

Equals remissyttrande över SOU 2021:93 Från delar till helhet

Den ideella föreningen Equal, 802004–6879, har sedan 1967 på olika sätt arbetat och verkat för socialt utsatta medborgares sociala rättigheter i Stockholm. Vår vision handlar om medborgarnas frigörelse från beroende, fattigdom, ohälsa och socialt utanförskap. För att förverkliga visionen arbetar vi för ett jämlikt samhälle som vi ser som det enskilt mest grundläggande villkoret för att vår vision skall uppnås.

Equal består av den öppna verksamheten Kvinnoqraft som riktar sig till kvinnor med beroende, psykisk ohälsa/sjukdom, våldsutsatthet eller annan social utsatthet; verksamheten Socialt ombud där vi företräder personer som har problem i mötet med olika instanser socialrättsligt; Rådgivning i frågor som rör beroende, psykiatri, socialtjänst och socialrätt; Intressepolitik där vi värnar om och hävdar socialt utsatt människors rättigheter

Inledning

Ett effektivt sätt att gömma undan stora och svårlösta problem är att inte låtsas om dem. Att inte bry sig om att de finns och istället diskutera andra mindre och mer hanterbara saker, enligt principen: "Man ser inte skogen för bara träd".

Exakt detta gör Anders Printz et al i sin Samsjuklighetsutredning.

Printz undviker nogsamt att diskutera ekonomi, pengar samt den princip som i närmast total grad styrt kommunal och landstingskommunal/regional verksamhet under de 30 senaste åren – nämligen new public management (NPM) och dess stora fokus på budgetdisciplin och mätbarhet, enligt principen endast det som låter sig mätas räknas. Därmed gör han det lätt för sig. Det är ett val han själv måste ha gjort för det finns inget i utredningsdirektiven som hindrar honom från att ta upp frågan.

Direktiven är tvärtom öppna:

"Utredaren ska bl.a.:

- analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman,
- se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman,
- belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet och
- analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT."

Printz utredning känns i mycket som ett beställningsverk där uppdraget från regeringen är att flytta över beroendevården till hälso- och sjukvården. Högprofilerade beroendeläkare har drivit detta under många år. Från kommunernas socialtjänster är man som vanligt tyst och tycker nog innerst inne att det ska bli skönt att slippa ha med gruppen beroende personer att göra eftersom de kan vara så besvärliga att ha att göra med. Mycket talar dock för att problemen med undermålig vård och omsorg för gruppen beroende kommer att fortsätta även inom sjukvården med dess stora problem samt att socialtjänsterna kommer att tvingas ha med gruppen att göra i alla fall med det förbehållet

att socialtjänsten inte längre har några som helst skyldigheter att ta hänsyn till deras beroendeproblematik vilket de har nu.

Printz väljer bort att diskutera grundproblemet och missar därmed målet

Anders Printz väljer alltså medvetet bort att diskutera NPM, ekonomi och ekonomistyrning och vilken effekt detta har och har haft på vården av personer med beroendeproblematik, psykisk ohälsa/sjukdom samt samsjuklighet mellan dessa. Därmed undviker han också problemets kärna. Därför bidrar inte de förslag hans utredning lägger till några långsiktiga lösningar eller förbättringar av vården för personer med en komplex och sammansatt problematik. Utredningens huvudnummer är en förflyttning av huvudmannskapet för personer med beroendeproblematik till sjukvården samt en särlösning i form av specialkliniker för en mindre andel personer med samsjuklighetsproblem som kvalar in till dessa. Inte något av dessa förslag kommer att leda till ett bättre vårdinnehåll på sikt.

Om ändringar i huvudmannskapet

I utredningens direktiv ingår att komma med förslag på lagstiftning som ska lägga vården av samsjukliga under en huvudman. Det som främst diskuterats är sjukvården som huvudman. Med de underliggande problem som finns hos bägge huvudmännen ser vi inte att en sådan lagstiftning, med allt vad det innebär av skatteväxling, nya ansvarsområden, tidigare lagda förslag som inte lett till något annat än osäkerhet, förhandlingar mellan stat/region/kommun, under många år som skulle lägga död hand på området, skulle innebära någon förbättring alls. En sådan lagstiftning skulle också leda till nya gränsdragningsproblem mellan huvudmännen. Vem är samsjuklig? Vem är enkelsjuklig? Vem bedömer det? Är ett stödboende med sjuksköterska en kommunal insats eller en sjukvårdsinsats? Vem betalar, och för vad? Vem har ansvar för boendestöd som verkligen är en hälsofråga? Vem tar ansvar för personernas ekonomi som verkligen påverkar hälsan. Frågorna liksom gränserna är många.

Det är mycket bättre, enklare, och snabbare att få huvudmännen att göra det de redan ska, enligt gällande lagstiftning. Problemen med glappen i vården är lika stora eller större mellan den medicinska beroendevården och psykiatrin som mellan beroendevården och socialtjänsten.

Som patienten i svensk sjukvård saknar man rättslig ställning. Den enda rättigheten man har är att tacka nej till vård man erbjuds såvida man inte vårdas under tvång. Som person med ett utvecklat beroendeproblem sitter man fast i en svår situation och har ofta inte möjligheten att tacka nej till vård. Man tar det man får – och vad är det man får?

En stor majoritet av personer med beroendeproblem har också en samtidig psykisk ohälsa. Den svenska psykiatrin och beroendevården har gått vilse i en mekanisk och biokemisk syn på psykisk ohälsa och sjukdom. Man förstår en patients svårigheter genom symtom, diagnosticerar genom symtom och sedan behandlar man symtomen.

Man använder sig i mycket hög utsträckning av farmakologiska lösningar på människor som mår psykiskt dåligt. Man menar att man genom detta bedriver en "evidensbaserad" vård hänvisandes till läkemedelstillverkarens ofta mycket korta studier för sina respektive kemiska substanser. På marginalen erbjuds patienter KBT-terapi som även den syftar till symtomlindring. Sedan tar det slut. Det finns inte mycket kvar att erbjuda för vården om patienten inte mår bra efter att ha genomgått dessa behandlingsmetoder. Elbehandling av hjärnan. Magnetstimulering av hjärnan. Ännu starkare preparat som påverkar hjärnan.

Sjukvården arbetar inte med människors sociala situation, med relationer, ekonomi, levnadsförhållanden, boende, våldsutsatthet. Samtliga mycket starka faktorer för om man utvecklar ett beroendeproblem eller inte.

Det är denna andefattiga och ytliga biokemiska verksamhet som Anders Printz vill ska ha huvudansvaret för personer med beroende. Den totala bristen på reella patienträttigheter tillsammans med en mycket enkelspårig psykiatri är ingen bra kombination för de vården finns till för – patienterna.

Om särskilda kliniker för samsjukliga

Det stora numret i Printz utredning vid sidan om förändringen av huvudmannskapet för vården av beroende är en särskild vårdform för personer med komplex samsjuklighet – en särlösning.

Särlösningar brukar inte bli långvariga. De är också ganska sällan effektiva för att råda bot på problemen man ville lösa genom att inrätta dem – detta eftersom de verkar i ett system som inte lyckats tillgodose behoven hos de som berörs av särlösningarna. Om de av Printz föreslagna specialklinikerna för samsjukliga ens kommer i gång är risken stor att de blir innehållslösa utanpåverk där huvudmännen är bundna av lagen att bedriva sådan verksamhet men där huvudmännen själva bestämmer innehållet. Ett faktum är att när besparingar inom den generella budgeten ska göras är det kärnverksamheter som behålls. Särlösningar tillhör sällan en kärnverksamhet och därför brukar de få stryka på foten eller åtminstone avlövas hårt på personal, kompetens och därmed innehåll, i olika besparingsvågor som kommer rullande. De specialistkliniker Printz utredning sätter stort hopp till riskerar att bli Potemkinkulisser – kanske inte till en början men efter tio år eller så. Det är bara att ta dåvarande Stockholms landstings försök med lokala integrerade beroendemottagningar med samlokalisering av landstinget beroendevård och socialtjänsten som var en stor sak under början av 2010-talet men som efter några år försvann utan att lämna några spår efter sig.

Det finns absolut bra förslag i Samsjuklighetsutredningen men de mest centrala innebär ingen lösning på de grundläggande problemen. Därför kommer utredningen och dess förslag inte att innebära någon större förändring av den rådande situationen som inte är hållbar för patientgruppen. De förslag man lägger kommer troligtvis att bli lika verkningslösa som andra "lappa och laga"-lösningar som kommit genom åren där man velat komma till rätta med problem om en fragmentiserad och splittrad vård.

New Public Management har lett fram till nuvarande situation

New Public Management har skapat en kultur i vården och omsorgen där var och en av de offentliga aktörerna inom, utom och mellan huvudmännen enbart ser till sin egen del, och ingen ser till helheten för de man är satta att vårda, patienterna. Det är patienterna själva och många gånger deras anhöriga/närstående som får agera "case managers" för att inte falla "mellan stolarna". Det stora problemet som lett fram till dagens situation är att det genom NPM har blivit ett mycket stort antal stolar att falla emellan. Utredningen berör inte detta.

Människor med en komplex problematik behöver vård och omsorg som präglas av:

- Långsiktighet, tid
- Flexibilitet i bemötande
- Hög tillgänglighet (tillräckligt antal vårdplatser, tillräckligt med personal, öppettider, sätt att kommunicera)
- Individuellt utformade insatser där manualer kan användas som stöd

- Helhetssyn
- Relationer

De möter i stället vård och omsorg som är:

- Kortsiktig
- Historielös
- Ekonomiskt pressad avseende insatser och personalresurser vilket leder till låg tillgänglighet
- Standardiserad/manualbaserad.
- Enbart arbetar med det problem man är satt arbeta med, fragmentisering
- Icke-relation (eftersom relation tar tid att bygga upp och därmed blir kostsam)

Starka krafter har drivit, och driver på, för att omsorgs- och vårdsystemen blir splittrade och fragmentiserade:

1. New Public Management har inneburit:

- Stort fokus på ekonomistyrning (ekonomistyrning som väger tyngre än behov och lagar. Hålls inte budget får man som chef gå)
- Decentraliserat budgetansvar vilket leder till att varje enhetschef kämpar med budgeten för sin enhet.
- Budget kommer år för år vilket leder till extrem kortsiktighet.
- Målstyrning som styr mot mätbara mål – vad händer med det som inte låter sig mätas så lätt?
- Fokus på kärnverksamhet leder till att ”perifera” verksamheter som samverkan prioriteras ner eller bort.

2. Generellt för lite ekonomiska resurser hos alla aktörer (också en följd av NPM)

- Leder till slimmade organisationer som är för små i förhållande till förmåga att utföra arbetsuppgifter med god kvalitet.
- Leder till att anställda börjar skydda den egna organisationen från påfrestningar (detta skrivet efter åtskilliga timmar på psykakuten i Stockholm som inte tar in självmordsbenägna patienter för att de inte anses för dåliga, öppenvårdsbehandling trots ständiga misslyckanden förut).
- Leder till att utbudet av olika insatser begränsas. (Vi erbjuder detta – du får ta det vi erbjuder oavsett om vi eller du tror att det kommer att hjälpa dig/Du har ju redan fått den här insatsen – du får inte en till)

3. Subspecialisering och löpande band-organisering i sjukvård och socialt arbete

- Starka krafter inom sjukvården (läkarkåren) har lett till extrem subspecialisering inom psykiatrin. Det fanns vision om **en** dörr in till hela psykiatrin. (Ungefär som varuhuset NK som har en stor ingång med sedan en massa specialboutiquer inne i varuhuset). Det har i stället blivit många olika dörrar och många olika köer vilket leder till att vårdprocesser och sociala processer stannas upp eller tar mycket lång tid. Särskilt för de med en samsjuklighet.
- Socialtjänsten har börjat organisera sig på samma sätt med många olika subenheter som var och en har sin budget, sina riktlinjer och sina mål.

- Den starkaste enheten inom socialtjänsten är ekonomiskt bistånd som sitter på nyckeln till boende och försörjning. Detta är också den mest kostsamma delen av socialtjänsten vilket gör att den har ögonen på sig från politiken och chefer ansvariga för den kommunala budgeten. Vår känsla är att denna enhet i många olika kommuner har kopplat bort den sociala dimensionen av sitt arbete och fungerar rent kameralt och regelstyrt med fokus på att hålla kostnaderna nere.

Lappa och laga-reformer genom åren

Olika reformer har genomförts för att råda bot på effekterna av New Public Management– samtliga har misslyckats. Varför misslyckas dessa reformer?

Lagstiftaren, makthavare inom myndigheter, vård och omsorg och även Samsjuklighetsutredningen utgår i sina förslag från att vården och omsorgen alltid vill vårda, alltid sätter patienten och klienten i första hand och på olika sätt alltid verkar för patientens/klientens bästa. Detta är en förskönande syn som förvisso stämmer ibland och hos enskilda individer som verkar inom systemet. Men på systemnivå är allt underordnat ekonomin och NPM. Denna förskönande syn leder till att välmenande makthavare skapar lagstiftning som är vällovlig och godhjärtad men också tandlös och till intet förpliktigande. Det kostar inget för huvudmännen att bryta mot den eller helt enkelt inte bry sig om den. Det är i en sådan situation vård och omsorg befinner sig i idag. Det finns en rad bra lagar på vård och omsorgsområdet som ser ut att värna om och garantera patienters och klienters rättigheter och intressen men när det kommer till praktik så förbises eller urholkas dessa lagar.

Exempel på lagstiftning som försöker lösa exakt det Samsjuklighetsutredning försöker lösa med sina förslag.

Personligt ombud

Populärt bland klienter/brukare. Fungerade bra men blev bortrationaliserat i fokusering på kärnverksamhet. Personligt ombud fungerar också allt sämre då den nya tidens offentliga arbetsgivare kräver lojalitet mot arbetsgivare mer än mot brukare/klienter. Är man för stridbar åker man ut vilket gör att personliga ombud i praktiken inte kan kämpa fullt ut för att försvara klienternas intressen

Case manager

Används i princip inte längre (som vi ser det). Bortrationaliserat.

Fast vårdkontakt

Alla som begär det har rätt till en fast vårdkontakt står det i lagen. Vi har i vår verksamhet som socialt ombud där vi huvudsakligen arbetar med personer som är samsjukliga och vilken vi bedrivit i över tio år ännu inte stött på en person som har en fast vårdkontakt.

SIP – samordnad individuell vårdplan

SIP fungerar i vissa fall, där alla parter är överens. Men i dessa fall hade samverkan fungerat ändå. SIP i sin nuvarande form löser inte situationer där olika enheter/portmonnäer har olika intressen. Det är mycket vanligt att företrädare för socialtjänst/psykiatri/beroendevård, och Försäkringskassan samt Arbetsförmedlingen, om de kommer till en SIP, saknar mandat att besluta något alls på sittande möte. De måste återkoppla till sin chef. Man sitter av mötena. Påfallande ofta kommer företrädare som aldrig har träffat personen det gäller. Ofta är det bara vi som ombud som vet personens hela historik. Det som beslutas att olika parter ska göra på ett möte finns det ingen som kan kontrollera att det verkligen blir gjort. Protokollet (som ibland blir gjort) betraktas inte som ett beslutsprotokoll och det finns ingen instans som har mandat att se till att åtaganden verkligen blir gjorda.

Överenskommelser mellan region – kommuner avseende psykiskt sjuka/funktionsnedsatta, missbruk/beroende, spelberoende.

Denna reform kom också till för att få till en mer samordnad vård och omsorg. Överenskommelserna är i princip okända i linjeorganisationerna utan förvaltas av olika tjänstemän på administrativ nivå. Överenskommelsernas roll är därmed försumbar.

LUS – Lagen om Utskrivning från Slutenvård

Vi har varit med om att psykiatri och beroendevård skriver ut patienter till ingenting utan att kontakta kommunen. Vi har varit med om att psykiatri/beroendevård meddelar kommunen att man skriver ut patienter och kommunen har tagit emot meddelandet och hänvisat patienter att själva söka boende på vandrarhem/hostels. Eller psykotiska och begåvningsnedsatta patienter som skrivs ut till sin egen lägenhet trots pågående psykotiska symtom. Det är vanligt förekommande att personer skrivs ut från slutenvård i allt för dåligt skick.

Dessa situationer uppkommer på grund av att man agerar i straffrihet och för att man vill skydda sina organisationer.

Patientkontrakt

Det senaste i raden av misslyckade försök att förändra den rådande situationen, vilket Samsjuklighetsutredningen också sätter stort hopp till, är så kallade "patientkontakt" som innebär att vården lovar att utföra det befintliga lagstiftningen säger att de ska utföra. Som ett bevis på detta skrivs ett kontrakt mellan vården och patienten det gäller. Problemet är dock att patientkontrakt, namnet till trots, inte är några juridiskt bindande kontrakt varför det är värt ungefär det papper det är skrivet på om och när vården inte levererar.

Förslag på lagstiftning som kanske kan förändra situationen

Det är inget fel på den grundläggande lagstiftningen i SoL och HSL – om den bara följs. Problemet är att huvudmännen inte följer den (se anledningar ovan) – och att de inte blir bestraffade för detta. Huvudmän begår lag trots utan sanktioner från någon. Se rapporter från Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi 2015 och Inspektionen för vård och omsorg 2014.

Extralogstiftningen (se ovan), som syftat till att få huvudmännen att verkligen samverka, har inte heller innehållit vare sig piska eller morot. Detta ser vi som anledningen till lagstiftningens misslyckande och att situationen ser ut som den gör.

Ett annat fel den nuvarande lagstiftningen brottas med givet att huvudmännen inte följer alla delar av den är klientens låga rättsliga ställning (SoL) och patientens obefintliga rättsliga ställning (HSL). Man har som klient/patient inget att komma med eller sätta emot i ärenden där systemet vänder sig mot en. Som patient/klient representerar man enbart en belastning på, och en kostnad för, systemet man möter. Man kan göra överklaganden till förvaltningsrätt vars beslutsgång ofta är alldeles för långsam för att spela en roll i ett akut skeende. Man kan lämna symboliska protester till patientnämnd/IVO om brister i vården. Frågan är varför man ska lägga ner tid på det i ett akut läge?

Man är som klient/patient i realiteten maktlös inför huvudmännen. Detta utgör ett grundproblem i varför situationen med samsjukligas bristande vård och omsorg inte blir lösta.

Följande förslag syftar till att utöka huvudmännens ansvar för patienterna/klienterna:

- Inför ett yttersta ansvar för sjukvårdens patienter som inte klarar sig själva i likhet med det yttersta ansvar socialtjänsten har sina klientgrupper.
- Förläng sjukvårdens ansvar för patienten även efter det att patienten avisats från mottagning eller skrivits ut från avdelning. Ett slags kvarsläpande medicinskt ansvar – med syfte att förhindra schablonmässiga avvísningar/utskrivningar där det inte är ovanligt med suicidier/suicidförsök utan att vården har ett formellt ansvar för det.
- Inför ett förbud att hänvisa svårt sjuka vård sökande till annan huvudman eller enhet inom den egna organisationen utan att man ser till att kontakt etableras med den man hänvisar till.
- Inför reform som anger ett maxtak på hur många klienter en socialsekreterare får hantera. Det är orimligt/omöjligt att hantera 50-60 klienter och tillgodose allas behov under längre tid.
- Inför reform som anger ett maxtak på hur många patienter det får gå på en läkare/sjuksköterska.
- Reformera SIP – inför särskilda SIP-samordnare/inspektörer med mandat att granska SIP-protokoll och se till att det som utlovats i dessa verkligen genomförs eller att granska att de insatser som utlovas är tillräckliga för klienten.
- Tillsätt varaktiga statliga medel för finansiering av fristående personliga ombud. Inför ett maxtak för hur många klienter/befolkningsunderlag, ett personligt ombud får ha. (Under lång tid fanns ETT personligt ombud på stadsdelen Södermalms 100 000 invånare. Det säger sig självt att det inte fyller behoven om vi pratar om prevalensen av substansberoende/djup psykisk ohälsa per 100 000 invånare).
- Reformera lagstiftningen med sanktionsavgifter som döms ut av domstol efter anmälan från IVO när kommunen inte verkställer beslut i tid. Sanktionsavgiften måste användas betydligt oftare än nu – det måste kosta huvudmännen att missköta sig i stället för att det som nu är en lönsam affär att inte göra det lagen anger att man ska. Det här kräver ändring i lagen så att både IVO och domstolarna får nya mandat. Denna ändring måste återspeglas i praxis från domstolarna, annars har man inte ändrat lagen i tillräcklig utsträckning.
- Inför gemensamma budgetar mellan socialtjänstens olika delar och gör samma sak inom vårdens olika delar. Sådana reformer gör att det inte lönar sig att ”slänga” ut klienter /patienter från sin egen lilla budgetdel vilket är det som sker nu.
- Inför en generell arbetsmetod som innebär att man arbetar teambaserat kring alla patienter och klienter som har ett behov av det.
- Inför krav på ett varierat behandlingsutbud och öka individers rättigheter att välja behandling mellan dessa olika alternativ.
- Stärk klientens rättsliga ställning gentemot socialtjänsten och inför patienträttigheter som är riktiga rättigheter, i sjukvården.

Med dessa reformer behövs inga särslösningar. Det behövs inga huvudmansförändringar. Den enda "kulturförändringen" som krävs är att huvudmännen börjar följa gällande lagstiftningar.

Finansiering

Våra förslag kommer om de genomförs att kosta pengar. En stor del av de problem som utredningen är satt att lösa beror på strukturell underfinansiering av socialtjänst och hälso-/sjukvård. Huvudmännens linjeorganisationer går ekonomiskt och organisatoriskt på knogarna, det finns inget dödkött att ta av. NPM och dess krav på målstyrning och mätbarhet har lett till att antalet tjänstemän med uppdrag att på olika sätt kontrollera produktionsapparaten i stället ökat. Denna utveckling har lett till stora kostnader. Där finns resurser att ta av om man lägger om arbetet. Det oaktat behöver huvudmännens produktion av konkret socialt arbete och vård tillföras betydande resurser utöver de som finns idag. Även denna diskussion undviker Printz et al nogsamt.

Equals åsikter på utredningens olika förslag

Nedan följer de av utredningens förslag vi vill kommentera. Förslag och skrivningar vi utelämnar har vi ingen åsikt om.

8.1 Målbilder framtagna av personer med samsjuklighet

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.

Equal: Vi instämmer med bedömningen. Samtidigt ser målbilderna mycket lika ut dem som myndigheten Vårdanalys tagit fram tidigare. Därför konstaterar vi att behoven hos personer med samsjuklighet varit kända under en längre tid.

8.2.1 Staten ansvarar för tydlig ansvarsfördelning och långsiktiga planeringsförutsättningar

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

Equal: Vi instämmer med bedömningen. Staten behöver bli tydligare och ställa krav på att regioner och kommuner samverkar. Regioner och kommuner får idag samverka men det räknas inte till kärnverksamhet och prioriteras därför inte.

8.2.2 Nya sätt att komma styra behöver utvecklas

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

Equal: Vi läser detta som ett önskemål från utredningens sida som kommer bli svårt att genomföra. Kulturförändringar är svåra att realisera, vilket Vårdanalys genomgångar av Patientlagens genomslagskraft visar. Styrformer och policys utgår dessutom i mycket hög grad utifrån vårdens organisering och ekonomi. Behoven som målgruppen har tillfredsställs inte idag av vården bland annat på grund av ekonomin. Ekonomin är överordnat allt annat; nya styrformer, kultur och policys kommer inte förändra detta. Utredningen har konsekvent utelämnat ekonomins överordnade roll varför dessa skrivningar inte betyder egentligen någonting.

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

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

Equal: Vi instämmer med förslaget om att använda termen skadligt bruk eller beroende i stället för missbruk. Vi ser dock inte att ändringen av nomenklaturen kommer leda till verkliga förbättringar för målgruppen.

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

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

Equal: Vi motsätter oss förslaget. Denna ordning finns redan i Stockholm. I Stockholm finns stora fortfarande stora problem med människor som faller mellan stolarna. Detta gäller mellan de interna stolarna i den subspecialiserade psykiatrin. Om man har en beroendediagnos så är man till exempel inte aktuell för traumabehandling eller annan psykologisk behandling. I det fallet måste patienten först upphöra med sitt skadliga bruk och därefter bli aktuell för annan behandling. Inom socialtjänsten råder samma stuprör – människor med skadligt bruk eller beroende får inte insatser utav socialpsykiatrin trots att de har till exempel intellektuella funktionsnedsättningar.

Vad händer om regionen bedömer att en HVB-placering inte är nödvändigt? Placeringarna kommer belasta regionens budget, eller snarare en enskild kliniks budget som bedriver vård och behandling. Vi ser en uppenbar risk i att placeringar på HVB-hem kommer minska med detta förslag och/eller inte ersättas av likvärdig behandling.

Dessutom kommer rättssäkerheten försämrats för dessa patienter då det inte är möjligt att överklaga utebliven vård till skillnad från insatser enligt Socialtjänstlagen. Utredningen redogör för på sidan 171 – 172 att 75 procent av överklagan avsågs i förvaltningsrätten, 7 procent återförvisades ärendet till socialförvaltningen. Vi har varit i kontakt med utredningen och tagit del av de 18 procent som utredningen inte redovisar och konstaterar att i 18 procent av målen biföll förvaltningsrätten överklagan. Detta innebär att förvaltningsdomstolen har underkänt eller ifrågasatt socialförvaltningens beslut i en fjärdedel av samtliga ärenden. Detta är inte en försumbar andel utan belyser vikten av en legal rätt till behandlingsinsatser som kan överklagas i domstol.

9.2.2 Vården ska samordnas med vården av andra psykiatriska tillstånd

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

Equal: Detta har föreslagits ett antal tillfällen från regering, riksdag, myndigheter och professionen under de senaste 30 åren. Ända sedan begreppet dubbeldiagnos infördes har denna ambition lyfts fram. Vi frågar oss: vad är det som gör att denna gång kommer orden omsättas i praktik?

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

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.

Equal: Vi instämmer med förslaget. Det är angeläget att förbättra anhörigstödet inom svensk vård. Det är ett eftersatt område och vi tror att det krävs att riksdagen pekar med hela handen om man vill nå bestående förbättringar.

9.3.1 Uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete är fortsatt viktiga insatser

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

Equal: Vi instämmer i bedömningen om att socialtjänstens uppsökande verksamhet är viktigt. Det är dock ingen del av verksamheten som prioriteras och lagens intentioner uppfylls mycket sällan i praktiken.

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

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

Equal: Vi motsätter oss förslaget. Socialtjänsten ska fortsatt ha ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende.

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

Förslag: Socialtjänsten har fortsatt ansvar för placering på hem för vård eller boende (HVB) både för barn och för vuxna, men definitionen av HVB i socialtjänstförordningen 3 kap. 1 § anpassas till vårt förslag om socialtjänstens ansvar. Regionen ansvarar dock för hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB, vilket ska förtydligas genom att det regleras i hälso- och sjukvårdslagen, till vilken socialtjänstlagen föreslås hänvisa när det gäller regionens ansvar. Förtydligandet av regionens ansvar gör att andra stycket i 3 kap. 6 § socialtjänstförordningen kan utgå.

Equal: Vi instämmer med förslaget om att regionerna ska ha ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB. Det är positivt att ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser explicit framgår i lagstiftning.

Idag uppstår det meningsskiljaktigheter mellan regioner och kommuner när personer behöver vård och behandling för psykiatriska tillstånd tillsammans med beroendevård. Regionen vägrar ibland att dela på kostnaden för placeringen på HVB-hem. Det är problematiskt att vården utgår från prioriteringar medan enligt socialtjänsten har alla lika rätt till insatser. Vi ser en risk i att även med detta förslag kommer vården göra andra prioriteringar och göra bedömningar om att vården inte är akut och att personer kommer placeras i vårdköer.

Ansökan om bistånd prövas utifrån ny ansvarsfördelning: Om vården inte erbjuder vård och behandling kommer den som står i behov av det inte att få någon vistelse på HVB-hem.

Equal är orolig för att vården inte kommer erbjuda heldygnsvård för skadligt bruk och beroende i samma utsträckning som socialförvaltningar gör idag.

9.4.3 Om regionen inte fullgör sina åtaganden inträder betalningsansvar

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

Equal: Vi instämmer med förslaget. Det är bra med skarpt förslag om 40 procent.

9.5 Trots positiv utveckling kvarstår utmaningar med samverkansöverenskommelser

Bedömning: De överenskommelser som tas fram av regioner och kommuner för att uppfylla lagstadgade krav på samverkan på en övergripande nivå tycks ha utvecklats i en positiv riktning, men löser inte i tillräcklig utsträckning de samverkansproblem som kan uppstå kring enskilda individer. Vi bedömer att en utveckling av samverkansöverenskommelserna kan stödjas av den reform vi föreslår, men att samverkan också kan behöva ske på andra sätt.

Equal: Dessa överenskommelser når inte golvet i verksamheterna. Vi förstår inte hur utredningen kan påstå att en positiv utveckling sker när de inte löser samverkansproblemen för de enskilda individerna.

9.6.1 Fast vårdkontakt kan bidra till samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser

Equal: Möjligheten att få en fast vårdkontakt har funnit under många år. Under vårt tioåriga arbete som sociala ombud för gruppen samsjukliga har vi aldrig stött på en person som haft en fast vårdkontakt. Idén är vällovlig men om den inte har använts hittills finns inte mycket som talar för att den kommer att användas framöver. Det finns ett element av skönmålning i utredningens skrivelser om vilka metoder som finns och hur de kan användas när de, de facto, inte används idag trots att de redan finns. Är det den återopade och önskade "kulturförändringen" i vården som ska åstadkomma detta?

9.6.2 Utvecklad individuell plan för samordning inom och mellan huvudmännen

Equal: SIP – samordnad individuell vårdplan, fungerar i vissa fall, där alla parter är överens. Men i dessa fall hade samverkan fungerat ändå. SIP i sin nuvarande form löser inte situationer där olika enheter/portmonnärer har olika intressen. Det är mycket vanligt att företrädare för socialtjänst/psykiatri/beroendevård, och Försäkringskassan samt Arbetsförmedlingen, om de kommer till en SIP, saknar mandat att besluta något alls på sittande möte. De måste återkoppla till sin chef. Man sitter av mötena. Påfallande ofta kommer företrädare som aldrig har träffat personen det gäller. Ofta är det bara vi som ombud som vet personens hela historik. Det som beslutas att olika parter ska göra på ett möte finns det ingen som kan kontrollera att det verkligen blir gjort. Protokollet (som ibland blir gjort) betraktas inte som ett beslutsprotokoll och det finns ingen instans som har mandat att se till att åtaganden verkligen blir gjorda. Om inget händer efter en SIP så är det enda som händer att det sammankallas till en ny SIP. Med oftast samma klena innehåll.

En utvecklad samordnad individuell vårdplan måste bygga på att deltagarna har mandat att fatta beslut, att protokollet blir ett beslutsprotokoll och att det sedan finns en person, sammankallande, som kan utkräva ansvar om någon av aktörerna inte utför det de lovat på mötet.

Det finns inga sådana förslag i utredningen varför utredningens förslag inte kommer att lösa någonting.

9.6.3 Samverkan vid utskrivning från psykiatrisk vård behöver fortsatt följas upp och utvecklas

Equal: Detta är återigen en förskönande av verkligheten. En lagskärpning krävs. Vi är en liten förening som verkar i Stockholm. Vi har varit med om att psykiatri och beroendevård skriver ut patienter till hemlöshet utan att kontakta kommunen. Vi har varit med om att psykiatri/beroendevård meddelar kommunen att man skriver ut patienter och kommunen har tagit emot meddelandet och hänvisat patienter att själva söka boende på vandrarhem/hostels. Vi har mött psykotiska och begåvningsnedsatta patienter som skrivs ut till sin egen lägenhet trots pågående psykotiska symtom. Det är vanligt förekommande att personer skrivs ut från slutenvård i allt för dåligt skick vilket äventyrar deras patientsäkerhet. Det faktum att vi är små men att vi ändå stöter på sådana här ärenden indikerar att problemen är omfattande.

Dessa situationer uppkommer på grund av att vården agerar i ett tillstånd av straffrihet och för att personal vill skydda sina organisationer (kollegor) från att bli överbelastade. Återigen en lag som det inte kostar något att bryta emot kommer inte att följas.

10.1.1 Somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas

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

Equal: Vi instämmer med bedömningen om att somatisk ohälsa måste uppmärksammas hos personer med samsjuklighet. Den somatiska hälsan är sämre hos personer med samsjuklighet och vården behöver bli bättre. Vi är dock övertygade om att fast läkarkontakt i primärvården inte är genomförbart på grund av situationen i primärvården med läkarbrist, stafettläkare, hyrläkare med mera.

Somatisk vård erbjuds inte inom beroendevården och heller inte inom psykiatrin utan patienterna hänvisas till redan hårt överbelastade vårdcentraler.

Psykiatriska mottagningar och beroendemottagningar borde kunna behandla sina patienters lättare fysiska åkommor. Detta skulle innebära en bättre hälsa för patientgrupperna, mindre tryck på primärvård samt inte innebära allt för stora kostnader då lokaler och sjukvårdskunnig personal redan finns tillgänglig.

10.1.2 Insatserna ska betona hälsa

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

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

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.

Equal: Vi instämmer i ovanstående två punkter och hänvisar till vår egen ovanstående skrivning.

10.2.1 Ökad tillgång till och mindre vidareförmedling från LARO-behandling

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

Equal: Vi instämmer med förslaget om att öka tillgången till LARO-behandling. Vi tycker det är viktigt att stoppa vidareförmedling. Idag dör fler personer i Sverige av metadon än heroin. Vi ifrågasätter dock hur risken för vidareförmedling kan minska om fler patienter erbjuds LARO. Regelverket för LARO-deltagande får inte vara för rigorös och för svår att följa för målgruppen. Det måste finnas en balans mellan regelverket för LARO och nyttan i att målgruppen klarar av att följa regelverket och erhålla underhållsbehandling.

10.2.2 Sprututbyte utvecklas till lågtröskelverksamheter som ska finnas i hela landet

Förslag: Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ändras så att det blir obligatoriskt för regionerna att bedriva sådan verksamhet och så att syftet blir vidare än i dag och även omfattar att främja psykisk och fysisk hälsa.

Equal: Vi instämmer med förslaget om att sprututbyte utvecklas till lågtröskelverksamheter som ska finnas i hela landet. Om vården i Sverige ska bli jämlik krävs att verksamheten är obligatoriskt för regionerna att bedriva. Det finns stora hälsovinster med detta förslag.

10.2.3 Försök med lågtröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum

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

Equal: Vi instämmer med bedömningen om att man bör inleda ett försök med brukarrum. Erfarenheter från andra länder visar att risken för dödliga överdoser minskar. Detta skulle innebära ytterligare en kontaktyta mellan vården och narkotikaanvändare som har omfattande svårigheter.

10.2.4 Utvärdering av kriminalisering av eget bruk

Bedömning: Vi anser, liksom Folkhälsomyndigheten, att narkotikastrafflagen inklusive kriminaliseringen av eget bruk från 1988 behöver utvärderas.

Equal: Vi instämmer med bedömningen om att utvärdera kriminaliseringen av eget bruk. Equal var och är fortsatt emot kriminaliseringen på grund av att det stigmatiserar och påverkar viljan hos personer med skadligt bruk och narkotika att söka vård.

11.1 En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet införs

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

Equal: Särlösningar brukar inte bli långvariga. De är också ganska sällan effektiva för att råda bot på problemen man ville lösa genom att inrätta dem – detta eftersom de verkar i ett system som inte lyckats tillgodose behoven hos de som berörs av särlösningarna. Om de av Printz föreslagna

specialklinikerna för samsjukliga ens kommer i gång är risken stor att de blir innehållslösa utanpåverk där huvudmännen är bundna av lagen att bedriva sådan verksamhet men där huvudmännen själva bestämmer innehållet. Ett faktum är att när besparingar inom den generella budgeten ska göras är det kärnverksamheter som behålls. Sär lösningar tillhör sällan en kärnverksamhet och därför brukar de få stryka på foten eller åtminstone avlösas hårt på personal, kompetens och därmed innehåll i olika besparingsvågor som kommer rullande. De specialistklinikerna Printz utredning sätter stort hopp till riskerar att bli Potemkinkulisser.

Det finns i övrigt en rad frågetecken kopplade till förslaget:

Det kanske fungerar med enheter som dessa i storstäder men hur fungerar det i glesbygd?

Ska samtliga subspecialiserade grenar inom psykiatrin samt socialtjänsten finnas representerade i dessa enheter och kunna fatta egna självständiga beslut?

Ska enheterna ha tillgång till egna boendelösningar, egna handläggare vad gäller ekonomiskt bistånd, egna sjukgymnaster, terapeuter?

Hur många personer kommer enheterna att träffa? Det finns cirka 60 000 personer med tungt missbruk i landet varav många har en samsjuklighet. Vad ska hända med dem som inte platsar i dessa nya enheter. Ska de fortsätta att vara i stuprörssystemet?

Förslaget kommer med största sannolikhet inte att lösa de problem man vill lösa.

11.2 Verksamheten ska regleras i en särskild lag

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

Equal: Problemet är ju att huvudmän ofta väljer att inte följa lagarna. Vad spelar då ytterligare en lag för roll? Vad blir påföljden för huvudmän som inte följer det som lagen anger? Ingenting.

11.3 Syftet med verksamheten

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

Equal: Alla insatser socialtjänster och hälso- och sjukvård utför kan sägas "främja" hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Ett avslag på en ansökan om ekonomiskt bistånd för att någon inte mäktat med att göra en fullständig ansökan kan anses "främja" denna person så att denna bli mer noggrann till nästa ansökan. Ett avslag på ansökan om behandlingshem till förmån för mindre kostsamma insatser i öppenvård kan också förklaras som "främjande" för klienten/patienten.

Begreppet "främja" är inte mätbart och kan användas på det sätt man vill och som "främjar" den egna verksamheten. Det finns kvalitetsmått och indikatorer på patientupplevd kvalitet som är betydligt mer träffsäkra än detta begrepp.

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

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

Equal: Personligt ombud är en viktig stödinsats för målgruppen. Equal är dock negativt överraskat över att det endast finns 317 heltidstjänster för personligt ombud år 2020. Detta täcker inte alls behovet, vilket visas av att det finns en kö till personligt ombud i 18 av 20 län.

13.3.2 Höjning av statsbidrag avsatta för personliga ombud

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

Equal: 50 miljoner kr kommer inte räcka till att täcka behovet av antalet personliga ombud.

Utredningen tar även upp att den långsiktiga finansieringen av personligt ombud inte är fastställd, vilket medför risken av att kommuner drar ned eller drar in på verksamheten efter 2023.

Dessutom föreslås att 10 miljoner ska avsättas till att stärka samverkan med civilsamhället, vilket vi är positiva till.

14.8 Förslag

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

Equal: Vi motsätter oss förslaget. LPT- vårdtider är över lag mycket kortare än LVM-vårdtider.

Vårdtider vid LPT är ofta högst något dygn medan den genomsnittliga vårdtiden inom LVM är drygt fyra månader, enligt Statens institutionsstyrelse SIS. Vi tycker förvisso att vårdtider vid LVM är för långa i snitt. Vi förordar kortare behandling som ska säkerställa att det skadliga bruket och beroendet upphör. Därefter ska behandling vara frivillig eftersom den egna viljan och inställningen är avgörande för att behandling ska vara lyckosam. Om all vård ska ges enligt LPT har vi farhågor om att vårdtider blir alltför korta. Det finns många röster som är mycket kritiska till att vårdtider vid LPT är alltför korta för att kunna uppfylla sitt syfte.

För Equals styrelse

April 2022

Per Sternbeck, Dennis Aberos