

Stockholm 2022-04-18

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

**Diarienummer:** S2021/07629

## Remissvar från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

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

### Sammanfattning och övergripande kommentarer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 8.1

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

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

## 8.2

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

SFAM delar bedömningen.

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

SFAM delar bedömningen.

## 9.1

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

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

## 9.2

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

SFAM stödjer förslaget.

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

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

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

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

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

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

#### 9.4

**Förslag: När socialtjänsten beslutar om en insats genom vistelse på HVB ska den underrätta regionen och kalla till upprättande av en individuell plan.**

**Bedömning: För barn och unga kan behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser under placering på HVB bedömas vid den hälsoundersökning regionen ska erbjuda i anslutning till att vården inleds, eller vid den läkarundersökning som ska ske innan socialnämnden gör ansökan enligt 4 § LVU.**

SFAM stödjer förslaget.

## 9.6

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

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

## 10.1

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

SFAM delar bedömningen.

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

SFAM delar bedömningen.

## 10.2

**Förslag: Regeringen uppdrar åt Socialstyrelsen att i nära samverkan med forskning och profession stödja implementeringen av tillgänglig kunskap om LARO, samt att ansvara för att det genomförs en regelbunden uppföljning av LARO. Syftet med uppdraget ska vara att öka tillgängligheten till behandlingen samtidigt som risken för vidareförmedling från patienter till personer utanför programmen minimeras. Myndighetens uppdrag ska också omfatta en utredning av om detta syfte kan uppnås genom att fler läkarspecialiteter tillåts ordinera LARO, samtidigt som det ställs krav på alla som ordinerar att med viss regelbundenhet genomgå särskilda kompetenshögjande åtgärder.**

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

**Bedömning: Ett försök med en hälsocentral i form av en lågtröskelverksamhet med brukarrum bör initieras. Syftet skulle vara att undersöka om sådana verksamheter kan**

**bidra till ökad hälsa bland narkotikaanvändare och därför bör vara en del av ett större utbud av lågtröskelverksamheter där flera hälsofrämjande och skadereducerande insatser erbjuds samtidigt.**

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

#### 11.1

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

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

#### 11.9

**Bedömning: Förslaget i Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (SOU 2021:04), som innebär att det ska vara möjligt att frivilligt inrätta ett system, kallat sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, som ger verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården möjlighet att få tillgång till varandras vård- och omsorgsdokumentation genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, bör genomföras. Möjligheten gäller vissa målgrupper, bland annat personer med funktionsnedsättning. Förslaget bedöms innebära att det kommer vara möjligt att inrätta ett system om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i den samordnade vård- och stödverksamheten.**

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

#### 11.10

**Bedömning: För att säkerställa en god vård och omsorg och för att lagens syfte ska kunna uppfyllas så behöver verksamheten organiseras på så sätt att det finns en gemensam styrning och ledning över verksamheten.**

SFAM delar bedömningen.

### 12.1

**Bedömning:** Långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom samsjuklighetsområdet bör påbörjas när beslut om utredningens förslag har tagits, och ske samordnat och i samarbete, inom ramen för huvudmännens och berörda myndigheters respektive uppdrag. Arbetet bör genomföras i samverkan med representanter för de professioner som berörs.

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

### 12.3

**Bedömning:** Kunskapsstyrning är viktigt för att säkerställa kunskap och kompetens om samsjuklighet i verksamheterna, men för att kunskapsstyrningen ska vara så effektiv som möjligt kan samverkan och stödstrukturer behöva stärkas ytterligare.

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

### 12.4

**Bedömning:** Socialstyrelsens förslag om ett utvidgat nationellt patientregister som inkluderar primärvården, och utredningen Framtidens socialtjänsts förslag om en ny lag om socialtjänstregister bör genomföras, för att förbättra förutsättningarna för uppföljning på nationell nivå.

**Förslag:** Uppföljningen behöver inkludera det patienter och brukare tycker är viktigt. Regeringen bör därför ge i uppdrag åt lämplig myndighet att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet.

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

### 13.3

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

SFAM delar bedömningen.

15.1

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

SFAM delar bedömningen.

15.2

**Bedömning: Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet har en påverkan på den kommunala självstyrelsen som dock bedöms vara proportionerlig i förhållande till sitt syfte.**

**Ytterligare några förslag påverkar den kommunala självstyrelsen, dock i mindre grad och vi bedömer att även de förslagen är proportionerliga i förhållande till sitt syfte.**

SFAM delar bedömningen.

15.8

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

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

För Svensk förening för allmänmedicin

*Magnus Isacson*  
Ordförande