



2022-05-04

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.sof@regeringskansliet.se

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

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har inte fått rubricerade betänkande på remiss. SLS omfattar 67 medlemsföreningar och sektioner som i stort sett sammanfaller med läkares specialitetsindelning. Vi svarar på många remisser under ett år som rör hälso- och sjukvården, både regional och kommunal hälso- och sjukvård. SLS har även svarat på tidigare remisser om t ex missbruksvården, och på majoriteten av de remisser som räknas upp i kap. 6 Tidigare utredningar.

Mot denna bakgrund vill vi lämna nedanstående synpunkter på betänkandet.

I beredningen av vårt svar har vi fått in synpunkter från SLS medlemsföreningar: Svensk Förening för Allmänmedicin, Svenska infektionsläkarföreningen, Svenska Rättsspsykiatriska Föreningen, Svensk förening för Beroendemedicin, Svenska Neurologföreningen. Svaren innehåller viktiga synpunkter och bifogas i sin helhet.

Sammanfattning

SLS ställer sig bakom utredningens förslag att åstadkomma bättre fungerande integrerad vård och stöd till personer med samsjuklighet genom att ge regionernas hälso- och sjukvård ensamt ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende. Samtidigt ser SLS aspekter som skulle kunna problematiseras och diskuteras ytterligare, vilket detta svar vill bidra till.

SLS tillstyrker förslaget om att fasa ut begreppet missbruk till förmån för skadligt bruk eller beroende.

SLS tillstyrker förslaget om att utredning och behandling av skadligt bruk och beroende ska samordnas med utredning och behandling av andra psykiatriska tillstånd.

SLS efterlyser djupare analys av strukturella orsaker till ojämlik vård, då utredningens fokus främst ligger på hur insatser till individer med samsjuklighet ska kunna åstadkommas ur ett individperspektiv. Glesbygdsperspektivet och fokus på hälsans bestämningsfaktorer hade behövt ges ett större plats.

SLS hade även gärna sett en djupare analys av utredningens förslag i relation till andra pågående reformer, främst omställningen till nära vård och satsningen på fast läkare i primärvården.

SLS delar utredningens bedömning att hälso- och sjukvården måste uppmärksamma och hantera somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet. Fast läkarkontakt i primärvården är en viktig

förutsättning för att ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska behov ska kunna tas över tid.

SLS har inga invändningar mot att lågtröskelverksamheter provas i pilotprojekt förutsatt att utvärdering sker förutsättningslöst, med vetenskapliga metoder och att konsekvensanalys vid planering av eventuell spridning/uppskalning inkluderar undanträngningseffekter och alternativkostnader.

SLS tillstyrker förslaget om att uppdra åt socialstyrelsen att stödja implementering av tillgänglig kunskap om LARO och att se över om fler läkarspecialiteter kan tillåtas att ordinera LARO.

SLS tillstyrker förslaget att det ska bli obligatoriskt för regionerna att bedriva verksamhet för sprututbyte i enlighet med föreslagna bestämmelser.

SLS deltar gärna i det fortsatta utredningsarbetet gällande tvångsvårdslagstiftning.

När det gäller uppföljning vill SLS hänvisa till det [remissvar](#) SLS skrev om socialstyrelsens rapport om utvidgat patientregister för primärvård i januari 2022.

SLS tillstyrker förslaget om att permanenta medel som avsätts för att öka tillgången till personliga ombud, och att socialstyrelsen får i uppdrag att följa om möjlighet till personligt ombud ges när relevant.

SLS föreslår att medel öronmärks för att stärka professionernas möjligheter att leda den medicinska utvecklingen för personer med samsjuklighet.

SLS med medlemsföreningar kan i samspel med statliga myndigheter vara en partner för staten att göra överenskommelser med och fördela stimulansmedel till.

SLS stöder förslaget att myndigheten för vård- och omsorgsanalys tilldelas uppdraget att följa upp reformen.

Allmänt om betänkandet

Utredningens syfte är synnerligen vällovligt. Personer med samsjuklighet är en utsatt grupp som samhällets nuvarande organisering inte förmår hjälpa på ett personcentrerat biopsykosocialt sätt. Det behövs insatser för att skapa ett tryggare samhälle med *tillgänglighet till personcentrerade sammanhållna nära vård- och stödinsatser, liksom specialicerad sammanhållna vård när så behövs*. Det gäller alla människor och i synnerhet utsatta grupper som behöver insatser från flera delar av välfärdssystemet. Tillgång till socialt stöd och socialt sammanhang är de faktorer som påverkar hälsa och livslängd mest. Samsjuklighet leder ofta till olika former av utanförskap och därmed är det viktigt att samhället erbjuder integrerad nära vård och stöd att hantera sin situation. Att göra all behandling av skadligt bruk och beroende till ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård kan i ljuset av detta vara logisk förändring.

Samtidigt bör det understrykas att det alltid kommer att finnas *organisatoriska mellanrum* oavsett hur man justerar ansvarsgränser mellan huvudmännen. Det finns en uppenbar risk att representanter för de två huvudmännen även fortsättningsvis kommer konstatera att "det här är inte vårt bord" eller att "vi har uttömt alla våra behandlingsmöjligheter" eller att "du behöver behandling men vi kan bara erbjuda stöd, återkom när behandlingen är klar" och på så vis lämna individen ensam i gränslandet. Det viktiga för behövande individer är att det finns en logisk ingång till behandling och stöd – och en funktion som kan hjälpa till att *guida i gränslandet mellan ohälsa och sjukdom samt samordna insatser över mellanrummen* var man än bor. Alltså *integrerad vård och stöd*. Denna synpunkt lyfter alla de medlemsföreningar i SLS som svarat på betänkandet, se bifogade svar.

På individnivå kommer det alltid behövas en bedömning av vad som är lämpligt och möjligt i behandlingen just nu och på sikt. Detta faktum kommer inte att ändras även om huvudmannansvarsgränsen mellan behandling och stöd flyttas. Även om SLS stödjer den föreslagna förflyttningen av huvudmannansvaret saknar vi därför en analys av alternativet att *lägga motsvarande resurser på stärka regionernas förmåga att erbjuda fast läkarkontakt i primärvården*. Frågeställningen om det egentligen skulle vara bättre att lägga resurserna på primärvården är högst relevant då god vård för den grupp som utredningens förslag riktar sig till i alla händelser förutsätter en utbyggd primärvård som klarar att ta en samordnande roll.

Frågeställningen är också relevant i ljuset av att flertalet andra statliga utredningar de senaste åren – såsom effektiv vård, digifysisk vård, god och nära vård, börja med barnen, rätt stöd till psykisk hälsa, socialtjänstlagen, äldresjukvårdslagen – syftar till att få till integrerad vård i vilken primärvårdens decentraliserade och samordnande roll är central. Det är viktigt att förslagen från de olika utredningarna leder till en gemensam och önskvärd riktning när det gäller primärvårdens roll i svensk hälso- och sjukvård. Samsjuklighetsreformen får inte bli en motkraft mot omställningen till god och nära vård utan måste tvärtom stödja den. Som kommentar till detta, se bilaga 1.

Fast läkarkontakt med sitt allmänmedicinska team i primärvården, kan utifrån den specifika individens behov verka i det organisatoriska mellanrummet och *samverka* med alla relevanta aktörer oavsett om det är stöd eller behandling en person behöver (ex. Storbritanniens Integrated Care Systems). En primärvård som erbjuder fast läkare till alla, kan byggas upp såväl i glesbygd som i tätorter och storstäder, och anpassas därefter. En fast läkarkontakt med sitt team i primärvården kan finnas som en trygghet som består över tid och bidrar till ökad social cohesions/sammanhållning (en av de viktigaste av hälsans betämningsfaktorer) oavsett

- vilken fas av beroende/samsjuklighet man är i – från tidigt riskbruk och ”psykisk ohälsa” till manifest grava beroendeproblem och psykisk sjukdom
- vilken svårighetsgrad ens samsjuklighet har
- om individen under en period eller kontinuerligt är i behov av psykiatri, rättspsykiatri eller beroendemedicinens resurser
- om man behöver socialtjänstens resurser
- om man är barn, ungdom, ung vuxen, medelålders eller äldre
- om det är en själv som har samsjuklighet eller om det är en anhörig som är drabbad.

Här är vi inte idag eftersom primärvården ännu inte kan erbjuda alla invånare fast läkare, och det behöver beaktas i bedömningen av utredningens förslag. Att Socialstyrelsen nu kommit med ett riktvärde gällande antal patienter en fast läkare i primärvården kan ta ansvar för är dock en tydlig signal om att riktningen bör vara att stärka möjligheterna till integrerad vård/stöd med utgångspunkt i primärvården, oavsett var man bor, oavsett vilken form av hälsoproblem man har.

Kap. 8 Förändrad styrning av insatser för personer med samsjuklighet

SLS tillstyrker förslaget att de målbilder som tagits fram tillsammans med patienter och anhöriga ska användas för att visa vad samhällets samlade insatser vid samsjuklighet ska uppnå.

SLS delar även utredningens uppfattning om att styrformer, kultur och policys behöver utgå ifrån behov, resurser och beteenden hos personer med samsjuklighet och anhöriga, ge professionellt handlingsutrymme och premiera samarbete. Att systemets nuvarande styrning som leder till fragmentisering, blir särskilt problematiskt kring personer med samsjuklighet och andra med stora behov. För dem behövs integrerad vård, alltså förbättrade förutsättningar till samverkan över organisatoriska mellanrum.

Kap. 9 Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen

SLS tillstyrker förslaget om att fasa ut begreppet missbruk till förmån för skadligt bruk eller beroende (9.1).

SLS tillstyrker förslaget om att utredning och behandling av skadligt bruk och beroende ska samordnas med utredning och behandling av andra psykiatriska tillstånd (9.2.2).

SLS ställer sig även bakom utredningens förslag att åstadkomma bättre fungerande integrerad vård och stöd till personer med samsjuklighet genom att ge regionernas hälso- och sjukvård ensamt ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende (9.2.1). Men som framkommer i detta svar ser SLS också en risk att utredningens förslag delvis kan innebära att ”gå över ån efter vatten” för att uppnå *bättre integrerad och jämlikt tillgänglig vård och stöd* för utredningens målgrupp. En målgrupp som beskrivs som heterogen.

Integrerad vård kan åstadkommas om man främst stärker allmänmedicinen och samtidigt ger primärvården bättre verktyg att arbeta proaktivt med ett folkhälsoperspektiv. Exempelvis har Region Östergötlands vårdcentraler, nyligen fått tillgång till interaktiva områdesprofiler för detta ändamål. Det blir intressant att följa deras arbete med dessa. Det är även tydligt att intresset för social förskrivning växer i Sverige. Social förskrivning, kopplat till fast läkare i primärvård för alla invånare, torde kunna ge bättre förutsättningar för ett jämlikt erbjudande om stöd genom stärkta sociala sammanhang, som komplement till socialtjänstens stöd och hälso- och sjukvårdens behandling (kanske även till de mest behövande), än en ny separat samordnande vårdform för de mest behövande. *SLS hade gärna sett en fördjupad analys* kring detta innan en ny vårdform införs.

Många, inklusive *SLS* ser *fördelar* med att på specialistpsykiatri-/rättspsykiatri-/beroendemedicinnivå flytta huvudmannansvarsgränsen för att stäkra dessa verksamheters möjligheter att behandla samsjuklighet där primärvårdens och socialtjänstens resurser i den nära vården inte är tillräckliga. Man behöver dock beakta att vi idag endast klarar av att erbjuda fast läkare till 1/3 av befolkningen men att bred samsyn finns, och att krafttag just nu tas för att stärka regionernas förmåga att erbjuda fast läkare i primärvården (>55% innan 2022 är slut). När vi fram till att hela befolkningen är listad hos fast namngiven läkare blir verkligheten en annan. Då har vi riggat ett system där alla invånare, inklusive de med samsjuklighet, i sin fasta läkare har en personlig ”dirigent” för de vård- och stödinsatser de behöver. Som kan samordna över tid, oavsett vilket behov av behandling och eller stöd som föreligger för tillfället. I samklang med utredningens målbilder vilket illustreras i *bilaga 1*. Skulle behovet av/ändamålsenligheten i att flytta huvudmannagränsen föreligga om vi hade en primärvård som erbjuder fast läkare till alla invånare? Som konstaterats under Allmänt om betänkandet saknar SLS detta perspektiv i utredningen.

Kap. 10 Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv

SLS delar utredningens bedömning att hälso- och sjukvården måste uppmärksamma och hantera somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet. Fast läkarkontakt i primärvården är en viktig förutsättning för att ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska behov ska kunna tas över tid. Med kontinuitet och med koppling till andra aktörer i lokalsamhället, eller kanske med en HVB-enhet i en annan region om så blir aktuellt och med den specialiserade vården när så behövs. Det är viktigt att den specialiserade vården har goda förutsättningar och inriktningen att stötta den nära integrerade relationskontinuitetsbaserade vården, gärna genom digitala konsultationer.

SLS anser att det är viktigt att analysera grundorsakerna till samsjuklighet genom att tillgängliggöra folkhälsodata ner på lokal nivå och på så vis stärka möjligheterna att förebygga samsjuklighetsrealiterade problem i lokalsamhället. Region Östergötlands arbete med områdesprofiler är ett exempel på hur detta kan åstadkommas.

SLS tillstyrker förslaget om att uppdraga åt socialstyrelsen att stödja implementering av tillgänglig kunskap om LARO och att se över om fler läkarspecialiteter kan tillåtas att ordinera LARO.

SLS tillstyrker förslaget att det ska bli obligatoriskt för regionerna att bedriva verksamhet för sprututbyte i enlighet med föreslagna bestämmelser.

Utredningen föreslår att lågtröskelverksamheter med brukarrum bör initieras i syfte att erbjuda fler alternativ med hälsofrämjande och skadereducerande insatser för narkotikaanvändare. *SLS liksom involverade medlemsföreningar har inga invändningar* mot att detta provas i pilotprojekt förutsatt att utvärdering sker förutsättningslöst, med vetenskapliga metoder och att konsekvensanalys vid planering av eventuell spridning/uppskalning inkluderar undanträngningseffekter och alternativkostnader.

Kap. 11 En samordnad verksamhet för dem med störst behov

SLS anser (mot bakgrund av resonemanget under allmänt om remissen) att det är svårt att i nuläget ta ställning till utredningens förslag om en ny vårdnivå för de med särskilt komplexa behov. Om förslaget genomförs bör det genomföras som testverksamheter i enstaka regioner och kommuner som Svensk förening för beroendemedicin framhåller.

SLS delar utredningens uppfattning att samordnad behandling och stöd för de med störst behov är angeläget. Föreningarna för allmänmedicin, beroendemedicin, rättspsykiatri nämner dock alla *risker med att skapa en separat vårdform* för denna patientgrupp utifrån sina olika perspektiv. Allmänmedicin ser att primärvården i dagsläget har otillräckliga resurser/samverkansmöjligheter för patienterna, i synnerhet de med komplexa behov. För det behövs fasta läkare med fungerande tvärprofessionella team. Där är vi inte idag. Beroendemedicin liksom rättspsykiatri lyfter att *nya mellanrum skapas* för målgruppen och näralliggande grupper. När kvalar man in som särskilt behövande? Hur långt ska man behöva falla innan man får samordnad hjälp? Rättspsykiatri problematiserar förslaget att vård- och stödsamordningsteamet ska ha eget mandat att acceptera eller avvisa remisser vilket skulle innebära en lagfäst självständig vårdform mellan primärvård och specialiserad öppen- och slutenvård. (Se sid 3 i deras svar.) Inrättande av en ny separat vård-/stödinstitans medför ett förändringstryck i angränsande verksamheter vilket kan medföra en organisationsstress som upplevs destruktiv och därmed motverkar andra satsningar på samverkan, bla. ett centralt fokus i omställningen till god och nära vård. *SLS ser en risk* att detta förslag med sin goda ambition blir sin egen fiende och motverkar sitt eget syfte. Beroendemedicin lyfter även att större centraliserade regionövergripande sjukvårdsenheter kommer behöva samordna sig lokalt med flertalet små kommuner vilket kan bidra till *ojämlika förutsättningar*. Det är lättast att samordna sig med den geografiskt överlappande kommunen, alltså den där specialenheten ligger. Det drabbar främst perifera kommuner i glesbygd.

SLS saknar här en analys av i vilken mån *stärkt nära integrerad vård* (allmänmedicinska team kring fasta läkare) skulle kunna förebygga att människor behöver den särskilda vårdformen och samhällsekonomiska effekter av detta.

SLS menar att sådan analys bör göras inför beslut om den föreslagna reformen. Skulle de allmänmedicinska teamen kring de fasta läkarna i primärvården, med stöd av den specialiserade psykiatriska sekundärvården, kunna hantera även de mest komplexa fallen? Skulle den särskilda vårdformen kunna bli överflödigt då? Vad skulle det få för effekter i glesbygd med långa avstånd till centraliserade vård och omsorgsteam? Har utredningen tittat på NUKA Alaska? Det är ett exempel som ofta lyfts fram som en förebild för god och nära integrerad personcentrerad vård med stort brukarinflytande.

Kap. 12 Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning

SLS anser att för att samhället ska kunna erbjuda *integrerad vård* med personcentrerat stöd och behandling vid samsjuklighet behövs specialistläkare i klinisk tjänst inom allmänmedicin, arbets- och miljö-medicin, psykiatri, beroendemedicin och rättspsykiatri. Även socialmedicinen med sitt övergripande perspektiv är central i strävan efter jämlik integrerad hälso- och sjukvård.

SLS anser utöver detta att fast läkarkontakt i primärvård är en viktig reform som behöver prioriteras och drivas igenom för att ge en så jämnt fördelat samordnande stabilitet till välfärdssystemet som möjligt, där både hälso- och sjukvård och socialtjänst är viktiga aktörer för personer med samsjuklighet.

Beroendemedicin lyfter i sitt svar under punkt 2 fram möjligheten att göra tilläggsspecialiteten beroendemedicin tillgänglig för fler. De ser även att man kan tänka sig en mer riktad utbildning som ger behörighet att förskriva LARO oavsett grundspecialitet, ett system som är vanlig internationellt och skulle ge större flexibilitet i glesbygd. SFAM ser att i nuläget har inte primärvården resursmässiga, kompetensmässiga eller strukturella förutsättningar för att läkare inom primärvården ska kunna medverka i ordination eller uppföljning av LARO. När vi en situation där det finns fast läkare (med avgränsad lista) i primärvården för alla kan läget komma att bedömas annorlunda.

Beroendemedicin lyfter även fram att de saknar konkretion i utredningens förslag om ”att befintliga aktörer bör bli bättre på att ta sitt ansvar när det gäller kompetensförsörjning”. Att det krävs tydlig kraftsamling och utökade resurser. SLS ser att det även behövs ökad involvering av professionsföreningarna i regionernas strategiska kompetensförsörjningsarbete.

När det gäller uppföljning vill SLS hänvisa till det [remissvar](#) SLS skrev om socialstyrelsens rapport om utvidgat patientregister för primärvård i januari 2022.

Kap. 13 Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering

SLS tillstyrker förslaget om att permanenta medel som avsätts för att öka tillgången till personliga ombud, liksom förslaget att socialstyrelsen får i uppdrag att följa om möjlighet till personligt ombud ges där insatsen erbjuds.

Kap. 14 En gemensam tvångslagstiftning

Utredningen har genomfört en analys av för- och nackdelar med en gemensam tvångslag. Utredningen anser att det krävs en fortsatt utredning om hur tvångsvårdslagstiftningen kan utformas för att omfatta personer med skadligt bruk och beroende.

SLS vill framföra att vår medlemsförening Svenska Rättspsykiatriska Föreningen bör bli delaktiga i den fortsatta utredningen. Se närmare föreningens remissvar. Även psykiatrin bör involveras.

Kap. 15

Beräknad kostnad för staten är 500 miljoner per år i fem år, totalt 2,5 miljard. Plus 172 miljoner årligen i permanenta kostnader. Förslag om att staten avställer ytterligare medel för den nya separata vård och stödverksamheten, och därmed landa på 1 miljard årligen i fem år.

SLS föreslår att medel öronmärks (jämför levnadsvaneprojektet) för att stärka professionernas möjligheter att leda den medicinska utvecklingen för personer med samsjuklighet. Av de 3 miljoner per år under 3 år som avsätts för utformandet av ett uppföljningssystem byggt på de målbilder som tagits fram, kan förslagsvis delar öronmärkas för att säkerställa involvering av relevanta professionsföreningar i detta strategiskt viktiga arbete. Även för de 5 miljoner under fem år, som avsätts för stöd för implementering av reformen i överenskommelse med SKR, kan delar med fördel öronmärkas för involvering av relevanta professionsföreningar såsom SLS medlemsföreningar.

Kap. 16

SLS anser att utredningen föreslår en snäv tidsram för en omfattande reform – rättspsykiatrin lyfter detta särskilt i sitt svar. Under samma tidsperiod pågår omställningen till god och nära vård. Som nämns på annan plats i detta svar, anser SLS att det är viktigt att samsjuklighetsreformen inte blir en motkraft mot nämnda reform då den i sig har potential att gynna målgruppen genom förstärkt integrerad nära vård och omsorg.

SLS föreslår att medel tillförs även inom ramen för omställning till god och nära vård och posten för fast läkare. På sid 388 framgår att 6,8 miljarder går till regioner och kommuner för omställningen till nära vård, varav 200 miljoner till fast läkare. Genom att öka beloppet till posten för fast läkare stärker

man förutsättningarna till ett samlat medicinskt ansvar för både psykiska och somatiska vårdbehov som personer med samsjuklighet kan ha och det kan leda till den förbättrade integrering av vård och stöd som utredningens förslag syftar till. Utredningen gör bedömningen att fast läkare i primärvården bidrar till just detta.

Bemanning/kompetensväxling och landsortsperspektivet är faktorer som kommer vara avgörande för hur regioner och kommuner klarar av att realisera utredningens förslag. *SLS är generellt negativt* till tillfälliga satsningar i överenskommelse mellan staten och SKR. Regionerna kommer troligen inte att öka bemanningen/anställa personal med tillfälliga resursförstärkningar som tar slut efter fem år. Hälso- och sjukvården behöver stabilitet och långsiktiga resurstillskott. Tillfälliga satsningar tenderar leda till detaljstyrning och ökad administrationen. I detta sammanhang; istället för att nå de patientnära verksamheterna som hanterar personer med samsjuklighet. Utredningen konstaterar att det råder stor osäkerhet kring kommunernas kostnader för psykosocial behandling idag, och dessutom stora skillnader över landet. Risker är att det reella resurstillskottet inte matchar kostnaderna för ett utvidgat uppdrag. Skatteväxling är en administrativt betungande process för kommuner och regioner. Mycket pengar kan befaras fastna i denna administration. *SLS anser att* utredningens slutsats att SKR är den mest lämpliga parten att utgöra ett nationellt stöd till implementering av reformen är olycklig av de skäl som utredningen nämner men väljer att bortse ifrån. *SLS anser att* uppdraget ska ligga på Socialstyrelsen. *SLS med medlemsföreningar kan i samspel med statliga myndigheter vara en partner* för staten att göra överenskommelser med och fördela stimulansmedel till.

SLS stöder förslaget att myndigheten för vård och omsorgsanalys tilldelas uppdraget att följa upp reformen.



Bild ur Östgöra-kommissionen för folkhälsa – slutrapport 2014.
Illustration av Carolina Hawranek 2014.

Slutligen: Utredningens mål är som sagt synnerligen angeläget. Personer med samsjuklighet behöver bättre förutsättningar att hantera sin situation. *SLS ser att fokus på jämlikt tillgänglig, integrerad vård och stöd* för denna utsatta grupp, liksom andra grupper med komplexa behov är viktigt för att komma åt strukturella orsaker till ojämlik hälsa. Det är viktigt att samhällets olika aktörer gemensamt verkar för att på strukturell nivå åstadkomma jämlika möjligheter för individer att hantera sin hälsa. Det är vad vi vill förmedla med detta svar.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
ordförande

Susanna Althini
ledamot SLS nämnd

Bilagor:

1. Utveckling av målbilderna i figur 3.1 på sid 74 i utredningen.

Remissvar från SLS föreningar:

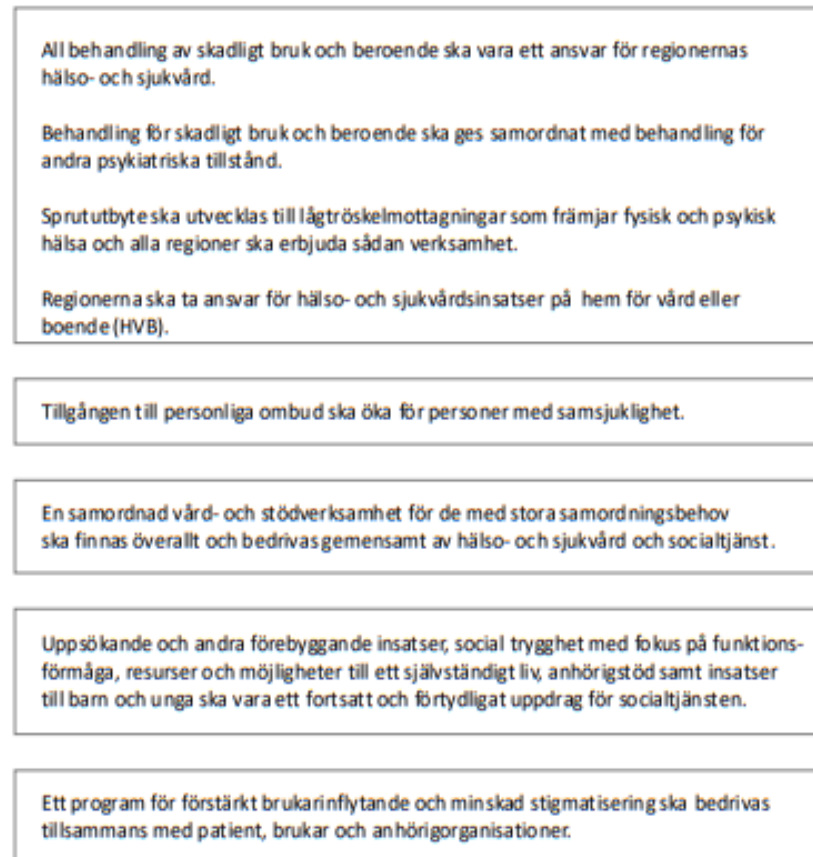
2. Svensk Förening för Allmänmedicin,
3. Svenska infektionsläkarföreningen,
4. Svenska Rättspsykiatrisk Föreningen,
5. Svensk förening för Beroendemedicin,
6. Svenska Neurologföreningen

Samsjuklighetsutredningens målbilder

- fast läkare och integrerad vård i primärvården

Figur 3.1 Kopplingen mellan våra förslag och målbilderna

Utredningens förslag



Målbilder

- 1 Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.
- 2 Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.
- 3 En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.
- 4 Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.
- 5 Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.
- 6 Tidig hjälp med psykisk ohälsa och skadligt bruk.
- 7 Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.
- 8 En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.
- 9 Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.
- 10 Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.

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



Spelar det någon roll för individen var gränsen går när det är mellanrummen som är problemet?

Fast läkarkontakt i primärvården – personligt personcentrerat ansvar.

- 1 Jag kan rådfråga min fasta läkare som känner mig och som vet vilka möjligheter som finns där jag bor, digitalt och längre bort. Hen kan hjälpa mig att bedöma vad som är lämpligt
- 2 Min fasta läkarkontakt tillsammans med sitt team på hälsocentralen samverkar med såväl socialtjänsten som psykiatri och beroendevården och tar samtidigt hand om mina somatiska besvär. Min läkare är även mina barns läkare och har samverkat med elevhälsan – tack och lov får de stöd när jag famlar runt i mitt stökiga liv. Jag önskar så att de ska få det bättre än vad jag förmår.
- 3 Så bra att Sverige äntligen fick till fungerande allmänmedicin och möjlighet för alla att ha en fast läkare i primärvården. Att äntligen få en fast läkare - det blev en vändpunkt. Min läkare är välutbildad och erfaren och så vet jag att hen har kloka kollegor – det känns tryggt nu när de är ett fast team och inte olika hyrläkare som byts ut hela tiden. Förut var det som ett lotteri – oftast nitlott...
- 4 Jag ringer min fasta läkare. Tillsammans med sitt team på hälsocentralen kan hen hjälpa mig att hålla fokus på att göra hälsosamma val. De samverkar med soc och psyk och andra utifrån mina behov. Spelar ingen roll om jag behöver behandling eller stöd. För var går gränsen?
- 5 Min fasta läkare har tillsammans med sitt team förutsättningarna som behövs för att samordna allt och ta ansvar för det medicinska. Det är toppen att vi tillsammans kan koppla upp oss och diskutera mina mediciner med min psykiater på datorn numera. Lättare än att åka in till psyket sen körkortet rök.
- 6 Allmän medicinens inriktning är hälsofrämjande. Relationskontinuiteten hjälper min fasta läkare att reagera på skiftningar i min hälsa. Jag känner mig trygg med att hen känner mig – vi kan prata om allt. Det kändes skönt att berätta om att jag oroar mig för mitt alkoholsug – att jag tappat kontrollen.
- 7 Min fasta läkare utgår alltid från vad som är viktigt för mig - fångar mig där jag är och förklarar så att jag förstår. Det är tydligare nu vad som jag kan påverka och vad som är mitt eget ansvar. Jag känner det som att jag är medskapare i det som sker. Det känns värdigare.
- 8 Fint att det numera finns hälsolotsar (social prescribing) som kan hjälpa en att hitta sammanhang där alkoholen/drogerna trängs undan från mitt fokus. "Shared readinggruppen" är veckans höjare. Finns så kloka tankar i alla – även i oss tilltufsade.
- 9 Att ha en fast läkare som jag kan nå när jag behöver känns tryggt. Min läkare och de andra i teamet hjälper till utifrån vilka problem och behov jag har. Det har gjort att det blivit lättare för min familj också. De får också hjälp via sina fasta läkare.
- 10 Det är skönt att min läkare och de andra i teamet på hälsocentralen känner mig. Mitt nätverk av trygga personer känns stort nu. Både i det offentliga välfärdssystemet och utanför i det vanliga samhället. – jag får det stöd jag behöver för att hantera livet. Mitt sug och mina sjukdomar tar inte så mycket plats längre.

Vid samsjuklighet med komplexa behov och komplex sjukdomsbild är det viktigt med ett personcentrerat biopsykosocialt perspektiv i bedömningen av den enskildes symtom, situation och behov. Bedömningen blir utgångspunkt i planeringen av behandling och stöd. Var går gränsen mellan behandling och stöd på individnivå?

Vad händer om man flyttar en gräns gällande huvudmannans ansvar i ett gränsland där gränsen beror bedömningen av individens behov?
Vad händer om man skapar en ny vårdnivå som genererar nya mellanrum?



Svensk förening för allmänmedicin

REMISSVAR
2022-04-18

Svenska Läkaresällskapet
Susann Asplund
susann.asplund@sls.se

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

[Sammanfattning och övergripande kommentarer](#)

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) ställer sig positiv till utredningens huvudförslag; ett samlat huvudmannaskap för vård och stöd till personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

SFAM delar utredningens bedömning att hittillsvarande insatser inom såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård huvudsakligen varit inriktad på den mindre gruppen med det svåraste beroendet och den svåraste samsjukligheten, men att insatserna likväl varit splittrade. Denna grupp har, trots sina stora problem och ofta svårigheter att hävda sig, ofta hamnat mellan stolarna i vårdsystemet. Psykiatrin har inte tagit emot dem så länge de haft beroendeproblem utan har hänvisat dem till socialtjänsten, som i sin tur inte förmått hantera deras psykiska ohälsa. Utredningens förslag är angelägna för denna mest utsatta grupp.

Samtidigt finns en betydligt större grupp med mindre uppenbar beroendeproblematik som också kommer att beröras av utredningens förslag. Det stora antalet individer i denna grupp gör att deras problematik sammantaget utgör ett omfattande samhällsproblem, med sociala, psykiska och somatiska konsekvenser för de enskilda individerna. Detta är särskilt tydligt för alkoholområdet.

Beaktar man alkoholepidemiologiska data så är det uppenbart att det stora flertalet av alkoholberoende individer har ett beroende av lindrig eller måttlig grad; att prognosen för denna grupp är god och att flertalet skulle kunna få bra hjälp av kort behandling i till

exempel primärvård, företagshälsovård och/eller öppenvård psykiatri. Man kan räkna med att nästan 4% av befolkningen ingår i denna grupp. Livstidsprevalensen kan uppskattas till cirka 12%. Säkra siffror på andelen individer i denna grupp som sökt vård saknas, men den har uppskattats till mellan 10–15 procent av alla som har skadligt bruk eller beroende.

Primärvården har redan i dag stor erfarenhet av svårt alkoholberoende personer med psykiatrisk samsjuklighet, ofta då de primärt söker för andra problem än beroendet i sig (somatisk samsjuklighet). Primärvården är i dagsläget emellertid sämre rustad att uppmärksamma personer med mildare och mindre uppenbar problematik, eftersom personerna sällan söker hjälp på grund av bland annat stigmatisering. Om utredningens förslag genomförs tydliggörs primärvårdens ansvar även för denna grupp, vilket kan bidra till en ökad förmåga att uppmärksamma, bedöma och erbjuda stöd och behandling.

I likhet med utredningen bedömer SFAM att fast läkarkontakt i primärvården kan ge förutsättningar för ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska vårdbehov. Givet fullt utbyggd primärvård för hela befolkningen skulle patienterna med samsjuklighet med stor säkerhet få bättre hjälp än idag i enlighet med delbetänkandets förslag. Potentialen är således god men vi vill särskilt påtala att även om viss utveckling i denna riktning sker så finns det i nuläget inte personella, resursmässiga eller organisatoriska förutsättningar för ett konsekvent genomfört heltäckande fastläkarsystem i befolkningen. Vi bedömer att ytterligare utökade uppdrag för primärvården riskerar ge motsatt effekt i förhållande till intentionen om inte reella förutsättningar att utföra uppdraget med rimlig kvalitet och arbetsmiljö finns på plats först.

Vi ifrågasätter effekterna av strategin för införande; stimulansmedel som punktinsats respektive överenskommelser mellan staten och SKR. Den här typen av medel och överenskommelser tenderar erfarenhetsmässigt att inte påverka förutsättningarna i kärnverksamheterna i någon större utsträckning.

[Fördjupade kommentarer till vissa av delbetänkandets bedömningar och förslag](#)

Nedan följer kommentarer till vissa enskilda bedömningar och förslag i delbetänkandet. I de bedömningar och förslag som inte nämns nedan har SFAM inga specifika invändningar alternativt väljer att inte lämna synpunkter då bedömningarna/förslagen inte i första hand berör primärvård eller allmänmedicin.

8.1

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

SFAM delar målbilden för vården, konkretiserad genom de tio beskrivna övergripande målen. De flesta målen har karaktären av självklarheter, där knappast någon kan företräda motsatt uppfattning, men de är ändå av värde att formulera eftersom vården idag sviktar i dessa avseenden. Vi vill dock särskilt lyfta punkten fem (inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa) och punkten nio (en person som jag kan lita på och som följer med i hela processen). Utestängning från vård genom villkor om drogfrihet respektive fragmentering med frånvaro av personligt helhetsansvar är två frågor som genomsyrar nuvarande organisering av sjukvården.

8.2

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

SFAM delar bedömningen.

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

SFAM delar bedömningen.

9.1

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

SFAM stödjer förslaget. Ett skifte till mer neutrala och mindre moraliserande begrepp, bedömer vi ligger i linje med behovet av minskat stigma och ökad respekt för varje individ och vederbörandes svårigheter och utmaningar.

9.2

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.

SFAM stödjer förslaget.

Bedömning: Vi delar bedömningen i utredningen God och nära vård att huvudmännen bör organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser, och att det bör finnas en övergripande struktur beslutad på huvudmannanivå som säkerställer detta.

Vi bedömer därutöver att en sådan struktur särskilt behöver beskriva omhändertagandet vid skadligt bruk och beroende, och att både primärvården och den specialiserade psykiatriska vården i större utsträckning behöver uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk och beroende hos de patienter de möter. Detta gäller inte minst den barn- och ungdomspsykiatriska vården.

När det gäller barn och unga bör den övergripande strukturen för omhändertagande tas fram gemensamt med kommunerna. Det behöver också finnas fler integrerade verksamheter som vänder sig till barn och unga med riskbruk, skadligt bruk och beroende, och vars uppdrag med fördel även kan omfatta annan psykisk ohälsa. För att underlätta förutsättningarna för sådana integrerade verksamheter för barn och unga kan frågan om gemensam dokumentation behöva utredas.

SFAM delar denna bedömning och hur utredningen beskriver att primärvården kan bidra med tidiga insatser, helhetssyn och kontinuitet. Vi anser att följande skrivning är central och att ett seriöst arbete krävs för att uppfylla dessa förutsättningar: "För att primärvården ska få rätt förutsättningar att utveckla vården till personer med skadligt bruk och beroende krävs tydliga uppdrag till psykiatri och specialiserad beroendevård att ta emot patienter som remitteras och att bidra med stöd och konsultation. Det krävs också att primärvården får nödvändiga resurser för hela sitt uppdrag". SFAM delar även bedömningen (s 319) att det är av särskild vikt att den specialiserade psykiatri- och beroendevården ges ett tydligt uppdrag att stödja primärvården.

Bedömning: Vi bedömer att hälso- och sjukvården har en viktig roll i att ge stöd till anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende, men att ansvaret för anhörigstöd kan behöva utredas vidare samlat, och inte enbart för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende.

SFAM delar bedömningen att ansvaret för anhörigstöd kan behöva utredas vidare. E-tjänster (som nuvarande anhörigstödet.se) torde kunna ha stor roll i och med sin anonymitet och lättillgänglighet och primärvården torde kunna utgöra en första linjens vård, framför allt för hänvisning till rätt stödinsatser.

9.4

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.

SFAM stödjer förslaget.

9.6

Bedömning: De bestämmelser och verktyg som finns för samordning på individuell nivå behöver användas i vården och omsorgen för personer med skadligt bruk och beroende, och bör fortsätta följas upp, utvärderas och utvecklas.

SFAM ifrågasätter värdet av formaliserade verktyg när dessa appliceras på verksamheter som inte är organiserade kring personliga uppdrag, med möjlighet till och förutsättningar för personligt ansvarstagande för en individs samlade sjukvårdsbehov över tid, men avstår i övrigt från att lämna synpunkter.

10.1

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.

SFAM delar bedömningen.

Bedömning: Risken för suicid hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas och förebyggas. Det görs genom att tillgången till adekvat behandling för psykiatriska tillstånd ökar, samt genom ökad kunskap om suicid hos personer som möter personer med samsjuklighet.

SFAM delar bedömningen.

10.2

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.

SFAM har inga invändningar i den första delen, och inte heller några principiella invändningar i den andra delen, men vill understryka att vi inte förutser att vare sig resursmässiga, kompetensmässiga eller strukturella förutsättningar för specialiteten allmänmedicin att medverka i ordination eller uppföljning av substitutionsbehandling (LARO) kommer att utvecklas inom överskådlig tid.

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.

SFAM har inga invändningar mot pilotprojekt om utvärdering sker förutsättningslöst och konsekvensanalys vid planering av eventuell spridning/uppskalning inkluderar undanträngningseffekter och alternativkostnader. Jämför dock ovanstående kommentar angående resursmässiga, kompetensmässiga och strukturella förutsättningar.

11.1

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.

SFAM stödjer förslaget, då det är angeläget för denna mindre grupp med de allra största behoven. Det är dock lätt att känna tveksamhet inför hur det kommer att fungera i praktiken, mot bakgrund av tidigare svårigheter med samverkan. Ett grannliga arbete att skapa regelverk för samverkan återstår. Utredningen beskriver förtjänstfullt ACT- och FACT-metoderna men inte CRA-metoden (Community Reinforcement Approach) som är besläktad, men torde ha den mest gedigna evidensen.

11.9

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.

SFAM delar bedömningen. Frånvaro av sammanhållen dokumentation, och i de flesta fall även svårigheter att dela information, skapar stora problem idag, inte bara i det här sammanhanget utan även inom till exempel barn- och ungdomspsykiatri (såväl inom primär- som sekundärvård) och äldreomsorg inklusive kommunal hemsjukvård.

11.10

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.

SFAM delar bedömningen.

12.1

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.

SFAM delar bedömningen och vill understryka att resurssättning respektive kompetensförsörjning är de två mest avgörande frågorna vid strukturförändringar som medför förflyttning av ansvar och arbetsuppgifter, samtidigt som erfarenheter från andra sammanhang ger fog för viss pessimism i fråga om huvudmännens förmåga i dessa avseenden.

12.3

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.

SFAM delar inte utredningens bedömning. Det är angeläget att tillgängliggöra kunskap och tillhandahålla system för vilka åtgärder och behandlingar som bör, kan, respektive *inte* bör erbjudas patienter. Vår uppfattning är dock att begreppet kunskapsstyrning bör utmönstras då det utgör en felaktig översättning av det engelskspråkiga uttrycket "knowledge management system", där "management" inte betyder "styrning" utan "hantering".

12.4

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.

SFAM har inga invändningar, men vill betona att det är viktigt att göra en distinktion mellan mätbarhet och relevans.

13.3

Bedömning: Personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk eller beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud om övriga förutsättningar är uppfyllda.

SFAM delar bedömningen.

15.1

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

SFAM delar bedömningen.

15.2

Bedömning: Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet 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.

SFAM delar bedömningen.

15.8

Bedömning: Förslaget om att hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende innebär att kommunen inte längre ska arbeta med psykosocial behandling för målgruppen. Förslaget innebär minskade kostnader för kommunen. Vi bedömer att en skatteväxling som förhandlas och beslutas på lokal nivå ger bäst förutsättningar för att överföringen ska motsvara de faktiska kostnaderna, mot bakgrund av de stora regionala skillnader som finns. Nackdelen med en skatteväxling är att det är en administrativt betungande process för kommunerna och regionerna. Ytterst är det en fråga för regeringen, regionerna och kommunerna att komma överens om med vilken metod överföringen ska ske.

SFAM delar bedömningen att resursöverföring mellan kommun och region kommer att behöva ske, och vill åter (jfr 12.1 ovan) uttrycka våra erfarenhetsbaserade farhågor i fråga om resurssättning respektive kompetensförsörjning. Vi ser helt enkelt en betydande risk för underfinansiering av det nya uppdraget för regionernas medarbetare, till exempel genom att resursöverföring kombineras med en generell smygbesparing förklädd till "effektiviseringsstöd" eller liknande eufemism.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande

Från: [Maria Norrby](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Ärende: Svar på remiss angående reform om samsjuklighet
Datum: den 22 mars 2022 17:31:48

Hej!

Jag skriver till dig som vice ordförande i Svenska Infektionsläkarföreningen (SILF) angående [Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93](#). Som SILF har fått på remiss.

SILF tycker att reformen ser mycket bra ut. Vi ställer oss bakom de delar som berör infektionssjukdomar samt utvecklandet av sprutbytesmottagningar i samtliga regioner, utdelande av och utbildning om naloxon. Vi ställer oss också bakom Socialstyrelsens förslag om att bosättningskravet ska tas bort så att man har tillgång till sprutbytesmottagning även om man befinner sig i en annan region än där man är folkbokförd.

Med vänliga hälsningar
Maria Norrby, överläkare
Infektionskliniken
Danderyds sjukhus

**Svenska Rättspsykiatriska Föreningens remissvar på delbetänkandet
”Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och
personcentrerade insatser med samsjuklighet”, SOU 2021:93**

Sammanfattning

Svenska Rättspsykiatriska föreningen stöder förslaget att ge ansvaret för vård och behandling vid skadligt bruk och beroende till den regionala hälso- och sjukvården. Vi ser fram emot att få ta del av, och helst medverka i, utredningens arbete med en reformerad LPT och definitionen av villkor för tvångsvård. En sådan reform kommer att ha stor betydelse för det rättspsykiatriska fältet. Vårt remissvar ska ses i ljuset av att vi bedömer att det är svårt att fullt ut bedöma den aktuella remissen innan vi har hela bilden.

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen vill härmed framföra följande kring delbetänkandet.

Vi ser fram emot att få ta del av, och helst medverka i, utredningens arbete med en reformerad LPT och definitionen av villkor för tvångsvård. En sådan reform kommer att ha stor betydelse för det rättspsykiatriska fältet. Vårt remissvar ska ses i ljuset av att vi bedömer att det är svårt att fullt ut bedöma den aktuella remissen innan vi har hela bilden.

Sammanfattningsvis konstaterar vi att det är ett bra förslag att ge ansvaret för vård och behandling vid skadligt bruk och beroende till den regionala hälso- och sjukvården.

Vi konstaterar att den tid som kommer att medges från beslut till genomförd reform, enligt gällande förslag blir cirka 2,5 år. Med tanke på hur omfattande reformen är bedömer vi att den tiden ter sig kort.

I den rättspsykiatriska vården är andelen patienter med samsjuklighetsproblematik särskilt hög och frågan om omhändertagande av patienter med skadligt bruk och beroende är därför mycket angelägen för Svenska Rättspsykiatriska Föreningen.

I beredningen av en reformerad LPT för inkludering av den nuvarande målgruppen för LVM bedömer vi att vi som förening kan bidra i utredningens fortsatta arbete.

Vi anser det vara av stor vikt att vi och Rättsmedicinalverket görs delaktiga i hur en sådan reform bereds, inte minst utifrån skrivningarna om allvarlig psykisk störning, förmåga till insikt i gärningens innebörd, förmåga att kontrollera sitt handlande efter sådan insikt, och bestämmelserna om självförvållade tillstånd (så som alkohol- eller narkotikarus), samt bestämmelserna om psykisk störning som förmildrande omständighet vid straffbestämmande, i brottsbalkens 29, 30 och 31 kapitel.

Vi kan också bidra i ett beredningsarbete som delvis kan handla om hur målgruppen bör tas om hand i förhållande till det system av säkerhetsklasser för psykiatrisk slutenvård som finns.

Vi ser positivt på att det för vuxna tydliggörs att de psykiatriska verksamheterna har ansvaret för behandling vid skadligt bruk och beroende utifrån följande argument:

- Vuxenpsykiatrisk jourverksamhet inklusive akut tillgänglig dygnetruntvård finns för vuxna i alla regioner.
- Den vuxenpsykiatriska vården tar redan stort ansvar för vårdsökande med skadligt bruk, beroende och kunskapen om dessa tillstånd inklusive akut behandling, finns väl etablerade i dessa verksamheter, medan socialjournsverksamheterna på de flesta håll i landet är alltför svagt resurssatta.
- Ett tydliggjort samlat huvudmannaskap underlättar såväl för enskilda som för regioners och kommuners planering och samverkan.
- Förslaget skapar bäst förutsättningar för vetenskapligt baserad utveckling på området.

Vi ser även positivt på att LPT ses över med inriktningen att lägga till ett alternativt beroenderelaterat kriterium i stället för allvarlig psykisk störning, eftersom en sådan ordning avhjälper flera problem utifrån följande argument:

- Glappet med avvikande pga bristfälligt mandat att kvarhålla personer och övriga risker i samband med transporter och vårdövergångar i samband med överföring till LVM-hem, försvinner.
- Förutsättningarna för att upprätthålla god ordning och säkerhet i vårdmiljön för patienten och för medpatienter, vid vård av personer med skadligt bruk och beroende, förbättras (både vid tvångsvård och vid frivillig vård, när konverteringsmöjligheten finns).
- En mer flexibel och individanpassad tillämpning av frihetsberövanden och annat tvång i syfte att hjälpa personer med skadligt bruk eller beroende blir möjligt. För en person med neuropsykiatriskt betingade svårigheter, utöver skadligt bruk, kan behov av omfattande ramar och tvång under lång tid föreligga om makt över det egna livet utan allvarlig inverkan av drogers inflytande ska kunna uppnås. För den som saknar komplicerande faktorer utom skadligt bruk kan det vara tillräckligt med en fullgjord avgiftning och därutöver kortare frihetsberövande och öppenvårdskontroller i efterförloppet. Den nuvarande tillämpningen av LVM är alltför odifferentierad med relativt standardiserade placerings-tider.

Vi är dock negativa till att kommunerna inte ges tillräckliga incitament, med det föreliggande förslaget, att bedriva ett socialt arbete med sikte på att personer med skadligt bruk och beroende inte ska hamna i den slutna beroendevården. Idag har kommunerna mycket höga kostnader att vänta i de situationer då en person placeras inom SiS för LVM-vård. Det skapar incitament att ordna den sociala situationen på hemmaplan så att ingen LVM-vård ska behövas. Med det föreliggande förslaget riskerar den slutna regionala vården att bli en "fri nyttighet" för den kommun som inte tillräckligt väl och skyndsamt ordnar de sociala omständigheterna för patienten, som behövs för att tillståndet ska kunna vändas innan tvångsvård/slutenvård behövs.

Vi vill även påpeka de stora riskerna med att vård- och stödsamordningsteamet i förslaget anges ha eget mandat att acceptera eller inte acceptera remisser. Därmed uppstår risk för att nya glapp mellan stolar skapas, i omhändertagandet av målgruppen och närliggande grupper. Det bedöms inte vara lämpligt att på detta vis skapa en lagfäst självständig vårdform mellan primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård. Det bör i stället anges att vård- och stödsamordningsteamet ingår i en vårdkedja där huvudmännen beslutar om remissordningen och den medicinska ledningen av den i regionen samlade vårdkedjan. För rättspsykiatrins patienter riskerar förslaget om alltför självständiga vård- och stödsamordningsenheter att bli speciellt problematiskt, eftersom gruppen är särskilt starkt stigmatiserad genom lekmäns ofta överskattande uppfattning om dess farlighet.

12 april 2022

För Svenska Rättspsykiatriska Föreningen,

Fredrik Åberg, styrelseledamot

Peter Andiné, ordförande

Remissvar från Svensk förening för beroendemedicin
Från delar till helhet. Delbetänkande av Samsjuklighetsutredningen.
SOU 2021:93

Allmänna synpunkter

Inom Svensk förening för beroendemedicin är vi generellt sett starkt positiva till utredningen och dess förslag. Beskrivningarna och analyserna av dagens situation, med ett splittrat och ojämnt vårdutbud, känner vi alla igen från vår vardag som beroendeläkare. Utredningens förslag till förbättringar är konstruktiva, och skulle innebära väsentliga förbättringar för ett stort antal patienter. Att det samlade huvudmannaskap som föreslås gäller för alla personer med skadligt bruk eller beroende är särskilt betydelsefullt. En väl genomförd reform baserad på dessa förslag skulle ha stor betydelse för svensk beroendevård, som äntligen skulle få en adekvat organisation och ansvarsfördelning, med goda förutsättningar för framtida utveckling.

Specifika synpunkter

1. Ett tema som berörs i bland annat utredningens kapitel 8 och 9 är ansvarsfördelningen mellan olika verksamheter. Förslagen om att renodla huvudmännens ansvar är utmärkta, och kommer att göra systemet tydligare för alla inblandade. En farhåga är dock att delvis nya gränsdragningsproblem kan uppstå mellan olika verksamheter inom sjukvården, framför allt mellan beroendevård, psykiatri och primärvård. Utredningen lämnar här ett betydande utrymme för regionerna själva att utveckla sina organisationsformer, men det kommer att vara angeläget att styra och följa upp detta så att inga patienter hamnar "mellan stolarna". Om exempelvis beroendevården ska klara av ett mer kvalificerat psykiatriskt omhändertagande för patienter med substansbrukssyndrom, måste detta vara kopplat till en adekvat resursfördelning.

2. Utredningen poängterar i kapitel 10 bland annat vikten av skadereducerande insatser till personer med substansbrukssyndrom. Vi ser positivt på förslaget om att utveckla sprututbytesverksamheterna och se till att sådana inrättas permanent i alla delar av landet. Även förslaget om att göra försök med brukarrum är intressant. Verksamheten bör i så fall utvärderas noggrant för att ge ny kunskap om hur den bäst kan utformas i ett svenskt sammanhang. Vad gäller somatisk vård finns god erfarenhet från både Skåne och Stockholm av att erbjuda sådan vård på plats, exempelvis vid LARO-mottagning eller sprututbyte. Det är också angeläget att öka tillgängligheten till LARO, och se till att vården utgår ifrån aktuell kunskap och ett modernt medicinskt förhållningssätt med respekt för patienterna. Att låta Socialstyrelsen utreda hur tillgängligheten kan förbättras är ett klokt förslag. En möjlighet vore att utvidga tilläggspecialiteten beroendemedicin (som idag endast är tillgänglig för specialister i psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri), så att fler läkare får adekvat vidareutbildning och möjlighet att förskriva LARO-läkemedel. Man kan också tänka sig en mer specifikt riktad utbildning som ger behörighet för sådan förskrivning oavsett grundspecialitet, ett system som är vanligt internationellt.

3. Kapitel 11 föreslår en särskild, samordnad vårdform för patienterna med störst behov. Förslaget är intressant men kan också innebära svårigheter. Förutom en sedvanlig gränsdragningsproblematik kring exakt vilka patienter som ska tillhöra dessa verksamheter, så är det delvis oklart hur dessa "integrerade" verksamheter ska lyckas undvika den typ av problem som det nuvarande splittrade huvudmannskapet innebär lokalt, med huvudmännens olika arbetssätt, lagstiftningar, dokumentationsrutiner och sekretessbestämmelser. Små kommuner kan få det svårt att upprätthålla god kvalitet och tillgänglighet i den här typen av verksamheter, och större regionövergripande sjukvårdskliniker kommer behöva samordna detta lokalt med mängder av små kommuner. Även dessa problem kan gå att lösa, och utredningen beskriver en del sådana möjligheter, men här skulle vi gärna se att man prövar sig fram, exempelvis med testverksamheter i enstaka regioner och kommuner. Om dessa utvärderas på ett stringent sätt, kan man lära sig av erfarenheter därifrån innan man försöker införa en ny vårdform över hela landet.

4. I kapitel 12 behandlas frågor kring kompetensförsörjning. Redan idag råder det brist på specialistutbildade läkare, sjuksköterskor och psykologer, och detta kommer att bli än mer kännbart när sjukvårdens ambitioner ska höjas avseende beroende och samsjuklighet. Kompetensförsörjningen är avgörande för att utredningens ambitioner i övrigt ska kunna genomföras: det måste finnas tillräckligt många, välutbildade professionella för att arbetet ska bli gjort. Med tanke på detta saknar vi konkretion i utredningens förslag. Man beskriver utmaningarna och menar att de befintliga aktörerna bör bli bättre på att ta sitt ansvar, men här krävs en tydlig kraftsamling och utökade resurser. Ett grundläggande behov är att psykiatri och beroendemedicin ges ett utrymme i grundutbildningarna som någorlunda motsvarar deras andel av sjukdomsburden, något som idag långt ifrån är fallet. Ett annat är att psykiatri inklusive beroendemedicin görs till en del av den obligatoriska tjänstgöringen för läkare som ska ersätta AT när Sverige övergår till den 6-åriga, legitimationsgrundande läkarutbildningen. En central strategisk fråga för att attrahera och behålla personal inom psykiatri och beroendemedicin är att arbetsmiljön och villkoren är attraktiva, genom rimlig resurstilldelning, forskningsförankring, och tillit till professionen. Detta är stora frågor som delvis faller utanför utredningens ramar. Det måste dock finnas konkreta, realistiska förslag på hur detta ska gå ihop, inte minst eftersom det tar lång tid innan utbildningssatsningar ger resultat i praktiken i form av nya, färdigutbildade medarbetare.

5. Kapitel 13 avhandlar stigma och patientinflytande. Här finns flera goda förslag, bland annat om att uppdatera terminologin i lagstiftningen och utmönstra inaktuella begrepp som uppfattas som stigmatiserande av målgruppen. På ett övergripande plan torde även en modernisering av beroendevården kunna motverka stigmatisering, genom att erbjuda patientcentrerad vård i välkomnande lokaler eller via internet. Därtill krävs en riktad opinionsbildning för att sprida aktuell kunskap och minska stigma kring beroendetillstånd.

6. Vi ställer oss positiva till förslagen i kapitel 14 om en gemensam lagstiftning för tvångsvården. Om sjukvården ska ansvara för all behandling måste den naturligtvis även ta ansvar för tvångsvården, och med tanke på den ofta svårt multisjuka grupp som idag blir föremål för LVM-vård är det angeläget att stärka dess medicinska innehåll. Genom att integrera LVM i LPT kan systemet bli både enklare och mer flexibelt, till exempel genom

anpassade vårdtider och bättre integrering med den frivilliga vården. Vi ser därför fram emot de kommande förslagen om hur denna samlade tvångsvårdslag ska utformas.

7. Slutligen argumenteras i kapitel 16 för att förslagen ska träda i kraft 1 januari 2025, och att det under åren 2023-27 ska avsättas medel för att stimulera och underlätta omställningen. Detta förefaller vara en något snäv tidsram, med tanke på den omfördelning av resurser som måste ske, och att åtgärder som förbättrar kompetensförsörjningen tar tid innan de ger resultat.

För Svensk förening för beroendemedicin,

Joar Guterstam
Ordförande

Catrin Rönnbäck
Sekreterare

Yttrande från Svenska Neurologföreningen (SNF) på nedanstående remiss från Socialdepartementet via SLS.

Från delar till helhet – En reform för samordning, behovsanpassning och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93.

Svenska Neurologföreningen (SNF) tillstyrker lagförslaget med de följdändringar i övriga kopplade lagar angående Hälso- och sjukvårdens aktörer (inklusive privata vårdavtalsenheter) och Socialtjänstens uppdrag. Det nya lagförslaget ger en tydlighet i uppdraget att samordna vårdinsatserna och minskar det nu gällande stuprörssynsättet där tyvärr den enskilda individen lätt hamnar mellan stolarna. Den nya lagen har förutsättningar att ett förbättrat samarbete ger ökad grad av hälsa för den enskilda individen. Att sätta den enskildes behov i centrum ger en möjlighet till individuell anpassning genom tydligt utsedd samarbetsansvarig person.

Ingångsporten här har varit samsjuklighet mellan psykiatrisk sjukdom och beroende sjukdom, men kan även gälla för annan samsjuklighet som tex finns bland individer med neurologiska diagnoser vilket skulle stärka och befrämja hälsan (somatisk, psykiatrisk resp beroendesjukdomar) även för dessa grupper.

Utsedd samarbetsperson välkänd för den enskilda individen, anhöriga och engagerad personal ger så väl individen som personal föutsättning också för ett effektivt nyttjande av samhällets resurser.

Lagförslaget omfattar en kompetensutvecklingsplan och ett stegvis införande som vi i SNF instämmer i fordras för ett lyckat införande av den nya lagen.

På uppdrag av Svenska Neurologföreningens styrelse

20220424

Ingela Nilsson Remahl

Johan Zelano

Doc, överläkare

Doc, överläkare

Ordförande i Etik- och kvalitetsutskottet

Ordförande i SNF