

Remissvar från Svensk förening för beroendemedicin

Från delar till helhet. Delbetänkande av Samsjuklighetsutredningen.

SOU 2021:93

Allmänna synpunkter

Inom Svensk förening för beroendemedicin är vi generellt sett starkt positiva till utredningen och dess förslag. Beskrivningarna och analyserna av dagens situation, med ett splittrat och ojämnt vårdutbud, känner vi alla igen från vår vardag som beroendeläkare. Utredningens förslag till förbättringar är konstruktiva, och skulle innebära väsentliga förbättringar för ett stort antal patienter. Att det samlade huvudmannaskap som föreslås gäller för alla personer med skadligt bruk eller beroende är särskilt betydelsefullt. En väl genomförd reform baserad på dessa förslag skulle ha stor betydelse för svensk beroendevård, som antligen skulle få en adekvat organisation och ansvarsfördelning, med goda förutsättningar för framtida utveckling.

Specifika synpunkter

1. Ett tema som berörs i bland annat utredningens kapitel 8 och 9 är ansvarsfördelningen mellan olika verksamheter. Förslagen om att renodla huvudmännens ansvar är utmärkta, och kommer att göra systemet tydligare för alla inblandade. En farhåga är dock att delvis nya gränsdragningsproblem kan uppstå mellan olika verksamheter inom sjukvården, framför allt mellan beroendevård, psykiatri och primärvård. Utredningen lämnar här ett betydande utrymme för regionerna själva att utveckla sina organisationsformer, men det kommer att vara angeläget att styra och följa upp detta så att inga patienter hamnar "mellan stolarna". Om exempelvis beroendevården ska klara av ett mer kvalificerat psykiatriskt omhändertagande för patienter med substansbrukssyndrom, måste detta vara kopplat till en adekvat resursfördelning.

2. Utredningen poängterar i kapitel 10 bland annat vikten av skadereducerande insatser till personer med substansbrukssyndrom. Vi ser positivt på förslaget om att utveckla sprututbytesverksamheterna och se till att sådana inrättas permanent i alla delar av landet. Även förslaget om att göra försök med brukarrum är intressant. Verksamheten bör i så fall utvärderas noggrant för att ge ny kunskap om hur den bäst kan utformas i ett svenskt sammanhang. Vad gäller somatisk vård finns god erfarenhet från både Skåne och Stockholm av att erbjuda sådan vård på plats, exempelvis vid LARO-mottagning eller sprututbyte. Det är också angeläget att öka tillgängligheten till LARO, och se till att vården utgår ifrån aktuell kunskap och ett modernt medicinskt förhållningssätt med respekt för patienterna. Att låta Socialstyrelsen utreda hur tillgängligheten kan förbättras är ett klokt förslag. En möjlighet vore att utvidga tilläggsspecialiteten beroendemedicin (som idag endast är tillgänglig för specialister i psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri), så att fler läkare får adekvat vidareutbildning och möjlighet att förskriva LARO-läkemedel. Man kan också tänka sig en mer specifikt riktad utbildning som ger behörighet för sådan förskrivning oavsett grundspecialitet, ett system som är vanligt internationellt.

3. Kapitel 11 föreslår en särskild, samordnad vårdform för patienterna med störst behov. Förslaget är intressant men kan också innebära svårigheter. Förutom en sedvanlig gränsdragningsproblematik kring exakt vilka patienter som ska tillhöra dessa verksamheter, så är det delvis oklart hur dessa "integrerade" verksamheter ska lyckas undvika den typ av problem som det nuvarande splittrade huvudmannskapet innebär lokalt, med huvudmännens olika arbetssätt, lagstiftningar, dokumentationsrutiner och sekretessbestämmelser. Små kommuner kan få det svårt att upprätthålla god kvalitet och tillgänglighet i den här typen av verksamheter, och större regionövergripande sjukvårdskliniker kommer behöva samordna detta lokalt med mängder av små kommuner. Även dessa problem kan gå att lösa, och utredningen beskriver en del sådana möjligheter, men här skulle vi gärna se att man provar sig fram, exempelvis med testverksamheter i enstaka regioner och kommuner. Om dessa utvärderas på ett stringent sätt, kan man lära sig av erfarenheter därifrån innan man försöker införa en ny vårdform över hela landet.

4. I kapitel 12 behandlas frågor kring kompetensförsörjning. Redan idag råder det brist på specialistutbildade läkare, sjuksköterskor och psykologer, och detta kommer att bli än mer kännbart när sjukvårdens ambitioner ska höjas avseende beroende och samsjuklighet. Kompetensförsörjningen är avgörande för att utredningens ambitioner i övrigt ska kunna genomföras: det måste finnas tillräckligt många, välutbildade professionella för att arbetet ska bli gjort. Med tanke på detta saknar vi konkretion i utredningens förslag. Man beskriver utmaningarna och menar att de befintliga aktörerna bör bli bättre på att ta sitt ansvar, men här krävs en tydlig kraftsamling och utökade resurser. Ett grundläggande behov är att psykiatri och beroendemedicin ges ett utrymme i grundutbildningarna som någorlunda motsvarar deras andel av sjukdomsördan, något som idag långt ifrån är fallet. Ett annat är att psykiatri inklusive beroendemedicin görs till en del av den obligatoriska bastjänstgöringen för läkare som ska ersätta AT när Sverige övergår till den 6-åriga, legitimationsgrundande läkarutbildningen. En central strategisk fråga för att attrahera och behålla personal inom psykiatri och beroendemedicin är att arbetsmiljön och villkoren är attraktiva, genom rimlig resurstilldelning, forskningsförankring, och tillit till professionen. Detta är stora frågor som delvis faller utanför utredningens ramar. Det måste dock finnas konkreta, realistiska förslag på hur detta ska gå ihop, inte minst eftersom det tar lång tid innan utbildningssatsningar ger resultat i praktiken i form av nya, färdigutbildade medarbetare.

5. Kapitel 13 avhandlar stigma och patientinflytande. Här finns flera goda förslag, bland annat om att uppdatera terminologin i lagstiftningen och utmönstra inaktuella begrepp som uppfattas som stigmatiserande av målgruppen. På ett övergripande plan torde även en modernisering av beroendevården kunna motverka stigmatisering, genom att erbjuda patientcentrerad vård i välkomnande lokaler eller via internet. Därtill krävs en riktad opinionsbildning för att sprida aktuell kunskap och minska stigma kring beroendetillstånd.

6. Vi ställer oss positiva till förslagen i kapitel 14 om en gemensam lagstiftning för tvångsvården. Om sjukvården ska ansvara för all behandling måste den naturligtvis även ta ansvar för tvångsvården, och med tanke på den ofta svårt multisjuka grupp som idag blir föremål för LVM-vård är det angeläget att stärka dess medicinska innehåll. Genom att integrera LVM i LPT kan systemet bli både enklare och mer flexibelt, till exempel genom anpassade vårdtider och bättre integrering med den frivilliga vården. Vi ser därför fram emot de kommande förslagen om hur denna samlade tvångsvårdslag ska utformas.

7. Slutligen argumenteras i kapitel 16 för att förslagen ska träda i kraft 1 januari 2025, och att det under åren 2023-27 ska avsättas medel för att stimulera och underlätta omställningen. Detta förefaller vara en något snäv tidsram, med tanke på den omfördelning av resurser som måste ske, och att åtgärder som förbättrar kompetensförsörjningen tar tid innan de ger resultat.