

2022-03-22

HSN/1834/2021

Socialdepartementet  
s.remissvar@regeringskansliet.se  
s.sof@regeringskansliet.se

## Remissvar över SOU 2021:93 Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (dnr S2021/07629)

Region Jämtland Härjedalen ställer sig positiv till utredningens intentioner och att målbilden tagits fram i samverkan med berörd målgrupp. Reformen innebär stora förändringar som kommer att vara utmanande att uppfylla, särskilt i glest befolkade områden såsom vårt län, såväl utifrån ekonomi som bemanning: både kontinuitet och kompetens. Vi ser också att trots en omfattande utredning kvarstår ett stort arbete på hemmaplan, där lokala överenskommelser inom länet behöver tas fram.

Nedan kommenteras betänkandets tio bärande delar, i den ordning som beskrivs i avsnitt 3.2.

### **All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård (9.2.1)**

Vi instämmer i förslaget, även om lagkrav på integrerad verksamhet med utökat generellt statsbidrag skulle föredras framför ansvarsöverföring/skatteväxling, särskilt när beräkningsunderlaget är så vagt. Vi vill dock lyfta att:

- gränsdragningsdiskussionerna kommer inte att upphöra genom förändringen. Gränser riskerar att flyttas och andra ansvarsdiskussioner träder in: psykosocial och förebyggande behandling kontra sociala stödinsatser såsom boendestöd och sysselsättning.

- förslaget hanterar ansvar mellan huvudmän. Utöver det behöver även vårdnivåer förtydligas för att klargöra uppdrag för specialiserad regional vård kontra primärvårdsnivån: möjligen en fråga för NPO psykisk hälsa.
- inom primärvårdsnivån behöver det framgå att lokala överenskommelser sedan tidigare (kommunalisering av hemsjukvård) även fortsättningsvis inkluderar denna målgrupp. Formuleringen "all behandling" kan tolkas som att förslaget ersätter tidigare överenskommelser.
- på samma sätt behöver det klargöras att formuleringen "all behandling" inte påverkar arbetsgivaransvaret (inklusive ansvaret för företagshälsovård), för att undvika missförstånd.

### **Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd (9.2.2)**

Vi instämmer i förslaget. Vi ser ökade förutsättningar för förbättrad diagnostik via screening för samsjuklighet och därmed tidigt insatta åtgärder. Fast vårdkontakt för ökad kontinuitet och en sammanhållen bild bör vara en grundläggande förutsättning för samordningen. Vi ser dock behov av att samordning sker även gällande somatiska insatser.

### **Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet (10.2.2)**

Vi instämmer i förslaget. Det finns stora behov av att skapa förståelse för verksamheten och dess samhällsnytta. I Jämtland finns redan planer på utökning i länet. Just tillgängligheten i länet är en av de utmaningar vi ser: hur verksamhet ska bedrivas i glesbygd med tanke på kompetens, kvalitet och tillsyn.

*Angående Försök med lågtröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum (10.2.3)*

Jämfört med dagens situation ser vi fördelar med att erbjuda en säker utsedd plats (brukarrum).

*Angående en utredning av avkriminalisering av eget bruk (10.2.4):*

Vi motsätter oss förslaget. Vi är bekymrade över den värdeglidning som finns kring narkotika. Att utreda möjligheten riskerar att signalera ytterligare ökad acceptans.

**Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten (9.3.1)**

Vi instämmer i förslaget. För att kunna arbeta med samordning krävs ett tydliggörande av socialtjänstens ansvar och uppdrag gentemot hälso- och sjukvårdens. Särskilt bör utvecklingsbehoven kring anhörigstöd och samordnade insatser lyftas, både med barn och vuxna som anhöriga.

**Regionen ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB) (9.4.1)**

Vi instämmer i förslaget. Vi föreslår att det förtydligas att ansvaret gäller *hem-regionen* då HVB-placering ofta sker i annat län. Vi ser att om hemregionen tar sitt HSL-ansvar genom remittering till vistelseregionens specialiserade vård säkerställs vårdnivå och kvalitet, men å andra sidan uppstår ofta väntetid. Detta medför även dubbla kostnader: såväl för specialiserad utomlänsvård som för grundläggande HSL via HVB. Om hemregionen i stället nyttjar den HSL som erbjuds via HVB är ledtiderna snabbare men risk finns att vårdnivå och kvalitet är otydlig/otillfredsställande. Båda alternativen har för- och nackdelar. Det finns därmed behov av HVB-hem med antingen särskilda avtal att nyttja specialiserad vård hos vistelseregionen, alternativt att kvalitetskraven för HSL inom HVB-hem säkerställs.

**En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst (11.1)**

Vi instämmer i förslaget. Detta är en välkommen och nödvändig förändring som kommer att möjliggöra att målgruppen får bättre hjälp. Det finns dock stora gemensamma utredningsbehov av hur verksamheten organiseras lokalt. Särskilt svårt är att säkerställa tillgänglighet, kompetens och kvalitet i glesbygd.

**Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet (13.3.1)**

Vi instämmer i förslagets syfte, men ser behov av annan styrning. För att ta tillvara förbättringens fulla potential bör tillgången till personligt ombud lagstadgas, i stället för att vara valbart att erbjuda. Idag erbjuds inte personliga ombud i alla kommuner, och trots utredningens förslag om ökade anslag riskerar denna ojämlikhet att fortsätta om inte lagkrav ställs.

**Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer (13.2)**

Vi instämmer i förslaget. Delaktighet har stor vikt för att patienten ska känna sig respekterade i den svåra situation som skadligt bruk och beroende innebär. Ett arbete med strukturerat brukarinflytande förbereds redan inom Region Jämtland Härjedalen utifrån uppdrag kring antistigma psykisk hälsa och suicid.

**Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga (12.4)**

Vi instämmer i förslaget. Effekten av vård och behandling av skadligt bruk och beroende behöver visas för att kunna kommunicera mervärdet för såväl individ som för samhället. Särskilt bör den myndighet som får

uppdraget beakta att inhämtande av indikatorer är resurskrävande, och att uppföljningen så långt som möjligt bör utgå från automatisk inhämtning av data. Ytterligare en utmaning är att följa insatser och effekter över huvudmanna- och vårdnivågränser.

### **En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas (14.8.1)**

Vi har inga kommentarer till avsnittet men ser fram emot kommande förslag.

### **Ekonomiska konsekvenser (15.8)**

Vi instämmer i utredningens bedömning om att reformen är omfattande. Vi ser som särskilt utmanande att kunna genomföra insatserna i glest befolkade områden. Här krävs insatser både för rekrytering, kompetensutveckling och teknikutveckling (digitala arbetssätt). Då uppdraget är detsamma oavsett demografi och geografi, vill vi understryka vikten av att ekonomisk kompensation inte enbart utgår från befolkningsmängd. Vi ser att reformen innebär en relativt stor förskjutning av kostnader till regionen, varför skatteväxling eller annan kompensation är ett måste. Osäkerheten i befintliga beräkningar är besvärande och kommer att medföra stor lokal arbetsbelastning.

*I detta ärende har Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat. Remissvaret har sammanställts av Hälso- och sjukvårdspolitiska avdelningen utifrån underlag från sakkunniga inom Område psykiatri, Område barn och unga vuxna, Folkhälsoenheten, Beställarenhet/Hälsoval, Regiondriven primärvård, Infektionsavdelningen/sprututbytesverksamheten samt förtroendevalda.*

Region Jämtland Härjedalen

Tom Silverklo (C)  
Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande

Anna Granevärn  
Tf. Hälso- och  
sjukvårdsdirektör