

## Landstingsstyrelsens förslag till beslut

---

### **Motion 2003:66 av Christer G Wennerholm och Torbjörn Rosdahl (m) om gemensamt psykiatriskt huvudmannaskap**

Föredragande landstingsråd: Birgitta Sevefjord

#### Ärendet

Motionärerna föreslår ett gemensamt huvudmannaskap inom missbrukarvården och psykiatrin.

#### Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta

*att anse motionen besvarad.*

Den nya förtroendemannaorganisationen för landstingets hälso- och sjukvård som infördes efter det senaste valet innebär att de geografiska sjukvårdsberedningarna har som en viktig uppgift att utveckla samverkan med kommunerna. Grundavtal har träffats eller är under diskussion med samtliga kommuner för att reglera hur samverkan skall ske. Särskilda avtal ingås därefter för olika delområden. Det gäller inte minst samverkan på psykiatriområdet där ansvaret för olika insatser är delat mellan landstinget och kommunerna. Under åren efter psykiatrireformen gjordes en rad gemensamma uppföljningar av landstinget och kommunerna av hur reformen utfallit.

I Stockholms län finns 26 kommuner med olika storlek och olika nämnd- och förvaltningsorganisation. Landstinget arbetar efter beställar/utförar-modellen och det finns utöver landstingsstyrelsen/ hälso- och sjukvårdsutskottet och dess beredningar också särskilda styrelser för producenterna. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har driftansvaret för den psykiatriska vård som bedrivs i landstingets regi och för SLSO finns en

#### **Bilagor**

- 1 Motion
- 2 Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

särskild driftstyrelse. Inom SLSO finns en rad olika kliniker inom det psykiatriska området. Vissa av dessa har uppdrag som täcker hela länet medan andra har ansvar för vården inom ett geografiskt område. Invånarna har alltid rätt att själva välja vårdgivare inom hela länet. Landstingets årliga kostnad för psykiatri och beroendevård är ungefär 3,5 miljarder kronor.

Det skulle innebära ett mycket omfattande utrednings- och förhandlingsarbete att klarlägga och bestämma vad en eller flera gemensamma nämnder skulle få för ansvarsområden och mandat. Det är också oklart vilket intresse som olika kommuner kan ha. Det är inte självklart att förutse vad en försöksverksamhet i någon del av länet skulle ge för erfarenheter som kan användas för att utforma en enhetlig modell för tillämpning i hela länet. En särlösning för vissa länsdelar kan dessutom försvåra möjligheterna att ge vård på lika villkor för hela befolkningen. Det bör också beaktas att inrättandet av en gemensam nämnd ofrånkomligen innebär ökade administrativa kostnader.

Den nya politiska organisationen och formerna för samverkan med kommunerna har gällt under en förhållandevis kort period. För att åtgärda dagens samverkansproblem bör man arbeta med att utveckla delar i vårdkedjan för psykiskt funktionshindrade och missbrukare och göra det ännu tydligare vem som har ekonomiskt ansvar för vad.

Exempel på detta är den modell för vårdsamordning för vissa hemlösa med allvarliga somatiska sjukdomar och/eller psykiskt funktionshinder och/eller missbruksproblematik som tagits fram gemensamt av landstinget och Stockholms stad. Denna grupp patienter är i särskilt behov av att samarbetet mellan huvudmännen fungerar väl. Arbetet går nu vidare med att inventera möjliga vårdplatser för denna målgrupp och utreda hur en samfinansiering av dessa vårdplatser ska utformas.

Motionärerna lyfter fram den överenskommelse som träffades med Stockholms stad kring äldre och fysiskt funktionshindrade under förra mandatperioden. Här kan framhållas att arbete för närvarande pågår med utarbetande av motsvarande överenskommelse kring psykiskt funktionshindrade och missbrukare. Här kommer bland annat frågan om det ekonomiska ansvaret för de patienter som placeras i boenden utanför den egna kommunen att tas upp. Enligt samstämmiga rapporter på senare tid kring samverkansläget är det just denna fråga som är det viktigaste hindret för en bra och förtroendefull samverkan mellan kommun och landsting.

De ovan nämnda exemplen visar att samverkan och överenskommelser, också kring traditionellt ”svåra” målgrupper är möjliga. Den nuvarande organisationen bör ges ytterligare tid för att avhjälpa de brister som kan

finnas när det gäller samverkan mellan huvudmännen inom den psykiatriska vården innan frågan om nya gemensamma nämnder prövas.

### Behandling i landstingsstyrelsen

Landstingsrådsberedningen behandlade ärendet den 2 februari 2005.

Landstingsstyrelsen behandlade ärendet den 15 februari 2005.

Vid behandlingen i landstingsstyrelsen yrkades bifall dels till landstingsrådsberedningens förslag, dels till m-ledamöternas förslag, dels till kd-ledamotens förslag.

Landstingsstyrelsens beslut fattades utan omröstning.

*M-ledamöterna reserverade sig:*

”Landstingsstyrelsen föreslår landstingsfullmäktige besluta *att* bifalla motionen.

Vänstermajoriteten anför i sitt svar att de geografiska sjukvårdsberedningarna kan fungera som ersättning för ett gemensamt psykiatriskt huvudmannaskap.

Vi delar inte den uppfattningen. I själva verket fungerar inte beredningarna alls. Att lyfta över samordningsansvaret för länets psykiatri till beredningarna vittnar om en oroande aningslöshet.”

*Kd-ledamoten reserverade sig:*

”Landstingsstyrelsen beslutar föreslå landstingsfullmäktige besluta *att* ge landstingsstyrelsen i uppdrag att teckna överenskommelser med länets kommuner som tydliggör respektive huvudmans ansvarsområden i fråga om missbrukarvården och psykiatrin i syfte att skapa användbara underlag för utvecklad samverkan i t.ex. gemensamma nämnder.

Den s.k. psykiatrireformen syftade bl.a. till att ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting skulle klarläggas och etableras. Planering, genomförande och skatteväxling följde på riksdagsbeslutet. Oavsett om det kan

sägas att reformen genomfördes alldeles för fort eller att skatteväxlingen byggde på felaktiga underlag, så måste vi år 2005 konstatera att reformen löste en del problem och tycks ha skapat andra.

Kristdemokraterna anser att psykiatrireformen i grunden var en riktig reform. Alldeles för många av psykiatrins långtidssjuka vistades innan på institutioner. Ansvar för att situationen 2005, ca 10 år efter reformen, erbjuder så många kvardröjande och nya problem behöver inte vara reformens fel. Sannolikt torde 90-talets svaga ekonomi i offentlig sektor vara en av de tydligare anledningarna. En annan anledning är felaktiga prioriteringar inom och mellan välfärdens olika sektorer. Ansvar för det senare ligger helt på den socialdemokratiska regeringen. Det senaste tillskottet, de s.k. 'Milton-pengarna' är ytterligare ett exempel på alldeles för svagt engagemang från regeringen.

Så länge kommuner och landsting strider om gränsdragningen för respektive ansvarsområde lider många vårdbehövande i onödan. Innan frågan om ändring av huvudmannaskap kan övervägas eller förslag om gemensamma nämnder tas fram för beslut bör kommuner och landsting göra klart i skrivna överenskommelser vem som har ansvaret för vilken verksamhet.”

## Ärendet och dess beredning

**Christer G Wennerholm och Torbjörn Rosdahl (m)** har i en motion (bilaga), väckt den 7 oktober 2003 föreslagit landstingsstyrelsen föreslå landstingsfullmäktige besluta att Stockholms läns landsting snarast upptar förhandlingar med Stockholms stad i syfte att nå ett gemensamt huvudmannaskap inom missbrukarvården och psykiatrin.

## Utskottsbehandling

**Hälsa- och sjukvårdsutskottet** har den 31 augusti 2004, enligt landstingsdirektörens förslag, avgett yttrande (bilaga).

*M- och kd-ledamöterna reserverade sig till förmån för sitt förslag att bifalla motionen.*

## Bilagor

### Motionen

Det är angeläget att samordna resurser och ansvar i arbetet med missbrukare och psykiskt funktionshindrade. Alltför ofta uppstår gränsdragningsproblem mellan kommun och landsting vilket riskerar leda till att människor i behov av vård inte ges rätt vård i tid med ibland mycket tragiska konsekvenser.

Administrationen av vården för de psykiskt funktionshindrade är i dag uppdelad på Stockholms stads 18 stadsdelsnämnder samt Stockholms läns landsting och i viss mån staten. Det delade ansvaret gör det svårare att ge en adekvat vård.

Nu finns efter många års väntan adekvat lagstiftning för att möjliggöra gemensamt huvudmannaskap i dessa frågor. Landstingskontoret bör undersöka möjligheterna till ett samlat huvudmannaskap för insatser inom missbruksvården och psykiatrin. Stockholms läns landsting bör snarast uppta förhandlingar med Stockholms stad om ett gemensamt huvudmannaskap för insatser inom missbruksvården och psykiatrin.

Det är väsentligt att staden och Stockholms läns landsting når en samsyn när det gäller vård och behandling för missbrukare och psykiskt funktionshindrade. Detta arbete påbörjades under den förra mandatperioden genom överenskommelsen inom äldreomsorgen och omsorgen om fysiskt funktionshindrade och måste nu gå vidare genom tillskapandet av ett gemensamt huvudmannaskap.

Med hänvisning till ovanstående hemställer vi

*att* Stockholms läns landsting snarast upptar förhandlingar med Stockholms stad i syfte att nå ett gemensamt huvudmannaskap inom missbruksvården och psykiatrin.

Stockholm den 2 oktober 2003

Christer G Wennerholm

Torbjörn Rosdahl

## Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande

### Förvaltningens synpunkter

#### *Lagstiftningen om gemensamma nämnder*

Genom en ny lag om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet som trädde i kraft den 1 juli 2003 har kommuner och landsting givits möjlighet att samverka i en gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter inom vård- och omsorgsområdet. De möjligheter som hittills funnits att bilda gemensamma nämnder har begränsats av att den gemensamma nämndens uppgifter har måst vara en kommunal angelägenhet för var och en av de samverkande parterna. Exempel på nämnder som bildats där detta krav uppfyllts har varit gemensamma nämnder för att i samverkan hantera hjälpmedelsfrågor.

Kravet att en uppgift skall falla inom de samverkande huvudmännens gemensamma kompetens har tagits bort i den nya lagstiftningen. Den gemensamma nämnden skall ingå i värdkommunens eller värdlandstingets organisation, men kan ses som en företrädare för de samverkande parterna. Den är inte en egen juridisk person vilket bl.a. innebär att den gemensamma nämnden inte kan anställa personal. En lösning kan vara att personalen anställs av värdkommunen eller värdlandstinget. Finansieringen bestäms i den överenskommelse som träffas mellan huvudmännen. Huvudmannaskapet och det politiska inflytandet ligger kvar hos respektive part. Samverkan enligt den nya lagen kan avse även tvångsvård enligt bl.a. lagen om psykiatrisk tvångsvård.

#### *Andra statliga utredningar rörande samverkan och huvudmannaskap*

Inrättandet av gemensamma nämnder innebär som ovan redovisats ingen förändring av huvudmannaskapet utan är en form för samverkan. Också den särskilda psykiatrisamordnaren har i särskild uppgift att uppmärksamma frågor som rör samverkan. Den statliga utredningen "Ansvarskommittén" har däremot i sina tilläggsdirektiv uppdraget att analysera och vid behov föreslå förändringar av hälso- och sjukvårdens struktur och uppgiftsfördelning.

#### *Allmänt om samverkan i Stockholms län inom psykiatriområdet*

Den nya förtroendemannaorganisationen för landstingets hälso- och sjukvård som infördes efter det senaste valet innebär att de geografiska sjukvårdsberedningarna har som en viktig uppgift att utveckla samverkan med kommunerna. Grundavtal har träffats eller är under diskussion med samtliga kommuner för att reglera hur samverkan skall ske. Särskilda avtal ingås därefter för olika delområden. Det gäller inte minst samverkan på psykiatriområdet där ansvaret för olika insatser är delat mellan landstinget och kommunerna. Under åren efter psykiatrireformen gjordes en rad

gemensamma uppföljningar av landstinget och kommunerna av hur reformen utfallit.

Som motionärerna påpekar finns det i dag flera problemområden som ofta lyfts fram i samband med kartläggning av samverkan. Exempel på sådana problemområden som ofta återkommer är att bristen på adekvata boendeformer ofta tvingar fram placeringar utanför den egna kommunen. Vidare framförs ofta att samarbetet brister mellan huvudmännen när det gäller tillskapande av olika typer av mellanvårdsformer.

*Förutsättningar för att bilda gemensamma nämnder i Stockholms län.*  
I Stockholms län finns 26 kommuner med olika storlek och olika nämnd- och förvaltningsorganisation. Landstinget arbetar efter beställar/utförar-modellen och det finns utöver landstingsstyrelsen/ hälso- och sjukvårdsutskottet och dess beredningar också särskilda styrelser för producenterna. Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har driftansvaret för den psykiatriska vård som bedrivs i landstingets regi och för SLSO finns en särskild driftstyrelse. Inom SLSO finns en rad olika kliniker inom det psykiatriska området. Vissa av dessa har uppdrag som täcker hela länet medan andra har ansvar för vården inom ett geografiskt område. Invånarna har alltid rätt att själva välja vårdgivare inom hela länet. Landstingets årliga kostnad för psykiatri och beroendevård är ungefär 3,5 miljarder kronor.

#### *Förvaltningens synpunkter*

Det skulle innebära ett omfattande utrednings- och förhandlingsarbete att klarlägga och bestämma vad en eller flera gemensamma nämnder skulle få för ansvarsområden och mandat. En rad frågor måste besvaras:

- Vilka delar av landstingets psykiatriska vård ska innefattas?
- Vad ska ingå från kommunen eller kommunerna?
- Vilken av huvudmännen skall inrätta nämnden i sin organisation?
- Ska nämnden enbart ha ett beställaruppdrag?
- Hur ska budgetramen beräknas?

Det är också oklart vilket intresse som olika kommuner kan ha. Det är inte självklart att förutse vad en försöksverksamhet i någon del av länet skulle ge för erfarenheter som kan användas för att utforma en enhetlig modell för tillämpning i hela länet. En särlösning för vissa länsdelar kan dessutom försvåra möjligheterna att ge vård på lika villkor för hela befolkningen. Det bör också beaktas att inrättandet av en gemensam nämnd ofrånkomligen innebär ökade administrativa kostnader.

Den nya politiska organisationen och formerna för samverkan med kommunerna har gällt under en förhållandevis kort period. För att åtgärda dagens samverkansproblem bör man arbeta med att utveckla delar i vård-

kedjan för psykiskt funktionshindrade och missbrukare och göra det ännu tydligare vem som har ekonomiskt ansvar för vad.

Exempel på detta är den modell för vårdsamordning för vissa hemlösa med allvarliga somatiska sjukdomar och/eller psykiskt funktionshinder och/eller missbruksproblematik som tagits fram gemensamt av landstinget och Stockholms stad. Denna grupp patienter är i särskilt behov av att samarbetet mellan huvudmännen fungerar väl. Arbetet går nu vidare med att inventera möjliga vårdplatser för denna målgrupp och utreda hur en samfinansiering av dessa vårdplatser ska utformas.

Motionärerna lyfter också fram den överenskommelse som träffades med Stockholms stad kring äldre och fysiskt funktionshindrade under förra mandatperioden. Här kan framhållas att arbete för närvarande pågår med utarbetande av motsvarande överenskommelse kring psykiskt funktionshindrade och missbrukare. Här kommer bl.a. frågan om det ekonomiska ansvaret för de patienter som placeras i boenden utanför den egna kommunen att tas upp. Enligt samstämmiga rapporter på senare tid kring samverkansläget är det just denna fråga som är det viktigaste hindret för en bra och förtroendefull samverkan mellan kommun och landsting.

De ovan nämnda exemplen visar att samverkan och överenskommelser, också kring traditionellt ”svåra” målgrupper är möjliga.

I första hand bör den nuvarande organisationen få ytterligare tid för att avhjälpa de brister som kan finnas när det gäller samverkan mellan huvudmännen inom den psykiatriska vården innan frågan om nya gemensamma nämnder prövas. Det finns också skäl att avvakta resultaten av Ansvarskommitténs arbete med huvudmannaskapsfrågorna.