



Remissvar

Datum för beslut
2022-04-22

Vår beteckning
GD-beslut 36/2022
Dnr SBU 2021/718

Er beteckning
Dnr S2021/07629

Till
Socialdepartementet

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

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har fått möjlighet att ge synpunkter på Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.

Reformen består av tio bärande delar som sammantaget ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering av vården för personer med samsjuklighet. I vissa delar omfattar utredningens förslag hela området skadligt bruk eller beroende av alkohol och/eller narkotika. SBU:s synpunkter framgår under respektive delförslag samt avslutningsvis kring vissa övergripande ställningstaganden.

Särskilda synpunkter

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.

Vi delar utredningens analys att det är vanligt att personer med skadligt bruk och beroende inte får tillgång till den behandling de har behov av. Om utredningens förslag kommer leda till en förbättring i detta avseende är förstås svårt att veta. En grundläggande utmaning torde vara att definiera vad som är ”behandling” och särskilja mellan denna och andra insatser. Exempelvis innehåller många sociala stödinsatser behandlande komponenter. Ett konkret exempel är insatsen Individanpassat stöd till arbete (IPS). Insatsen beskrivs i utredningen som en stödinsats som socialtjänsten ansvarar för. En grundläggande princip i IPS är emellertid att stöd i arbetet ska ges integrerat med behandling för psykiatriska tillstånd¹. Ska den här typen av sammansatta insatser utföras av hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller båda huvudmännen?

¹ Bond GR, Drake R, Becker D. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11, 32 -39

Vi delar utredningens bedömning att socialtjänsten volymmässigt bidrar med en mycket stor mängd insatser till personer med skadligt bruk eller beroende. Stora resurser kommer behövas för att öka tillgängligheten till behandling inom hälso- och sjukvården och för att bredda utbudet av behandlingsinsatser. Vi instämmer i utredningens analys att stora resurser även behövs för kompetensutveckling, utveckling av arbetssätt och ”kultur” inom hälso- och sjukvården om utredningens målbilder ska uppnås. Inte minst behöver hälso- och sjukvården utveckla ett gemensamt synsätt och ansvarstagande kring personer med skadligt bruk och beroende. Annars finns risk att reformförslagen utmynnar i nya gränsdragningskonflikter, trots goda intentioner.

Sammantaget innebär förslaget en mycket stor omställning för hälso- och sjukvården, socialtjänsten och en rad andra samhällsaktörer. Mot bakgrund av resultat från implementeringsforskning ställer vi oss tveksamma till om förändringen är möjlig att genomföra inom den två-årsperiod utredningen förordar². Vi menar också att det implementeringsstöd som utredningen föreslår delvis bör ges under längre tid än fem år. Utvärderingen av det nationella utvecklingsarbetet ”Kunskap till Praktik” (KtP) visade att användningen av evidensbaserade metoder ökade i kommuner och regioner som redan innan KtP lanserades hade en hög användning, medan en låg initial användningen förblev stabilt låg eller minskade över tid. KtP:s insatser bidrog alltså inte till en utveckling över hela fältet³. Enligt vår bedömning bör implementeringsstödet innehålla riktade och långsiktiga stödinsatser till kommuner och regioner med de största omställningsbehoven.

2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Ett välkommet förslag, särskilt om det kan lagfästas i hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen. Vi delar utredningens syn att förslaget främst bör syfta till att skapa förutsättningar att hålla ihop behandling av alla psykiatriska tillstånd, inklusive skadligt bruk och beroende oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder. Utmaningarna härvidlag är dock stora, inte minst att skapa resurser för initial vård av patienter med pågående skadligt bruk eller beroende. Återkommande rapporter beskriver ett slags moment 22, där patienter nekas psykiatrisk vård på grund av pågående substansanvändning och omvänt nekas abstinensvård på grund av psykisk sjukdom⁴.

3. Sprututbyte ska utvecklas till lågröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.

SBU har inga direkta synpunkter på att sprututbytesverksamheter utvecklas till lågröskelmottagningar för att främja fysisk och psykisk hälsa. Vi ifrågasätter dock varför dessa mottagningar inte längre ska ha ett uttalat uppdrag att bedriva motivationsarbete. Att sprututbyten kan bedriva ett effektivt motivationsarbete och

² Fixsen D L, Blase K A, Timbers G D & Wolf M. In search of program implementation: 792 replications of the Teaching-Family Model. In: G A Bernfeld DPFOWL, editor. Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs. London: Wiley; 2001. p. 149–66

³ Fridell M, Holmberg R, Billsten J, Benderix Y. Implementering av Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården - Utvärdering av det nationella utvecklingsarbetet Kunskap till Praktik, Psykologiska rapporter från Lund, Volym 7, No. 1, 2015

⁴ Eliasson B, Segerstedt E. FoU-Norrbottnen, Rapport 77, 2013, Uppföljning av mångbesökare inom missbruks- och beroendevård

slussa klienter till behandling finns beskrivet i flera studier⁵. Vidare ställer vi oss tveksamma till förslaget att testa brukarrum i Sverige, eftersom forskningsstödet för att denna service har effekt alltså är bristfälligt⁶. Förutom möjligheten att injicera droger kan den service som utredningen föreslår att brukarrum ska förmedla ges via sprututbyten, vilket redan idag görs vid många av dessa mottagningar.

4. 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 förtydligat uppdrag för socialtjänsten.

Socialtjänstlagen föreskriver att kommunen har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Hälso- och sjukvårdslagen orienterar mot att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vi befarar att utredningens förslag att hälso- och sjukvården blir ensam huvudman för behandling av skadligt bruk och beroende kommer att innebära att den stora gruppen personer med mindre allvarligt substansbruk, ofta i kombination med psykisk ohälsa, inte kommer att kunna beredas behandlingsinsatser i tillräcklig omfattning. Fokus hamnar lätt på dem med svåra psykiska sjukdomar och beroende (punkt 6 i förslaget), medan den stora gruppen med mindre allvarliga tillstånd enligt vår mening riskerar att inte uppmärksammas tillräckligt.

Utredningens förslag att socialtjänsten ska arbeta mer förebyggande är naturligtvis vällovt. Hur omställningen kan gå till har tidigare utretts vid flera tillfällen⁷, utan att det förebyggande arbetet fått något större genomslag i praktiken. Socialtjänstens insatser har under decennier i huvudsak varit reaktiva. Att åstadkomma en perspektivförskjutning mot mer förebyggande arbetssätt är i slutändan beroende av att erforderliga resurser och handlingsutrymme tillskapas.

5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).

I princip ett välkommet förslag.

6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Internationella kunskapsöversikter visar att även personer med mindre allvarliga ångest- och depressionstillstånd ofta har ett skadligt bruk av alkohol, narkotika eller legala läkemedel utanför ordination⁸. Samsjukligheten medför ökad risk för sociala och ekonomiska konsekvenser som problem i arbetet, i relationen till familj och andra närstående och kan bidra till försörjningsproblem. Om hälso- och sjukvården och

⁵ Stenström, N. 2008. Sprutbyte vid intravenöst narkotikamissbruk – En longitudinell studie av deltagarna i sprutbytesprogrammet i Malmö. Mid Sweden University, Department of Social Work, Östersund, Sweden. ISSN: 1652-893X.

⁶ Belackova, V., Salmon, A.M., Day, C.A., Ritter, A., Shanahan, M., Hedrich, D., Kerr, T. and Jauncey, M. (2019), Drug consumption rooms: A systematic review of evaluation methodologies. *Drug Alcohol Rev.*, 38: 406-422.

⁷ Exempelvis SOU 1994:139; SOU 1999:97

⁸ Bridget F. Grant, PhD, PhD; Frederick S. Stinson, PhD; Deborah A. Dawson, PhD et al. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:807-816

socialtjänsten inte uppmärksammar även dessa personer kan både den psykiska sjukdomen, substansbruket och de sociala och ekonomiska konsekvenserna förvärras.

Vi välkomnar förslaget om samordnad vård- och stödverksamhet för gruppen med stora samordningsbehov, men saknar tydliga förslag om hur behandlings- och stödinsatser för personer med mindre allvarliga tillstånd ska samordnas. Vi befarar dessutom att gränsdragningen mellan dem med stora samordningsbehov och övriga med samordningsbehov blir mycket svår och kan komma att utformas på olika sätt regionalt, vilket riskerar att leda till en ojämlig vård.

7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.

Vi välkomnar förslaget.

8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörig-organisationer.

Vi välkomnar förslaget.

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

Ett mycket angeläget förslag enligt vår mening. Att Sverige saknar ett samordnat och heltäckande system för systematisk informationsinsamling och analys av data om vård och behandlingsinsatser för personer med skadligt bruk eller beroende är anmärkningsvärt och hämmar kunskapsutvecklingen inom området. Vi ser gärna att uppföljningssystemet även inkluderar insatser som ges i tidigt skede. Förslagsvis kan ett särskilt kompetenscenter inrättas med ansvar att succesivt utveckla uppföljningssystemet samt att återföra resultat till deltagande verksamheter.

SBU arbetar med en metod⁹ för att lyfta fram de kunskaps- och utvecklingsbehov som patienter, anhöriga och vård- och omsorgspersonal tycker är allra viktigast att jobba vidare med för att förbättra vården. Resultat från detta arbete skulle sannolikt kunna användas i det föreslagna uppföljningssystemet.

10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys utredningen presenterar i betänkandet.

SBU:s uppfattning är att all vård bör utformas med vägledning av bästa tillgängliga evidens. Vi saknar överlag beaktande av forskningsresultat i utredningens resonemang kring intagningskriterier, behandlingssinnehåll, vårdtider och adekvata behandlingsmål.

Övergripande synpunkter

Fokus på kompetensförsörjningen, kompetensutveckling och forskning är nödvändigt

Vi delar utredningens uppfattning att samordnade och långsiktiga insatser för att säkerställa kompetensförsörjning och *kompetensutveckling* är nödvändigt. Vi är

⁹ [The James Lind Alliance | James Lind Alliance \(nihr.ac.uk\)](https://www.nihr.ac.uk/about/the-james-lind-alliance/)

positiva till utredningens förslag om förstärkt uppföljning av vården för personer med samsjuklighet samt specifikt för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Vi ställer oss även bakom förslaget om en särskild vetenskaplig utvärdering av den obligatoriska samordnade vård- och stödverksamhet som föreslås. Vi efterlyser dock en betydligt större generell satsning på forskning om effekter av behandlings- och stödsatser vid samsjuklighet. Ett flertal systematiska litteraturöversikter har visat att psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingar för samsjuklighet finns tillgängliga, men att relativt få har utvärderats med säkra vetenskapliga metoder. Detta återspeglas exempelvis i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. I jämförelse med övriga områden i riktlinjerna återfinns relativt få rekommendationer vid samsjuklighet. Anledningen uppges vara att de vetenskapliga underlagen inte bedömdes tillräckliga för att ge specifika rekommendationer inom flera aspekter av samsjuklighet.

Utökade resurser för forskning bör alltså ackompanjera de förändringar utredningen föreslår, eftersom omställningen medför risker när vård och omsorg ska ges under nya förutsättningar. SBU:s arbete med att lyfta fram och prioritera kunskaps- och utvecklingsbehov som patienter, anhöriga och vård- och omsorgspersonal gemensamt anser är allra viktigast att jobba vidare med för att förbättra vården, kan utgöra en utgångspunkt för nya forskningsinitiativ med potential att göra stor nytta.

Beslut i detta ärende har fattats 2022-04-22 av SBU:s generaldirektör Susanna Axelsson. Projektledare Nils Stenström har varit föredragande och samrådande har varit avdelningschef Sofia Tranæus och medicinsk sakkunnig Per Lytsy.