

Motion till riksdagen 2025/26:4177

av **Nils Seye Larsen m.fl. (MP)**

med anledning av prop. 2025/26:251 En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag som tydligt anger att regionerna ska ha huvudmannaskap för att erbjuda vård och behandling för skadligt bruk eller beroende och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om en införandelag eller tydliga övergångsbestämmelser som säkerställer ansvarsfördelning, kontinuitet och att inga pågående vård- eller behandlingsinsatser avbryts och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen före ikraftträdandet av propositionen bör återkomma med en samlad genomföranderedovisning till riksdagen, inklusive hur Samsjuklighetsdelegationens slutsatser har påverkat propositionen och det fortsatta reformarbetet, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om tillräcklig statlig finansiering av samsjuklighetsreformen och tillkännager detta för regeringen.

5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med en fördjupad barnkonsekvensanalys av samsjuklighetsreformen och tillkännager detta för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör stärka tillgången till personligt ombud för personer med samsjuklighet och psykisk funktionsnedsättning i enlighet med Samsjuklighetsutredningens förslag och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att samsjuklighetsreformen behöver genomföras och följas upp med ett tydligt jämställdhets- och antidiskrimineringsperspektiv och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla regioner ska erbjuda sprututbyte och skadereducerande lågtröskelverksamheter och tillkännager detta för regeringen.
9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppsökande arbete, egenerfaren kompetens och brukarinflytande bör skrivas in som centrala delar i den samordnade vård- och stödverksamheten och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med en samlad och kunskapsbaserad ANDTS-strategi och tillkännager detta för regeringen.

En efterlängtdad men otillräcklig reform

Personer med samsjuklighet har under lång tid bollats mellan psykiatrin, beroendevården, primärvården och socialtjänsten. Miljöpartiet har länge drivit att regionerna ska ha huvudansvaret för vård och behandling vid skadligt bruk och beroende, samtidigt som kommunerna ska ha ett fortsatt tydligt ansvar för sociala stödinsatser som boende, sysselsättning, anhörigstöd och stöd i vardagen. Miljöpartiet, Socialdemokraterna, Vänsterpartiet och Centerpartiet tog också gemensamt initiativ i socialutskottet för att uppmana regeringen att genomföra Samsjuklighetsutredningens förslag.

Regeringens proposition är därför efterlängtdad. Men den är också otillräcklig. Samsjuklighetsutredningen föreslog en genomgripande reform med tio bärande delar, där all behandling av skadligt bruk och beroende skulle bli ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård, sprututbyte skulle utvecklas till lågtröskelmottagningar i alla

regioner, tillgången till personliga ombud skulle öka, brukarinflytandet stärkas, uppföljningen förbättras och tvångsvården reformeras. Propositionen genomför bara delar av detta. Den riskerar därmed att ge sken av en större ambitionshöjning än vad lagförslagen faktiskt innebär.

Regionens ansvar behöver bli tydligare

Regeringen föreslår att regionerna *ska organisera* vården till personer med skadligt bruk eller beroende så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Det är ett steg i rätt riktning, men det är inte tillräckligt. Samsjuklighetsutredningen ville renodla ansvarsfördelningen: regionen skulle ansvara för behandling och kommunen för socialt stöd. Propositionen skärper däremot inte hälso- och sjukvårdslagen på ett sätt som tydligt anger att regionerna har behandlingsansvaret. Därmed riskerar dagens otydlighet att bestå, och personer med stora vård- och stödbehov riskerar fortsatt att hamna mellan stolarna. Lagstiftningen behöver tydligt slå fast att regionerna tar över huvudmannaskapet för att erbjuda vård och behandling vid skadligt bruk och beroende.

Införandet måste vara genomförbart

SKR har i två uttalanden pekat på behovet av ett ordnat införande. SKR skriver att reformen kräver rimliga ekonomiska förutsättningar, en realistisk tidplan och tydlighet om när och hur kommunernas behandlingsansvar upphör och regionerna övertar ansvaret. SKR, Vision, Akademikerförbundet SSR och Föreningen Sveriges socialchefer har också krävt en införandelag och tydliga övergångsbestämmelser för att undvika att pågående insatser avbryts och att viktig kompetens går förlorad. Miljöpartiet delar den bedömningen. Det är norm att huvudmannaskapsförändringar kräver tydliga övergångsregler. Detta är särskilt viktigt här, eftersom regeringen säger att ansvar ska ändras men inte tillräckligt tydligt anger hur gränsen mellan kommunernas och regionernas ansvar ska dras i praktiken.

Att ikraftträdandet föreslås till den 1 januari 2028 samtidigt som Samsjuklighetsdelegationens slutredovisning ska lämnas först i december 2027 visar att reformen riskerar att beslutas utan tillräckligt genomarbetade förutsättningar. Samsjuklighetsdelegationen har fått i uppdrag att biträda Socialdepartementet med genomförandet av reformen, ta fram en plan för genomförandet, analysera behov av ändringar och kompletteringar samt ta fram nya konsekvensanalyser. Staten ska enligt

delegationen säkerställa förutsättningar genom ändamålsenlig lagstiftning, kunskapsstyrning, stödande insatser och vid behov ekonomiska resurser. Det är inte tillräckligt att regeringen nu lägger fram en proposition som endast omfattar delar av reformen. Riksdagen bör få en samlad och tidsatt plan för hela samsjuklighetsreformen, inklusive de delar som återstår: tvångsvården, finansieringen, uppföljningen, brukarinflytandet, personligt ombud, stöd till boende och sysselsättning, SiS- och LVM-hem samt skadereducerande lågtröskelinsatser.

Reformen kräver långsiktig finansiering

Regeringen bedömer i propositionen att reformen inte innebär ett nytt åtagande för kommuner och regioner, men konstaterar samtidigt att den innebär förändringar i både kommuners och regioners verksamheter. Den ekvationen håller inte. Om reformen ska bli verklig krävs resurser för att bygga upp regional beroendevård, stärka psykiatrin, säkra socialtjänstens fortsatta stödinsatser, utveckla lågtröskelverksamheter, stärka uppföljningen och säkerställa jämlik tillgång i hela landet.

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Funktionsrätt Sverige och flera remissinstanser välkomnar inriktningen mot tydligare ansvar inom hälso- och sjukvården men betonar att huvudmannaskapsförändringen måste gå hand i hand med ökade ekonomiska och personella resurser, kompetensutveckling och nya arbetssätt. Funktionsrätt Sverige understryker att om personal och resurser inte finns riskerar huvudmannaskapsförändringen att leda till längre väntetider och färre behandlingsalternativ på ett område som redan är långvarigt underfinansierat. Om en ändrad ansvarsfördelning mellan region och kommun verkligen ska kunna ske så krävs mer än bara statliga stimulansmedel.

Barnperspektivet är otillräckligt

Barn och unga med eget skadligt bruk eller beroende, barn som anhöriga och barn i HVB-, SiS- och LVU-situationer behöver analyseras djupare. Barnombudsmannen har i sitt remissvar lyft behovet av att BUP rustas med kunskap och resurser. Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri har varnat för att förslagen kan få stor inverkan på BUP och att ansvarsfördelningen för barn och unga inte är tillräckligt klarlagd. Socialstyrelsen har pekat på behov av särskilda integrerade mottagningar för barn och unga. Stockholms kommun och Storumans kommun har lyft risken att redan

bristande tillgänglighet till BUP och specialistvård förvärras. Regeringen bör därför återkomma med en fördjupad barnkonsekvensanalys och en särskild plan för BUP och första linjens vård. Analysen bör omfatta barn som anhöriga, barn och unga med eget skadligt bruk eller beroende, barn i HVB-, SiS- och LVU-situationer samt barns tillgång till integrerade medicinska och sociala insatser.

Personligt ombud och funktionsrättsperspektivet behöver stärkas

Samsjuklighetsutredningen föreslog att tillgången till personliga ombud skulle öka för personer med samsjuklighet, men denna centrala del saknas helt i propositionen.

Personligt ombud är en viktig oberoende stödfunktion för personer som ofta har svårt att själva navigera mellan vård, socialtjänst och myndigheter. Personligt ombud är också en konkret funktionsrättsfråga. Många personer med samsjuklighet har psykisk funktionsnedsättning, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, kognitiva svårigheter eller somatiska sjukdomar som påverkar möjligheten att själva samordna kontakter, förstå information och hävda sina rättigheter. För dessa personer räcker det inte att huvudmännen formellt har ansvar. Det krävs också stöd som stärker den enskildes faktiska tillgång till vård och sociala insatser.

Miljöpartiet anser därför att regeringen bör stärka tillgången till personligt ombud för personer med samsjuklighet och psykisk funktionsnedsättning. De permanenta statsbidragen bör förstärkas i linje med Samsjuklighetsutredningens förslag, och Socialstyrelsen bör få i uppdrag att följa upp att personer med skadligt bruk eller beroende inte exkluderas från målgruppen.

Jämställdhet och antidiskriminering måste integreras

Reformen behöver även genomföras med ett tydligt jämställdhets- och antidiskrimineringsperspektiv. Kvinnor med beroende och psykisk ohälsa riskerar att osynliggöras, särskilt vid våldsutsatthet, graviditet, föräldraskap eller när vården utformas efter manliga normer. Personer med samsjuklighet riskerar dessutom stigma och diskriminering i mötet med både vård, socialtjänst och andra myndigheter.

Regeringen bör därför säkerställa att reformens genomförande följs upp utifrån kön, funktionsnedsättning, ålder, socioekonomi och geografi. Det behövs också ett aktivt arbete mot stigma, i nära samverkan med patient-, brukar-, anhörig- och funktionsrättsorganisationer.

Sprututbyte och lågtröskelverksamheter ska finnas i hela landet

Propositionen innebär viktiga förbättringar genom att syftet med sprututbyte breddas till att förebygga blodburna infektioner och främja fysisk och psykisk hälsa. Det är ett steg i rätt riktning. Men propositionen garanterar inte jämlik tillgång i hela landet. När verksamheten även fortsättningsvis *får* bedrivas, i stället för att *ska* bedrivas, riskerar tillgången att bli beroende av var i landet en person bor.

Samsjuklighetsutredningen föreslog att sprututbyte skulle utvecklas till lågtröskelverksamheter där personer med skadligt bruk eller beroende kan få stöd, smittskyddsinsatser, hälsofrämjande insatser och vägar vidare till vård och socialt stöd. Miljöpartiet anser att detta bör genomföras fullt ut. Alla regioner *ska* erbjuda sprututbyte och skadereducerande lågtröskelverksamheter som en del av en modern, jämlik och kunskapsbaserad beroendevård.

Den samordnade vård- och stödverksamheten behöver nå dem som står längst från vården

Den nya samordnade vård- och stödverksamheten är en viktig del av reformen. Men för personer med samsjuklighet räcker det inte alltid att vård och stöd finns formellt tillgängliga. Många i målgruppen lever med psykisk ohälsa, beroende, hemlöshet, social utsatthet, kognitiva svårigheter eller tidigare negativa erfarenheter av myndigheter. Då behöver verksamheten kunna arbeta uppsökande, långsiktigt och relationsskapande.

Samsjuklighetsutredningen ville att uppsökande arbete skulle vara en del av verksamheten och att kompetens från personer med egen erfarenhet skulle tas till vara. Propositionen nöjer sig däremot med mer allmän samordning och en vård- och stödsamordnare. Det riskerar att göra reformen svagare för de personer som har störst behov men svårast att själva söka hjälp. Miljöpartiet anser därför att uppsökande arbete, egenerfaren kompetens och brukarinflytande bör skrivas in som centrala delar i den samordnade vård- och stödverksamheten. Det skulle stärka tilliten, förbättra träffsäkerheten och öka möjligheten att nå personer som annars fortsatt riskerar att falla mellan stolarna.

En samlad ANDTS-strategi behövs

Slutligen räcker inte propositionen som narkotika- och beroendepolitik. Sverige behöver en ny, samlad och kunskapsbaserad ANDTS-strategi som förenar förebyggande arbete, skadereducering, tidiga insatser, tillgänglig vård, sociala stödinsatser och minskad

dödlighet. Det är första gången sedan 2011 som Sverige inte har en ANDTS-strategi, trots att riksdagen i flera tillkännagivanden bett regeringen att återkomma med en ny strategi. I propositionen menar regeringen att den nya lagstiftningen och kommande myndighetsgemensam plan för bättre beroendevård och stärkt förebyggande arbete är åtgärder som tillgodoser behovet av en ny ANDTS-strategi och väljer därför att inte utveckla en sådan. Miljöpartiet anser att reformen måste kompletteras med en modern ANDTS-politik som bygger på evidens, mänskliga rättigheter och skademinimering.

Nils Seye Larsen (MP)

Leila Ali Elmi (MP)

Annika Hirvonen (MP)

Ulrika Westerlund (MP)

Janine Alm Ericson (MP)

Malte Tängmark Roos (MP)