däremot beskrivs mer ingående socialtjänstens ansvar att kontakta hälso- och sjukvården när det gäller exempelvis HVB placeringar. Förtydligande gällande hälso- och sjukvårdens del behöver kompletteras.

8.2.3 En trygg och säker arbetsmiljö

Bedömning: Verksamheterna behöver säkerställa utrymme för etisk reflektion samt vidta åtgärder som ger medarbetarna en trygg och säker arbetsmiljö.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer och vill även tillägga att det gäller i samverkansarbetet.

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.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer i utredningens förslag om att ändra begreppen och att begreppet missbruk byts ut mot skadligt bruk eller beroende både i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen med tillhörande författningar.

En förutsättning för ändring är att användningen av begreppen medför att personer även får en diagnos ställd så att individen får rätt till den behandling som krävs.

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

Synpunkter:

Arbetsgruppen motsätter sig utredningens beskrivning att socialtjänsten har ett begränsat utbud av evidensbaserade metoder utifrån hur situationen ser ut i Västernorrland.

Ett förtydligande behövs, hur förslagen ska hanteras i de regioner där missbruksvården inte är fullt utbyggd, exempelvis Västernorrland.

Utifrån utredningens förslag anser arbetsgruppens att det är av stor vikt att lagstiftningen tydliggör än mer vad som ska ingå i socialtjänstens yttersta ansvar. Exempelvis när andra huvudmän inte tar sitt ansvar för personer med skadligt bruk eller beroende av substanser eller spel, ska kommunen då erbjuda behandlingsinsatser via sin egen öppenvård eller är det en insats som ska köpas externt?

9.2.1 Hälsa- 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.

Synpunkter:

Arbetsgruppen är kritisk till utredningens förslag gällande uppdelning av ansvaret för vård, behandling och stödinsatser inom beroendevården mellan två huvudmän. Stor risk med förslaget är att det även fortsättningsvis medför stora hinder i praktiken, både vad gäller ansvarsfördelningen, roller och framför allt mandat. Ett exempel är att individen får behandling via regionen medan anhörig via socialtjänsten. Forskning visar att arbeta med hela familjesituationen är ett framgångsrikt koncept, vilket förslaget inte tar hänsyn till.

Utredningens förslag innebär även upprättande av nya avtal och överenskommelser. Det finns redan idag en rad olika avtal och överenskommelser som, vissa även reglerade i lagstiftningen inom området som efterlevs, utvärderas eller i vissa fall revideras i väldigt låg utsträckning. Arbetsgruppen anser att av det som framkommer i utredningen finns ingen lösning som visar på vad som medför att det nya förslaget skulle innebära någon förbättring.

Arbetsgruppen utgår ifrån att utredningens förslag innebär att ansvaret för all form av beteendeberoenden såsom gaming, sex och mat tillsammans med substansberoende övergår till hälso- och sjukvården.

Ur rättssäkerhetssynpunkt ser arbetsgruppen risker med att den enskildes rätt till stöd och behandling inte kommer tillvaratas.

Det finns risker med undanträngningseffekter mot andra patientgrupper. I förslaget behöver tydliggöras hur hälso- och sjukvården ska hantera personer som är i behov av akut och omedelbar hjälp.

Att inte ha alla insatser samlade hos en huvudman kommer kunna innebära att det får konsekvenser för den enskilde. Det finns risker med undanträngningseffekter som kan leda till att individen inte får den hjälp den har behov av och i vissa fall är van att få via socialtjänsten.

Arbetsgruppen anser att en konsekvensanalys av förslaget bör genomföras i varje region/län i syfte att få veta om och i så fall vilka konsekvenser det kan få för den enskilde exempelvis vad gäller undanträngningseffekt, inte få den hjälp man är van vid.

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.

Synpunkter:

Arbetsgruppen saknar en beskrivning av hur anmälningsförfarandet kommer se ut inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten gällande personer med skadligt bruk eller beroende av substanser och spel.

Det som lyfts fram är att socialtjänsten ska kontakta hälso- och sjukvården för individuell planering vid HVB placering – men i övriga fall, exempelvis där det inte gäller placeringar utan behandling och stöd på hemmaplan, behöver förslaget bli än tydligare i vad som ska gälla. Annars föreligger en stor oro att det blir socialtjänsten som får ta det ansvaret, trots att hälso- och sjukvården ansvarar.

Arbetsgruppen anser att förslaget saknar en beskrivning av hur hälso- och sjukvården ska hantera ärenden av akut karaktär samt hur hela insatskedjan ska kunna hållas ihop för att undvika glapp.

Ett exempel från Västernorrland är att psykiatrin har börjat avsluta patienter utifrån att de har fått en beviljad öppenvård av kommunen och hänför att det inte är bra med parallella processer. Det medför att socialtjänsten alltid måste kontrollera med psykiatrin för att säkerställa att den enskilde inte avslutas hos dem.

9.3 Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende

Synpunkter:

Arbetsgruppen anser att det finns potentiella hinder med de förslag som ingår under punkt 9:3 som inte tydliggörs i utredningen. Det gäller bland annat rådande lagtext inom SoL gällande socialtjänstens yttersta ansvar.

Utredningens förslag kan medföra att socialtjänsten fortfarande får ta merparten av kostnaderna för behandlingsinsatser för personer med skadligt bruk och beroende som inte diagnostiserats och där hälso- och sjukvården inte hunnit, inte vill eller utför utifrån hänvisning till att socialtjänsten har det yttersta ansvaret. Här borde det på liknande sätt som vid HVB vara en skyldighet för hälso- och sjukvården att kliva in annars blir det vite (betalningsföreläggande). Om huvudansvaret för behandlingsinsatser övergår till hälso- och sjukvården, anser arbetsgruppen att de även ska ha det yttersta ansvaret för medborgaren

Ett annat potentiellt hinder är att huvudmännen inte ser varandra som jämlika parter i samverkan (jmf med psykiatrireformen).

Arbetsgruppen anser att det är en otydlighet i utredningens förslag när det gäller nuvarande socialtjänstlagstiftning utifrån portalparagrafen – ska socialtjänsten ha det fortsatta yttersta ansvaret även för denna grupp trots att behandlingsansvaret tas bort? Och hur ska socialtjänsten hantera det yttersta ansvaret generellt utifrån reformens samtliga förslag.

Arbetsgruppen anser att det finns potentiella hinder med de förslag som ingår under punkt 9:3 som inte tydliggörs i utredningen. En mer ingående beskrivning av risker och konsekvenser saknas.

Utredningens förslag tar inte upp de utmaningar som gäller hur övergången ska se ut från unga (18år) till vuxen (jmf BuP och vuxenpsykiatrin), socialtjänsten har ett annat åldersspann - upptill 21år (se Föräldrabalken, LVU 20 år som ska sträcka sig över till 21 år).

Erfarenheter från socialtjänsten visar att det är i just övergången från barn och unga enheter till vuxenenheter som det är viktigt att föra över kunskap och samverka för att unga vuxna inte ska hamna i ett missbruk eller beroende som riskerar att bli livslångt och som medför stora kostnader för samhället. Denna fråga är därför av yttersta vikt att reda ut. Att lämna den öppen för varje kommun

och region att lösa kan få förödande konsekvenser för unga vuxna i riskzon för att utveckla beroende och/eller missbruk.

9.3.1 Uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete är fortsatt viktiga insatser

Bedömning: Socialtjänsten har ett viktigt ansvar att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen och att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, samt att arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk och beroende. Det förebyggande arbetet behöver fortsätta utvecklas, följas upp och utvärderas.

Synpunkter:

Arbetsgruppen ställer sig positiv till att utredningen lyfter fram socialtjänstens viktiga arbete med uppsökande, främjande och förebyggande arbete som redan idag genomförs. Arbetsgruppen instämmer att arbetet fortsätter utvecklas, följs upp och utvärderas.

Utifrån utredningens förslag att behandlingsansvaret övergår till hälso- och sjukvården anser arbetsgruppen att även uppsökande arbetet i syfte att motivera till behandling ska ingå i deras uppdrag.

9.3.2 Tillgången till sociala stödinsatser med fokus på att stärka resurser behöver förbättras

Förslag: 5 kap. 9 § i socialtjänstlagen som gäller "Missbrukare" formuleras om, för att tydliggöra socialtjänstens ansvar för sociala stödinsatser till personer med skadligt bruk och beroende, och för att tydliggöra att socialtjänsten inte längre har ansvar för behandling av sådana tillstånd.

Synpunkter

Arbetsgruppen är frågande till formuleringen "*betydande svårigheter*" i det nya lagförslaget och vill ha ett förtydligande.

9.3.3 Anhörigstöd behöver omfatta personer vars närstående har skadligt bruk och beroende

Förslag: Socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende ska tydliggöras genom att de lyfts särskilt i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

Synpunkter:

Arbetsgruppen ställer sig delvis positiva till utredningens förslag gällande anhöriga men vill att barnperspektivet lyfts fram och förtydligas. Framför allt eftersom forskning visar att arbeta med hela familjesituationen är ett framgångsrikt koncept, vilket utredningens förslag inte tar hänsyn till.

9.3.4 Socialtjänstens ansvar för uppväxtförhållanden omfattar fortfarande skadligt bruk och beroende

Bedömning: Socialtjänsten har en fortsatt viktig roll att verka för trygga och goda uppväxtförhållanden, vilket inkluderar förhållanden relaterade till skadligt bruk och beroende både hos barn och föräldrar. Utredningen bedömer att arbetet med att uppmärksamma och vidta åtgärder för barn i familjer där det förekommer skadligt bruk och beroende behöver fortsätta stärkas. Kommunerna behöver också tillsammans med regionerna ta fram gemensamma strukturer för omhändertagande av skadligt bruk och beroende hos barn och unga, och fler kommuner behöver samarbeta med regionerna i integrerade verksamheter för barn och unga.

Synpunkt:

Som nämnts i tidigare förslag (9.3.1) är arbetsgruppen kritisk till utredningens bedömning utifrån följande:

Utredningen tar inte upp de utmaningar som gäller hur övergången ska se ut från unga (18år) till vuxen (jmf BuP och vuxenpsykiatri), socialtjänsten har ett annat åldersspann - upptill 21år (se Föräldrabalken, LVU 20 år som ska sträcka sig över till 21 år).

Erfarenheter från socialtjänsten visar att det är i just övergången från barn och unga enheter till vuxenenheter som det är viktigt att föra över kunskap och samverka för att unga vuxna inte ska hamna i ett missbruk eller beroende som riskerar att bli livslångt och som medför stora kostnader för samhället. Denna fråga är därför av yttersta vikt att reda ut. Att lämna den öppna för varje kommun och region att lösa kan få förödande konsekvenser för unga vuxna i riskzon för att utveckla beroende och/eller missbruk.

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

Arbetsgruppen anser att utredningens förslag bidrar till otydlighet mellan huvudmännen och är starkt kritisk till att HVB ska vara en fortsatt socialtjänstinsats.

Personer som har psykisk ohälsa och beroende har ofta behov av mer stöd än vad öppenvården kan ge. De behöver hjälp att bryta och personal som finns där för dem varje dag när de bryter med sitt missbruk. Det är dessa individer arbetsgruppen trodde att samsjuklighetutredningen syftade till stötta men om ansvaret för HVB läggs på socialtjänsten så blir det inte en röd tråd i behandlingen för individer med både psykisk ohälsa och beroende.

Vidare anser arbetsgruppen att OM socialtjänsten inte ska ha ansvar för behandlande insatser kan socialtjänsten inte heller ha ansvar över planering och uppföljning på HVB. Det ska vara hälso- och sjukvården som ansvarar för placering så att de kan följa upp placeringen, hur det fungerar och om den enskilde får den behandling som huvudmannen anser att klienten har behov av. Här blir det viktigt för hälso- och sjukvården att säkerställa kvalitén i behandlingen som bedrivs på HVB hemmet

Arbetsgruppens erfarenhet är att samplanering mellan HVB och öppenvård i hemkommunen är viktigt. Om ansvaret delas upp riskerar den enskildes behandlingsresa bli svårare att följa upp. Om HVB sköts av socialtjänst men att regionen ska ta över vården när den enskilde kommer hem från HVB är det stor risk att behandlingsprocessen blir otydlig.

Vidare känner arbetsgruppen inte den bild som utredningen ger av vilka individer som placeras inom HVB. Merparten av de personer som av socialtjänsten i länet bedöms ha behov av HVB placering bedöms utifrån behov av behandlingsformer som inte finns eller kan ges via den kommunala öppenvården - inte att de saknar boende.

Arbetsgruppens erfarenhet av de individer som är i behov av att placeras vid HVB har ofta svår ångestproblematik och behov av stödgrupper och personal för att hantera ångesten dagligen, många klienter har även ADHD, bipolär sjukdom, autism, svag/låg-begåvning.

Det är ett fåtal individer, ofta med omfattande psykiatrisk *problematik*, som på grund av att det finns för få kommunala boenden, såsom särskilda boenden Sol/LSS, placeras vid HVB på grund av ett behov av boende i första hand för att klara sin behandling.

I Västernorrland är det dessutom långa avstånd till de flesta HVB, särskilt de med medicinska resurser. Inte allt för sällan ligger de inom andra regioners upptagningsområde, vilket medför att det är svårt för individen att ta sig till och från HVB hemmet till hälso- och sjukvård. Det här anser arbetsgruppen att utredningen inte tagit hänsyn till i sina förslag och ställer sig frågande till hur det ska lösas.

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 vårt förslag om socialtjänstens ansvar. Regionen ansvarar dock för hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB,

vilket ska förtydligas genom att det regleras i hälso- och sjukvårdslagen, till vilken socialtjänstlagen föreslås hänvisa när det gäller regionens ansvar. Förtydligandet av regionens ansvar gör att andra stycket i 3 kap. 6 § socialtjänstförordningen kan utgå.

Synpunkter:

Arbetsgruppen anser att utredningen behöver tydliggöra vilka behovsgrupper som inkluderas då behoven hos de som placeras vid HVB från socialtjänstens sida varierar (se 9.4).

Behovsgrupperna kan delas upp i två: de med beroende av substanser och spel om pengar samt personer med samsjuklighet (även inom denna grupp finns stor variation utifrån behov).

Arbetsgruppen anser att utredningens förslag bidrar till att skapa hinder mellan huvudmännen och ser att HVB ska vara en fråga som hälso- och sjukvården ansvarar för fullt ut.

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.

Bedömning: För barn och unga kan behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser under placering på HVB bedömas vid den hälsoundersökning regionen ska erbjuda i anslutning till att vården inleds, eller vid den läkarundersökning som ska ske innan socialnämnden gör ansökan enligt 4 § LVU.

Synpunkter:

Arbetsgruppen anser att utredningens förslag behöver tydliggöra ärendegången när hälso- och sjukvården anser att en HVB placering är lämplig insats för individen. Vem ska göra vad i processen, dvs utreda och samverka?

Arbetsgruppen ser stora risker med att det blir dubbla processer. Hur ska hela kedjan kunna hållas ihop och hur ska glapp undvikas.

Det behöver tydliggöras att det är en individuell plan som ska användas inte SIP eftersom det är ett verktyg för individen, inte för huvudmännen.

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.

Synpunkter:

Arbetsgruppen är starkt kritisk till utredningens förslag utifrån tidigare nämnda skäl (se kommentarer under kap. 9.4) och anser att stycke två i förslaget ska tas bort "**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**".

Viktigt att synliggöra att det inte finns något tak för regionens kostnadsansvar i det enskilda ärendet. Om betalningsansvar utgår med 40% betyder inte det att det aldrig kan vara högre. Finns risk att regionen aldrig kommer ta ett högre kostnadsansvar.

Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv

10.1 Helhetssyn på hälsa för personer med samsjuklighet

Synpunkter:

Arbetsgruppen ställer sig positiv till utredningens bedömningar och förslag när det gäller punkten 10.1.

10.1.2 Insatserna ska betona hälsa

Bedömning: Insatser till personer med samsjuklighet behöver ha ett större fokus på att förstärka och vidmakthålla hälsa. Personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende bör uppmärksammas som en högriskgrupp för ohälsosamma levnadsvanor i regionernas planering av det sjukdomsförebyggandearbetet.

Arbetsgruppen ställer sig frågande till hur hälso- och sjukvården, utifrån sitt uppdrag, ska prioritera att utreda personer med psykisk ohälsa ex ADHD, bipolär sjukdom, autism eller andra psykiska besvär som kräver diagnos för att få rätt medicinering och stöd.

Individer med ovanstående psykisk ohälsa i kombination med beroende är ofta överrepresenterade inom socialtjänsten eftersom de inte fått tillräckligt med stöd för sin psykiska ohälsa. Eller så har de inte hunnit bli utredda och blir i stället aktiva i sitt missbruk, självmedicinerar vilket i sin tur leder till att de inte kan utredas för sina psykiska besvär.

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

Synpunkter

Arbetsgruppen ställer sig positiv till utredningens bedömningar och förslag när det gäller punkten 10.2. Här behöver dock hänsyn tas till geografiska, organisatoriska och kulturella skillnader samt helhetsperspektiv kontra diagnos/medicinskt perspektiv vägas in i den fortsatta utvecklingen.

10.2.3 Försök med lågtröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum

Bedömning: Ett försök med en hälsocentral i form av en lågtröskelverksamhet med brukarrum bör initieras. Syftet skulle vara att undersöka om sådana verksamheter kan bidra till ökad hälsa bland narkotikaanvändare och därför bör vara en del av ett större utbud av lågtröskelverksamheter där flera hälsofrämjande och skadereducerande insatser erbjuds samtidigt.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer i utredningens bedömning och vill betona vikten av att följa upp och utvärdera insatsen systematiskt.

10.2.4 Utvärdering av kriminalisering av eget bruk

Bedömning: Utredningen anser, liksom Folkhälsomyndigheten, att narkotikastrafflagen inklusive kriminaliseringen av eget bruk från 1988 behöver utvärderas. Vi anser att en sådan utredning bland annat bör belysa hur kriminaliseringen påverkar möjligheten för personer med samsjuklighet och andra personer med skadligt bruk och beroende att få en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer i utredningens bedömning.

En samordnad verksamhet för dem med störst behov

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.

Synpunkter

Arbetsgruppen är positiv till ett skall-krav och anser att det är av vikt för att denna typ av verksamhet ska komma till stånd och verka med god kvalitet. Men för det krävs förutsättningar som inte lyfts fram i förslagen.

Arbetsgruppen är kritisk till att utredningens förslag utgår ifrån ett storstadsperspektiv och att hänsyn inte tagits gällande skillnader i geografiska förutsättningar (glesbygd, kollektiv trafik, tillgång till internet och telefoni).

Skall-kravet kan borga för att verksamheten fortsätter drivas även i tider av ekonomisk kärvhet. Men då krävs att båda huvudmännen går in med likadana ekonomiska förutsättningar. Annars finns risker vid ekonomiskt tuffa tider att verksamheten från ena parten blir minimal och att den part som står kvar antingen tvingas axla även den andres ansvar eller att verksamheten kantraras och inte kan leverera.

Arbetsgruppen stora utmaningen att möta och motivera de individer som inte vill eller inte har förmågan att ta tillvara de resurser som erbjuds.

Arbetsgruppen saknar en mer ingående beskrivning avseende hur hälso- och sjukvården ska kunna möta den enskilde utifrån exempelvis kötider. Erfarenheten från länet är att inom socialtjänsten tar det mellan 2-3 dagar medan det tar längre tid inom hälso- och sjukvården. Det går även snabbare från beslut till verkställighet inom socialtjänsten, inom hälso- och sjukvården tar det ibland upp till 3 månader.

Arbetsgruppen anser även att hälso- och sjukvården ska arbeta uppsökande i syfte att motivera till behandling, det kan inte åligga socialtjänsten.

11.2 Verksamheten ska regleras i en särskild lag

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

Synpunkter

Arbetsgruppen instämmer i utredningens förslag.

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

Synpunkter

Arbetsgruppen ser positivt på utredningens förslag på syfte med verksamheten men vill utöka behovsgruppen till att gälla även personer med skadligt bruk och beroende av substanser och spel om pengar.

11.4 Verksamhetens innehåll

Förslag: Den samordnade verksamheten ska innehålla uppsökande arbete, hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser samt samordning av insatser. Deltagarna ska tilldelas en vård- och stödsamordnare. Att deltagaren fått en vård- och stödsamordnare i verksamheten ska betraktas som att en fast vårdkontakt utsetts enligt patientlagen (2014:821). Vård- och stödsamordnaren ska också vara fast vårdkontakt enligt lag (2017:162) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och

sjukvård (2017:621). Verksamheten ska på lämpligt sätt ska ta till vara kompetens hos personer med erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning.

Synpunkter:

Arbetsgruppen är delvis positiv till utredningens förslag. Se vidare kommentarer under respektive punkt under 11.4.

11.4.1 Uppsökande arbete

I kapitel 9 beskrivs socialtjänstens ansvar för förebyggande och uppsökande arbete. För hälso- och sjukvården finns inte motsvarande skyldighet att arbeta uppsökande. Däremot ska regionerna säkerställa att vården är tillgänglig för de som behöver den. Det gäller både för personer som är på väg att utveckla en sjukdom och de som redan har en sjukdom.

Socialtjänstens ska i den uppsökande verksamheten upplysa om socialtjänstens verksamhet och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. Den samordnade vård- och stödverksamhetens uppdrag är mer begränsat och riktar sig enbart till personer som tillhör målgruppen. I vissa fall kan det handla om personer som socialtjänsten mött i sin ordinarie uppsökande verksamhet och som bedöms ha behov av samordnade insatser. Det kan också vara personer som erbjudits och tackat nej till insatser från psykiatri, beroendevård och socialtjänst eller som avbrutit sådana insatser, men som bedöms ha behov av samordnade vård- och stödinsatser och därför bör få ett förnyat erbjudande om sådana insatser som är anpassade efter personens förutsättningar. Den uppsökande verksamheten måste bedrivas med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och med hänsyn till regler om sekretess. Uppsökande verksamhet kan också initieras av en anhörig som önskar att vård- och stödverksamheten.

Utredningen bedömer att även om hälso- och sjukvården inte har en uttalad skyldighet att arbeta uppsökande, så finns det inga hinder mot ett sådant arbetssätt. Olika kompetenser i verksamheten kan därför bidra i det uppsökande arbetet som kan betraktas både som hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Synpunkter:

Arbetsgruppen är delvis positiv till utredningens förslag men anser att en särskiljning behöver tydliggöras för denna specifika verksamhet utifrån följande sätt:

- förebyggande ansvar ligger hos socialtjänsten medan
- uppsökande arbetet för att motivera till behandling ligger hos hälso- och sjukvården

11.4.2 Utförande av insatser i verksamheten

Inom ramen för den samordnade vård- och stödverksamheten bedrivs socialtjänst och hälso- och sjukvård. Nedan beskrivs vilka insatser som bedöms behöva ges inom ramen för verksamheten för att syftet med lagen ska uppnås.

Som socialtjänstuppgifter anses i förevarande sammanhang utredning och bedömning av sociala behov såsom boende och sysselsättning. Även nätverks- och relationsskapande insatser ingår i uppdraget. Beroende på vilka biståndsbeslut som fattas i verksamheten och vilka beslut som fattas utanför, måste verksamheten bedrivas med olika grad av samarbete med berörd kommun. Vem som har mandat att fatta vilka beslut avgörs av respektive kommuns delegationsordning. Vi bedömer att det är en fördel om beslutsmandat för till exempel boendestöd och sysselsättning finns i verksamheten med hänsyn till behovet av att kunna sätta in de insatser som behövs så snart som möjligt. Socialtjänstuppgifter är också att stödja den enskilde i boendet, till exempel när det gäller att

ha struktur på vardagen och följa dagliga rutiner. Insatser för att få en meningsfull vardag, ökad arbetsförmåga och möjlighet att pröva arbete är också att betrakta som socialtjänstinsatser.

Sådana insatser som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av den som biträder legitimerad personal i vården av en deltagare i verksamheten är att betrakta som hälso- och sjukvårdsinsatser. Skadligt bruk och beroende är tillstånd som kan diagnostiseras enligt vedertagna medicinska diagnossystem och som kan behandlas med metoder som har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Liksom flera andra psykiatriska tillstånd kan de i många fall behandlas med såväl läkemedel som med psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder. Målgruppen som är aktuell för insatser i verksamheten har ofta även behov av annan psykiatrisk vård vilket kan ges samordnat i verksamheten. Behandlingen som ges i verksamheten kan bestå av medicinsk behandling, omvårdnadsinsatser, psykologiska och psykosociala behandlingar, fysioterapi, arbetsterapi, samt viss somatisk undersökning och behandling. Huvudsakligen är dock det somatiska uppdraget att stödja den enskilde att beskriva sina besvär, redogöra för iakttagelser som gjorts och med stöd av detta kunna remittera patienten till primärvården eller specialiserad somatisk vård. Vi bedömer att ett sådant arbetssätt gynnas av att det finns rutiner för samarbete mellan vård- och stödverksamheten och primärvården. Att det finns en fast läkare i primärvården utsedd för patienten kan vara en del av ett sådant samarbete. Utredning och diagnostik kan ske inom ramen för verksamheten eller genom att verksamheten initierar att det sker inom en annan verksamhet. Samordning och viss behandling kan behöva ske i deltagarnas hemmiljö vilket kräver mobilitet.

Synpunkter:

Arbetsgruppen anser att de som arbetar vid dessa verksamheter ska ha tydligt avgränsade ansvarsområden men också samverka i team för att varje individ ska få sina behov tillgodosedda.

11.4.3 Samordnade insatser

Förslag: alla personer som tillhör målgruppen och som får insatser i verksamheten ska tilldelas en vård- och stödsamordnare. Vård och stödsamordnaren har en koordinerande funktion som ansvarar för att utredning, planering och insatser genomförs både i verksamheten och i andra verksamheter. Detta innebär inte att samordnaren själv behöver utföra insatsen. En viktig del i vård- och stödsamordnarens roll är att kalla till möte om upprättande av en individuell plan (SIP) och hålla i kontakter med andra verksamheter som kan erbjuda insatser som deltagaren har behov av. Den samordnade vård- och stödverksamheten behöver upprätta rutiner hur samarbetet med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst ska gå till på övergripande nivå, för att samordningen kring enskilda individer ska underlättas.

Synpunkter

Arbetsgruppen instämmer i utredningens förslag med tillägg att en risk och konsekvensanalys för att ska genomföras. Det viktiga är att funktionen resurstillsätt utifrån antal individer, att hänsyn tas till socioekonomiska förutsättningar samt den problematik som finns både lokalt och regionalt.

11.4.4 Kompetenser

Regioner och kommuner har möjligheter att själva anpassa vilka yrkeskategorier som arbetar i verksamheten men verksamhetens syfte förutsätter att arbetet sker multiprofessionellt utifrån både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Synpunkter

Arbetsgruppen instämmer i utredningens förslag med tillägg att en risk och konsekvensanalys för att ska genomföras. Det viktiga är att de funktioner som ska ingå i verksamheten resurstillsätt utifrån antal individer, att hänsyn tas till socioekonomiska förutsättningar samt den problematik som finns både lokalt och regionalt.

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.

Synpunkter

Arbetsgruppen instämmer delvis med förslaget men vill att den även ska gälla för personer med skadligt bruk och beroende.

11.6 Påbörjande och avslutande av insatser i verksamheten

Förslag: Lagen om vård- och stödsamordning reglerar en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en samordnad verksamhet. Vilka insatser den enskilde ska ges avgörs i det enskilda fallet av bedömningar som görs med stöd i hälso- och sjukvårds och socialtjänstlagstiftningen. **Patientavgiften i hälso- och sjukvården avskaffas för deltagare i den samordnade vård- och stödverksamheten.**

Det är regionen och kommunerna som avgör hur den enskilde får kontakt med verksamheten. Som framgått ovan ska verksamheten bedriva uppsökande verksamhet och den enskilde kan även själv ta kontakt med verksamheten. Regionerna och kommunerna kan skapa rutiner för hur andra verksamheter som de bedriver aktualiserar personer i den samordnade verksamheten. Det är verksamheten själv som bedömer om den enskilde ska få insatser inom ramen för den särskilda verksamheten. Det görs genom en bedömning av om det är nödvändigt med särskild samordning och om personen har behov av en vård- och stödsamordnare. Grunden för den bedömningen är den enskildes behov, verksamhetens syfte enligt den särskilda lagen och hälso- och sjukvårdslagens prioriteringsbestämmelser. Om den enskilde vänder sig till socialtjänsten för att få en vård och stödsamordnare bör denne hänvisas till den samordnade vård- och stödverksamheten där bedömningen görs om den enskilde har sådana behov som ska tillgodoses genom verksamheten. Enligt grunderna i socialtjänstlagen har man dock alltid rätt att ansöka om insatser som bistånd och få ett avslagsbeslut som är överklagbart till domstol. En ansökan om vård- och stödsamordnare kan komma att avslås eftersom behovet av insatser kan tillgodoses i den samordnade vård- och stödverksamheten, vilket kan överklagas. **Däremot är en bedömning av den samordnade vård- och stödverksamheten, att den enskilde inte har sådana behov som ska tillgodoses där, inte ett beslut som är överklagbart**

Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som deltagaren ska få, förutom vård- och stödsamordnaren, bedöms utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och hälso- och sjukvårdens regelverk i övrigt. På samma sätt bedöms socialtjänstinsatserna utifrån socialtjänstlagen.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer delvis till utredningens förslag men anser att en översyn av rättssäkerheten ska ske innan förslag till beslut träder i kraft.

11.7 Deltagarnas inflytande och delaktighet

Förslag: Vid planering, samordning och genomförande av insatser i verksamheter ska hänsyn tas till deltagarnas individuella mål, behov och resurser. Deltagarna ska ha inflytande över vilka insatser som ges.

Synpunkter

Arbetsgruppen är positiv till utredningens förslag.

11.8 Uppföljning

Förslag: Verksamheten ska löpande följas upp mot syftet med verksamheten. Deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att delta i uppföljningen

Synpunkter

Arbetsgruppen ställer sig positiv till utredningens förslag.

11.9 Informationsdelning och sekretess

Bedömning: Förslaget i Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (SOU 2021:04), som innebär att det ska vara möjligt att frivilligt inrätta ett system, kallat sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation som ger verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, bör genomföras. Möjligheten gäller vissa målgrupper, bland annat personer med funktionsnedsättning. Förslaget bedöms innebära att det kommer vara möjligt att inrätta ett system om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i den samordnade vård- och stödverksamheten

Synpunkter:

Ett sammanhållet dokumentationssystem skulle gagna de två huvudmännen särskilt i den gemensamma stödverksamheten, men vilka vinster kontra besvär skulle det kunna ge den enskilde. Skulle systemet ge möjlighet för den enskilde att neka den ena eller andra huvudmannen att läsa delar av journalföringen (likt den sammanhållna journalen som finns inom hälso- och sjukvården idag, där man som patient kan välja att spärra vissa journaler för läsning). Hur försäkras den enskildes integritet? Vad händer om den enskilde enbart vill ha insatser från ena huvudmannen, har den andra huvudmannen tillgång till dokumentation ändå?

Det råder otydlighet när det gäller den information som enligt förslaget skulle kunna delas mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård. JO har uttalat sig om att det ska vara tydligt för den enskilde vilka uppgifter som delas och med vem (detta har sitt sammanhang där en enskild lämnar samtycke till att uppgift får lämnas ut). Det är inte tydligt i utredningens förslag.

Om en gemensam verksamhet, bestående av både socialtjänst och hälso- och sjukvård, har ett gemensamt verksamhetssystem där de som jobbar i verksamheten har tillgång till alla uppgifter är ju en sak, då står det ju klart för den enskilde att det som framkommer där är ett gemensamt ansvar för vårdgivarna. Men att också öppna upp för att info kan inhämtas från fler vårdgivare/aktörer med "den enskildes bästa" för ögonen känns tveksamt. Vart går gränsen för vad som ska tillåtas delas? Och vem avgör vad som är relevant?

Arbetsgruppen anser att inom den samordnade vård och stödverksamheten som åsyftas i kap.11 ska ha en gemensam dokumentation men den ska inte vara tillgänglig för övriga verksamheter som individen har kontakt med. Det behöver tydliggöras i utredningens förslag.

11.9.1 Om förslagen i Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg

Skäl till bedömning: I den samordnade verksamheten kommer personal arbeta både utifrån socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Vi har haft dialog med flera integrerade verksamheter, som lyfter att möjligheten att få tillgång till information i respektive dokumenthanteringssystem skulle kunna bidra till en säkrare och mer effektiv vård och omsorg för den enskilde. I samordnade vård- och stödverksamheten ska personalen arbeta under gemensam ledning, mot gemensamma mål för att förbättra deltagarnas livssituation. Det kräver ett nära samarbete mellan olika professioner i verksamheten för att syftet med lagstiftningen ska uppnås.

Genom att den samordnade vård- och stödverksamheten får möjlighet att använda en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, möjliggörs för personalen att arbeta personcentrerat och gemensamt, utifrån deltagarens behov, resurser och individuella mål.

Det finns starka skäl ur ett patient- och omsorgssäkerhetsperspektiv att alla kompetenser i verksamheten har tillgång till uppgifterna om deltagarna, oavsett vilken lagstiftning de arbetar utifrån, så länge deltagaren inte motsätter sig det.

Synpunkter

Arbetsgruppen vill poängtera att "så länge deltagaren inte motsätter sig det" svårigheter finns redan idag fastän samtycke finns. Ofta dokumenteras muntligt samtycke i journalen hos socialtjänsten men det räcker inte för att få ut uppgifter från andra utan det krävs ofta att deltagaren själv ska anmäla samtycke hos ett flertal myndigheter, något som deltagaren inte orkar göra i rådande situation (att ringa runt). Ett samordnat journalsystem främjar samverkan men hur säkerställer verksamheten att det främjar deltagaren utifrån dennes perspektiv och integritet.

11.10 Styrning och ledning av verksamheten

Bedömning: För att säkerställa en god vård och omsorg och för att lagens syfte ska kunna uppfyllas så behöver verksamheten organiseras på så sätt att det finns en gemensam styrning och ledning över verksamheten.

Synpunkter:

Arbetsgruppen anser att förslaget behöver en mer ingående beskrivning. Det behöver finnas ett tydligt arbetssätt för hur ansvar, planering och uppföljning av insatser och stöd ska fungera i praktiken. Vem håller i den röda tråden. Det behöver också var tydligt för klienter vem som gör vad och till vem eller var de ska vända sig. Detta är redan nu komplicerat som det är, klienter upplever ofta att detta är otydligt vem som har ansvar för vad.

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.

Synpunkter:

Arbetsgruppen ifrågasätter utredningens förslag gällande kostnadsfördelningen. Om hälso- och sjukvården är huvudman och ska besluta kring behandlingsinsatser är det rimligt att de står för majoriteten av kostnaden.

Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning

12.1 Det behövs långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom området

Bedömning: Långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom samsjuklighetsområdet bör påbörjas när beslut om utredningens förslag har tagits, och ske samordnat och i samarbete, inom ramen för huvudmännens och berörda myndigheters respektive uppdrag. Arbetet bör genomföras i samverkan med representanter för de professioner som berörs.

Synpunkter:

Arbetsgruppen bedömer att utredningens förslag är en förutsättning för huvudmännen ska kunna bedriva en personcentrerad och sömlös vård inom beroendområdet.

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

Bedömning: Utredningen Framtidens socialtjänsts förslag, att införa en bestämmelse i socialtjänstlagen om att verksamhet inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, bör genomföras.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer till fullo att allt arbete inom området bör baseras på evidens och beprövad erfarenhet för att säkerställa kvalitet och likvärdighet i behandlingsinsatser, både inom socialtjänst och hälso- och sjukvård.

12.3 Effektivare kunskapsstyrning genom stärkt samverkan och stöd

Bedömning: Kunskapsstyrning är viktigt för att säkerställa kunskap och kompetens om samsjuklighet i verksamheterna, men för att kunskapsstyrningen ska vara så effektiv som möjligt kan samverkan och stödstrukturer behöva stärkas ytterligare.

Skäl för bedömningen: Samverkan behövs för spridning av bästa tillgängliga kunskap. Särskilt behov av stöd för kommunerna och socialtjänsten

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer i utredningens bedömning

12.4 Bättre uppföljning en viktig del av kunskapsstyrning och förbättringsarbete

Bedömning: Socialstyrelsens förslag om ett utvidgat nationellt patientregister som inkluderar primärvården, och utredningen Framtidens socialtjänsts förslag om en ny lag om socialtjänstregister bör genomföras, för att förbättra förutsättningarna för uppföljning på nationell nivå.

Förslag: Uppföljningen behöver inkludera det patienter och brukare tycker är viktigt. Regeringen bör därför ge i uppdrag åt lämplig myndighet att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet.

Synpunkter

Arbetsgruppen instämmer med utredningens förslag. Att få en modell för uppföljning på nationell nivå skulle innebära en kvalitetssäkring där stöd och vård i högre utsträckning skulle kunna bli likvärdig för den enskilde oavsett vart i landet man söker hjälp.

Uppföljningen är även viktig för att kunna utvärdera resultat av behandlingsinsatser så att man inte använder en metod som inte ger resultat. Dock måste uppgifter person avidentifieras för att inte kränka den personliga integriteten hos de som fått beviljade insatser.

Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering

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

Bedömning: Kunskapen om metoder som stödjer den enskildes inflytande och delaktighet behöver öka och implementeras.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer i utredningens förslag. Även här bör hänsyn tas till geografiska förutsättningar såsom avstånd och glesbygd och utgå extra stöd till de regioner och län där brukarinflytande inte har utvecklats på liknande sätt som i storregionerna.

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

Förslag: Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska

tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Delar av uppdraget föreslås genomföras tillsammans med Socialstyrelsen. Programmet ska genomföras i samverkan med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för delaktighet samt i samarbete med berörda patient, brukar- och anhörigorganisationer.

Synpunkter:

Arbetsgruppen ställer sig positiv till utredningens förslag gällande ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering initieras och ska bedrivas. En beskrivning av hur programmet ska gå till behöver tas fram innan ikraftträdande av beslut.

13.3 Tillgång till oberoende stödfunktioner behöver öka

Bedömning: Personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk eller beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud om övriga förutsättningar uppfylls. Socialstyrelsen bör, inom ramen för den årliga uppföljningen av statsbidraget, särskilt följa att personer med skadligt bruk och beroende som uppfyller kriterierna i förordningen, ges möjlighet till personligt ombud där insatsen erbjuds.

Synpunkter:

Arbetsgruppen instämmer i utredningens bedömning men vill poängtera att personliga ombud arbetar på individens uppdrag. Se vidare svar under 13.3.2

13.3.2 Höjning av statsbidrag avsatta för personliga ombud

Förslag: Staten höjer de permanenta medel som avsätts inom ramen för Förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar från 100 miljoner till 150 miljoner.

Synpunkter

Både arbetsgruppen och länets personliga ombud ser positivt på förslaget om en förstärkning av statsbidragen för verksamheter med personliga ombud. Det är också positivt med ett förslag om att permanenta dessa bidrag då detta ökar kommunernas möjlighet att planera för verksamheten över tid.

I Kap 13.3.2 står "Personligt ombud kan dock vara en förutsättning för att personer ska kunna slussas ut från den samordnade vård- och stödverksamheten till ordinarie vård och omsorg". Denna mening antyder att utslussningen sker med ett villkor om att ta stöd från personligt ombud.

Detta kan inte bli fallet då personliga ombud arbetar på den enskilda individens uppdrag, vilket förutsätter att det är individens egen önskan om stöd från ett personligt ombud. Det får inte förekomma tvingande eller villkorade insatser i samband med stöd från ett personligt ombud.

Vi hoppas därför att denna mening snarare syftade på att stöd från PO kan göra stor skillnad i just sådana lägen som beskrivs, men inte att man avser använda PO som en insats för att villkora en utsluss.

13.3.3 Medel avsätts särskilt för att stärka samverkan med civilsamhället

Förslag: Av det ökade anslaget till personliga ombud ska 10 miljoner avsättas för att stärka samverkan med civilsamhället. Förordningen ändras på så sätt att samverkan med civilsamhället framgår som ett frivilligt kriterium.

Synpunkt:

Samverkan med civilsamhället är en viktig del i att arbeta främjande och förebyggande över olika arenor. Arbetsgruppen ställer sig bakom utredningens förslag att avsätta särskilda medel för den samverkan.

En gemensam tvångslagstiftning

Synpunkter:

Arbetsgruppen är positiv till en lagstiftning där en huvudman ansvarar för helheten. Det är viktigt att utredningen inte tänker att vården ska vara tidsbegränsad eller innefatta slutenvård utan planeras utifrån individens behov (liknande LVU mellantvång). Ser framemot att ta del av pågående utredningens förslag och lämnar utifrån dess förslag eventuella synpunkter.

Det finns en del klienter som inte klarar av vård i öppen form. Vi har en del klienter där vi vet att personerna inte är "behandlingsbara" och de blir en fara för sig själv och andra. Dessa klienter faller mellan stolarna efter psykiatrireformen där kommunerna fick ansvaret för dessa klienter trots att klienterna har väldigt svår psykisk problematik. En del av dessa klienter åker in och ut från LVM, LPT och LOB, placeras på LSS-boende men förstör för de andra som bor där. En del av dem kanske klarar av placering i HVB på annan ort men så fort de kommer hem återfaller de eftersom de inte klarar av "hemmaplanslösningar". Det finns en handfull av dessa klienter som idag far väldigt illa och det blir inget kontinuerligt stöd och tydlig planering som fungerar för dessa personer.

Konsekvenser

15.1 Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende och annan psykiatrisk sjukdom

Bedömning: Våra förslag får huvudsakligen positiva konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd.

Synpunkter

Arbetsgruppen instämmer delvis till utredningens bedömning. Det finns dock en oro kring undanträngningseffekter från andra patientgrupper om behandlingsansvaret övergår till hälso- och sjukvården. Det behöver säkerställas via exempelvis lagstiftning att det inte är möjligt.

Utredningens förslag till reform innebär en stor förändring som kommer ta flera år att genomföra, vilket även utredningen lyfter fram. Det arbetsgruppen genomgående saknar i utredningen är mer ingående beskrivningar av, inte bara vad och av vem, utan hur dessa förslag ska genomföras i praktiken.

Arbetsgruppen saknar risk och konsekvensanalyser kopplad till utredningens förslag där perspektiv som exempelvis geografiska förutsättningar, population och rådande situation gällande insatser som erbjuds ingår.

Arbetsgruppen upplever att utredningens förslag till reform på flera punkter lämnar öppet för en rad tolkningar av hur reformen ska genomföras. Det innebär att syftet med att skapa en jämlik vård över landet för dessa grupper inte kan säkerställas – särskilt då socialtjänsten, enligt reformförslaget inte ska utföra behandlingsinsatser.

Det finns redan i dag avtal och överenskommelser inom området. Vården kommer fortsatt vara ojämlig då olikheterna i landet är stora och förslagen som getts i utredningen, förutom den samordnade verksamheten, ger utrymme för egna tolkningar.

Ikraftträdande, förberedelser och stöd till införande

Sammantaget ser arbetsgruppen att införandet kommer kräva flera förtydliganden och utredningar av konsekvenser för den enskilde. Det behöver förtydligas HUR reformen ska genomföras.

Arbetsgruppen drar paralleller till psykiatrireformen där man valde att enbart beskriva vad som skulle göras men sedan förutsatte att parterna skulle ta eget ansvar för att utveckla verksamheter för att anpassa verkligheten till reformen. Trots att det gått decennier sedan reformen har intentionerna inte fått genomslag och detta har gett negativa effekter för brukarna. Arbetsgruppen hoppas att lagstiftaren tar ansvar för detta och tar vara på de lärdomar som gjordes i samband med psykiatrireformen så att samma misstag inte återupprepas.



Socialnämnden

Plats och tid Sessionssalen, Nämndhuset, torsdagen den 28 april 2022 kl 10.00 – 16.10 med
ajournering 11.30 – 11.35, 12.15 – 13.30 och 14.35 – 14.55.

Beslutande

Ledamöter

Krister Mc Carthy (S), Ordförande
Birgitta Alevård (V), 1:e vice ordförande
Margareta Tjärnlund (M), 2:e vice ordförande
May Andersson (S)
Christine Sprinzl (MP)
Maria Norberg (C)
Kenneth Lunneborg (SD)
Agneta Jonsson (S)

Tjänstgörande ersättare

Birgitta Wiklander (KD) tjänstgörande för Elina Visén (KD)
Camilla Nilsson (L) tjänstgörande för Malin Plantin Sjöblom (M)
Max Stålnacke (S) tjänstgörande för Ingrid Mähler (S)

Närvarande ej tjänstgörande
ersättare

Ersättare

Johan Wester (C)

Övriga närvarande

Mats Collin, förvaltningschef kl. 10.00 – 16.05
Linda Ångman, nämndsekreterare
Annika Öman, nämndsekreterare
Raymond Rinnan, förtroendevald
Anders Engelholm, medicinskt ansvarig sköterska kl. 10.00 – 11.05
Susanne Sundström, controller kl. 10.00 – 11.30
Marion Wiberg, controller kl. 10.00 – 11.30
Maritha Nordin, verksamhetschef kl. 10.00 – 11.30
Helene Brändström, enhetschef kl. 11.35 – 12.15
Mattias Melander, fältarbetare kl. 11.35 – 12.15
Erika Sjökvist, fältarbetare kl. 11.35 – 12.15
Solbritt Höglund, enhetschef kl. 13.30 – 13.35

Justerare

Margareta Tjärnlund (M)

Justerings plats och tid

Sessionssalen, Nämndhuset, 2022-04-28

Underskrifter

Sekreterare


Linda Ångman

Omedelbart justerad § 36

Ordförande


Krister Mc Carthy (S)

Justerare


Margareta Tjärnlund (M)

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande









Socialnämnden

ANSLAG/BEVIS

Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.

Organ

Socialnämnden

Sammanträdesdatum

2022-04-28

Datum då anslaget sätts upp

2022-04-29

Datum då anslaget tas ned

2022-05-20

Förvaringsplats för protokollet

Socialförvaltningen

Underskrift

Linda Ångman, sekreterare

Justerandes sign

Utdragsbestyrkande



Socialnämnden

§ 36

Dnr 2021-000237 1.1.6.4

Remissvar - Samsjuklighetsutredningen

Socialnämndens beslut

Socialnämnden beslutar

att anta förvaltningens förslag till yttrande som sitt eget, samt

att paragrafen justeras omedelbart.

Bakgrund

Bifogad bilaga är förslag till yttrande för socialnämnden över remis på den statliga utredningen "Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)".

Samsjuklighetsutredningen är ett regeringsuppdrag var syfte dels varit att 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, dels att lämna förslag på hur ansvaret kan samlas hos en huvudman.

Utredningen har tagit fram tio bärande förslag som ska vara ett led i att skapa förutsättningar för hur dessa samordnade insatser för angiven målgrupp ska kunna möjliggöras. Förslagen i utredningen bygger på de målbilder som framtagits i dialog med brukare och anhöriga.

I Västernorrland har Sundsvalls kommun och Härnösands kommun tillsammans med Region Västernorrland valts ut som remissinstanser. Övriga kommuner har också de möjlighet att skicka in sina synpunkter.

Arbetet med att lämna synpunkter på utredningen har genomförts i en arbetsgrupp bestående av fem enhetschefer verksamma inom socialtjänstens kommunala missbruk och beroendeområde. Även socialsekreterar- och behandlarnätverk i länet vars verksamhetsområde är missbruk och beroende samt samverkanspartner inom specialistpsykiatrin har givits möjlighet att ta del av underlaget och kommentera. Länets personliga ombud har också inkommit med kommentarer som gäller punkterna kopplade till "Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering"



Socialnämnden

Socialt perspektiv

Om utredningens förslag genomförs förväntas kommuners och regioners samordning öka avseende stöd och behandling till personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende, och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd, oavsett ålder.

Utredningen föreslår även att bl.a. all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.

Utredningen föreslår vidare att 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.

Utredningen anger vad gäller barn och unga att socialtjänsten har en fortsatt viktig roll att verka för trygga och goda uppväxtförhållanden, vilket inkluderar förhållanden relaterade till skadligt bruk och beroende både hos barn och föräldrar.

Utredningen bedömer att arbetet med att uppmärksamma och vidta åtgärder för barn i familjer där det förekommer skadligt bruk och beroende behöver fortsätta stärkas. Utredningen anger vidare att kommunerna behöver tillsammans med regionerna ta fram gemensamma strukturer för omhändertagande av skadligt bruk och beroende hos barn och unga, och fler kommuner behöver samarbeta med regionerna i integrerade verksamheter för barn och unga.

Ekologiskt perspektiv

Förslaget bedöms inte ha någon påverkan i ett ekologiskt perspektiv.

Ekonomiskt och juridiskt perspektiv

Utredningen föreslår att 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. I bifogat yttrande ifrågasätts om det är rimligt att kommunerna skall stå för 50 % av behandlingskostnader, när det är regionen som tar beslut om att behandling ska ske på ex HVB-hem.

Utredningens förslag innebär ett flertal ändringar i olika lagstiftningar, och överföring av visst ansvar för målgruppen från kommunerna till regionerna.

Beslutsunderlag

Socialförvaltningen, tjänsteskrivelse 2022-04-20.

Remissvar - Samsjuklighetsutredning - Härnösands kommun 2022-04-20.

Avsnitt i utredningen som arbetsgruppen inte lämnat synpunkter på.

S2021-07629-Remissmissiv SOU-2021-93 2021-12-13.

Avsnitt i utredningen som arbetsgruppen inte lämnat synpunkter på i remissvaret till utredningen ”

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

10.1.1 Somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas

Bedömning: Hälsa- 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. Myndighetens uppdrag ska också omfatta en utredning av om detta syfte kan uppnås genom att fler läkarspecialiteter tillåts ordinera LARO, samtidigt som det ställs krav på alla som ordinerar att med viss regelbundenhet genomgå särskilda kompetenshöjande åtgärder.

10.2.1 Ökad tillgång till och mindre vidareförmedling från LARO-behandling

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.

11.4.4 Kompetenser

Regioner och kommuner har möjligheter att själva anpassa vilka yrkeskategorier som arbetar i verksamheten men verksamhetens syfte förutsätter att arbetet sker multiprofessionellt utifrån både hälso-och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

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 ett 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).

11.13 Avtal om verksamhetens bedrivande

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

11.14 Bemyndigande

Förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om kostnader, budget, uppföljning och övriga bestämmelser som behövs till skydd för enskilda.

15.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamheten har en påverkan på den kommunala självstyrelsen som dock bedöms vara proportionerlig i förhållande till sitt syfte. Ytterligare några förslag påverkar den kommunala självstyrelsen, dock i mindre grad och vi bedömer att även de förslagen är proportionerliga i förhållande till sitt syfte.

15.8 Ekonomiska konsekvenser

Statens kostnader för förslagen består av tre delar

- Kostnader för nya åtaganden (obligatorisk sprutbyte och slopad patientavgift),
- uppdrag eller liknande till myndigheter, och
- stimulansbidrag för införande av förslagen till region och kommuner.

Ekonomiska beräkningar och överförbara kostnader

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.

Regionernas kostnader ökar och kommunernas minskar

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 kostnaden för område 4. bedömde utredningen att 40 % utgjorde kostnad för behandling för skadligt bruk och beroende som framgent föreslås bli ett ansvar för regionen och således överförbar

Sammantaget när det gäller eventuellt överförbara kostnader

- 40 % av kostnaden för de behovsprövade insatserna i öppenvård kan behöva föras över till regionerna (drygt 510 miljoner) plus 10-30 % (750 miljoner-1,3 miljarder) av institutionsvården beroende på vilket alternativ man utgår från.
- Totalt överförbara kostnader: 1,2-1,8 miljarder kronor.
- Beräkningarna är osäkra och kostnadsfördelningen ser olika ut i landet vilket talar för skatteväxling på lokal och regional nivå.
- Samtidigt är det förhållandevis låga belopp som beräknas som överförbara vilket talar emot skatteväxling.
- Obligatorisk sprututbyte och slopad patientavgift är nya åtaganden som aktualiserar finansieringsprincipen.

