

Remissyttrande

Datum 2022-04-26

Diarienummer RS 2021-06576

Ert diarienummer S2021/07629

Socialdepartementet

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

Västra Götalandsregionen (VGR) uppskattar att utredarna har haft ett transparent arbetssätt där regionens medarbetare och politiker har bjudits in till samtal med utredningen. Preliminära slutsatser och förslag har därför tidigt kunnat diskuteras och förankras på olika nivåer.

Begreppet skadligt bruk och beroende används genomgående i detta dokument och inte missbruk, som är det begrepp som återfinns i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kapitel 16 §3. Detta eftersom utredningen använder sig av detta begrepp och även lämnar förslag som innebär att begreppen skadligt bruk och beroende förs in i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

4.1 Vad är samsjuklighet?

VGR vill betona vikten av att man i styrande dokumentation beaktar både somatisk och psykiatrisk samsjuklighet vid skadligt bruk och beroende. All ohälsa bör tas om hand samtidigt och vid tidigt skede i beroendeutvecklingen.

8.1 Målbilder framtagna av personer med samsjuklighet

Utredningen och delbetänkandet belyser en patientgrupp i samhället som under lång tid har hamnat mellan två stolar. En förändring av hur vi organiserar vården för de med samsjuklighet tror vi är efterlängtat av patienter, anhöriga och vårdpersonal.

VGR uppskattar att man genom hela utredningen har lyft det personcentrerade synsättet och fokus på individens personliga återhämtning till ett liv med hopp och meningsfullhet. Det är mycket positivt att medbestämmande och delaktighet är centrala förslag. Att utredningen har samlat in synpunkter, erfarenheter och förslag från berörda stärker tankegång bakom de framtagna förslagen.

Utredningen visar på en tydlig ambition att förbättra vården för en marginaliserad och stigmatiserad målgrupp. Målbilderna visar på vikten av att sätta individens behov i centrum men också på behov av tydligare styrning och sammanhållen vård.

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

VGR välkomnar förslag om att staten tydligare bör reglera ansvarsfördelningen mellan huvud-männen då vården idag inte bedöms vara jämlik. Förslaget ligger väl i linje med såväl nationella folkhälsopolitiska mål "en god och jämlik hälsa..." som FN:s globala hållbarhets mål *Leave no one behind*.

Reglering av ansvarsfördelningen bör vara så tydlig att grund för nationell samsyn och jämlik vård kan skapas. Samtidigt behöver det finnas möjligheter för regionala och lokala verksamheter att anpassa sig efter rådande förutsättningar. Inom Västra Götalands län finns 49 kommuner och det råder stora skillnader i förutsättningar mellan storstad och landsbygd.

Förslaget innebär ett omfattande förändringsarbete som kräver lång förberedelse av kompetensväxling, ansvarsgränser och ekonomi. VGR bedömer att samverkan med Västra Götalands kommuner/Västkom bör starta så snart som möjligt för att huvudmännen ska få en bild av alla de processer som behöver ses över.

Kopplingen till Hälso- och sjukvårdsavtalet och andra överenskommelser mellan VGR och länets kommuner behöver bland annat göras/revideras.

8.2.2 Nya sätt att styra behöver utvecklas

Utredningen föreslår att huvudmännen tillsammans behöver utveckla verksamheter som tar sin utgångspunkt i det personcentrerade arbetet samt att huvudmännens styrning premierar samarbete. VGR har flera erfarenheter från verksamheter som styrs utifrån kortsiktiga beslut och där samverkan inte prioriterats. Kortsiktiga lösningar leder sällan till god effekt i verksamhet. VGR bekräftar behov av att utveckla nya former av samverkan med fokus på att man ser, involverar och anpassar insatserna efter vad som är viktigt för individen.

8.2.3 En trygg och säker arbetsmiljö

VGR ställer sig enig i bedömningen. En trygg och säker miljö är viktigt både för individ, personal och andra besökande. Målgruppens problematik kan ibland medföra svårigheter i relation till andra, hot och våld kan förekomma. Ska man utveckla nya samverkansformer är det extra viktigt att tid ges för gemensam reflektion och lärande.

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

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

VGR ställer sig helt enigt bakom förslag att använda begreppen skadligt bruk och beroende i lagtexter, parallellt med att begreppet missbruk fasas ut. Det är väsentligt att stigmatiserande begrepp inte ska användas, varken i lagstiftning, riktlinjer eller dagligt tal.

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

VGR säger ja till förslaget att hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende; för den farmakologiska, psykologiska och psykosociala behandlingen vid skadligt bruk och beroende, både för barn och vuxna. Ansvarsfördelningen tydliggör vart individen kan vända sig då man önskar behandling för sin problematik. Ansvarsfördelningen innebär även att det inte finns någon osäkerhet kring vilken huvudman som ytterst är ansvarig för vården.

VGR har idag verksamheter som ger insatser vid bruk av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, eller vid spel om pengar. Däremot saknas specifika insatser vid bruk av dopningsmedel, detta är relaterat till att det inte finns några nationella riktlinjer för dessa substanser. Vi föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram riktlinjer vid dopning. VGR noterar även att sambandet mellan rökning/nikotin och samsjuklighet inte nämns i utredningen. Sambandet behöver lyftas och omhändertas då det kan ge allvarliga konsekvenser med ökad risk för hjärtkärlsjukdom och cancersamtidigt som där finns god evidens för behandling.

VGR bekräftar att skillnader mellan psykologisk behandling, psykosocial behandling, psykopedagogik och psykosocialt stöd upplevs som särskilt otydliga. Vår bedömning är att det vore värdefullt om man på nationell nivå kan konkretisera skillnaden mellan de olika insatserna. En nationell samsyn kan tydliggöra ansvarsgränser mellan huvudmännen och även hjälpa den enskilde individen att förstå vilken hjälp man kan få hos respektive huvudman.

En risk som lyfts fram är att det geografiska avståndet till närmaste behandlare ökar om all behandling förläggs till regionen. Utifrån nuvarande struktur på beroendevårdens organisation kan VGR förstå det argumentet då kommunerna hittills tagit ett stort ansvar för länets beroendevård. Nya ansvarsgränser kräver dock nya organisationsformer samt möjligheter att bygga in framtida kontaktvägar via vårdcentralerna som finns inom alla kommuner.

9.2.2 Vården ska samordnas med vården av andra psykiatriska tillstånd

Det är känt att individer inte alltid erhåller adekvat vård för psykiatriska tillstånd på grund av pågående samtidigt skadligt bruk och beroende. Obehandlad samsjuklighet ökar risk för svårare problematik. Ingen individ ska behöva exkluderas på grund av substansbruk. Förslaget innebär att staten tydliggör att skadligt bruk och beroende är ett psykiatriskt tillstånd som ska hanteras på samma sätt som andra psykiatriska tillstånd. VGR ser därför positivt på att man i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen stärker individens rätt till samordnade insatser vid utredning och behandling av psykiatriska tillstånd vid samtidigt skadligt bruk och beroende.

9.2.3 Roller och ansvar inom hälso- och sjukvården behöver fastställas

Betänkandet föreslår, i enlighet med utredningen *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*, att vård för riskbruk, skadligt bruk och beroende bör organiseras i stegvisa och väl sammanhängande insatser. Man föreslår att ansvar bör inkludera alla vårdnivåer och alla åldrar. Förslaget innebär normalisering av området för beroendemedicin vilket minskar risk för fortsatt stigmatisering av målgruppen. VGR har regionala medicinska riktlinjer som redan idag belyser ansvar och insatser

för målgruppen. Med ett utökat ansvar kommer hälso- och sjukvården att få ta över flertalet av de behandlingsinsatser som idag ges via kommunerna. Förslaget kan innebära ett större ansvar för primärvården, ett ansvar som man idag har svårt att se att man kan axla. Det är av stor vikt att staten tillser att huvudmännen ges förutsättningar för att se över hur vården ska organiseras och att frågan kan hanteras i god ordning och med framförhållning.

Ansvar för vård av barn och unga med bekymmer och problematik kring skadligt bruk och beroende föreslås fortsatt ligga under delat ansvar mellan region och kommun. Utifrån att skadligt bruk och beroende hos en ung person kan få stora konsekvenser gällande utveckling, skola osv så är det viktigt att komma in med tidiga insatser för att bryta ett destruktivt substansbruk. Det finns flera omnämnda verksamheter för barn och unga som behöver ha god beredskap att uppmärksamma substansbruk hos unga men barn- och ungdomspsykiatrien kommer att få ett särskilt ansvar då det gäller parallell behandling vid samsjuklighet. VGR anser att förslaget om fortsatt gemensamt ansvar är väl förankrat i verkligheten då den här målgruppen av barn och unga alltid kommer att behöva samtidiga insatser på många olika sätt. VGR stödjer förslaget om integrerade verksamheter för målgruppen (t.ex. MiniMaria) men organiseringen av dessa behöver kunna se olika ut beroende på de stora olikheter som finns i lokala förutsättningar. Vi poängterar även vikten av att utreda frågan om gemensam dokumentation.

9.2.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar för stöd till anhöriga kan förtydligas

I patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om information till närstående, och om närståendes delaktighet i utformning och genomförande av vården. VGR bekräftar att stödet sannolikt kan förbättras och välkomnar därför fortsatt utredning.

Det är välkommet om man i text kan enas om en tydlig begreppsbyggnad, idag används både närstående- respektive anhörigbegreppet.

9.3 Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende

9.3.1 Uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete är fortsatt viktiga insatser

VGR värdesätter kommunernas kompetens och möjligheter till uppsökande insatser; insatser som kan stärka social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd samt insatser till barn och unga. Hälso- och sjukvården är starkt beroende av kommunernas möjligheter att uppmärksamma och stödja individens behov av sociala insatser. Utan social trygghet kan inte medicinska insatserna bli effektiva. VGR uppskattar att betänkandet tar fasta på huvudmännens fokusområden och grundläggande kompetens och ser därför positivt på förskjutning av ansvarsgränser.

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

Betänkandet föreslår att formulering i socialtjänstlagen 5 kap. 9 § om *hjälp och vård* stryks till förmån för skrivning om att socialtjänstens fokusområde ska utgöras av insatser som ska främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet, samt bidra till att frigöra och utveckla resurser. Insatser ska ge individen möjlighet till social gemenskap, relationer, boende, studier, arbete, sysselsättning, och fritid. VGR bedömer att förslaget tydliggör att socialtjänsten inte längre ska ha ansvar för behandling och regionen ser därför positivt på förslaget. Det är dock sannolikt att förändrat uppdrag kan ge upphov till nya frågeställningar kring ansvarsgränser och det är centralt att huvudmännen ges en tydlig struktur för hur man i framtiden hjälper och stödjer individen till att komma i kontakt med vården.

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

VGR ställer sig positiv till att socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende tydliggörs i socialtjänstlagen. Att tydliggöra ansvarsgränser gör det lättare för alla inblandade att veta vem man kan vända sig till för stöd. Samtidigt ska naturligtvis hälso- och sjukvård ta sitt ansvar då det gäller information och stöd till närstående i medicinska frågeställningar.

9.3.4 Socialtjänstens ansvar för uppväxtförhållanden omfattar fortfarande skadligt bruk och beroende

VGR ser ett stort behov av samverkan med socialtjänsten kring barns uppväxtförhållanden. VGR ställer sig därför bakom utredningens bedömning att det är viktigt att stärka insatser för barn i familjer där det förekommer skadligt bruk och beroende. Länets kommuner har tillsammans med VGR utvecklat strukturer för samverkan kring barn men vid förflyttning av ansvarsgränser behöver detta ytterligare förtydligas. Struktur för insatser behöver också kopplas till huvudmännens pågående verksamhetsutveckling inom MiniMaria, länets integrerade verksamheter för barn och unga med substansbruks-problematik. Det är viktigt att det finns ett tvärprofessionellt omhändertagande som skapar en hög tillgänglighet för alla berörda parter.

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

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

HVB är idag huvudsakligen en socialtjänstinsats men betänkandets förslag om förskjuten ansvarsfördelning innebär att regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB ska förtydligas och regleras. VGR bedömer att det stärker patientsäkerhet om båda huvudmännen är delaktiga i individens vårdplanering före, under och efter en HVB-placering. Det är en god idé att region och kommuner samverkar vid upphandling och uppföljning av avtal så att båda huvudmännen känner trygghet i val av HVB.

Förslaget innebär att regionerna får ett betalningsansvar om de inte planerar och svarar för hälso- och sjukvårdsinsatser vid HVB, VGR bekräftar att reglering av

betalningsansvar behöver förtydligas i Hälso- och sjukvårdslagen. VGR noterar att reglerna om regionernas betalningsansvar i det här betänkandet inte omfattar LVM-vården.

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

Förslag om upprättad individuell plan alternativt genomförd hälsoundersökning i anslutning till att vården inleds, eller läkarundersökning enligt 4 § LVU bedöms som adekvat. VGR önskar dock att hälso- och sjukvården informeras så snart som möjligt då frågeställning uppkommer. Två veckor kan gå mycket fort, framför allt i samband med större helger och semesterperioder.

VGR vill betona vikten av att skapa tydlighet kring när, var och hur olika begrepp används. För begreppet ”individuell plan” finns det flera likartade begrepp och risk finns för begreppsförvirring.

9.4.3 Om regionen inte fullgör sina åtaganden inträder betalningsansvar

VGR och länets kommuner har sedan 2018 en överenskommelse som rymmer skrivning angående betalningsansvar vid HVB-placeringar. Trots överenskommelse har det förekommit många frågor kring betalningsansvar. Med tydligare ansvarsfördelning och krav om betalningsansvar i HSL kan sannolikt många frågetecken rätas ut. Det är dock viktigt att huvudmännen kan avtala om alternativ överenskommelse kring betalningsansvaret.

9.5 Trots positiv utveckling kvarstår utmaningar med samverkans-överenskommelser

Betänkandet föreslår att man kan behöva konkretisera samverkan mer än vad som ofta är fallet i överenskommelser mellan huvudmännen. VGR bekräftar att verksamheterna har behov av konkretiserad styrning men samtidigt är det viktigt att man kan göra kompletterande regionala och lokala överenskommelser då förutsättningar för samverkan kan skifta stort.

9.6 Fortsatt behov av utvecklad samordning på individnivå

Vid en justerad ansvarsfördelning kommer det att krävas uppföljning av hur huvudmännen samarbetar kring planering, samordning av vård och omsorgen på individuell nivå. VGR delar uppfattningen om att det framför allt är fast vårdkontakt, individuell plan och samverkan vid utskrivning från slutenvården som behöver följas upp. Det är viktigt att uppföljning relateras till alla vårdnivåer och båda huvudmännens ansvarsområde och att kontinuitetsaspekter beaktas.

10.1 Helhetssyn på hälsa för personer med samsjuklighet

10.1.1 Somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas

VGR ställer sig helt bakom bedömning att hälso- och sjukvården måste uppmärksamma somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet. VGR menar att det även är viktigt att bristande tandhälsa uppmärksammas. Både psykiatriska, somatiska och insatser för munhälsa måste ingå och samordnas av en fast vårdkontakt. Fast läkarkontakt i primärvården kan ge goda förutsättningar för ett samlat medicinskt ansvar men möjlighet till fast läkarkontakt är avhängigt att resurser och kompetens tillförs primärvården.

Den fasta läkaren på vårdcentralen, ska enligt utredningen ansvara för att upprätta en individuell plan för psykiatrisk och somatisk vård. I VGR har specialister i allmänmedicin, oftast varken erfarenhet eller kompetens att planera den psykiatriska vården för skadligt bruk och beroende av narkotika, dopingpreparat eller spelberoende om pengar. Synpunkter från primärvården betonar att dessa patientgrupper behöver skötas på mottagningar med psykiatrisk specialistkompetens. Primärvården är dock helt trygga med att ansvara för de somatiska delarna av patientens vård. Det finns potential att förbättra samverkan kring denna patientgrupp.

VGR är för att alla invånare ska få en fast specialist i allmänmedicin på sin vårdcentral. Att få välja sin fasta läkarkontakt på vårdcentralen är viktigt för patienten. Även detta kan dock problematiseras. Det är inte självklart att man ska få välja vem som är ens fasta läkare, eftersom kön, sexuell läggning, religion och ras annars skulle kunna bli styrande, och att då vissa kollegor skulle riskera att väljas bort och därmed diskrimineras.

10.1.2 Insatserna ska betona hälsa

Personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende bör uppmärksammas som en högriskgrupp för ohälsosamma levnadsvanor i regionernas planering av det sjukdomsförebyggande arbetet – VGR ställer sig bakom denna bedömning.

10.1.3 Risken för suicid hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas och förebyggas

Risken för suicid hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas och förebyggas, ansvar för detta faller på många huvudmän. Med krav på samtidig behandling vid samsjuklighet och ökad samverkan mellan huvudmännen torde risk för suicid bättre kunna förebyggas.

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

10.2.1 Ökad tillgång till och mindre vidareförmedling från LARO-behandling

För målgruppen med allvarligt opioidberoende utgör LARO en effektiv insats för ökad hälsa och minskad risk för förtidig död. VGR ställer sig därför bakom förslaget att Socialstyrelsen ska arbeta för ökad tillgänglighet och kompetens inom LARO. LARO-vården har behov av att utveckla skadereducerande förhållningssätt och åtgärder samt behov av att få nationella riktlinjer gällande läkemedelsbehandling med långtidsverkande buprenorfin.

10.2.2 Sprututbyte utvecklas till lågtröskelverksamheter som ska finnas i hela landet

VGR tillstyrker förslaget. Ökad tillgänglighet och ökad tillgång till hälsoundersökningar, hepatitbehandling och annan somatisk vård är av största vikt för denna utsatta målgrupp.

10.2.3 Försök med lågtröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum

Det är viktigt att utveckla utbud vid lågtröskelverksamheter, brukarrum kan vara en sådan insats som man bör pröva. Förslaget att på prov testa brukarrum på hälsocentraler där man samtidigt får tillgång till sin drog och har tillgång till viss somatisk vård bedöms emellertid inte adekvat. I delar av Sverige är hälsocentraler helt synonymt med vårdcentraler. Vi tror inte det är utredningens avsikt, då det givetvis inte går att kombinera en sådan verksamhet med befintlig primärvård.

10.2.4 Utvärdering av kriminalisering av eget bruk

Personer med skadligt bruk och beroende upplever många gånger både skam och skuld, många bär på rädsla för att bli betraktade som kriminell då de söker vård. Även vårdpersonal kan uppleva sig osäkra i hur man ska hantera mötet med en person som hanterar och nyttjar illegala substanser. Risk finns att arbetsalliansen kan påverkas negativt. VGR ställer sig bakom bedömningen av vidare utredning.

11.1 En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet införs

VGR ställer sig bakom förslaget att region och kommun ska bedriva samordnad vård- och stödverksamhet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Det är viktigt för VGR att den integrerad vården som avses i detta sammanhang kan utvecklas till ett vård- och omsorgssystem som kan skapa kontinuitet för de personer som behöver vården. Västra Götaland är ett stort län med skiftande förutsättningar och systemet måste därför kunna anpassas till lokala förutsättningar.

VGR har få integrerade verksamheter idag och tyvärr har region och kommuner en del mindre positiva erfarenheter av nedlagda integrerade projekt. Vi behöver lära av tidigare erfarenheter. Tid och resurser behöver avsättas för att bygga lämpliga system.

11.2 Verksamheten ska regleras i en särskild lag

VGR ställer sig bakom förslaget. Även om viljan till samverkan redan finns idag så behövs sannolikt en tydlig reglering för att system och verksamheter ska bli hållbara över tid.

11.3 Syftet med verksamheten

Syftet bedöms helt adekvat och riktigt. Samordnade verksamheter bör absolut ha individens mål, behov, hälsa, trygghet och levnadsvillkor i fokus.

11.4 Verksamhetens innehåll

Betänkandet föreslår att den samordnade verksamheten ska innehålla uppsökande arbete, hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser samt samordning av insatser. Deltagarna ska tilldelas en vård- och stödsamordnare, en fast vårdkontakt. VGR bedömer att detta är en bra grund.

Vidare beskrivs att verksamheten ska kunna ge stöd för flera olika processer som individer har relation till, till exempel LSS, LARO, rättspsykiatri och kriminalvård. Man förordar att arbetet sker multiprofessionellt och nämner att verksamheten kan behöva kompetens såsom socionom, psykiater, fysioterapeut och peer-support. Ambitionsnivån är hög och VGR kan se nyttan och behovet av att samla kompetens från båda huvudmännen. Vår bedömning är dock att ambitionsnivån inte rimmar med verklighetens förutsättningar, bland annat utifrån kompetensförsörjning. Det är viktigt att verksamheten kan anpassas till regionala och lokala förutsättningar.

VGR förespråkar att den samordnade verksamheten även skulle kunna hantera så kallade socialmedicinska mottagningar, mottagningar som möter en målgrupp med lindrigare problematik men ändå med behov av insatser från båda huvudmännen. En sådan bredare verksamhet kan vidga möjligheterna för kommuner och sjukhusförvaltningar utanför storstäderna att bedriva samordnad verksamhet.

11.5 Verksamhetens målgrupp

VGR bekräftar att det finns stora behov av förstärkta insatser för målgruppen med psykisk funktionsnedsättning, särskilt där nedsättningar är av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid. Vilka inklusions- och exklusionskriterier som sätts upp är emellertid av vikt för att jämlik vård ska kunna nås.

VGR menar att man till målgruppen även skulle kunna inkludera personer där beroendet och/eller de psykiska funktionshindren inte har påverkat livsföring så påtagligt som det beskrivs i stycke 11.4, men där behov av samordnade insatser från båda huvudmännen ändå finns. I betänkandet finner vi stöd för denna tanke då man skriver att ”Unga personer över 18 år som uppfyller kriterierna i lagen kan få insatser i verksamheten. Tidiga insatser kan innebära att svår sjukdom och social utsatthet förhindras.”

Se även kommentar från VGR:s jurist, längst ned i remissvaret.

11.6 Påbörjande och avslutande av insatser i verksamheten

VGR står bakom förslaget som innebär att vilka insatser som ska ges, avgörs i det enskilda fallet av bedömningar som görs med stöd i hälso- och sjukvårds- och socialtjänstlagstiftningen. Tidsperspektiv på att insatser ges under minst ett år ses som rimligt.

Se även kommentar från VGR:s jurist, längst ned i remissvaret.

11.7 Deltagarnas inflytande och delaktighet

VGR ser positivt på att verksamheterna ska utgå från ett personcentrerat arbetssätt. Individens delaktighet och inflytande över sin vård ses som givet.

11.8 Uppföljning

Förslag om uppföljande och utvärderande insatser är nödvändigt. Se kommentar från VGR:s jurist, längst ned i remissvaret.

11.9 Informationsdelning och sekretess

VGR delar bedömning om att förslaget i Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (SOU 2021:04), kallat sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, bör genomföras. Det är nödvändigt att huvudmännen i en reglerad samordnad verksamhet kan ges möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation.

Se även kommentar från VGR:s jurist, längst ned i remissvaret.

11.10 Styrning och ledning av verksamheten

Det finns idag hinder i form av regelverk, pensionssystem, personaladministrativa system för personal att inneha anställning hos två olika huvudmän i så kallad kombitjänst. VGR menar att detta behöver förtydligas i regelverk. Om medarbetaren är anställd har en arbetsgivare och gör tid hos en annan kommer en fakturering behöva ske. I avtal kan detta definieras, men ofta blir kostnaden väldigt mycket större än att ha medarbetare bara inom en verksamhet. Det är väldigt viktigt att i avtal/överenskommelse ange såväl den ekonomiska, arbetsmiljömässiga som andra detaljer om medarbetaren arbetar inom olika verksamheter.

11.11 Utökad möjlighet till kommunal samverkan

Lagförslaget 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. VGR menar att detta är en förutsättning för att verksamheter ska kunna bli möjliga att genomföra då man behöver kunna arbeta över kommun och förvaltningsgränser. Om verksamheten bedrivs i en gemensam nämnd kan medarbetarna vara anställda i den region eller kommun som är värdkommun för nämnden. VGR betonar då vikten av att finansieringen av den gemensamma verksamheten, tex personal, bestäms i överenskommelse mellan huvudmännen.

11.12 Fördelning av kostnader & 11.13 Avtal om verksamhetens bedrivande

Betänkandet gör bedömningen att det behöver finnas en gemensam styrning och ledning över verksamheten. VGR och Västra Götalands kommuner har tillsammans fastslagit att detta är en förutsättning för samverkan i integrerade verksamheter, var god se [Länsgemensamt inriktningsdokument organiserat integrerat arbete - slutlig \(vgregion.se\)](https://www.vgregion.se/om-regionen/regionens-organisation/regionens-organisation)

11.14 Bemyndigande

Betänkandet föreslår att regeringen ska få meddela vissa ytterligare föreskrifter kopplade till lagen om en samordnad vård och stödverksamhet. VGR bedömer att förslaget är rimligt.

12.1 Det behövs långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom området

VGR delar utredningens bedömning. Det är viktigt att det är tydligt med vad beslutet innebär i form av organisation/ansvar för samsjuklighetsområdet. Vem och vilka som ska ansvara för området. Kompetenshöjande insatser behöver genomföras inom hela hälso- och sjukvården, på alla vårdnivåer. Det är viktigt att det sker en samverkan med berörda huvudmän, arbetsgivare, yrkesgrupper och utbildningsanordnare/ lärosäten i god tid. Nationell kunskapsorganisation med Nationellt Programområde Psykisk hälsa och Nationell arbetsgrupp beroende bör vara naturliga samarbetspartner.

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

Utredningen *Framtidens socialtjänsts* förslag innebär att verksamhet inom socialtjänsten ska bedrivas utifrån bästa tillgängliga kunskap. Förslaget är adekvat och har efterfrågats från vårdens sida. Det innebär sannolikt att huvudmännen lättare kan genomföra gemensamma studier i högre utsträckning än vad som sker idag.

12.3 Effektivare kunskapsstyrning genom stärkt samverkan och stöd

Stödstrukturer för samverkan kring kunskapsstyrning håller på att byggas upp inom Nationellt Programområde Psykisk Hälsa. Det är viktigt att denna struktur ges förutsättningar för långsiktigt och hållbart samarbete kring kunskapsutveckling, på nationell nivå liksom regional och lokal nivå.

12.4 Bättre uppföljning en viktig del av kunskapsstyrning och förbättringsarbete

Fungerande kvalitetsregister för såväl socialtjänst som hälso-och sjukvård är en förutsättning för effektivare vård varför VGR står bakom förslaget. Förslaget om inkluderande frågor om patientnöjdhet är viktig indikator att följa för allt förbättringsarbete.

13. Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering

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

Utredningens förslag innebär att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att verka för individens förstärkta inflytande samt minskad stigmatisering av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Förslaget ses som ett av de viktigare. Kunskap om beroendeproblematik behöver stärkas i hela samhället, utan kunskap och påverkan på normer och föreställningar kommer stigmatisering att fortgå.

13.3.1 Personer med skadligt bruk och beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud

VGR stödjer utredningens bedömning om att det är viktigt att personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk eller beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud om övriga förutsättningar uppfyllda. Dock är det viktigt att dra ansvarsgränser mellan samordnad vård och stödverksamhet, fast vårdkontakt och personligt ombud, både för att resurser ska hanteras varsamt men det är också viktigt att det finns en tydlighet kring vem som gör vad.

13.3.3 Medel avsätts särskilt för att stärka samverkan med civilsamhället

Samverkan med civilsamhället behöver absolut öka, civilsamhället tillför dimensioner som det professionella inte kan bidra med. Civilsamhället tar redan idag stort ansvar för målgruppen och det är viktigt att dess insats uppmärksammas och värdesätts. VGR intygar att samverkan med civilsamhället behövs på alla nivåer, allt från stöd till individen till organisatoriskt stöd.

14. En gemensam tvångslagstiftning

VGR ser behov av översyn och välkomnar tilläggsuppdraget. Vi avvaktar med att ge synpunkter.

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

VGR bedömer att utredningens förslag på sikt kommer att ge positiv effekt för de individer som har behov av beroendemedicinsk vård. För att nå effektiv och god vård behövs förstärkt personalbemanning och kompetens. Hur man på några år ska lyckas få fram tillräcklig kompetens samtidigt över hela landet, ter sig som ett oöverstigligt problem, då det i vår del av landet råder brist på specialister i psykiatri, specialister i allmänmedicin, sjuksköterskor samt psykologer. Detta riskerar leda till ojämlik vård, baserat på var du bor samt att genomförandet får en mindre lyckad start.

En annan fråga som behöver belysas är hur och var ansvarsgränser mellan olika vårdnivåer kommer att dras. VGR:s primärvård har idag inte ansvar för narkotika och man uttrycker oro för att målgruppen med substansberoende i framtiden ska samsas i samma väntrum som spädbarn, barn, tonåringar, gamla och svaga patienter. Det är viktigt att den här typen av frågor kan lösas på ett sätt som tillvaratar alla patientgruppers behov. Kanske kan man behöva hitta lokala lösningar utifrån vilka förutsättningar som finns.

För personer som har kontakt med kriminalvård torde de föreslagna lagstadgade samordnade verksamheterna vara ett enormt förbättringsområde. Frivårdsklienter har idag svårt att få samordnat stöd från huvudmännen varför risk för återfall i brott ofta kan finnas kvar. VGR skulle gärna se konkretiserade förslag om hur samverkan skulle kunna förbättras.

15.5 Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration

VGR ser att det finns en risk att behov och utmaningar hos just personer med samsjuklighet hamnar i utkanten av en reform som även kommit att handla om beroendevården i allmänhet och inte målgruppen i synnerhet.

Utredningen beskriver att andelen kvinnor i gruppen med samsjuklighet är större än män medan andelen män är tydligt större bland personer med skadligt bruk och beroende. Med skiftningen i uppdraget från samsjuklighet till skadligt bruk och beroende riskerar fokus att flyttas från specifika behov hos kvinnor med beroendetillstånd och samtidig psykiatrisk diagnos. Kvinnor, migranter och andra särskilt utsatta grupper behöver få förstärkt uppmärksamhet i förslaget om att minska stigmatisering.

15.8 Ekonomiska konsekvenser

VGR noterar den stora osäkerheten i kostnadsbilden hos regioner och kommuner. Variationerna i ansvarsgränsen som beskrivs nationellt finns även inom Västra Götaland och gör bedömningen av resurser och kostnader än svårare.

Planeringstiden med förberedelser, 2023–2025 behöver inkludera kartläggning av verksamhet och resurser som bör överföras till regionerna. Det är troligtvis en komplicerad fråga att reda ut, men välbehövlig, och det kan vara svårt att få en exakt bild. Därför kan olika övergångsordningar bli aktuella.

VGR håller med om att resursöverföring från kommuner till regioner bör göras genom skatteväxling. Utredningen bedömer att ungefär en miljard kronor behöver föras från kommuner till regioner. Alternativet är justeringar inom ramen för utjämningsystemet, men VGR ser inga fördelar med det eftersom omfattande förberedelser inför genomförande ändå behöver ske och att det troligen är ett trubbigare instrument. En skatteväxling bekräftar permanent det ändrade åtagandet mellan kommuner och regioner.

VGR har inga synpunkter på storleken på de belopp utredningen föreslår att staten bidrar med till planering och genomförande. Det är svårt att ha en uppfattning om det är tillräckligt och det behöver därför finnas en öppning för att öka beloppet om det behövs för att säkra genomförandet. VGR bedömer att utredarens förslag om samordnad vård- och omsorgsverksamhet innebär ett totalt sett utökat åtagande som behöver finansieras genom utökat statligt stöd.

16.2 Införandet av utredningens förslag ska förberedas

Förslaget innebär att huvudmännen ges förutsättningar att planera förändringarna i respektive uppdrag och har därmed möjlighet att vidta nödvändiga utvecklingsinsatser gemensamt och var för sig. Att statliga medel avsätts bedömer VGR vara en förutsättning för omställning och implementering. Stödet föreslås utgå två år innan och tre år efter ikraftträdandet. Införandet kommer att medföra stor påverkan på båda huvudmännens interna arbete men också på förutsättningarna för samverkan. Det kommer sannolikt ta många år innan utredningens förslag har genomförts fullt. VGR är dock eniga i att det måste till en förändring inom rimlig tid och ställer sig därför bakom tidsförslaget. Vår bedömning är också att det inte finns något som hindrar VGR och VästKom (de

västsvenska kommunalförbundens samorganisation) att redan nu påbörja process med kartläggning och utforskande av framtida möjligheter.

Samlade synpunkter på utredningens förslag ur ett juridiskt perspektiv

11.5 Verksamhetens målgrupp

Utredningen introducerar i lagen "*deltagare*" som ett gemensamt begrepp för att beskriva personer som får insatser i hälso- och sjukvård och socialtjänst. "Deltagare" brukar inte användas inom hälso- och sjukvårdslagstiftning och skiljer sig från etablerade begrepp som "patient" eller "enskild". Det kan ifrågasättas om just "deltagare" är det lämpligaste ordvalet för att beskriva personer som får hälso- och sjukvård samt socialtjänstinsatser. Om begreppet "deltagare" införs bör det klargöras vad som avses genom att ta in en definition i lagen. Man bör också se över om det finns andra regelverk som berör personer som får insatser i både hälso- och sjukvård och socialtjänst och om begreppen kan synkroniseras.

11.6 Påbörjande och avslutande av insatser i verksamheten

Eftersom verksamheten enligt lagen om vård- och stödsamordning är en "blandverksamhet" väcker det vissa kommunalrättsliga och förvaltningsrättsliga frågor kring ansvar och ett eventuellt gemensamt beslutsfattande. Som VGR förstår saken ska en ansökan om vård- och stödsamordnare kunna ske hos socialtjänsten och ett avslag där ska kunna överklagas. Däremot är en gemensam bedömning av den samordnade vård- och stödverksamheten att den enskilde inte har sådana behov som ska tillgodoses där, inte ett beslut som är överklagbart (s 454 f). Det bör övervägas att ta in en bestämmelse om att beslut enligt lagen inte får överklagas – om det är vad som är tanken.

11.8 Uppföljning

VGR ställer sig positiv till utökade möjligheter till gemensam uppföljning av vård och omsorg. Förutom nationell uppföljning föreslår utredningen en bestämmelse i 11 § som anger att verksamheten löpande ska följas upp mot syftet i 3 §, samt att deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att medverka i uppföljningen. Det anges inte om personuppgifter får användas för denna uppföljning. Det lär dock vara en förutsättning att (känsliga) personuppgifter – som sannolikt inhämtas över organisationsgränser - används för uppföljningen. Utredningen skriver även att bestämmelserna om s.k. kvalitetsuppföljning ger stöd för gemensam uppföljning av socialtjänst och hälso- och sjukvårdsinsatser i den samordnade vård- och stödverksamheten (s. 459). VGR anser att det inte är helt klart hur förslagen om kvalitetsuppföljning och nu aktuell utrednings förslag om samordnad uppföljning samspelar.

VGR vill dock betona vikten av att ge vårdgivare ett klart och tydligt lagstöd för att kunna följa upp offentligt finansierad verksamhet. Det är välkänt att det i dag finns juridiska hinder för att göra uppföljningar över organisationsgränser. Integritetsskyddsmyndigheten har bedömt att gällande lagstiftning inte tillåter att regioner och kommuner gör gemensamma verksamhetsuppföljningar med personuppgifter som hämtas från respektive verksamhet.¹ Ett klargörande krävs därför avseende uppföljning enligt den föreslagna lagen. Förslaget väcker också frågan om vilken eventuell rättslig grund i patientdatalagen som uppföljningen sker utifrån, samt om uppföljning enligt lagens 3 § får ske även om de enskilda skulle motsätta sig detta (till skillnad från kvalitetsuppföljning som enligt förslaget ger den enskilde rätt att motsätta sig kvalitetsuppföljning). Som VGR framförde i remissvar till SOU 2021:4 är det av stor vikt att regioner och kommuner får behandla personuppgifter för att följa upp kvaliteten – även över organisationsgränser - utan att de registrerade kan motsätta sig detta. Detta för att sjukvårdshuvudmännen ska kunna fullgöra sina samhällsuppdrag och säkerställa att offentliga medel används på rätt sätt inom hälso- och sjukvården.

11.9 Informationsdelning och sekretess

Det finns en vilja hos regering och riksdag, vårdgivare och patientorganisationer att stöd och vård ska vara samordnade, personcentrerade och hänga ihop som en helhet. VGR delar utredningens bild av insatser till personer med samsjuklighet i dag är fragmentiserade och styrs av olika regelverk. Bristande samordning riskerar att leda till att personerna inte får de insatser de är i behov av. VGR ställer sig därför bakom förslaget om obligatorisk samordning. Det behöver dock åtföljas av tillräckliga legala förutsättningar för informationsutbyte, dokumentation och uppföljning. VGR saknar i utredningen närmare analyser och förtydligande kring dokumentation, sekretess, personuppgifter och överföring av information mellan verksamheterna.

Om den obligatoriska lagen om samordnad stödverksamhet införs krävs hög grad av samverkan och utbyte av information mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Som angetts ovan stöder VGR förslaget om integrerade verksamheter för målgruppen. Dokumentation inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst får dock i regel inte föras gemensamt. Typiskt sett råder stark sekretess för uppgifter om enskild i hälso- och sjukvården (25 kap. 1 § OSL) respektive socialtjänsten (26 kap. 1 § OSL). Dessutom finns begränsningar i respektive verksamhets registerförfattningar om hur personuppgifter får behandlas. Det är därför viktigt att lagstiftaren klargör om och i så fall hur gemensam dokumentation inom den samordnade stödverksamheten får föras. Eller ska det alltid vara fråga om dokumentation som förs i respektive verksamhet och därmed måste utlämnas efter en sekretessprövning? Vad gäller om vårdgivare och omsorgsgivare valt att inte tillämpa det frivilliga systemet om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation? Kan de sekretessbrytande bestämmelserna i 25 kap. 12 § OSL respektive 26 kap. 9 § OSL generellt tillämpas för personer med samsjuklighet? Vad gäller vid informationsöverföring när verksamheten utförs av privata utförare?

¹ Se dåvarande Datainspektionens beslut den 3 juli 2015, dnr 518-2015 respektive 643-2015. Se även närmare analys av rättsläget vid gemensamma verksamhetsuppföljningar, SOU 2021:4 s. 304 ff.

VGR håller med om att det är en förutsättning för en samordnad stödverksamhet att information kan utbytas smidigt mellan verksamheterna, förslagsvis genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SOU 2021:4). VGR ifrågasätter dock om lagstiftningen innebär att dokumentation som avser målgruppen för vård- och stödverksamhet kommer omfattas av sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Målgruppen för samsjuklighetsutredningen tar sikte på personer med beroendeproblematik. Dokumentation om insatser som lämnas på grund av att en person har ett *missbruk/skadligt bruk - beroende* (som insatser enligt 5 kap. 9 § socialtjänstlagen) har undantagits från sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.² Endast socialtjänstens insatser som avser *äldre* eller *personer med funktionsnedsättningar* får ingå.

Det är önskvärt med ett klargörande från lagstiftaren att sådan dokumentation som behövs för insatser för personer med samsjuklighet– inklusive dokumentation angående *missbruk/ skadligt bruk eller beroende* - får ingå i den sammanhållna vård- och omsorgsdokumentationen. VGR ställer sig även bakom utredningens bedömning att se över om bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan utvidgas till att omfatta ytterligare grupper inom socialtjänsten. Hit hör exempelvis barn som är placerade utanför det egna hemmet och insatser inom socialtjänst som har ett nära samarbete med hälso- och sjukvård (se s.326).

14. En gemensam tvångslagstiftning

VGR kan ännu inte uttala sig närmare om detta utan avvaktar de närmare förslagen i utredningens slutbetänkande. Regionens medarbetare inom juridik finns dock tillgängliga för diskussion vid behov.

Regionstyrelsen
Västra Götalandsregionen

Johnny Magnusson
Regionstyrelsens ordförande

Ann-Sofi Lodin
Regiondirektör

² se 2 kap. 1 § i den föreslagna lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation och SOU 2021:4 s. 374.