Från delar till helhet

En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet



DELBETÄNKANDE AV
SAMSJUKLIGHETSUTREDNINGEN

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:93

Från delar till helhet

En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet

Delbetänkande av Samsjuklighetsutredningen

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:93

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0281-5 (tryck)
ISBN 978-91-525-0282-2 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till Statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 17 juni 2020 att uppdra åt en särskild utredare att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. I utredningens uppdrag har bland annat ingått att analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman och se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman (Dir. 2020:68). Uppdraget skulle redovisas senast den 30 november 2021. Regeringen beslutade i tilläggsdirektiv (Dir. 2021:96) den 28 oktober 2021 att ge utredaren i uppdrag att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för att bland annat göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning, säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov samt stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångslagstiftningen samt ta ställning till och bedöma behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen. Ett slutbetänkande ska lämnas senast den 31 januari 2023.

Jur.kand. Anders Printz förordnades den 29 juni 2020 som särskild utredare.

Den 25 september 2020 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreteraren Joanna Hägg, departementssekreteraren Andrea Larsson och departementssekreteraren Max Roos. Samma dag förordnades som experter: enhetschef Thomas Fröberg, social strateg Sara Gustavsson Roxell, socialpolitisk chef Fredrik Hjulström, specialistsjuksköterska psykiatri Joffen Kleiven, utredare Carl Lundgren, enhetschef Sara Lövenhag, handläggare Mikael Malm, handläggare Zophia Mellgren, medicinsk råd-

givare Lars-Håkan Nilsson, legitimerad läkare Eva Nilsson Bågenholm, enhetschef Marie Risbeck, specialist i psykiatri Sofia Rydgren Stale, utredare Peter Salmi, förbundsordförande Ann-Kristin Sandberg, legitimerad psykolog Sara Finn Wallhed.

Den 1 december 2020 entledigades departementssekreteraren Andrea Larsson och ersattes av departementssekreteraren Kalle Brandstedt. Samma dag entledigades utredaren Carl Lundgren och ersattes av utredaren Linda Hörnqvist. Den 1 januari 2021 entledigades enhetschefen Marie Risbeck och ersattes av biträdande enhetschefen Jenny Telander. Den 6 september entledigandes departementssekreteraren Joanna Hägg och ersattes av kanslirådet Lisa Ståhlberg.

Som sekreterare i utredningen anställdes den 26 juni 2020 docenten i offentlig rätt Ewa Gustafsson på halvtid och den 17 augusti 2020 departementssekreteraren Linda Hindberg och den 15 september 2020 utredaren Maria Branting.

Mikaela Javinger har bistått utredningen i intervjuer och erfarenhetsdialoger med personer med samsjuklighet och anhöriga samt genom expertstöd i frågor som rör maktförhållanden, stigma och brukarinflytande.

Även Kajsa Westling har genomfört intervjuer och bistått vid erfarenhetsdialogerna samt varit utredningens kontakt hos Experio Lab som tillsammans med Hälsolabb samarbetat med utredningen i vissa delar.

Utredningen har utsett en vetenskaplig referensgrupp som bistått utredningen i arbetet. Den vetenskapliga referensgruppen har bestått av professor Agneta Öjehagen, docent Anette Skårner, professor Markus Heilig, professor Peter Allebeck, professor Anders C Håkansson, docent Anders Hammarberg, professor Arne Gerdner, professor Anders Anell, docent Lilas Ali, professor Björn Johnsson och professor Clara Hellner.

I arbetet med att ta fram ekonomiska beräkningar och konsekvenser har ämnesråd Tom Nilstierna, kansliråd Mattias Ossowicki och kansliråd Brigitta Hultblad bistått utredningen.

I arbetet med kapitel 7 Internationell utblick har Med. dr. Marianne Larsson Lindahl bidragit.

Vi vill tacka alla medarbetare, verksamhetsföreträdare och organisationer som har bidragit med kunskap och erfarenhet.

Vi vill också rikta ett särskilt tack till alla personer med egen erfarenhet av samsjuklighet och anhöriga som bidragit till utredningens arbete.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

Stockholm i november 2021

Anders Printz

/Ewa Gustafsson
Linda Hindberg
Maria Branting

Innehåll

Sammanfattning **21**

DEL 1 INLEDNING **33**

1 Författningsförslag **35**

1.1 Förslag till lag om samordnad vård- och stödverksamhet 35

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga 38

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård 40

1.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 42

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler 49

1.6 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 52

1.7 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 54

1.8 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 55

1.9 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 56

1.10 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937) 60

2 Om uppdraget och dess genomförande 63

2.1 Utredningens direktiv 63

2.2 Utredningens arbete 64
2.2.1 Expertgrupp och vetenskaplig referensgrupp 64
2.2.2 Användarbaserad metodik i samarbete med Experio Lab och Hälsolabb 65
2.2.3 Sammanställning och analys av befintliga utredningar, rapporter, registerdata och statistik 67
2.2.4 Kartläggning av insatser i kommuner, regioner och vissa privata verksamheter 67
2.2.5 Internationell utblick 68
2.2.6 Redovisning av inriktning på förslag och hantering av synpunkter 69
2.2.7 Löpande dialog i delegationer, beredningar och nätverk 69
2.2.8 Övriga dialoger 69

3 Betänkandets innehåll och viktigaste budskap 71

3.1 Betänkandet består av fyra avdelningar 71

3.2 Betänkandet innebär en reform med tio bärande delar 72

3.3 Betänkandets analyser och förslag har tagit sin utgångspunkt i personernas målbilder 73

DEL 2 BAKGRUND 75

4 Definition, förekomst och konsekvenser av samsjuklighet 77

4.1 Vad är samsjuklighet? 77
4.1.1 Utredningens direktiv omfattar psykiatrisk men inte somatisk samsjuklighet 77
4.1.2 Psykiatriska diagnoser i diagnossystemet ICD 78
4.1.3 Det finns överlappande förklaringar till samsjuklighet 79

4.2 Hur vanligt är bruk, skadligt bruk, beroende och psykisk ohälsa i befolkningen i Sverige? ... 80
4.2.1 Alkohol ... 81
4.2.2 Narkotika ... 82
4.2.3 Spel om pengar ... 85
4.2.4 Dopningsmedel ... 86
4.2.5 Psykisk ohälsa ... 87
4.2.6 Psykisk funktionsnedsättning ... 88

4.3 Hur vanligt är samsjuklighet? ... 88
4.3.1 Samsjuklighet enligt hälsodataregister ... 89
4.3.2 Samsjuklighet bland socialtjänstens klienter ... 90
4.3.3 Samsjuklighet i vetenskapliga studier ... 91
4.3.4 Somatisk ohälsa och överdödlighet ... 95
4.3.5 Dödlighet i alkohol- och narkotikaförgiftningar och suicid ... 97
4.3.6 Sociala förhållanden ... 99

4.4 Sammanfattande slutsatser ... 102

5 Gällande rätt ... 103

5.1 Mänskliga fri- och rättigheter ... 103
5.1.1 Regeringsformen ... 103
5.1.2 Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) ... 105
5.1.3 Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr m.m. ... 106
5.1.4 FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling m.m. ... 106
5.1.5 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning ... 108
5.1.6 FN:s konvention om barnets rättigheter ... 108

5.2 Socialtjänsten ... 115
5.2.1 Vägledande principer ... 116
5.2.2 Socialtjänstens mål ... 118
5.2.3 Kommunens ansvar ... 118
5.2.4 Individuell plan ... 121

5.2.5 Vissa uppgifter inom socialtjänsten 121
5.2.6 Socialnämndens ansvar vid missbruk 123
5.2.7 Socialnämndens ansvar vid funktionshinder 124
5.2.8 Socialnämndens ansvar för barn, särskilt vad avser missbruk 126
5.2.9 Socialnämndens ansvar för personer som vårdar eller stödjer närstående 127
5.2.10 Vård utanför det egna hemmet 128
5.2.11 Särskilt om familjehem, hem för vård eller boende och stödboenden 129
5.2.12 Tillståndsplikt för enskild verksamhet respektive anmälningsplikt för kommunal eller regional verksamhet 131

5.3 Hälso- och sjukvården 132
5.3.1 Definitioner 133
5.3.2 Organisation och ledningsuppgifter 134
5.3.3 God vård 135
5.3.4 Särskilda skyldigheter i fråga om barn 135
5.3.5 Regionens ansvar som huvudman 137
5.3.6 Kommunens ansvar som huvudman 139
5.3.7 Primärvårdens grunduppdrag 141
5.3.8 Överlåtelse av ansvar från region till kommun ... 141
5.3.9 Samverkan mellan huvudmän 142
5.3.10 Individuell plan 143

5.4 Tvångsvård 143
5.4.1 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall 143
5.4.2 Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga 145
5.4.3 Lagen om psykiatrisk tvångsvård 147
5.4.4 Lagen om rättspsykiatrisk vård 148

5.5 Dokumentation 149
5.5.1 Hälso- och sjukvårdsverksamhet 149
5.5.2 Socialtjänst 151

5.6 Offentlighet- och sekretess 152

5.7 Enskildas rättigheter 155
5.7.1 Målinriktade ramlagar 155

5.7.2 Rättighets- och skyldighetslagar ... 156
5.7.3 Rätt till bistånd ... 159
5.7.4 Kommunens insatser vid missbruk ... 163
5.7.5 Rätten till bistånd ... 167
5.7.6 Patientens ställning i vården ... 172

6 Tidigare utredningar ... 189

6.1 Huvudmannaskapsreformer ... 189

6.2 LVM-utredningen (SOU 2004:3) ... 190

6.3 Missbruksutredningen (SOU 2011:35) ... 195

6.4 Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17) ... 201

6.5 Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2) ... 204

6.6 Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård ... 205

6.7 En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34) ... 210

6.8 Utredningen framtidens socialtjänst (SOU 2020:47) ... 211

7 Internationell utblick ... 223

7.1 Norge ... 223
7.1.1 Allmänt ... 223
7.1.2 Ansvarsfördelningen ... 224
7.1.3 Skadereducerande insatser ... 226
7.1.4 Tvångsvård ... 233

7.2 Finland ... 235
7.2.1 Ansvarsfördelning ... 235
7.2.2 Skadereducerande insatser ... 239
7.2.3 Tvångsvård ... 241

7.3 Danmark ... 242
7.3.1 Ansvarsfördelning ... 242
7.3.2 Skadereducerande insatser ... 244
7.3.3 Tvångsvård ... 250

7.4 Australien ... 251
7.4.1 Ansvarsfördelning ... 252
7.4.2 Skadereducerande insatser ... 254
7.4.3 Tvångsvård ... 259

7.5 Kanada ... 265
7.5.1 Allmänt ... 265
7.5.2 Ansvarsfördelning ... 265
7.5.3 Skadereducerande insatser ... 267
7.5.4 Läkemedelsassisterad behandling ... 267
7.5.5 Tvångsvård ... 271

7.6 England ... 272
7.6.1 Ansvarsfördelning ... 272
7.6.2 Skadereducerande insatser ... 274
7.6.3 Tvångsvård ... 277

DEL 3 BEDÖMNINGAR OCH FÖRSLAG ... 281

8 Förändrad styrning av insatser för personer med samsjuklighet ... 283

8.1 Målbilder framtagna av personer med samsjuklighet ... 284

8.2 Statlig, regional och kommunal styrning av insatser till personer med samsjuklighet ... 289
8.2.1 Staten ansvarar för tydlig ansvarsfördelning och långsiktiga planeringsförutsättningar ... 289
8.2.2 Nya sätt att styra behöver utvecklas ... 290
8.2.3 En trygg och säker arbetsmiljö ... 294

9 Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen ... 297

9.1 Begreppen skadligt bruk och beroende ska användas i både hälso- och sjukvårds och socialtjänstlagstiftningen ... 298

9.2 Regionernas hälso- och sjukvård får ett tydligare ansvar för skadligt bruk och beroende ... 300
9.2.1 Hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende ... 300

9.2.2 Vården ska samordnas med vården av andra psykiatriska tillstånd ... 312
9.2.3 Roller och ansvar inom hälso- och sjukvården behöver fastställas ... 318
9.2.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar för stöd till anhöriga kan förtydligas ... 330

9.3 Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende ... 332
9.3.1 Uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete är fortsatt viktiga insatser ... 334
9.3.2 Tillgången till sociala stödinsatser med fokus på att stärka resurser behöver förbättras ... 340
9.3.3 Anhörigstöd behöver omfatta personer vars närstående har skadligt bruk och beroende ... 350
9.3.4 Socialtjänstens ansvar för uppväxtförhållanden omfattar fortfarande skadligt bruk och beroende ... 354

9.4 HVB fortsatt socialtjänstinsats men regionernas ansvar för hälso- och sjukvård förtydligas ... 361
9.4.1 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård på HVB ska regleras i HSL och SoL ... 362
9.4.2 En individuell plan ska upprättas om det inte är uppenbart obehövligt ... 371
9.4.3 Om regionen inte fullgör sina åtaganden inträder betalningsansvar ... 373

9.5 Trots positiv utveckling kvarstår utmaningar med samverkansöverenskommelser ... 375

9.6 Fortsatt behov av utvecklad samordning på individnivå ... 377
9.6.1 Fast vårdkontakt kan bidra till samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser ... 378
9.6.2 Utvecklad individuell plan för samordning inom och mellan huvudmännen ... 379
9.6.3 Samverkan vid utskrivning från psykiatrisk vård behöver fortsatt följas upp och utvecklas ... 381

10 Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv 385

10.1 Helhetssyn på hälsa för personer med samsjuklighet 385
10.1.1 Somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas 386
10.1.2 Insatserna ska betona hälsa 388
10.1.3 Risken för suicid hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas och förebyggas 390

10.2 Åtgärder som reducerar skador av skadligt bruk och beroende av narkotika 391
10.2.1 Ökad tillgång till och mindre vidareförmedling från LARO-behandling 392
10.2.2 Sprututbyte utvecklas till lågtröskelverksamheter som ska finnas i hela landet 399
10.2.3 Försök med lågtröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum 407
10.2.4 Utvärdering av kriminalisering av eget bruk 409

11 En samordnad verksamhet för dem med störst behov ... 413

11.1 En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet införs ... 413

11.2 Verksamheten ska regleras i en särskild lag 425

11.3 Syftet med verksamheten 431

11.4 Verksamhetens innehåll 434
11.4.1 Uppsökande arbete 434
11.4.2 Utförande av insatser i verksamheten 436
11.4.3 Samordnade insatser 439
11.4.4 Kompetenser 444

11.5 Verksamhetens målgrupp 447

11.6 Påbörjande och avslutande av insatser i verksamheten 454

11.7 Deltagarnas inflytande och delaktighet 456

11.8 Uppföljning 457

11.9 Informationsdelning och sekretess 458
11.9.1 Om förslagen i Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg 458

11.10 Styrning och ledning av verksamheten 461

11.11 Utökad möjlighet till kommunal samverkan 462
11.11.1 Möjligheter till kommunal samverkan i nuvarande regelverk 463

11.12 Fördelning av kostnader 471

11.13 Avtal om verksamhetens bedrivande 473

11.14 Bemyndigande 473

12 Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning 475

12.1 Det behövs långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom området 476

12.2 Viktigt att de insatser som erbjuds är baserade på bästa tillgängliga kunskap 479

12.3 Effektivare kunskapsstyrning genom stärkt samverkan och stöd 481

12.4 Bättre uppföljning en viktig del av kunskapsstyrning och förbättringsarbete 486

13 Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering 493

13.1 Metoder som stödjer individers delaktighet och inflytande behöver utvecklas och stödjas 494

13.2 Det krävs fortsatt utveckling för att stärka gruppens inflytande och minska stigmatisering 495

13.3 Tillgång till oberoende stödfunktioner behöver öka 502
13.3.1 Personer med skadligt bruk och beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud 503

13.3.2 Höjning av statsbidrag avsatta för personliga ombud ... 504
13.3.3 Medel avsätts särskilt för att stärka samverkan med civilsamhället ... 505

14 En gemensam tvångslagstiftning ... 507

14.1 Bakgrund ... 507

14.2 Domstolsstatistik ... 508

14.3 Statens institutionsstyrelse ... 510

14.4 Klienten och patienten i tvångsvården ... 512
14.4.1 LVM ... 512
14.4.2 LVU ... 513
14.4.3 LPT och LRV ... 514

14.5 Allmänt om LPT, LRV och LVM ... 514

14.6 Gränsdragningen mellan psykiatrin och socialtjänsten ... 518

14.7 Fördelar och nackdelar med en gemensam tvångslag ... 522
14.7.1 Sammanfattande slutsatser ... 522
14.7.2 Inledning ... 523
14.7.3 Reglering i LPT eller i en ny gemensam lag? ... 524
14.7.4 Förutsättningar för tvångsvård ... 526
14.7.5 Syftet med tvångsvården ... 534
14.7.6 Initiativ till tvångsvård ... 536
14.7.7 Beslut om tvångsvård ... 538
14.7.8 Omedelbart omhändertagande ... 541
14.7.9 Öppna vårdformer ... 544
14.7.10 Vårdtid ... 546
14.7.11 Stödperson ... 550
14.7.12 Sakkunnig i domstolsförhandlingen ... 551

14.8 Förslag ... 552
14.8.1 Inriktning på förslag till ny reglering av vård utan samtycke vid skadligt bruk och beroende ... 552

DEL 4 KONSEKVENSER OCH IKRAFTTRÄDANDE ... 557

15 Konsekvenser ... 559

15.1 Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende och annan psykiatrisk sjukdom 559

15.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen 564
15.2.1 Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet 565
15.2.2 Förslaget om förtydligat och förändrat huvudmannaskap 566
15.2.3 Förslag som innebär nya åtaganden 566

15.3 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service 567
15.3.1 Sysselsättning 567
15.3.2 Offentlig service 567

15.4 Konsekvenser för brottsligheten och brottsförebyggande arbete 568

15.5 Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration 569
15.5.1 Jämlik vård 570
15.5.2 Integration och hälsa 570
15.5.3 Jämställdhet mellan kvinnor och män 571

15.6 Konsekvenser för företag 572

15.7 Konsekvenser för EU-rätten 574

15.8 Ekonomiska konsekvenser 574
15.8.1 Kostnader och andra konsekvenser för staten 575
15.8.2 Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om förtydligat huvudmannaskap 579
15.8.3 Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om schablonavgifter för HVB 586
15.8.4 Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet 588
15.8.5 Kostnader för nya åtaganden för regioner och kommuner 599

16 Ikraftträdande, förberedelser och stöd till införande 603

16.1 Förslagen träder i kraft 1 januari 2025 603

16.2 Införandet av utredningens förslag ska förberedas 603
16.2.1 Gemensamma förberedelser 604
16.2.2 Användarbaserad tjänstedesign kan användas i utvecklingen 605
16.2.3 Regionernas förberedelser 605
16.2.4 Kommunernas förberedelser 606
16.2.5 Myndigheternas förberedelser 607
16.2.6 Förberedelser när det gäller kompetensförsörjning 607
16.2.7 Stimulansmedel 607
16.2.8 Nationellt stöd till implementering 608
16.2.9 Uppföljning 609

17 Författningskommentarer 611

17.1 Förslaget till lag om samordnad vård- och stödverksamhet 611

17.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga 621

17.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård 622

17.4 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 624

17.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler 632

17.6 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 635

17.7 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 637

17.8 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821) 638

17.9 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 638

17.10 Förslaget till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937) 643

Referenser 647

Bilaga

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:68 669

Sammanfattning

Vi anser att det behövs en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet som också förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende. Syftet med vårt uppdrag är att lämna förslag som bidrar till att insatserna till målgruppen blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade[1]. Vi anser att detta även ska vara syftet med den reform vi föreslår. Reformen som ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering består av tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
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.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

[1] I direktiven används begreppet patientcentrerade men vi bedömer begreppet personcentrerade som mera relevant. Vad vi avser med begreppet framgår av kapitel 1 och 13.

7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys vi presenterar i det här betänkandet.

Nedan följer en sammanfattning av hur vi arbetat, hur målgruppen ser ut samt av bedömningar och förslag. Vi använder genomgående begreppen skadligt bruk eller beroende och inte missbruk, om vi inte citerar lagtext, förarbeten eller andra texter. Vi lämnar också förslag som innebär att begreppen skadligt bruk och beroende förs in i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen med tillhörande författningar.

Om uppdraget och dess genomförande

Vår ambition har varit att förslagen ska tas fram genom aktivt deltagande av personer med samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar i, styr och leder verksamheter som riktar sig till målgruppen. Inledningsvis samlade vi in erfarenheter och kunskaper från personer med samsjuklighet och anhöriga. Det gjorde vi genom tre workshops, och genom ett femtiotal intervjuer och dialoger med personer med sådana erfarenheter. Detta resulterade i ett antal målbilder för samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Vi tog också fram underlag till våra bedömningar och förslag genom att sammanställa och analysera tidigare utredningar och rapporter, och genom att jämföra svenska förhållanden med några andra länder. Vi har i enkäter ställt frågor till samtliga regioner, kommuner och HVB-verksamheter om insatsernas innehåll, organisation och kostnader. Vi har också haft en omfattande dialog med företrädare för regioner, kommuner, privata aktörer och andra berörda.

Vi har tillämpat ett öppet arbetssätt där vi löpande har beskrivit inriktningen på våra förslag, och bearbetat dem utifrån inkomna synpunkter. Vi har också prövat dem i den miljö där de ska tillämpas genom workshops och intervjuer med företrädare för regioner, kommuner, privata aktörer, personer med samsjuklighet och anhöriga. Våra analyser, bedömningar och förslag har dessutom löpande stämts av med den expertgrupp som utsetts av regeringen, och med den vetenskapliga referensgrupp som vi själva initierat.

Personer med samsjuklighet – vilka är de och hur är deras levnadsförhållanden?

Socialstyrelsens rapportering visar att en majoritet av de personer som får vård på grund av skadligt bruk eller beroende också har vårdats för en annan psykiatrisk diagnos, och därför kan beskrivas ha en samsjuklighet. Det är en heterogen målgrupp. Vissa har endast behov av behandling av de psykiatriska tillstånden inklusive skadligt bruk och beroende, medan andra också har omfattande behov av sociala insatser. Det är en grupp som generellt har dålig hälsa och stor överdödlighet. Andelen personer som har begått eller varit utsatt för brott är högre bland personer med samsjuklighet än i befolkningen i övrigt. Särskilt bland kvinnor är det vanligt med erfarenheter av övergrepp och andra trauman.

Målbilder för samhällets insatser

Nedan listas de målbilder som vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga. Vi bedömer att dessa målbilder bör användas för att visa vad samhällets insatser till målgruppen ska uppnå.

- Tidig hjälp för psykisk ohälsa och skadligt bruk.
- Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.
- Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.
- Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.

- Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.
- Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.
- Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.
- En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.
- En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.
- Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.

Styrningen inom området

Vi har övergripande analyserat statens, regionernas och kommunernas styrning av insatser som ges till målgruppen. Analysen bygger dels på organisationsforskning som bedömts relevant, dels på de workshops vi genomfört med ledningspersoner i regioner och kommuner. Vår slutsats är att styrformer, kultur och policys inom samsjuklighetsområdet behöver utgå från behov, resurser och beteenden hos personer med samsjuklighet och anhöriga, ge professionellt handlingsutrymme och premiera samarbete.

Regionernas hälso- och sjukvård ska behandla skadligt bruk och beroende

Vi föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, och att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende, oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder. Vårt förslag att samla behandlingen hos en huvudman ligger i linje med hur ansvarsfördelningen ser ut i de flesta andra länder.

Behandlingen ska samordnas med behandling av andra psykiatriska tillstånd

Utifrån de dialoger som vi fört med olika aktörer och utifrån tidigare utredningar inom området konstaterar vi att det är vanligt att personer med skadligt bruk och beroende inte får tillgång till den psykiatriska behandling som de har behov av. Detta beror inte bara på hur huvudmannaskapet är fördelat, utan också på resurser, kompetens, arbetssätt och kultur inom hälso- och sjukvården. Vi föreslår därför att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen att behandlingen av skadligt bruk eller beroende ska samordnas med behandling av andra psykiatriska tillstånd.

Angeläget med somatisk vård, suicidprevention och insatser som främjar hälsa

Den somatiska hälsan är kraftigt nedsatt och överdödligheten stor hos personer med samsjuklighet, jämfört med befolkningen i övrigt. Vi konstaterar därför att hälso- och sjukvården måste uppmärksamma somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet. Både psykiatriska och somatiska insatser bör ingå i en individuell plan och samordnas av en fast vårdkontakt som verkar för att vårdbehoven på båda områdena samordnas. Vi bedömer också att fast läkarkontakt i primärvården kan ge förutsättningar för ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska vårdbehov. Personer med psykiska sjukdomar inklusive personer med skadligt bruk och beroende bör också uppmärksammas som en högriskgrupp för ohälsosamma levnadsvanor i regionernas planering av det sjukdomsförebyggande arbetet. Även risken för suicid hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas. Det görs genom att tillgången till adekvat behandling för psykiatrisk sjuklighet ökar, samt genom ökad kunskap om suicid hos personer som möter personer med samsjuklighet.

Särskilda insatser till personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika

Vi konstaterar att LARO (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) har god effekt för tillfrisknande och minskad dödlighet hos målgruppen för behandlingen, och att den rekommenderas i nationella riktlinjer. Samtidigt innebär den risker, särskilt för personer som inte finns i behandling men får tillgång till preparaten genom vidareförmedling. Vi föreslår därför ett uppdrag till Socialstyrelsen inriktat på kunskapsstöd, uppföljning och viss utredning. Syftet med uppdraget ska vara att bidra till att tillgängligheten till behandlingen ökar, samtidigt som vidareförmedling från programmen minskar.

Vi gör också bedömningen att sprututbytesverksamheterna når personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika bättre än övrig hälso- och sjukvård. Detta är av stor vikt eftersom målgruppen har väsentligt sämre hälsa än befolkningen i övrigt och en hög överdödlighet. Sprututbytesverksamheterna erbjuder viktiga insatser både genom att reducera skadorna av narkotikaanvändningen och genom att behandla vissa sjukdomar eller förmedla kontakt med andra vårdgivare. Utbudet av sprututbytesverksamhet är lägre i Sverige än i övriga nordiska och några anglosaxiska länder som vi jämfört med. Vi föreslår därför att sprututbytesverksamheter måste erbjudas av alla regioner och att de utvecklas till lågtröskelverksamheter som främjar psykisk och fysisk hälsa genom sprututbyte och till exempel vissa somatiska insatser, stöd till sexuell och reproduktiv hälsa, förmedling av kontakt med psykiatri och socialtjänst, utdelande av och utbildning om naloxon, hälsorådgivning och varningar för farliga preparat i omlopp.

Därutöver gör vi bedömningen att det bör genomföras ett försök med en lågtröskelverksamhet i form av en hälsocentral med brukarrum där narkotika kan intas på ett säkert sätt, samtidigt som till exempel viss somatisk vård, kontakt med psykiatri och socialtjänst, naloxon och hälsorådgivning tillhandahålls. Vi gör också bedömningen att kriminaliseringen av eget bruk av narkotika bör utredas och att det inom ramen för ett sådant uppdrag bör belysas hur kriminaliseringen påverkar möjligheten för personer med samsjuklighet, och övriga personer med skadligt bruk eller beroende, att få en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg.

Socialtjänstens uppdrag inriktas på fyra områden

Socialtjänstens uppdrag när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende ska enligt vårt förslag kvarstå och förtydligas för följande huvudsakliga områden:

1. Kartläggning av levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet, information om och förmedling till samhällets stöd och annat förebyggande arbete för att motverka skadligt bruk och beroende.
2. Sociala stödinsatser för försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang, med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv.
3. Stöd till anhöriga.
4. Insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Vi bedömer att det sociala arbetet gynnas av en sådan renodling som vi föreslår. Det kan bland annat underlätta resursfördelning och kompetensförsörjning. Ett tydligare fokus på den typ av insatser vi beskriver ovan kan också öka behovet av och stimulera till mer forskning om sådana insatser. Det kan även öka motivationen att förbättra uppföljningen av insatserna, vilket kan ligga till grund för systematiserad beprövad erfarenhet kring nyttan av olika typer av insatser, och därmed stärka förutsättningarna för en kunskapsbaserad socialtjänst.

Regionerna får ett förtydligat ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB

Utifrån uppgifter som framkommit i enkätsvar från kommuner och HVB-hem, och genom intervjuer med kommuner om placering på och upphandling av sådana hem, drar vi slutsatsen att hemmen både idag och med en ny ansvarsfördelning främst tillhandahåller socialtjänstinsatser. Socialtjänsten ska därför ha fortsatt ansvar för placering på hem för vård eller boende (HVB) både för barn och för vuxna, men definitionen av HVB i socialtjänstförordningen anpassas till vårt förslag om socialtjänstens uppdrag. Vi konstaterar dock att det är av avgörande betydelse att den enskilde får sitt hälso- och sjukvårdsbehov

tillgodosett under placeringen och att detta inte sker i tillräcklig grad i dag. Därför ska regionens ansvar för sådana insatser, vilket med vårt förslag även inkluderar behandling för skadligt bruk eller beroende, förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs under placeringen inträder betalningsansvar enligt en schablon. Regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser gäller dock inte för sådana hem som bedrivs av Statens Institutionsstyrelse. Skälet är att vi bedömer att förändringar av ansvarsförhållanden inom den verksamheten kan få konsekvenser för rättssäkerhet och samhällsskydd och därför bör utredas i särskild ordning.

Samordnad vård- och stödverksamhet för dem med störst behov

Vi föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för en avgränsad målgrupp med särskilt stora samordningsbehov och bristande förmåga att själv samordna insatser. Med samordnad vård- och stödverksamhet menas en gemensam verksamhet där olika professioner från båda huvudmännen jobbar tillsammans. Syftet med verksamheten är att främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang.

Verksamheten ska bedriva uppsökande arbete, utföra hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser samt samordna insatser. I samordning ingår att deltagarna tilldelas en vård- och stödsamordnare som ansvarar för att det upprättas en individuell plan och att de insatser som den enskilde behöver planeras och genomförs.

Verksamhetens målgrupp är personer som har behov av både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras. Främst är det personer vars funktionsförmåga är nedsatt av psykisk sjukdom, skadligt bruk och beroende, och som är i behov av intensiva och samordnade insatser för att upprätthålla liv, hälsa, boende och sysselsättning. Det handlar om personer som inte tar

emot insatser i ordinarie strukturer, där ofta många insatser i öppen- och slutenvård prövats och där samordningsverktyg som SIP eller fast vårdkontakt inte är tillräckligt. Verksamheten ska regleras i en ny särskild lag.

Fokus på kompetensförsörjningen är nödvändigt

Vi konstaterar att bristen på personal med rätt kompetens begränsar huvudmännens förutsättningar att säkerställa en god och jämlik sjukvård och insatser med god kvalitet inom socialtjänsten. Exempelvis påverkas väntetider och samverkan mellan huvudmännen när utredningar eller behandlingar inte kan genomföras eftersom det saknas personal med kompetens för uppgiften. Samordnade och långsiktiga insatser för att säkerställa kompetensförsörjningen är också nödvändigt för att den reform vi föreslår ska få önskat resultat. Initiativ på området behöver tas så snart det har fattats beslut om att genomföra våra förslag. Det är varje aktörs ansvar att samordna sina insatser med andras och bidra till att det sker ett nödvändigt samarbete inom området. Det gäller lärosätena, arbetsgivarna och statliga myndigheter.

Förbättrad statistik och uppföljning från brukares perspektiv

Dagens uppföljning av vården och omsorgen för personer med samsjuklighet har stora brister och saknar de mest grundläggande uppgifter som behövs för att beskriva vården på nationell nivå. Det går inte att säga hur många personer som får insatser, vilka insatser som erbjuds eller vad insatserna ger för resultat. Förutsättningarna skiljer sig delvis åt när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men sammantaget saknas det förutsättningar för att ge en samlad bild av innehållet i och resultatet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för personer med samsjuklighet. Både Socialstyrelsen och utredningen *Framtidens socialtjänst* har dock lämnat förslag som kan förbättra förutsättningarna, i form av ett utvidgat nationellt patientregister som inkluderar primärvården och en ny lag om socialtjänstdataregister. Vår bedömning är att dessa förslag bör genomföras.

Utöver förbättrad tillgång till grundläggande uppgifter om vården och omsorgen är det är också viktigt att uppföljningen belyser det som personer med samsjuklighet själva tycker är viktiga områden. Vi föreslår därför att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att ta fram en struktur för uppföljning som omfattar de målbilder vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och deras anhöriga.

Förbättrad tillgång till personliga ombud

Vi lämnar också ett förslag som syftar till att öka den enskildes möjlighet att få tillgång till ett oberoende stöd i kontakter med myndigheter och med vården. Det ska ske genom att personer med psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk eller beroende i högre grad än idag får tillgång till ett personligt ombud, att de medel som avsätts till personligt ombud ökar och att samarbetet mellan personligt ombud och civilsamhället förstärks.

Ökat brukarinflytande och minskad stigmatisering

Flera av våra förslag understryker vikten av att den enskilde har inflytande över de insatser om ges och att insatserna utgår från personens behov, resurser och individuella mål. Detta är särskilt tydligt när det gäller förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet. Men vi bedömer också att det, utöver de långsiktiga strukturförändringarna som vi anser ska genomföras, krävs särskilda insatser för att påskynda och förstärka ett ökat inflytande för personer med samsjuklighet och anhöriga. Vi föreslår därför ett nationellt program för ökat kollektivt inflytande för och minskad stigmatisering av personer med samsjuklighet.

En gemensam tvångslag

Vi har i enlighet med våra direktiv analyserat för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM och LPT. Utifrån den analysen konstaterar vi att tvångsvård på grund av skadligt bruk och beroende bör vara en fråga för

hälso- och sjukvården och att fördelarna med att reglera detta i LPT överväger nackdelarna. Samsjuklighetsutredningen fick genom regeringsbeslut den 28 oktober 2021 ett tilläggsdirektiv att lämna förslag utifrån den analys av tvångsvårdslagstiftningen som vi gjort detta betänkande. Uppdraget ska redovisas senast den 31 januari 2023.

Stöd till införande och uppföljning

Införandet av förslagen ska genomföras så att huvudmännen och berörda myndigheter ges förutsättningar att planera förändringarna i uppdragen och ha möjlighet att vidta nödvändiga utvecklingsinsatser gemensamt och var för sig. Därför föreslår vi att det ska gå två år mellan beslut och ikraftträdande. Stimulansmedel föreslås utgå två år innan och tre år efter ikraftträdandet. Vi föreslår att våra förslag träder i kraft 1 januari 2025, inklusive de förslag som tas fram inom ramen för tilläggsdirektivet om tvångsvård. Staten ska ingå en överenskommelse med SKR om implementeringsstöd till regioner och kommuner. När det gäller den samordnade vård- och stödverksamheten kan det krävas särskilda insatser för att utveckla ett gemensamt arbetssätt som inte tidigare praktiserats i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Med stöd av erfarenheterna från vårt eget arbetssätt anser vi att verksamheterna med fördel kan utvecklas genom användarbaserad tjänstedesign där medarbetare, patienter, brukare och anhöriga gemensamt skapar och testar verksamheten. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås få i uppdrag att följa upp reformen, samt att initiera en oberoende vetenskaplig utvärdering av den samordnade vård- och stödverksamheten.

DEL 1

Inledning

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om samordnad vård- och stödverksamhet

Härigenom föreskrivs följande.

1 § 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 är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

2 § Verksamheten ska bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst.

3 § Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagarens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

4 § Den samordnade vård- och stödverksamheten ska innehålla

1. uppsökande arbete,
2. socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser, och
3. samordning av insatser.

Verksamheten ska på lämpligt sätt ta tillvara kompetens hos personer med egen erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning.

5 § Deltagare i verksamheten ska tilldelas en vård- och stödsamordnare som ansvarar för att samordna insatserna.

6 § Vid planering, samordning och genomförande av insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten ska hänsyn tas till deltagarnas individuella mål, behov och resurser. Deltagarna ska ha inflytande över vilka insatser som ges.

7 § Avgift får inte tas ut för hälso- och sjukvård som bedrivs enligt denna lag.

8 § Kostnaderna mellan en region och kommunerna i länet ska fördelas så, att regionen står för hälften av kostnaderna och kommunerna i länet för den andra hälften, om inte annat avtalats enligt 9 §.

9 § Regionen och kommunerna i länet ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation. Om en region och kommunerna i länet kommer överens om det, får avtalas om annan kostnadsfördelning än vad som anges i 8 §.

Regionerna och kommunerna kan sluta avtal med annan att utföra uppgifter enligt denna lag. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till enskild.

10 § En kommun eller en region får ingå avtal om att någon av dess uppgifter enligt denna lag helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). Sådan avtalssamverkan hindras inte av kravet i 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) att kommuner och regioner inte får ha hand om sådana angelägenheter som en annan kommun eller en annan region ska ha hand om.

Kommuner och regioner får komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller den andra regionen att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

11§ Verksamheten ska löpande följas upp mot syftet i 3 §. Deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att medverka i uppföljningen.

12 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om mål och kriterier för uppföljning, fördelning av kostnader mellan region och kommuner samt meddela ytterligare föreskrifter som behövs till skydd för enskilda.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

att 3, 16 och 20 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §[1]	
Vård *skall* också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom *missbruk* av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.	Vård *ska* också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom *skadligt bruk eller beroende* av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.
Vård *skall* också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.	Vård *ska* också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.
16 §[2]	
Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42)	Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42)

[1] Senaste lydelse 2006:896.
[2] Senaste lydelse 2005:468.

om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattning med narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, *skall* den omhändertas.	om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av, eller annan befattning med, narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, *ska* den omhändertas.

20 §[3]

Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 16 eller 19 § eller har sådan egendom påträffats inom ett hem för särskilt noggrann tillsyn utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska Statens institutionsstyrelse låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma ska gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattning med narkotika.	Detsamma ska gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av, eller annan befattning med, narkotika.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

[3] Senaste lydelse 2019:358.

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

att 21 och 24 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
21 §[1]	
En patient får inte inneha	
1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor,	
2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,	
3. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen,	
4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattning med narkotika, eller	4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av, eller annan befattning med, narkotika, eller
5. annan egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.	
Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, ska den omhändertas.	
24 §[2]	
Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga	Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga

[1] Senaste lydelse 2014:522.
[2] Senaste lydelse 2019:359.

varor omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter intagits för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för in-sprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattning med narkotika.	varor omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter intagits för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för in-sprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av, eller annan befattning med, narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2002:453)

dels att rubriken närmast före 5 kap. 9 § ska ha ändrad lydelse,

dels att 3 kap. 6 b och 7, 5 kap. 1, 9, 9 a och 10, 6 kap. 1, 8 kap. 1, 12 kap. 9 samt 16 kap. 10 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas nya paragrafer i 2 kap. 8 § och 6 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 kap.
	8 § I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva sådan verksamhet.
	3 kap.
	6 b §[1]
Socialnämnden får utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj (kontaktfamilj) med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.	
Om en person som inte har fyllt 21 år har behov av särskilt stöd och särskild vägledning för att motverka en risk för *missbruk* av beroendeframkallande medel, för brottslig verksamhet eller för något annat socialt nedbrytande beteende, får nämnden utse en	Om en person som inte har fyllt 21 år har behov av särskilt stöd och särskild vägledning för att motverka en risk för *skadligt bruk eller beroende* av beroendeframkallande medel, för brottslig verksamhet eller för något annat socialt nedbrytande bete-

[1] Senaste lydelse 2012:776.

särskilt kvalificerad kontaktperson för den unge om denne begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får en sådan kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får en särskilt kvalificerad kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.	ende, får nämnden utse en särskilt kvalificerad kontaktperson för den unge om denne begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får en sådan kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får en särskilt kvalificerad kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

7 §[2]

Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka *missbruk* av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialnämnden ska även arbeta för att förebygga och motverka *missbruk av* spel om pengar.	Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka *skadligt bruk eller beroende* av alkohol och andra beroendeframkallande medel *och* spel om pengar.
Socialnämnden ska genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om *skadeverkningar av missbruk* och om de hjälpmöjligheter som finns.	Socialnämnden ska genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om *skadligt bruk eller beroende* och om de hjälpmöjligheter som finns.

5 kap.

1 §[3]

Socialnämnden ska

1. verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden,

2. i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga,

[2] Senaste lydelse 2017:809.
[3] Senaste lydelse 2017:809.

3. bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa,

4. aktivt arbeta för att förebygga och motverka *missbruk* bland barn och unga av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel,

4. aktivt arbeta för att förebygga och motverka *skadligt bruk eller beroende* bland barn och unga av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel,

5. aktivt arbeta för att förebygga och motverka *missbruk* av spel om pengar bland barn och unga,

5. aktivt arbeta för att förebygga och motverka *skadligt bruk eller beroende* av spel om pengar bland barn och unga,

6. tillsammans med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs, uppmärksamma och verka för att barn och unga inte vistas i miljöer som är skadliga för dem,

7. med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och unga som har visat tecken till en ogynnsam utveckling,

8. i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om barnets eller den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet,

9. i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan ett mål eller ärende om vårdnad, boende, umgänge eller adoption har avgjorts, och

10. i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört eller sedan verkställighet av sluten ungdomsvård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård upphört.

Missbrukare	***Personer med skadligt bruk eller beroende***
9 §	
Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att	*Socialnämnden ska verka för att människor som på grund av skadligt bruk eller beroende möter betydande svårigheter i sin livs-*

komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.	*föring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.* *Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.*

9 a §[4]

Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om samarbete i fråga om personer *som missbrukar* alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.	Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om samarbete i fråga om personer *med ett skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

10 §[5]

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.	Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder *eller skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.*

[4] Senaste lydelse 2019:909.
[5] Senaste lydelse 2009:549.

6 kap.

1 §[6]

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett

1. familjehem,
2. hem för vård eller boende, eller
3. stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år (stödboende).

Barn i åldern 16–17 år får tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl.

Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

Regionen ansvarar, enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att den som tagits emot i ett hem för vård eller boende erbjuds en god hälso- och sjukvård.

Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön.

1 a § När kommunen fattar beslut om placering i ett hem för vård eller boende ska kommunen samtidigt underrätta regionen om beslutet och kalla till möte om individuell plan enligt 2 kap. 7 §. En sådan plan ska upprättas om det inte är uppenbart obehövligt.

8 kap.

1 §

Stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär medför inte kostnadsansvar för den enskilde vårdtagaren. Kommunen får dock, utom beträffande barn, ta ut ersättning för uppehället av *den som på grund av missbruk* av

Stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär medför inte kostnadsansvar för den enskilde vårdtagaren. Kommunen får dock, utom beträffande barn, ta ut ersättning för uppehället av *en person med skadligt bruk eller*

[6] 2015:982.

alkohol, narkotika eller därmed jämförbara medel som får vård eller behandling i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem. Regeringen meddelar föreskrifter om den högsta ersättning som får tas ut för varje dag. För andra stöd- och hjälpinsatser får kommunen ta ut skälig ersättning.	*beroende* av alkohol, narkotika eller därmed jämförbara medel som får vård eller behandling i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem. Regeringen meddelar föreskrifter om den högsta ersättning som får tas ut för varje dag. För andra stöd- och hjälpinsatser får kommunen ta ut skälig ersättning.

Om ett barn genom socialnämndens försorg får vård i ett annat hem än det egna, är föräldrarna skyldiga att i skälig utsträckning bidra till kommunens kostnader enligt grunder som regeringen föreskriver. Socialnämnden får i sådana fall uppbära underhållsbidrag som avser barnet.

Bestämmelserna i första stycket gäller inte i fråga om tjänster för vilka avgift har bestämts enligt 2 §.

12 kap.

9 §[7]

Om socialnämnden i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för *missbruksändamål* eller att ändringar sker i *missbruksmönster* av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.	Om socialnämnden i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för *skadligt bruk eller beroende* eller att ändringar sker i *användningsmönstret* av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

16 kap.

10 §[8]

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser

[7] Senaste lydelse 2013:633.
[8] Senaste lydelse 2021:645.

1. barn och unga,
2. äldre personer,
3. personer med funktionsnedsättning,
4. *missbrukare*, och

4. *personer med skadligt bruk eller beroende*, och

5. personer som anges i 5 kap. 11 och 1 a §§.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får också meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet vid sådana hem som avses i 6 kap. 3 §.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (2006:232) om utbyte av sprutor och kanyler

dels att 4, 5 samt 7 §§ ska upphöra att gälla,

dels att rubriken närmast före 2 § ska ha ny lydelse samt att rubriken före 7 § ska utgå,

dels att 1, 2, 3 samt 6 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 §[1]	
I denna lag finns bestämmelser om verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler (sprututbytesverksamhet) *i syfte* att förebygga spridning av *hivinfektion och andra* blodburna infektioner *bland* personer som missbrukar narkotika.	I denna lag finns bestämmelser om verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler (sprututbytesverksamhet). S*yftet med sådan verksamhet är* att förebygga spridning av blodburna infektioner *samt att främja fysisk och psykisk hälsa hos* personer *med skadligt bruk eller beroende av* narkotika.
Sprututbytesverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan motiveras för vård och behandling.	

Det som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

[1] Senaste lydelse 2019:924.

Tillstånd att bedriva verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler	*Sprututbytesverksamhet ska bedrivas av regionen*
2 §[2]	
Sprututbytesverksamhet *får* bedrivas *endast* av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård *och sedan Inspektionen för vård och omsorg har gett tillstånd till verksamheten*.	Sprututbytesverksamhet *ska* bedrivas av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård.
3 §[3]	
Innan en ansökan om tillstånd ges in, ska samråd ske mellan regionen och samtliga kommuner inom regionen.	*Regionen ska planera för hur sprututbytesverksamheten ska göras tillgänglig och hur den ska främja psykisk och fysisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.*
I ansökan ska regionen redovisa hur behovet av avgiftning och vård av missbrukare kommer att tillgodoses.	*I planeringen ska regionen samverka med kommuner och andra berörda aktörer.*
6 §[4]	
En spruta eller en kanyl får lämnas ut av regionen endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.	
Sprutor eller kanyler får lämnas ut endast till den som har fyllt 18 år. Utlämnande får ske endast vid personligt besök.	

[2] Senaste lydelse 2019:924.
[3] Senaste lydelse 2019:924.
[4] Senaste lydelse 2019:924. Ändringen innebär att tredje stycket tas bort.

Endast personer som kan anses bosatta i en region som har beviljats tillstånd får delta i sprututbytesverksamhet i den regionen

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.6 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs i fråga om offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

att 21 kap. 1, 25 kap. 12 samt 26 kap. 9 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
21 kap.	
1 §	
Sekretess gäller för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, *missbruk*, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.	Sekretess gäller för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, *skadligt bruk eller beroende,* sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

Sekretessen gäller inte för uppgift

1. som avses i 35 kap. 1 § andra stycket andra meningen och 12 § femte stycket,

2. som förekommer i sådant mål eller ärende som anges i 36 kap. 1 §, eller

3. som tas in i ett beslut.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

25 kap.

12 §[1]

Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att

[1] Senaste lydelse 2013:406.

ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller	2. *har ett* fortgående *skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

26 kap.

9 §[2]

Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller	2. *har ett* fortgående *skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

[2] Senaste lydelse 2013:406.

1.7 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659) att 6 kap. 5 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
6 kap.	
5 §[1]	
Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 12–14 §§ och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).	
Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med	
1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,	
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,	
3. är *missbrukare* av alkohol eller något annat beroendeframkallande medel, eller	3. *har ett skadligt bruk eller beroende* av alkohol eller något annat beroendeframkallande medel, eller
4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.	
Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.	
Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

[1] Senaste lydelse 2021:647.

1.8 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)
att 6 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	6 kap.
	1 §
Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.	Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. *Insatser till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel eller spel om pengar ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.9 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 5 kap. 7, 16 kap. 3 samt 18 kap. 1 §§ och att rubriken närmast före 18 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas nya paragrafer, 7 kap. 4 a, 8 kap. 11, 8 kap. 12, samt 16 kap. 4 a §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
5 kap.	
7 §[1]	
Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med	
1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,	
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,	
3. har ett *missbruk* av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller	3. har ett *skadligt bruk eller beroende* av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller
4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.	
Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.	
	7 kap.
	4 a § I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om regionens skyldighet att gemensamt med kommunerna bedriva en sådan verksamhet.

[1] Senaste lydelse 2021:648.

8 kap.

11 § Regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver. Vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

12 § Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i ett sådant hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövligt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen.

Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.

16 kap.

3 §[2]

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,

2. personer *som missbrukar* alkohol, narkotika, andra bero-	2. personer *med skadligt bruk eller beroende av* alkohol, nar-

[2] Senaste lydelse 2019:973.

endeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och

kotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och

3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

4 a § Om regionen inte fullgjort sina åtaganden enligt 8 kap. 12 § tredje stycket, ska regionen, om inte annat avtalats, lämna ersättning till kommunen.

Ersättning ska lämnas med ett belopp som motsvarar 40 procent av genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i hem för vård eller boende till dess regionen fullgjort sina åtaganden i 8 kap 12 § tredje stycket eller till dess placeringen upphör.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om den ersättning som avses i första stycket.

Underrättelseskyldighet i fråga om *missbruk*

Underrättelseskyldighet i fråga om *skadligt bruk eller beroende*

18 kap.

1 §

Om en nämnd som utövar ledning enligt 7 kap. 1 § eller 11 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för *missbruksändamål* eller att ändringar sker i *missbruksmönster* av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Om en nämnd som utövar ledning enligt 7 kap. 1 § eller 11 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för *skadligt bruk eller beroende* eller att ändringar sker i *användningsmönstret* av kända medel, ska nämnden utan dröjs-

mål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.10 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstförordningen (2001:937) att 3 kap. 1, 4, 6, 12 §§ samt 8 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 kap.	
1 §[1]	
Med hem för vård eller boende avses ett hem inom socialtjänsten som *tar emot enskilda för vård eller behandling* i förening med *ett* boende. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt.	Med hem för vård eller boende avses ett hem inom socialtjänsten som, i förening med boende, *ger stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv*. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt. *Enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) svarar regionen för den hälso- och sjukvård som ges till boende i ett sådant hem.*
Som hem för vård eller boende räknas inte sådana särskilda boendeformer som avses i 5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen *(2001:453)*.	
4 §	
Verksamheten *skall* bedrivas i fortlöpande samarbete med den socialnämnd som har det sammanhållande ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver.	Verksamheten *ska* bedrivas i fortlöpande samarbete med den socialnämnd som har det sammanhållande ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver *och*

[1] Senaste lydelse 2018:1935.

	med den region som ansvarar för god hälso- och sjukvård.
6 §	
Hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *skall* ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.	Hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga *ska* ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.
Hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet.	
Dessutom bör hem som avses i denna bestämmelse ha tillgång till psykologisk expertis.	
12 §	
Om socialnämnden ansöker om inskrivning enligt 10 eller 11 §§ *skall* nämnden foga sin utredning i ärendet till ansökan. Om ansökan görs av någon annan *skall* den som beslutar om inskrivning höra socialnämnden, om det behövs.	Om socialnämnden ansöker om inskrivning enligt 10 eller 11 §§ *ska* nämnden foga sin utredning i ärendet till ansökan, *samt en sådan individuell vårdplan som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).* Om ansökan görs av någon annan *ska* den som beslutar om inskrivning höra socialnämnden, om det behövs.

8 kap.

1 §[2]

Socialstyrelsen får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser

1. barn och unga,
2. äldre personer,
3. personer med funktionsnedsättning,
4. *missbrukare*, och

4. *personer med skadligt bruk eller beroende*, och

5. personer som anges i 5 kap. 11 och 11 a §§ socialtjänstlagen.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

[2] Senaste lydelse 2021:649.

2 Om uppdraget och dess genomförande

2.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv (dir. 2020:68) beslutades vid regeringssammanträde den 17 juni 2020 (bilaga). Enligt direktiven ska utredningen föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk[1] och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad[2] vård och omsorg där personer med samsjuklighet får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Utredningen ska bland annat

- analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman,
- se över ansvarsfördelningen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman,
- belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet, och,
- analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM och LPT.

[1] Utredningen har valt att använda begreppet skadligt bruk och beroende i stället för missbruk. Se kapitel 9.
[2] Utredningen har valt att i stället för patientcentrerad använda begreppet personcentrerad.

Inom ramen för uppdraget ska utredaren samråda med berörda statliga myndigheter, Sverige Kommuner och Regioner (SKR), Samordningsförbunden, ett urval kommuner och regioner, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt företrädare för professionerna och i övrigt verka för att arbetet präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021.

2.2 Utredningens arbete

Uppdragets syfte är som framgår ovan att skapa förutsättningar för en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg där personer med samsjuklighet får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av. Mot den bakgrunden valde vi inledningsvis att låta utredningsarbetet ta avstamp i erfarenheter som personer med samsjuklighet och anhöriga har. Som framgår i avsnitt 2.2.2 gjordes detta genom en särskild kvalitativ metod där erfarenheter från ett fyrtiotal personer inhämtades på olika sätt. Vi har därutöver träffat ett flertal personer med samsjuklighet och anhöriga som velat lämna sina synpunkter till utredningen. Av framställningen nedan framgår vilka övriga metoder vi har använt för att samla in och analysera underlag till våra bedömningar och förslag. Vår ambition har varit att tillämpa ett transparant arbetssätt och löpande redovisa och pröva våra preliminära slutsatser och förslag.

2.2.1 Expertgrupp och vetenskaplig referensgrupp

Regeringen har utsett en expertgrupp som lämnat synpunkter till utredningen under arbetet. Vilka ledamöterna har varit framgår av missivet. Vi har därutöver på eget initiativ knutit en vetenskaplig referensgrupp till oss. Den har haft uppdraget att bistå med forskningsunderlag och löpande ge ett vetenskapligt perspektiv på våra analyser, bedömningar och förslag. Även den gruppens sammansättning framgår av missivet. Båda grupperna har träffats vid sex tillfällen och däremellan lämnat skriftliga synpunkter.

2.2.2 Användarbaserad metodik i samarbete med Experio Lab och Hälsolabb

Utredningen har genomfört vissa delar av arbetet i samarbete med Experio Lab. Experio Lab är en samverkan mellan flera regioner och kommuner som vill utveckla sin förmåga till användarbaserad utveckling med tjänstedesign som metod och förhållningssätt. Vårt samarbete med Experio Lab har i sin tur skett inom ramen för Hälsolabb – en samverkan mellan Experio Lab, SKR, Karlstads Universitet och Linköpings Universitet för att stötta omställningen till en Nära vård. Samarbetet har omfattat tre delar:

- erfarenhetsdialoger genom djupintervjuer och workshops med personer med samsjuklighet och deras anhöriga för att kartlägga deras erfarenheter, behov, önskemål och resurser,
- reflektion och analys med bland annat medarbetare och ledningsfunktioner i kommuner och regioner kring vilka förändringar som krävs i styrning, ledning, policy och kultur utifrån det som kommit fram i djupintervjuer och workshops, och
- test av ett av våra förslag tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga, medarbetare och ledningsfunktioner i verksamheterna.

Syftet med samarbetet har varit att utredningens förslag ska tas fram genom aktivt deltagande av personer som har behov av insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst eller som arbetar i, styr och leder de verksamheter om riktar sig till målgruppen.

Erfarenhetsdialoger

Arbetet inleddes med erfarenhetsdialoger som vi genomförde genom workshops och intervjuer med ett 40-tal personer med samsjuklighet och anhöriga. Syftet var att ringa in vad personer med egen erfarenhet av samsjuklighet, eller som anhöriga, tycker är viktigt för att uppnå ökad hälsa, trygghet och förbättrade levnadsvillkor. Vi ville identifiera behov, beteenden, erfarenheter, resurser och drivkrafter som är viktiga för att nå ökad hälsa och trygghet. Vi ville också iden-

tifiera övergripande teman på vad som behöver finnas i samhället för att möta behov och önskemål.

Arbetet genomfördes genom tre workshops – en med anhöriga och en med egenerfarna där utkast till målbilder för samhällets samlade insatser till gruppen togs fram, samt en tredje workshop för vidareutveckling och validering av utkastet till målbilder. Dessutom genomfördes ett antal djupintervjuer med personer med samsjuklighet och anhöriga. Erfarenhetsdialogerna kompletterades med data från egenerfarna eller anhöriga som samlats in av andra aktörer. Detta kan beskrivas som en triangulerande ansats där olika datakällor stärker alternativt motsätter varandra, vilket validerar eller nyanserar materialet. Hur målbilderna har påverkat de förslag vi lämnar framgår av figuren som visas i kapitel 3.

Utifrån vad som framkom på erfarenhetsdialogerna har vi kunnat beskriva hur verksamheternas insatser sammantaget uppfattas av dem som behöver vård och stöd från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vi har också kunnat identifiera problem i nuvarande system och inom vilka områden åtgärder behöver vidtas för att åstadkomma förbättringar.

Reflektion och analys i verksamheterna

Efter att ha tagit fram målbilderna genomförde vi en workshop där ledningsfunktioner i regionerna och kommunerna i Västernorrland, Värmland och Örebro fick reflektera över målbildernas relevans, samt i vilken grad de uppnås med nuvarande organisation och arbetssätt. Även hinder för måluppfyllelsen identifierades. Samtalen låg till grund för att ytterligare ett steg utveckla åtgärderna som erfarenhetsdialogerna identifierat.

Test av förslagen

När vi börjat skissa på förslag, testade vi och bedömde konsekvenserna för ett av dessa i ytterligare en workshop med ledningsfunktioner i regioner och kommuner, medarbetare, personliga ombud, personer med samsjuklighet och anhöriga. Testet fokuserade på förslaget om en samordnad vård och stödverksamhet (kapitel 11) eftersom det kräver omfattande samverkan och har ett syfte som förutsätter ut-

vecklade och mer personcentrerade arbetssätt än vad som är vanligt i dag. Genom testet fick vi underlag för en bedömning av vad som kan vara genomförbart och vad som är viktigt att reda ut i lagtext eller förarbeten för att reglerna ska kunna tillämpas.

2.2.3 Sammanställning och analys av befintliga utredningar, rapporter, registerdata och statistik

Vi har sammanställt tidigare utredningar, rapporter och vissa tillgängliga registerdata och annan statistik. Utredningarna presenteras i kapitel 6. Övriga källor redovisas i samband med att vi beskriver skälen till våra bedömningar och förslag.

Uppgifter från Socialstyrelsens hälsodataregister, öppna jämförelser och statistik om socialtjänstens insatser till barn och unga och till vuxna personer med skadligt bruk och beroende har vi hämtat från publicerade rapporter. Vi har även tagit del av rådata från Socialstyrelsens uppföljning av sprututbytesverksamhet och av regionernas styrdokument när det gäller LARO så som uppdrag till verksamheterna, skrivningar i budgettexter eller förfrågningsunderlag enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV.

Som stöd för beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna som redovisas i kapitel 15 har vi bland annat gjort analyser av data från SCB:s statistik om Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner, Socialstyrelsens statistik om vuxna personer med missbruk och beroende och Sveriges Kommuners och Regioners (SKR) kartläggning psykiatrin i siffror.

2.2.4 Kartläggning av insatser i kommuner, regioner och vissa privata verksamheter

Inledningsvis gjorde vi bedömningen att det fanns behov av att komplettera de källor som beskrivits ovan. Därför genomförde vi en kartläggning av insatser till målgruppen i kommuner, regioner och i privata verksamheter. Kartläggningens syfte var att få underlag till en redovisning av vilka insatser som ges till målgruppen och hur vården och det sociala stödet organiseras. Kartläggningen genomfördes

med både kvalitativ och kvantitativ metodik och bestod huvudsakligen av två delar.

Den ena delen genomfördes genom en enkät till alla regioner, kommuner och HVB-hem med inriktning på skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet. I enkäten ställdes frågor om organisation, insatser, samverkan och kostnader. Frågorna togs fram i samarbete med Socialstyrelsen och SKR. Enkäten besvarades av samtliga regioner, ungefär hälften av kommunerna och av en tredjedel av HVB-hemmen. Resultaten redovisas löpande i samband med att vi presenterar våra bedömningar och förslag.

Den andra delen av kartläggningen bestod av samtal och intervjuer med chefer och medarbetare i hälso- och sjukvård och socialtjänst i främst Skåne, Västra Götaland, Värmlands och Jämtlands län. Genom urvalet kunde vi ta del av uppgifter från större städer, mellanstora städer och glesbygd. Intervjuerna och samtalen berörde samma frågeställningar som enkäten, men fick ofta ett särskilt fokus på hur verksamheterna uppfattar sitt uppdrag och sina förutsättningar att tillgodose målgruppens behov. Stort fokus lades på hur samverkan fungerar inom och mellan huvudmännen. Vi har delvis haft skilda sittningar med medarbetare respektive chefer för att ge utrymme åt olika perspektiv och erfarenheter. I några fall har vi genomfört längre intervjuer med verksamhetsföreträdare för att få en fördjupad bild av organisationen, vad som ligger till grund för olika beslut och hur kostnader redovisas och fördelas. Vi har även haft omfattande kontakter med verksamheter som arbetar med integrerade metoder för att utveckla och pröva vårt förslag om en samordnad vård- och stödsamordning.

2.2.5 Internationell utblick

Vi har gjort en jämförelse mellan det svenska systemet och de övriga nordiska länderna samt Australien, Kanada och England. Jämförelsen har främst inriktat sig på organisation, skadereducerande insatser och tvångsvård. Länderna har valts för att systemen bedöms vara så lika det svenska att det är möjligt att göra relevanta jämförelser.

2.2.6 Redovisning av inriktning på förslag och hantering av synpunkter

Vi har löpande redovisat våra analyser och inriktningen på våra förslag på utredningens webbplats. Syftet har varit att tidigt i processen få in synpunkter från personer med relevanta kunskaper och erfarenheter så att dessa kunnat beaktas redan under arbetets gång. Senhösten 2020 sammanställde vi våra iakttagelser av hur situationen inom området ser ut i dag med fokus på vad vi bör lösa inom ramen för vårt uppdrag. Iakttagelserna validerades i hög grad av de synpunkter som kom in. I februari 2021 publicerade vi en skrivelse som beskrev inriktningen på våra förslag vid det tillfället. Synpunkterna, som främst lämnades av personer som arbetar inom området men också av privatpersoner, låg till grund för vår anpassning och utveckling av några av förslagen, och vår bedömning att inte gå vidare med vissa förslag. Fem månader senare presenterade vi hur vår inriktning reviderats och inbjöd till den sista omgången synpunkter. Dessa har beaktats i de slutgiltiga förslag som lämnas i detta betänkande.

2.2.7 Löpande dialog i delegationer, beredningar och nätverk

Vi har under utredningens gång haft löpande dialog med delegationer, beredningar och nätverk på SKR. Vi har vid två tillfällen träffat Sjukvårdsdelegationen samt beredningarna för Primärvård och äldreomsorg respektive Socialpolitik och individomsorg. Delegationen och beredningarna består av förtroendevalda i regioner och kommuner. Vi har också träffat socialchefsnätverket, chefsöverläkarnätverket, psykiatrichefsnätverket och nätverket Beroende i Regioner och kommuner (BIRK)som består av tjänstemän i kommuner och regioner.

2.2.8 Övriga dialoger

Vi har haft dialog med privata vård- och omsorgsgivare, dels genom organisationen Vårdföretagarna som vi träffat flera gånger, dels genom enskilda träffar med företag som tagit kontakt med oss. Fokus i dessa möten har i hög grad handlat om samarbetet med beställarna av sådan vård och om konsekvenserna för HVB-verksamheterna när samverkan mellan kommun och region brister.

Hösten 2020 bjöd vi också in till möten med representanter för civilsamhället. Det ena mötet riktade sig till organisationer som arbetar utifrån ett barnperspektiv och det andra till organisationer vars verksamheter främst vänder sig till vuxna. Mötena kompletterade i hög grad det patient- och brukarperspektiv som vi fått genom erfarenhetsdialogerna.

Vi har också träffat flera professionsorganisationer som till exempel ANDT-psykologerna, Svensk förening för beroendemedicin, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Distriktsläkarföreningen.

3 Betänkandets innehåll och viktigaste budskap

3.1 Betänkandet består av fyra avdelningar

Betänkandet består av fyra avdelningar: 1) inledning, 2) bakgrund, 3) bedömningar och förslag, och 4) konsekvenser och ikraftträdande.

I inledningen beskriver vi betänkandets innehåll och viktigaste budskap. Inledningen innehåller också en beskrivning av hur vi har genomfört uppdraget, samt författningsförslagen. Av beskrivningen av genomförandet framgår vilka kvalitativa och kvantitativa metoder vi har använt.

I avdelning två tecknar vi en bakgrund genom en beskrivning av personer med samsjuklighet och vad vi vet om deras hälsa och levnadsförhållanden. Vi gör också en internationell utblick för att kunna jämföra svenska förhållanden med de nordiska länderna och med England, Kanada och Australien. I bakgrunden ingår också en beskrivning av gällande rätt och en redogörelse för hur tidigare utredningar hanterat frågor som är närliggande till vårt uppdrag.

I den tredje avdelningen redovisar vi våra bedömningar och förslag. I skälen till bedömningar och förslag redovisar vi också uppgifter om nuvarande förhållanden som till exempel rör hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens organisation och insatsernas innehåll.

Slutligen återfinns i den fjärde avdelningen våra konsekvensbedömningar, förslag om ikraftträdande och stöd till införande samt författningskommentarer.

3.2 Betänkandet innebär en reform med tio bärande delar

Vi anser att det behövs en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet, som också förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende. Syftet med vårt uppdrag är att lämna förslag som bidrar till att insatserna till målgruppen blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade[1]. Vi anser att detta även ska vara syftet med den reform vi föreslår. Reformen som ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering består av tio bärande delar.

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
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.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

[1] I direktiven används begreppet patientcentrerade men vi bedömer att begreppet personcentrerade är mer relevant. Vad vi avser med begreppet framgår av kapitel 11 och 13.

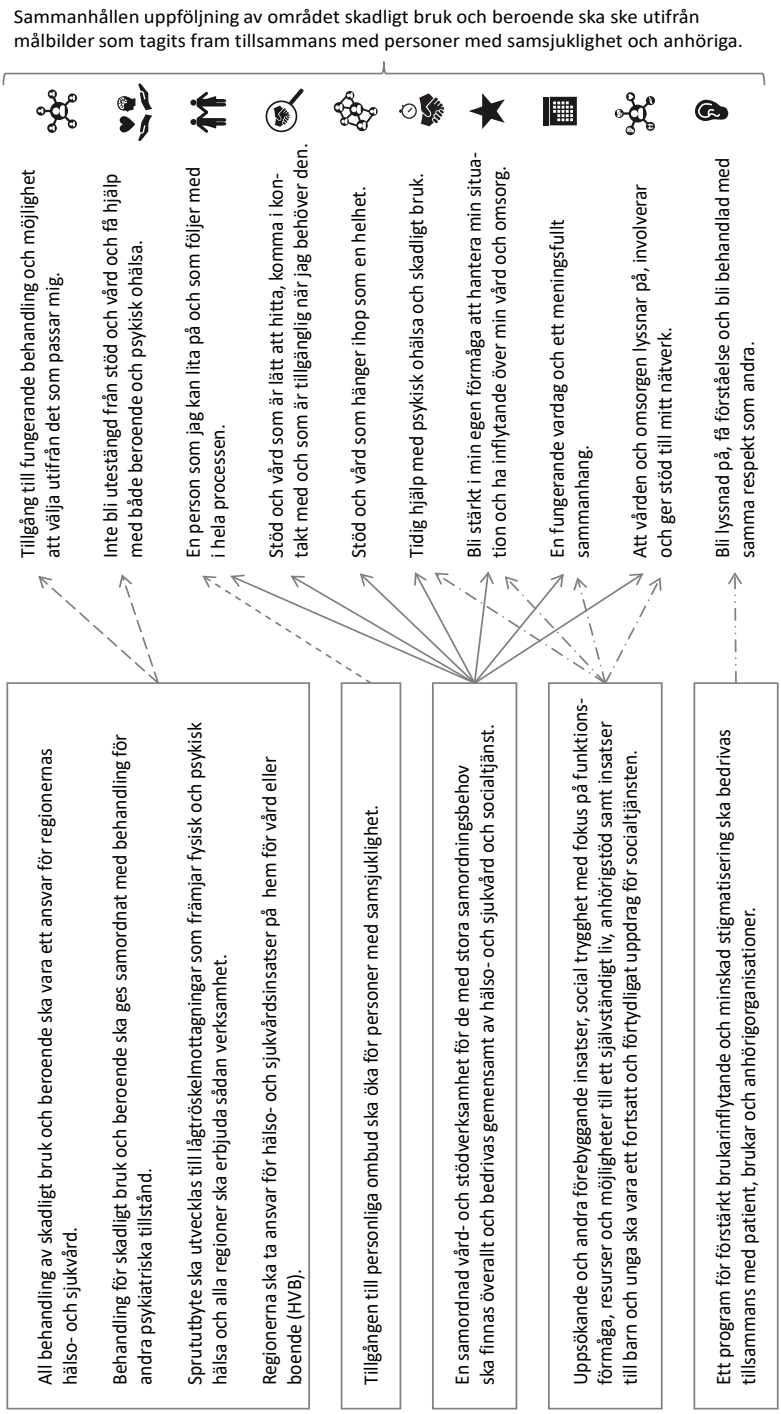
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys vi presenterar i det här betänkandet.

3.3 Betänkandets analyser och förslag har tagit sin utgångspunkt i personernas målbilder

Som vi beskriver i kapitel 2 har vi tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga tagit fram tio målbilder för vad som är viktigt i det stöd som samhället ger gruppen. Vi har sedan använt målbilderna som utgångspunkt för våra analyser och förslag, tillsammans med det som framkommit i tidigare rapporter och utredningar, och i våra egna materialinsamlingar. Eftersom målbilderna togs fram tidigt i utredningen har vi också hunnit pröva dem i dialog med medarbetare, chefer och politiker i regioner och kommuner under arbetets gång.

I figur 3.1 nedan visar vi hur de olika målbilderna hänger ihop med de förslag och bedömningar vi lämnar i betänkandet. Figuren är delvis en förenklad bild, eftersom många av våra förslag och bedömningar kan bidra till att flera av de tio målbilderna uppfylls. Men den ger en överblick över vilka förslag som i första hand kan påverka olika målbilder. Förslaget om uppföljning syftar till att främja en positiv utveckling för alla målbilder.

Figur 3.1 Kopplingen mellan våra förslag och målbilderna



DEL 2

Bakgrund

4 Definition, förekomst och konsekvenser av samsjuklighet

4.1 Vad är samsjuklighet?

Samsjuklighet innebär att ha flera diagnoser samtidigt. I den här utredningen handlar det om skadligt bruk eller beroende samtidigt med andra psykiatriska diagnoser. Sådana tillstånd kan påverka och förstärka varandra på olika sätt, och det finns flera förklaringar till hur de hänger ihop med varandra.

4.1.1 Utredningens direktiv omfattar psykiatrisk men inte somatisk samsjuklighet

Enligt utredningens direktiv (2020:68) ska utredaren föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med *samsjuklighet* i form av *missbruk och beroende* och *annan psykiatrisk diagnos* eller *närliggande tillstånd*.

Med samsjuklighet menas enligt direktiven att en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar.

I direktiven konstateras att det finns olika termer och definitioner som rör ett problematiskt förhållande till alkohol, narkotika eller andra substanser. På det medicinska området är termerna huvudsakligen kopplade till de diagnossystem som används, vilka är *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) och *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Vidare konstateras att socialtjänstlagen använder benämningarna missbruk och missbrukare, men att det saknas en definition av

dessa benämningar. Vi har valt att använda de begrepp och definitioner som finns i ICD-10, vilka är skadligt bruk och beroende. I kapitel 9 skriver vi mer om de begreppen.

Med psykiatrisk diagnos avses enligt direktiven de diagnoser som klassificeras som psykiatriska diagnoser enligt ICD och DSM. Som exempel på psykiatriska diagnoser nämns psykotiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, förstämningssyndrom, personlighetsstörningar och personlighetssyndrom. Med närliggande tillstånd avses sådana tillstånd som innebär allvarlig psykisk ohälsa men som inte uppfyller kraven på en diagnos i enlighet med ICD eller DSM.

Samsjuklighetsbegreppet är i den här utredningen alltså begränsat till skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska diagnoser eller närliggande tillstånd. Somatiska sjukdomar ingår därmed inte i definitionen av utredningens målgrupp. Däremot finns det en tydlig koppling mellan psykiatrisk och somatisk ohälsa (se avsnitt 4.4).

4.1.2 Psykiatriska diagnoser i diagnossystemet ICD

De diagnoser som ingår i utredningens målgrupp är alltså psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. I diagnossystemet ICD-10 ingår dessa i F-kapitlet, där avsnitt F1 omfattar skadligt bruk (suffix. 1) och beroende (suffix. 2) av alkohol och samtliga narkotiska substanser (opioider, cannabis, kokain, amfetamin, lösningsmedel, hallucinogener och sedativa läkemedel där exempelvis bensodiazepiner ingår).

Därtill ingår egentligen också tobak, men trots de svåra hälsoriskerna som är förenade med nikotinberoende är det ovanligt att det inkluderas i dessa sammanhang. Däremot kan det vara värt att betona att beroende av läkemedel, som till exempel opioidinnehållande smärtstillande, ångestlindrande och sömngivande preparat eller centralstimulerande läkemedel, sorterar under respektive substansgrupp oberoende av om substansen utgör en illegal drog, ett förskrivet läkemedel eller bådadera.

Spelberoende och problematisk användning av dopningsmedel sorterar under andra avsnitt i ICD-10, men ingår i samsjuklighetsbegreppet. Däremot finns det begränsat med studier som beskriver åtgärder när det gäller dopning, och det ingår inte i de nationella rikt-

linjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende[1]. Det finns även begränsat med studier om åtgärder vid skadligt bruk och beroende av flera olika substanser samtidigt, och inte heller det ingår i de nationella riktlinjerna.

Vanligt förekommande samtidiga andra psykiatriska diagnoser inkluderar bland annat affektiva sjukdomar (avsnitt F3), sjukdomar relaterade till ångest, fobier, kris- och stressreaktioner, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom (avsnitt F4), samt det avsnitt där bland annat personlighetssyndrom ingår (F6). Psykossjukdomar (avsnitt F2) är också en grupp där det är känt att samsjukligheten med beroende är hög. Psykossjukdomar är mindre vanligt totalt sett, men en sådan kombination av tillstånd kan ha en mycket stor påverkan på funktionsnivå och livskvalitet. Även neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, framför allt adhd (i avsnitt F9), är vanligt förekommande samtidigt med skadligt bruk och beroende, och bland kvinnor är ätstörningar (i avsnitt F5) inte ovanligt.

4.1.3 Det finns överlappande förklaringar till samsjuklighet

De olika psykiatriska tillstånden kan hänga ihop och påverka varandra på olika sätt. Kombinationen substansberoende och annan psykisk sjukdom påverkar förloppet av såväl beroende som psykisk sjukdom med ökad risk för försämring och upprepade återfall i båda tillstånden. De olika tillstånden kan förstärka varandra på olika sätt – psykisk ohälsa kan innebära ökad risk för högre konsumtionsnivåer och mer riskabelt bruk av substanser, och på motsvarande sätt kan substansbruk öka risken för psykisk ohälsa.

The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) beskriver fyra olika överlappande förklaringar till samsjuklighet:

1. tillstånden förekommer oberoende av varandra (men kan ha orsakats av samma bakomliggande faktorer),
2. det skadliga bruket eller beroendet orsakas av det andra psykiatriska tillståndet (till exempel som en form av ”självmedicinering” för att hantera problem),

[1] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.

3. det skadliga bruket eller beroendet leder till att ett annat långvarigt psykiatriskt tillstånd utvecklas och sedan fortgår oberoende av substansbruket, och
4. rus eller abstinens utlöser tillfälliga psykiatriska tillstånd[2].

4.2 Hur vanligt är bruk, skadligt bruk, beroende och psykisk ohälsa i befolkningen i Sverige?

I det här avsnittet beskriver vi förekomsten av bruk, skadligt bruk, beroende och olika former av psykisk ohälsa enligt olika undersökningar. Det inkluderar både befolkningsundersökningar och undersökningar bland personer som har fått vård inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst, och såväl självrapporterade uppgifter om olika tillstånd som diagnoser satta av hälso- och sjukvården.

Generellt finns det begränsat med undersökningar som beskriver förekomsten av psykiatriska diagnoser i befolkningen i Sverige. De svenska befolkningsundersökningar som finns beskriver oftare förekomsten av självrapporterade ohälsosamma levnadsvanor och psykiska besvär, medan uppgifter om diagnoser oftare baseras på antalet personer som har fått insatser inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

Båda typerna av undersökningar är behäftade med olika felkällor och problem. Befolkningsundersökningar har till exempel ofta ett bortfall och kan ha svårt att nå personer som ingår i den här utredningens målgrupp. Ett problem med uppgifter som baseras på antalet personer som har fått insatser inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten är att det inte nödvändigtvis speglar hur många som faktiskt har behov av insatser, utan också påverkas av prioriteringar i vården och av hur många man lyckas nå.

Nedan redovisar vi uppgifter uppdelat på alkohol, narkotika, spel och dopningsmedel, men i praktiken finns det ett överlapp mellan de olika siffror vi beskriver.

[2] EMCDDA 2016, Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. (Perspectives on drugs).

4.2.1 Alkohol

Riskbruk

Enligt den nationella folkhälsoenkäten var det år 2020 16 procent av befolkningen 16–84 år som hade en riskkonsumtion av alkohol. Med riskkonsumtion menas i det här fallet en konsumtion av alkohol som ökar risken för alkoholrelaterade skador och sjukdomar. Det mäts genom screeningtestet AUDIT-C, som består av tre frågor: hur ofta man dricker, hur mycket man dricker och hur ofta man dricker mer än sex glas vid ett och samma tillfälle. Andelen med riskbruk var högre bland män (20 procent) än bland kvinnor (12 procent), och högre i åldersgrupperna 16–29 år och 45–64 år än i övriga åldersgrupper.[3]

Skadligt bruk eller beroende

Det finns inga uppgifter om hur stor andel av befolkningen som har ett skadligt bruk av alkohol, men däremot om andelen med ett alkoholberoende. De senaste uppgifterna är från undersökningen *Vanor och konsekvenser* som genomfördes av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2017. Enligt den undersökningen hade 4,8 procent av männen och 3,1 procent av kvinnorna i åldern 17–84 år ett alkoholberoende enligt DSM-IV. Andelen med beroende är högst i åldersgruppen 17–29 år (7,1 respektive 7,7 procent), och minskar sedan med ökande ålder, och är 2,5 respektive 1,3 procent i åldersgruppen 65–84 år.[4] År 2019 var det omkring 13 500 kvinnor och 27 000 män 15 år och äldre som vårdades i slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon alkoholrelaterad diagnos. Beroende var den vanligaste diagnosen.[5]

[3] Folkhälsomyndigheten 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/levnadsvanor/alkohol-riskkonsumtion/, hämtad 2021-10-15.
[4] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2018, Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. Erica Sundin, Jonas Landberg & Mats Ramstedt. Rapport 174.
[5] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.

Bruk, skadligt bruk och beroende bland barn och unga

Alkoholkonsumtionen hos unga har stadigt minskat sedan år 2000.[6] Enligt CAN:s undersökning om skolelevers drogvanor 2020 var 48 procent av flickorna och 38 procent av pojkarna i årskurs nio alkoholkonsumenter (druckit alkohol någon gång de senaste 12 månaderna), och omkring 8 procent av flickorna och pojkarna hade intensivkonsumerat alkohol (druckit stora mängder vid ett och samma tillfälle) minst en gång i månaden.[7] Motsvarande siffror för elever i gymnasiets årskurs två var 71 respektive 67 procent, samt 17 respektive 22 procent[8], men gäller för år 2019[9]. Det finns få studier som beskriver förekomsten av diagnosticerat skadligt bruk eller beroende hos barn och unga, men preliminära data från en pågående svensk epidemiologisk studie pekar på att omkring 9 procent av ungdomarna i åldern 18 år har ett beroende av alkohol och att 4 procent har ett skadligt bruk.[10]

4.2.2 Narkotika

Bruk

I den nationella folkhälsoenkäten 2020 var det 3 procent av befolkningen 16–84 år som uppgav att de använt cannabis under det senaste året. Andelen var högre bland män (4 procent) än bland kvinnor (1,9 procent). Sammanlagt 1,4 procent hade använt någon annan narkotika (till exempel amfetamin, kokain, heroin, ecstacy eller LSD) det senaste året och 0,3 procent den senaste månaden. Ungefär lika många hade använt receptbelagda mediciner (narkotikaklassade läkemedel som till exempel tramadol eller bensodiazepiner) på annat sätt än läkare ordinerat senaste året och senaste månaden[11]. I CAN:s frågeundersökning 2017 var det 8,6 procent av befolkningen 17–84 år som uppgav att de använt narkotika de senaste 12 månaderna. Som narkotika

[6] Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning CAN 2020, Ung i en tid med minskat drickande – Metod och de första resultaten från Futura01.
[7] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2020, Skolelevers drogvanor 2020. CAN rapport 197.
[8] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2019, Skolelevers drogvanor 2019. CAN rapport 187.
[9] Eftersom gymnasieeleverna hade distansundervisning 2020 genomfördes ingen undersökning då.
[10] Gerdner, Arne & Håkansson, Anders C. 2021. Epidemiology of adolescent mental health disorders in a Swedish community sample. (Manuskript under arbete).
[11] Uppgifter hämtade från Folkhälsodata 2021-10-19.

räknades då även icke-förskriven användning av narkotikaklassade läkemedel. Närmare 3 procent uppgav att de använt narkotika under senaste 30 dagarna.[12] I en annan rapport från CAN framkommer att det finns socioekonomiska skillnader i narkotikaanvändning. Bland personer i åldern 25–64 år som svarat på en enkätundersökning var det en högre andel som använt narkotika det senaste året i gruppen med lägre socioekonomisk position. Personer med lägre socioekonomisk position använde också narkotika oftare än personer med högre socioekonomisk position.[13] En tidigare studie från Folkhälsomyndigheten har också visat att narkotikaerfarenhet var vanligare bland personer som var arbetslösa, hade ekonomiska problem, var bostadslösa och med svagt socialt nätverk.[14]

Skadligt bruk eller beroende

I den undersökning som genomfördes av CAN 2017 hade 1,8 procent av befolkningen 17–84 år någon form av substansbrukssyndrom (enligt kriterierna i DSM-5) som orsakats av konsumtion av narkotikaklassade preparat eller läkemedel[15], vilket motsvarar ungefär 150 000 personer. Enligt den senast tillgängliga skattningen baserat på registerdata från patientregistret och kriminalvården, som genomfördes av Folkhälsomyndigheten år 2007, fanns det 29 500 personer som beskrevs som problematiska narkotikaanvändare. Det motsvarade drygt 20 procent av alla de personer som i en samtidig befolkningsundersökning regelbundet använde någon form av narkotika eller receptbelagda läkemedel utan läkares ordination. Myndigheten drar slutsatsen att det finns en stor grupp personer vars regelbundna narkotikabruk inte leder till att de hamnar i sjukvården eller kriminalvården.[16]

Av tabell 4.1 nedan framgår hur många personer 15 år och äldre som vårdades för olika substansrelaterade diagnoser (med undantag

[12] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2018, Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. Erica Sundin, Jonas Landberg & Mats Ramstedt. Rapport 174.
[13] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2021, Socioekonomiska skillnader i narkotikaanvändning bland vuxna i Sverige. Rapport 198.
[14] Statens folkhälsoinstitut 2010, Narkotikabruket i Sverige.
[15] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning- CAN 2018, Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. Erica Sundin, Jonas Landberg & Mats Ramstedt. Rapport 174.
[16] Statens folkhälsoinstitut 2010, Narkotikabruket i Sverige.

för alkohol) i hälso- och sjukvården 2019. Vanligast var flera substanser i kombination. Vilka diagnoser det handlar om varierar mellan de olika substanserna. För opioider utgjorde beroende mer än 70 procent av diagnoserna, medan det för cannabis var vanligare med skadligt bruk (46 procent). För hallucinogener och sedativa/hypnotika var det vanligast med akut intoxikation, 51 respektive 38 procent. För kokain och för andra stimulantia var det ungefär lika vanligt med de olika diagnoserna.[17]

Tabell 4.1 Antal individer med olika substansrelaterade diagnoser i patientregistret 2019

	Totalt	Kvinnor	Män
Flera substanser i kombination och andra psykoaktiva substanser (F19)	17 883	5 422	12 461
Opioider (F11)	9 705	3 196	6 509
Sedativa/hypnotika (F13)	5 915	2 674	3 241
Cannabis (F12)	5 694	1 304	4 390
Annan stimulantia (F15)	3 083	945	2 138
Kokain (F14)	1 049	218	831
Hallucinogener (F16)	375	116	259
Flyktiga lösningsmedel (F18)	139	51	88

Egen redigering av tabell i Socialstyrelsen 2021, *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.*

Bruk, skadligt bruk och beroende bland barn och unga

Enligt CAN:s undersökning om skolelevers drogvanor 2020 hade 6 procent av flickorna och 9 procent av pojkarna i årskurs nio någon gång använt narkotika, och omkring 1 procent använt narkotika 21 gånger eller mer. Det absolut vanligaste preparatet är cannabis.[18] Motsvarande siffror 2019 för elever i gymnasiets årskurs två var 13 respektive 19 procent som någon gång använt narkotika, samt 3 procent som använt det 21 gånger eller mer.[19] Enligt den pågående svenska

[17] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.
[18] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2020, Skolelevers drogvanor 2020. CAN rapport 197.
[19] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2019, Skolelevers drogvanor 2019. CAN rapport 187.

epidemiologisk studien pekar preliminära resultat på att 1,2 procent av ungdomarna i åldern 18 år har ett beroende av cannabis och 0,2 procent ett skadligt bruk. För andra substanser är motsvarande siffror 0,6 respektive 0,4 procent.[20]

4.2.3 Spel om pengar

Även spelberoende har ett samband med andra psykiatriska tillstånd som substansberoende, depression, ångest, adhd, antisocial personlighetsstörning och tvångssyndrom, och personer med spelberoende och samtidig annan psykiatrisk diagnos kan generellt ha sämre hälsa än de som enbart har ett spelberoende.[21] Enligt Socialstyrelsen har 35 procent av dem som fått vård för spelberoende också fått behandling för något annat psykiatriskt tillstånd.[22]

Enligt Folkhälsomyndighetens undersökning *Sweglogs* 2018 hade drygt fyra procent av befolkningen 16–84 år någon form av spelproblem eller risk för spelproblem. Omkring 3 procent hade viss risk för spelproblem, 0,7 procent förhöjd risk och 0,6 procent var problemspelare.[23] Med spelproblem menas att ha svårt att kontrollera sitt spelande trots uppenbara negativa konsekvenser för ekonomi, välbefinnande och relationer.[24]

Socialstyrelsen beskriver utifrån data från Folkhälsomyndigheten att spelproblem är mindre vanligt bland personer med hög utbildning och bland höginkomsttagare, och att det finns ett samband mellan riskabla spelvanor, låg socioekonomisk status, att tillhöra en etnisk minoritet och föräldrarnas spelvanor.[25]

I CAN:s undersökning om Skolelevers drogvanor 2019 var det 22 procent av pojkarna och 8 procent av flickorna i årskurs nio som uppgav att de hade spelat om pengar.[26]

---

[20] Gerdner, Arne & Håkansson, Anders C. 2021. Epidemiology of adolescent mental health disorders in a Swedish community sample. (Manuskript under arbete).
[21] Socialstyrelsen 2018, Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
[22] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.
[23] Folkhälsomyndigheten 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/spelprevention/ statistik/spel problem/ hämtad 2021-10-27.
[24] Folkhälsomyndigheten använder PGSI (Problem Gambling Severity Index) i Swelogs.
[25] Socialstyrelsen 2018, Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
[26] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2020, Skolelevers drogvanor 2020. CAN rapport 197.

I den psykiatriska diagnosmanualen DSM-V finns diagnosen Hasardspelsyndrom, som kan sägas avse den grupp som har störst problem på grund av sitt spelande[27], och i diagnossystemet ICD finns som vi beskrivit tidigare diagnosen Spelberoende. År 2019 var det 779 personer i åldern 15 år och uppåt som vårdades för diagnosen spelberoende enligt uppgifter i patientregistret[28].

I och med WHO:s senaste uppdatering av diagnossystemet ICD (ICD-11) har problematisk användning av dataspel (*gaming disorder*) blivit en fullvärdig diagnos. Men ICD-11 är ännu inte implementerat i Sverige, och problem med dataspel ingår inte heller på ett tydligt sätt i riktlinjer eller andra styrdokument för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Däremot erbjuds vård för sådana tillstånd på vissa platser i landet. Exempelvis finns en mottagning för Spelberoende och skärmhälsa på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

4.2.4 Dopningsmedel

Ungefär 1 procent av männen och mindre än 0,5 procent av kvinnorna i Sverige har någon gång provat anabola androgena steroider (AAS)[29]. Problematisk användning av dopningsmedel, ofta omfattande AAS, utgör också ett tillstånd som har karaktären av skadligt bruk eller beroende, och som studeras vetenskapligt utifrån liknande problemställningar som för andra skadliga substanser. Däremot har det traditionellt inte sorterat under alkohol- och drogavsnittet i ICD-10. De relativt få diagnoser som sätts i svensk hälso- och sjukvård brukar sortera under F55 (”missbruk av substanser som ej är beroendeframkallande”). Under den diagnoskoden nämns i korthet steroider och hormoner som exempel. Den kliniska psykiatriska forskningen på området är begränsad, men tillstånd som tros vara överrepresenterade hos personer som är beroende av AAS är enligt amerikanska studier uppförandestörning och *body dysmorphic disorder*, förutom

[27] Socialstyrelsen 2018, Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
[28] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.
[29] Folkhälsomyndigheten 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/bruk/dopningsmedel-och-dess-anvandning/, hämtad 2021-10-27.

samsjuklighet med annat substansberoende[30]. Det saknas i stor utsträckning motsvarande data i Sverige, men gruppen har ofta en svår psykosocial bakgrund, troligen delvis jämförbar med personer med andra svåra beroendetillstånd[31].

4.2.5 Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa kan ses som ett samlingsbegrepp för både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykiatriska tillstånd är psykisk ohälsa där kraven för en psykiatrisk diagnos är uppfyllda, medan psykiska besvär innebär att man inte uppfyller diagnostiska kriterier. Det handlar ofta om normala reaktioner på påfrestningar i livet, och varierar mellan mildare eller svårare besvär, som pågår under olika långa perioder och som i olika grad påverkar förmågan att klara vardagsfunktioner. Psykiatriska tillstånd kan i sin tur delas upp i psykiska sjukdomar och syndrom (som kan debutera när som helst under livet) och i utvecklingsrelaterade psykiska funktionsavvikelser (som debuterar i barndomen).[32] Det var 41 procent av befolkningen 16–84 år som i den nationella folkhälsoenkäten 2020 uppgav att de har psykiska besvär, vilket inkluderade ängslan, oro eller ångest. Sådana besvär var vanligare bland kvinnor (49 procent) än bland män (33 procent). Totalt 6 procent uppgav att besvären var svåra. I samma undersökning var det 7 procent av männen och 8 procent av kvinnorna som bedömdes ha en allvarlig psykisk påfrestning, vilket kan indikera att man har ett psykiatriskt tillstånd.[33] År 2020 vårdades 5,2 procent av befolkningen 18 år och äldre inom specialistpsykiatrin[34], och 6,1 procent av barn och unga 0–17 år var aktuella inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)[35].

[30] Kanayama G., Hudson JI., Pope Jr HG. Features of men with anabolic-androgenic steroid dependence: a comparison with nondependent AAS users and with AAS nonusers. Drug Alcohol Depend 2009;102:130-7.
[31] Skårberg K., Engström I. Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment. Subst Abuse Treat Prev Policy 2007;2:20.
[32] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges kommuner och regioner, Begrepp inom området psykisk hälsa. Version 2020.
[33] Folkhälsomyndigheten 2021, www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/, hämtad 2021-10-18.
[34] Uppdrag psykisk hälsa, Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2020.
[35] Uppdrag psykisk hälsa, Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020.

4.2.6 Psykisk funktionsnedsättning

En psykisk funktionsnedsättning kan beskrivas som väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, där svårigheterna har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid, och är en konsekvens av en eller flera psykiatriska diagnoser[36]. Enligt den definition som togs fram av Nationell psykiatrisamordning 2005 ingick inte ”missbruk/beroende av alkohol eller andra droger” som en diagnos som kan ge konsekvensen psykisk funktionsnedsättning. Sedan den definitionen togs fram har dock kunskapen om beroende som en sjukdom ökat[37], och både diagnosen skadligt bruk och diagnosen beroende har länge funnits med bland psykiatriska diagnoser i det diagnossystem som används inom hälso- och sjukvården. Det är därför svårt att hitta argument för att utesluta dessa diagnoser bland sådana som kan leda till en psykisk funktionsnedsättning. Däremot är det inte så att alla personer med skadligt bruk eller beroende har en funktionsnedsättning. Det handlar, liksom när det gäller andra diagnoser, om att det psykiatriska tillståndet påverkat förmågan att utföra aktiviteter och interagera med andra människor. Ofta är det de sociala konsekvenserna av att ha levt med ett beroende under lång tid i kombination med substansernas påverkan på hjärnan som tillsammans orsakar funktionsnedsättningen.

4.3 Hur vanligt är samsjuklighet?

Förekomsten av samsjuklighet varierar bland annat beroende på om man undersöker förekomsten i befolkningen eller bland personer som vårdats inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst, och om man studerar de senaste 12 månaderna eller förekomst över hela livet. Generellt sett är förekomsten större sett över hela livet än under de senaste 12 månaderna, och större hos dem som har kontakt med vården än i befolkningen generellt.

[36] Se Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning, Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. I rapporten används begreppet ”funktionshinder”. I dag rekommenderas i stället begreppet ”funktionsnedsättning”. Med funktionshinder menas numera den begränsning som en funktionsnedsättning innebär för en person i relation till omgivningen, se Socialstyrelsens termbank, https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=818&SrcLang=sv, hämtad 2021-04-15.

[37] Se till exempel Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D. et al. Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. Neuropsychopharmacol. 46, 1715–1723 (2021). https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y.

Förekomsten varierar också mellan olika substanser, och för olika psykiatriska diagnoser. Generellt är samsjukligheten lägre vid skadligt bruk eller beroende av alkohol jämfört med narkotika, och lägre för cannabis än för opiater/opioider[38]. En pågående svensk registerstudie visar också skillnader i förekomst av andra psykiatriska diagnoser mellan personer som vårdats för beroende av alkohol, amfetamin respektive opioider.[39] Skillnaden kan bero på att benägenheten att använda en viss substans varierar med psykiatrisk grundsjuklighet, att de olika substanserna leder till olika typer av psykiatriska komplikationer men också att de olika substanserna är förenade med olika sannolikhet att fångas i registerstudier. Till exempel är cannabis den substans som störst andel i befolkningen uppger sig ha provat, samtidigt som diagnoser kopplade till cannabis är mindre vanliga i patientregistret jämfört med opioiddiagnoser.

Det är vanligare att personer med skadligt bruk eller beroende också har andra psykiatriska diagnoser, än att personer med andra psykiatriska diagnoser har ett skadligt bruk eller beroende.

4.3.1 Samsjuklighet enligt hälsodataregister

En kartläggning genomförd av Socialstyrelsen visade att omkring 52 000 personer 10 år och äldre (varav omkring 1 800 var under 18 år) vårdades i hälso- och sjukvården för intag av beroendeframkallande substanser 2017. Det motsvarade 0,6 procent av befolkningen. Av dessa 52 000 hade 64 procent av kvinnorna och 52 procent av männen också vårdats för en eller flera andra psykiatriska diagnoser 2016–2018. Vanligt förekommande diagnoser var depressioner, ångestsyndrom och adhd samt personlighetssyndrom (personlighetsstörning)

[38] Regier, DA., Farmer, ME., Rae DS., Locke, BZ., Keith, SJ., Judd LL., Goodwin, FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA 1990;264:2511-8; Grant BF., 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(8):807–16; Grant et al, Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III, JAMA Psychiatry. 2015;72(8):757-766. doi:10.1001/ jama psychiatry.2015.0584; Hasin, D., Kerridge, B., Saha T. m.fl. Prevalence and Correlates of DSM-5 Cannabis Use Disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III AmJ Psychiatry 2016; 173:588–599; doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15070907.

[39] Personlig kommunikation med Anders Håkansson i utredningens vetenskapliga referensgrupp.

bland unga kvinnor.[40] I stort sett samma siffror gällde för en kartläggning 2018.[41] Uppgifterna i båda kartläggningarna baseras på inrapporterade diagnoser i patientregistret, vilket innebär att det saknas uppgifter om personer som enbart har fått vård inom primärvården. Dessutom saknas uppgifter om vård som utförs av andra yrkesgrupper än läkare.

4.3.2 Samsjuklighet bland socialtjänstens klienter

Socialstyrelsens senare kartläggning inkluderar även uppgifter från socialtjänsten, som visar att ungefär 50 procent av dem som söker stöd hos socialtjänsten för missbruksrelaterade problem någon gång har fått sluten psykiatrisk vård och 30 procent öppen psykiatrisk vård, utöver insatserna för missbruk.[42] Socialstyrelsen har också konstaterat att antalet personer med omfattande missbruk och psykisk ohälsa har ökat inom socialtjänsten.[43]

För vuxna personer som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, på något av Statens institutionsstyrelses (SiS) LVM-hem, och för barn och unga som är placerade på SiS särskilda ungdomshem, finns uppgifter som beskriver förekomsten av psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser. Uppgifter om de personer som skrevs in på SiS LVM-hem 2019 tyder på en betydande psykisk ohälsa. Nästan 80 procent hade upplevt sömn- eller koncentrationssvårigheter de senaste sex månaderna. En fjärdedel hade upplevt hallucinationer eller tvångstankar under samma tidsperiod. Nästan hälften hade någon gång utretts för adhd. Drygt en tredjedel har tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och nästan två tredjedelar har erfarenhet av frivillig psykiatrisk vård.[44] I den vetenskapliga bilagan till *Missbruksutredningen* 2011 redovisades sammanställningar av sex olika studier med psykiatriska diagnosdata för

[40] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. 2019-11-6481.
[41] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. 2021-4-7277.
[42] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. 2021-4-7277.
[43] Socialstyrelsen 2017, Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport.
[44] Statens institutionsstyrelse – SiS 2020, Personer intagna på SiS LVM-hem 2019. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus nr 3 2020.

LVM-intagna. Andelen med psykiatrisk sjukdom varierade mellan 59 och 82 procent, och andelarna med personlighetsstörning varierade mellan 38 och 76 procent. Andelen med någon av dessa (sjukdom eller personlighetsstörning) varierade mellan 72 och 84 procent.[45]

Omkring 70 procent av ungdomarna på SiS särskilda ungdomshem är placerade på grund av missbruk. Många ungdomar uppger en psykiatrisk problematik. Månaden före intagning på SiS-institution hade bland annat 24 procent upplevt svår depression, 36 procent svår oro/spänning, 11 procent självmordstankar, 6 procent självmordsförsök och 14 procent hallucinationer.[46] Socialstyrelsen har också i en undersökning av SiS särskilda ungdomshem visat att mer än 70 procent av barnen och de unga hade minst en psykiatrisk diagnos (inklusive skadligt bruk eller beroende), 45 procent hade minst två och 20 procent hade minst tre samtidiga diagnoser. Den vanligaste diagnosen var adhd. Hos pojkar var den näst vanligaste diagnosen missbruk, följt av uppförandestörning och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var PTSD, följt av autismspektrumtillstånd och missbruk. Omkring 40 procent hade varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna, vanligast var självmords- respektive självskadebeteende och panikattacker.[47]

4.3.3 Samsjuklighet i vetenskapliga studier

Vi har också gjort en översiktlig genomgång av vetenskapliga studier inom området, som beskriver förekomsten av psykiatriska diagnoser hos personer med skadligt bruk eller beroende, och förekomsten av skadligt bruk eller beroende hos personer med andra psykiatriska diagnoser.

[45] Gerdner, A. & Berglund, M. (2011). Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet. I: Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens Forskningsbilaga. Missbruksutredningen (SOU 2011:6), Stockholm: Socialdepartementet, s. 653–770.
[46] Statens institutionsstyrelse – SiS 2019, Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2018. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus nr 2 2019.
[47] Socialstyrelsen 2019, Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård.

Förekomst av andra psykiatriska diagnoser hos personer med skadligt bruk eller beroende

Som framgår av tabell 4.2 är det stor variation i förekomsten av samsjuklighet, beroende på substans, diagnos och tidsperiod. Tabellen redovisar förekomsten i kliniska populationer, det vill säga personer som är eller har varit i kontakt med hälso- och sjukvården. För befolkningen generellt ser siffrorna annorlunda ut. Där finns dock inte lika många studier. En tysk befolkningsstudie har visat att 42 procent av dem med alkoholdiagnos hade minst en annan psykiatrisk diagnos de senaste 12 månaderna, och bland dem med någon narkotikadiagnos var motsvarande siffra 55 procent[48]. I en dansk studie hade 50 procent med alkoholdiagnos en annan psykiatrisk diagnos någon gång i livet[49]. Av dessa hade 24 procent personlighetsstörning, 18 procent affektiv sjukdom, 8 procent psykossjukdom och 7 procent ångestsjukdom. I en stor översikt hade 44 procent av de personer som någon gång haft en alkoholdiagnos också haft en annan psykiatrisk diagnos någon gång i livet[50].

Förekomst av skadligt bruk eller beroende hos personer med andra psykiatriska diagnoser

Om utgångspunkten är den omvända, det vill säga förekomsten av skadligt bruk eller beroende hos personer med andra psykiatriska diagnoser, visar EMCCDDA 2013 och *National Comorbidity Survey* (NCS) 2015 att ungefär hälften av alla personer med psykiatriska diagnoser kommer att utveckla skadligt bruk eller beroende någon gång under livet.

En dansk registerstudie från 2016 med drygt 460 000 patienter undersökte livstidsprevalensen av någon form av alkohol- eller narkotikadiagnos och fann 37 procent vid schizofreni, 35 procent vid schizotypal sjukdom, 28 procent för andra psykoser, 32 procent vid bipolär

[48] Jacobi el al. 2004. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health interview and Examination Survey (GHS) Psychol Med 34(4): 597–611.
[49] Flensborg-Madsen et al. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study. Comprehensive Psychiatry 50 (2009) 307–314.
[50] Glantz, M. Meyer et al. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys: Addictive Behaviors Volume 102, March 2020, 106128.

sjukdom, 25 procent vid depression, 25 procent för ångest, 11 procent för tvångssjukdom (OCD), 17 procent för PTSD och 46 procent för personlighetsstörningar. Alkoholdiagnos var den dominerade missbruksdiagnosen vid alla psykiatriska sjukdomskategorier (25 procent av alla inkluderade patienter).[51]

I en översikt av 56 studier från 2016 om bipolär sjukdom med samtidiga alkohol- och narkotikadiagnoser i klinik (öppen och sluten vård) var de vanligaste missbruksdiagnoserna relaterade till alkohol (42 procent) och cannabis (20 procent), följt av kokain, amfetamin och opiater.[52]

[51] Toftdahl NG., Nordentoft M, Hjorthoj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016;51(1):129–40.
[52] Hunt GE., Malhi GS., Cleary M, Lai HM, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2016;206:331–49.

Tabell 4.2 Förekomst av andra psykiatriska diagnoser hos personer med skadligt bruk eller beroende i kliniska studier

	Senaste 12 månaderna					Någon gång i livet		
	Alkohol	Någon narkotika	Cannabis	Opioider	Spel	Någon narkotika	Opioider	Spel
Någon annan psykiatrisk diagnos			49 %		58 %		49 %	73%
Depression/affektiv sjukdom	41 % 43 %	60 %	21 %	11 % 27 %	22 %		55 %	33 % 50 %
Ångestsjukdom	33 % 44 %	43 %	22 %	18 % 27 %	29 %		26 %	34 % 41 %
Personlighetsstörning	40 %	70 %	11 %			56 %	57 %	23 %
Psykossjukdom			7 %					
Adhd/neuropsykiatriska tillstånd			13 %	10 %	12 %	23 %		

Källor: Rehm et al. 2015, Grant et al. 2004, Uchtenhagen AA 2015, Walter M. 2015, van Emmerik & van Oortmerssen 2012, Petri et al. 2005, Håkansson et al. 2018, Håkansson et al. 2017, Christiansen & Bretteville-Jensen 2018.

Samsjuklighet innebär ofta ett sämre hälsotillstånd, framför allt om vården inte samordnas. Jämfört med personer med endast ett tillstånd uppvisar personer med samsjuklighet en svårare sjukdom, ökad risk för följdsjukdomar, högre förekomst av riskfyllt beteende, kriminalitet samt sociala problem som exempelvis ensamhet, ökad familjebörda, arbetslöshet och hemlöshet.[53] Samsjuklighet innebär också en ökad risk för dålig följsamhet eller avhopp från behandling och sämre behandlingsresultat.[54] Det finns dock begränsat med uppgifter om hälsa och sociala förhållanden som specifikt avser personer med samsjuklighet. Däremot finns det en relativt stor mängd data som beskriver sådana förhållanden hos personer med psykisk sjukdom, och uppgifter som gäller personer som fått vård för skadligt bruk och beroende men utan konstaterad samsjuklighet.

4.3.4 Somatisk ohälsa och överdödlighet

Både bland personer med skadligt bruk och beroende, och bland personer med andra psykiatriska tillstånd, finns en markant överdödlighet. När det gäller alkoholdiagnoser har en systematisk översikt funnit en mer än tre gånger förhöjd överdödlighet bland män, och mer än fyra gånger för kvinnor i kliniska populationer[55]. Personer med tungt narkotikamissbruk har 25–30 år kortare medellivslängd och personer som vårdas för psykossjukdom 15–30 år kortare medellivslängd än övriga befolkningen.[56] En 5-årsuppföljning av svårt störda missbrukare i psykiatrireformen fann att dödligheten var förhöjd för naturliga, psykiatriska och våldsamma dödsorsaker och för suicid.[57]

[53] EMCDDA 2016, Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. (Perspectives on drugs); Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.
[54] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6; Sullivan, LE., Fiellin, DA., O'Connor, PG. (2005) The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. Am J Med 118:330–41; Adamson, SJ., Sellman, JD., Frampton, CMA. (2009) Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. J Subst Abuse Treat 36: 75–86; Antai-Otong, D., Theis, K., Patrick, D. (2016) Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. Nurs Clin N Am 51 (2016) 237–247.
[55] Roerecke, M. & Rehm, J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. 2013, doi:10.1111/add.12231.
[56] Läkartidningen. 2018;115:E6AM.
[57] Öjehagen, A., Schaar, I. 2003. Mentally Ill Substance Abusers in Sweden. A 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities, in eds. Carrà, G. & Clerici, M. Dual diagnosis: Filling the gap. John Libbey Euorotext, Paris.

Dödligheten i diagnoser som stroke, diabetes och hjärtinfarkt är dubbelt så hög hos personer som någon gång har vårdats för psykossjukdom jämfört med övriga patienter. Sannolikt är en av orsakerna att personer med psykossjukdom mer sällan får adekvat behandling. Exempelvis behandlas personer som har vårdats för psykos och som har diabetes i mindre omfattning med blodfettssänkande läkemedel[58]. Samma förhållande gäller för personer med diabetes och samtidigt alkohol- och narkotikamissbruk, och liknande uppgifter om behandling av lägre kvalitet finns bland annat när det gäller stroke och hjärtsjukdom. Ojämlikheten i somatiska vårdinsatser gäller också personer som vårdats för depression, men där är skillnaderna mindre mellan gruppen och befolkningen i övrigt.[59.]

När det gäller opioidberoende finns ett tydligt samband med ökad risk för ohälsa. Bland annat ökar risken för infektionssjukdomar vid injektion av till exempel heroin med användande av orena verktyg. För personer i LARO-behandling (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) har vissa studier visat att så stor andel som 80–90 procent är rökare, och att en stor andel har sjukdomar som hypertoni, diabetes och astma eller kol[60]. En majoritet har hepatit C. Personer som injicerar droger är en särskilt riskutsatt grupp för att infekteras av hepatit C. Under 2019 rapporterades runt 1 400 fall med hepatit C-infektion i Sverige. Den vanligaste smittvägen var via injektion av droger med oren injektionsutrustning, vilket utgjorde omkring 75 procent av fallen med rapporterad smittväg.[61]

CAN har också undersökt hälsan hos personer i befolkningen 17–84 år som använder narkotika, det vill säga som inte behöver ha ett diagnosticerat skadligt bruk eller beroende eller ha varit i kontakt med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Undersökningen visar att de har sämre självskattad psykisk och fysisk hälsa jämfört med personer som inte använder narkotika, särskilt om de använt narkotika mer än 20 gånger det senaste året eller om de ofta använder narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination.[62]

[58] Uppgifterna avser uthämtade och inte förskrivna recept.
[59] Socialstyrelsen 2011, Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom.
[60] Läkartidningen 2016, https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/rapport/2016/10/egen-primarvard-for-patienter-med-substitutionsbehandling/.
[61] Folkhälsomyndigheten 2021, Den svenska narkotikasituationen 2020.
[62] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2021. Hur mår de som använder narkotika? – Hälsotillståndet hos personer i den vuxna befolkningen som använder narkotika. Fokusrapport 11.

Sexuell och reproduktiv hälsa är också ett viktigt område att uppmärksamma hos målgruppen, inte minst när det gäller flickor och unga kvinnor som är placerade utanför det egna hemmet. Till exempel har en rapport från Folkhälsomyndigheten pekat på skillnader i sexuell och reproduktiv hälsa mellan unga inom statlig institutionsvård jämfört med jämnåriga i den övriga befolkningen. Resultaten visade dessutom på stora hälsoskillnader mellan flickor och pojkar som vårdas inom SiS[63].

4.3.5 Dödlighet i alkohol- och narkotikaförgiftningar och suicid

År 2019 avled 351 individer i alkoholintoxikation, varav 114 var kvinnor och 257 var män. Andelen dödsfall orsakade av alkoholintoxikation minskar för män med samtliga utbildningsbakgrunder, men bland kvinnor syns ingen nedgång för dem med gymnasial utbildning och för kvinnor med högre utbildning är trenden relativt oförändrad över tid[64].

När det gäller dödsfall i narkotikaförgiftning är Sverige är ett av de länder som enligt den årliga statistiken från EMCDDA har högst antal narkotikarelaterade dödsfall per invånare. Det kan emellertid konstateras att antalet dödsfall är svåra att jämföra mellan länder bland annat på grund av hur data rapporteras och registreras.

Socialstyrelsen har med utgångspunkt från de dödsfall i narkotikaförgiftning som skedde i Sverige 2014 konstaterat att dödsfallen är mycket heterogena[65]. De inträffar i alla åldrar och drabbar både män och kvinnor. Bland dödsfallen finns både avsiktliga förgiftningar (suicid) och olycksfall (bland annat överdoser) samt dödsfall där det inte kunnat avgöras vad avsikten varit. En stor andel av de personer som avled i sådana förgiftningar 2014 hade inom en femårsperiod före dödsfallet vårdats i specialiserad sluten eller öppenvård för psykiatriska diagnoser[66]. Bland dödsfall som klassificerades som olycksfall var det vanligt att diagnosen varit relaterad till substansintag,

[63] Folkhälsomyndigheten 2018, Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård
[64] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.
[65] Socialstyrelsen, 2017. Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet.
[66] Socialstyrelsen 2016, Narkotikarelaterade dödsfall, En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den nationella statistiken.

medan förstämningssyndrom var vanligast bland dödsfall som klassificerades som avsiktliga förgiftningar.

De tre senaste åren har det skett en minskning av dödsfall i narkotikaförgiftning.[67] Men minskningen har endast skett bland män och har inte sin motsvarighet bland kvinnor, där ökningen i stället har fortsatt. Oavsiktliga förgiftningar är den vanligaste orsaken till dödsfall och 2019 var opioder involverade i 90 procent av de dödsfall där man vet vilken substans som orsakat dödsfallet[68]. Ungefär 70 procent av dödsfallen 2019 gällde män. I den gruppen var olycksfall den vanligaste typen, medan det bland kvinnor var lika vanligt med suicid som olycksfall.

I intervjuer genomförda i samband med LVM-vård uppger 45 procent av kvinnorna och 31 procent av männen att de någon gång försökt ta sitt liv.[69] I en behandlingsstudie i Malmö hade 32 procent av heroinberoende individer någon gång gjort ett suicidförsök.[70] Det finns också studier som visar att risken för suicid bland spelberoende är 15 gånger så hög som hos övriga befolkningen. Spelberoende är i svenska registerdata kopplat både till suicid och suicidförsök.[71] I en brittisk studie av patienter som sökte vård för spelberoende hade 46 procent aktuella suicidtankar vid söktillfället, 23 procent hade någon gång gjort ett suicidförsök, och 9 procent hade en suicidal planering vid söktillfället.[72]

[67] Folkhälsomyndigheten, Den svenska narkotikasituationen 2020.
[68] Folkhälsomyndigheten, Den svenska narkotikasituationen 2020.
[69] Statens institutionsstyrelse – SiS 2020, Personer intagna på SiS LVM-hem 2019. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus nr 3 2020.
[70] Bråbäck, M., Nilssson, S., Isendahl, P., Troberg, K, Brådvik, L., Håkansson, A. Malmö Treatment Referral and Intervention Study (MATRIS) – effective referral from syringe exchange to treatment for heroin dependence: a pilot randomized controlled trial. Addiction 2015;111:866-73.
[71] Karlsson & Håkansson, Gambling disorder, increased mortality, suicidality and associated comorbidity. A longitudinal nationwide register study, Journal of Behavioral Addictions publicerad online November 2018. Håkansson, A., Karlsson, A. Suicide attempt in patients with gambling disorder – associations with comorbidity including substance use disorders. Front Psychiatry 2020;11:593533.
[72] Ronzitti, S., Soldini, E., Smith N., Potenza, MN., Clerici, M., Bowden-Jone,s H. Current suicidal ideation in treatment-seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems. Addict Behav 2017;74:33–40.

4.3.6 Sociala förhållanden

Som vi har beskrivit varierar förekomsten av skadligt bruk och beroende, och av samsjuklighet, mellan olika grupper i befolkningen. Även konsekvenserna i form av ohälsa och livssituation skiljer sig mellan olika grupper. Det kan bland annat skilja sig mellan kvinnor och män, och mellan personer med olika sociala förhållanden. Vissa personers sociala situation kan vara stabil under lång tid, andras förändras på sikt genom sjukskrivning och relationer som påverkas negativt, och i vissa fall hamnar personen ganska snabbt i utanförskap, hemlöshet och kriminalitet.

I *Missbruksutredningen* framhålls att flertalet personer med riskbruk, missbruk eller beroende är socialt etablerade med arbete, bostad och familj. Samtidigt beskrivs att narkotikabruk är vanligare i psykosocialt utsatta grupper.[73] Studier har visat att personer med alkoholproblem som är i behandling är marginaliserade avseende boende, arbete och familjesituation jämfört med personer med alkoholproblem i befolkningen som inte är i behandling[74]. Motsvarande gäller sannolikt även för personer med narkotikaproblem eller samsjuklighet.

Det innebär att beskrivningar av personer som är i kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte behöver vara representativa för alla personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet. Det finns också begränsat med uppgifter om personer som är i kontakt med företagshälsovård och primärvård. Det är viktigt att betona att gruppen och livssituationen för personer med samsjuklighet inte är homogen, och att inte låta bilden bara fokusera på utsatthet och misslyckanden.

Sociala problem bland personer i missbruks-, beroende- och kriminalvård

I rapporten *Drogutvecklingen i Sverige 2019* beskriver CAN den senast genomförda kartläggningen av psykosociala förhållanden för personer med tungt missbruk. Den genomfördes 1998, och visade att 60 procent av personerna med tungt missbruk hade en obefintlig

[73] SOU 2011:35
[74] Storbjörk, J. & Room, R. (2008), The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? Addiction Research and Theory, Vol. 16, nr 1, s. 67–84.

anknytning till arbetsmarknaden, och att 26 procent saknade bostad. Enligt CAN finns inte någon senare sådan kartläggning.[75]

Däremot finns det studier från Stockholms län, som beskriver sociala förhållanden bland personer i behandling för alkohol- och drogproblem i (dåvarande) landstingets specialiserade beroendevård och personer som har fått insatser från socialtjänsten i ett urval kommuner och stadsdelar. Studierna visar att personer som huvudsakligen hade problem med droger i större utsträckning var lågutbildade, arbetslösa och bostadslösa och det var vanligare med kriminalitet jämfört med personer som vårdats för alkoholproblem.[76] Klienterna inom socialtjänstens missbruksvård saknade i hög utsträckning egen bostad (54 procent) och förvärvsarbete (85 procent), och cirka 70 procent hade högst två år i gymnasiet som högsta utbildning. Personer i heldygnsvård hade en mer otrygg situation beträffande boende och sysselsättning än personer i öppenvård, och sökte ofta stöd för praktisk hjälp i vardagen.[77]

Av de personer som skrevs in på SiS LVM-hem 2019 var i stort sett alla i en socialt utsatt situation. Omkring 15 procent var bostadslösa under halvåret före intagningen på SiS, 18 procent saknar grundskola, folkskola eller motsvarande och merparten av klienterna får sin försörjning genom stöd från socialtjänsten och ersättning från Försäkringskassan. En femtedel i den yngsta åldersgruppen (18–24 år) har huvudsakligen försörjt sig genom kriminalitet de senaste sex månaderna.[78]

Det är också en stor del av kriminalvårdens klienter som använder narkotika eller har ett skadligt bruk och beroende. Bland klienter som var inskrivna på anstalt den 1 oktober 2019 bedömdes 58 procent ha problem med någon form av missbruk under de senaste 12 månaderna före anstaltsvistelsen. En stor del av Kriminalvårdens klienter är dömda för narkotikabrott. Den 1 oktober 2019 var narko-

[75] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2019, Drogutvecklingen i Sverige 2019 – med fokus på narkotika. Rapport 180.
[76] SoRAD 2003, Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landsting 2000–2001. Av Jessica Palm och Jessica Storbjörk. SoRAD forskningsrapport nr 9 2003; SoRAD 2003, Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av klientgruppen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län 2001–2002. Av Antonia Eriksson, Jessica Palm och Jessica Storbjörk. SoRAD forskningsrapport nr. 15 2003.
[77] SoRAD 2003, Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av klientgruppen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län 2001–2002. Av Antonia Eriksson, Jessica Palm och Jessica Storbjörk. SoRAD forskningsrapport nr. 15 2003.
[78] Statens institutionsstyrelse – SiS 2020, Personer intagna på SiS LVM-hem 2019. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus nr 3 2020.

tikabrott det näst vanligaste huvudbrottet (27 procent) bland alla inskrivna på anstalt, och det vanligaste (34 procent) bland de som var nyintagna.[79]

Vissa grupper är särskilt utsatta

Vissa grupper med samsjuklighet befinner sig i en särskilt utsatt situation. För personer som saknar uppehållstillstånd finns särskilda problem, då de har rätt till vård som inte kan anstå men inte motsvarande socialtjänstinsatser. Amerikanska epidemiologiska data visar att samsjukligheten i PTSD och beroende är hög[80], och personer med samsjuklighet kan ha behov av traumavårdsinsatser. För vissa grupper som till exempel migranter och personer som utsatts för våld är risken att drabbas av PTSD särskilt hög.

Kvinnor med samsjuklighet befinner sig många gånger i en utsatt situation som ökar risken för att utsättas för våld. Oftast är förövaren en partner eller före detta partner.[81] Samtidigt tycks de ha svårare än andra våldsutsatta att få stöd och hjälp. Studier visar att risken för kvinnor och flickor med skadligt bruk och beroende att drabbas av fysiskt och sexuellt våld är högre än hos befolkningen i övrigt. I en svensk enkätstudie av 103 kvinnor från olika verksamheter i Stockholm, Göteborg och Malmö som vände sig till missbrukande kvinnor hade 75 procent av de tillfrågade under de senaste två åren varit utsatta för fysiskt våld, sexuellt våld eller psykiska övergrepp från en manlig förövare.[82]

Det förefaller som kopplingen mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende är starkare hos kvinnor än hos män. En omständighet som tyder på det är att det är vanligare bland kvinnor att orsaken till dödsfall på grund av förgiftning av narkotikaklassade substanser klassificeras som avsiktlig eller oklar. Det är också en större andel bland kvinnor (65 procent) än bland män (52 procent) som fått vård på grund av skadligt bruk och beroende som också har fått vård för minst en annan psykiatrisk diagnos. Det finns också uppgifter som visar att det är vanligare att kvinnor har kontakt med psykiatrin, fler

[79] Kriminalvården 2020, Kriminalvård och Statistik 2019.
[80] Psykologförbundet, Psykologtidningen nr 10 2014.
[81] Socialstyrelsen 2011, Skylla sig själv, Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem
[82] Holmberg, Smirthwaite, & Nilsson 2005, Mäns våld mot missbrukande kvinnor – ett kvinnofridsbrott bland andra.

problem med psykisk hälsa, familj och sociala relationer, medan det är vanligare med finansiella problem och kriminalitet bland män[83]. I studien från Stockholms län var det en högre andel kvinnor än män som uppgav att det inte fanns någon som kunde ta hand om deras barn som anledning till att inte ha sökt vård tidigare, och en fjärdedel av kvinnorna i åldern 35–49 år hade inte sökt vård på grund av rädsla att förlora vårdnaden om sina barn.[84]

4.4 Sammanfattande slutsatser

Sammanfattningsvis kan konstateras att omkring hälften av alla vuxna personer med skadligt bruk eller beroende samtidigt har en annan psykiatrisk diagnos, baserat på en sammanvägning av de olika vetenskapliga studier och registerdata vi har redovisat i det här kapitlet. Men samsjukligheten är mindre i vissa grupper, och väsentligt högre i andra. Sammantaget bedömer vi att cirka 250 000 personer har en samsjuklighet. Det gör vi genom att addera den andel bland vuxna som enligt befolkningsundersökningar har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika och spel om pengar, och sedan utgå ifrån att hälften av dem har en psykiatrisk samsjuklighet. När det gäller barn och unga är det svårt att göra en motsvarande skattning, eftersom det finns mer begränsat med uppgifter.

Vi kan också konstatera att personer med samsjuklighet är en heterogen grupp. Vissa i gruppen har bara behov av behandling för sitt psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Andra har en utsatt livssituation på flera sätt och ett omfattande behov av sociala stödinsatser. I kommande avsnitt i betänkandet fokuserar vi delvis på olika delar av gruppen i våra olika förslag.

[83] Storbjörk, J. (2011), Gender differences in substance abuse, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm, Nordic studies on alcohol and drugs vol. 28 2011; Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.

[84] SoRAD 2003, Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av klientgruppen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län 2001–2002. Av Antonia Eriksson, Jessica Palm och Jessica Storbjörk. SoRAD forskningsrapport nr. 15 2003.

5 Gällande rätt

I det här kapitlet beskrivs gällande rätt inom de områden vår analys och våra förslag utgår ifrån. Vi beskriver bland annat internationella konventioner, tidigare huvudmannaskapsreformer och regleringen på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område.

5.1 Mänskliga fri- och rättigheter

5.1.1 Regeringsformen

1 kap. 2 § Regeringsformen, förkortad RF, är ett program- och målsättningsstadgande som ger uttryck för vissa särskilt viktiga mål för den samhälleliga verksamheten. Bestämmelsen ger däremot inte upphov till några rättigheter för medborgarna utan de rättsligt bindande rättighetsreglerna finns i 2 kap. RF.

Av 1 kap. 2 § första stycket RF framgår att den offentliga makten ska utövas med respekt för *alla människors lika värde* och för *den enskilda människans frihet och värdighet*.

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska, enligt 1 kap. 2 § andra stycket, vara *grundläggande mål* för den offentliga verksamheten. *Särskilt* ska det allmänna *trygga rätten till arbete, bostad och utbildning* samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.

Det allmänna ska vidare främja en hållbar utveckling som leder till en god miljö för nuvarande och kommande generationer och verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden samt värna den enskildes privatliv och familjeliv (2 § tredje och fjärde stycket).

Det allmänna ska, enligt 2 § femte stycket, verka för att alla människor ska kunna uppnå *delaktighet och jämlikhet* i samhället och för att *barns rätt* tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av

människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person. Samiska folkets och etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv ska främjas (2 § sjätte stycket).

Av 2 kap. 6 § RF framgår att varje medborgare, gentemot det allmänna, är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Varje medborgare är även skyddad mot kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång liksom mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. I andra stycket, samma bestämmelse, ges ett skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

Varje medborgare är vidare, enligt 2 kap. 8 § RF, skyddad mot frihetsberövande och är även i övrigt tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket och att lämna detta. Om en annan myndighet än en domstol har berövat någon friheten med anledning av brott eller misstanke om brott ska han eller hon, enligt 2 kap. 9 § första stycket RF, kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål. Även den som av någon annan anledning än brott eller misstanke om brott har blivit omhändertagen tvångsvis, ska utan oskäligt dröjsmål kunna få omhändertagandet prövat av domstol.

Skyddet i ovan nämnda relativa rättigheter får enligt 2 kap. 20 § RF begränsas genom lag under förutsättning att det, enligt 2 kap. 21 § RF görs för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, till exempel för att förebygga och beivra brott eller för att man i vissa fall ska kunna bereda personer erforderlig vård. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte heller göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Av 2 kap. 19 § RF framgår att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) som gäller som svensk lag.

5.1.2 Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen)

Europakonventionen gäller sedan den 1 januari 1995 som svensk lag. Konventionen syftar till att förstärka de enskilda medborgarnas rättighetsskydd, vid sidan av svensk grundlag. För den enskilde medborgaren innebär detta att han eller hon omfattas av såväl grundlagens som av konventionens skydd. Skyddet är kumulativt vilket innebär att den enskilde kan åberopa den regel som i varje given situation ger det starkaste skyddet. I 2 kap. 19 § RF stadgas att lag eller föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen, vilket ger konventionen en starkare författningsmässig ställning än en vanlig lag.

Enligt konventionens artikel 5 har var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas friheten utom i de fall som räknas upp i artikeln och i den ordning som lagen föreskriver, bland annat enligt artikel 5.1 d när en underårig genom ett lagligen meddelat beslut är berövad friheten för att undergå skyddsuppfostran eller för att inställas inför behörig rättslig myndighet och enligt artikel 5.1 e när någon är lagligen berövad friheten för att förhindra spridning av smittosam sjukdom eller därför att han är psykiskt sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare. Var och en som har berövats friheten genom arrestering, eller på annat sätt, ska ha rätt att kräva att domstol snabbt prövar lagligheten av frihetsberövandet och beslutar om frigivande om frihetsberövandet inte är lagligt.

I artikel 8 stadgas att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Med korrespondens avses även kommunikation via till exempel telefon samt överförande av meddelanden med hjälp av radio och datorer. Skyddet för privat- och familjeliv innebär också ett skydd mot åtgärder som kränker den fysiska integriteten såsom till exempel kroppsvisitation. Inskränkningar i rätten till privat- och familjeliv får endast göras genom lag och bara om det är nödvändigt bland annat med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, förebyggande av oordning eller brott, till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Enligt artikel 14 ska åtnjutandet av de fri- och rättigheter som anges i konventionen säkerställas utan någon åtskillnad såsom på grund

av kön, ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationellt eller socialt ursprung, tillhörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt.

Enligt konventionens artikel 13 ska var och en vars fri- och rättigheter enligt konventionen har kränkts eller åsidosatts ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet. För att säkerställa att förpliktelserna enligt konventionen följs, har en permanent europeisk domstol för de mänskliga rättigheterna, Europadomstolen, inrättats (artikel 19). Domstolen har rätt att pröva såväl mellanstatliga mål (artikel 33) som enskilda klagomål (artikel 34) samt att, under vissa omständigheter, avge yttranden i rättsfrågor som berör tolkningen av konventionen och dess principer (artikel 47).

5.1.3 Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr m.m.

År 1987 anslöt sig Sverige till den europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (Europarådets tortyrkonvention). Konventionen syftar till att stärka frihetsberövade personers skydd genom att motverka att tortyr och annan dylik behandling eller bestraffning förekommer. Europarådets tortyrkommitté (CPT) har rätt till fullständig information om de platser i konventionsstaterna där personer sitter frihetsberövade och har i uppgift att, genom besök, undersöka hur frihetsberövade personer behandlas. Efter varje besök avger CPT en rapport till den stat som har granskats. I rapporten kan CPT påtala brister och föreslå hur skyddet för frihetsberövade personer kan förbättras. För att tillgodose tortyrkonventionens krav och i övrigt underlätta CPT:s arbete har den 1 februari 1989 införts en särskild lag, lagen (1988:695) med anledning av Sveriges tillträde till den europeiska konventionen mot tortyr m.m. i samband med Sveriges tillträde till konventionen.

5.1.4 FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling m.m.

Den 10 november 1984 antog Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (även benämnd FN:s

tortyrkonvention). Konventionen undertecknades av Sveriges den 4 februari 1985. Konventionen innehåller 33 artiklar och syftar till att förhindra tortyr och skapa ett system av garantier för att den som utför eller utfört tortyr bestraffas. I konventionen uppställs krav på staters skyldighet att vidta effektiva åtgärder för att förhindra tortyr m.m.

Den 18 december 2002 antog FN:s generalförsamling ett fakultativt protokoll till FN:s tortyrkonvention. Sverige undertecknade det fakultativa protokollet den 23 juni 2003. Protokollet syftar till öka frihetsberövade personers skydd mot tortyr m.m. samt att stärka tillämpningen av artikel 2 och 16 i FN:s tortyrkonvention, dvs. staters skyldighet att vidta effektiva åtgärder för att förhindra tortyr m.m. Genom protokollet skapades en internationell förebyggande besöksmekanism lik den som tillsattes av Europarådets tortyrkommitté (CPT) i enlighet med 1987 års Europeiska konvention till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Besöksmekanismen inrättades i form av en permanent underkommitté under FN:s tortyrkommitté (CAT). Staterna åtog sig även att på nationell nivå inrätta, utse eller upprätthålla ett eller flera besöksorgan för att förebygga tortyr m.m. (artikel 3).

Sedan den 1 juli 2011 har JO en enhet med uppgift att förebygga att människor som är frihetsberövade inte utsätts för grym, omänsklig, eller annan förnedrande behandling eller bestraffning. Arbetet baseras på 2002 års fakultativa protokoll till FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig behandling (Opcat) som Sverige anslöt sig till 2005. Protokollet kräver att staterna har ett nationellt system, National Preventive Mechanism (NPM) – på svenska kallat Nationellt besöksorgan – för att övervaka frågan. Hos JO finns en särskild enhet för detta, Opcat-enheten, som regelbundet inspekterar platser där människor hålls frihetsberövade, rapporterar från besöken och deltar i det internationella samarbetet inom området. Opcatinspektionerna genomförs på uppdrag av justitieombudsmännen inom sitt respektive ansvarsområde.

5.1.5 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning

Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD) antogs av FN:s generalförsamling år 2006 och har till syfte att främja, skydda och säkerställa det fulla och lika åtnjutandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning och att främja respekten för deras inneboende värde. Konventionen fokuserar på icke-diskriminering och listar nödvändiga åtgärder för att personer med funktionsnedsättning ska kunna åtnjuta såväl medborgerliga och politiska som ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Personer med funktionsnedsättning innefattar bland annat personer med varaktiga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar vilka i samspel med olika hinder kan motverka deras fulla och verkliga deltagande i samhället på lika villkor som andra.

Efter riksdagens godkännande beslutade regeringen den 4 december 2008 att Sverige skulle tillträda FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Sverige anslöt sig dessutom till ett fakultativt protokoll till konventionen som innebär att den som upplever sina rättigheter kränkta kan klaga till en övervakningskommitté. Konventionen och protokollet trädde i kraft den 3 maj 2008 och för Sverige trädde de i kraft den 14 januari 2009.

5.1.6 FN:s konvention om barnets rättigheter

Allmänt

Barnkonventionen antogs av FN:s generalförsamling den 20 november 1989. Konventionen trädde för Sveriges del i kraft den 2 september 1990. Sedan dess har Sverige varit folkrättsligt förpliktad att följa konventionen.

Den 1 januari 2020 inkorporerades barnkonventionen i svensk rätt och artiklarna 1–42 i konventionen gäller då som svensk lag. Sverige var redan genom ratificeringen av konventionen, folkrättsligt förpliktad att följa densamma. Att konventionen får ställning som svensk lag innebär dock ett förtydligande av att rättstillämparna i mål och ärenden ska tolka svenska bestämmelser i förhållande till barnkonventionen. Med begreppet rättstillämpare avses de aktörer som ska

tillämpa rätten dvs. omsätta rätten i praktiken. Rättstillämpare är därför inte bara domare utan också tjänstemän och beslutsfattare i offentlig verksamhet som tillämpar den svenska rätten i praktiken.[1]

Till barnkonventionen hör tre fakultativa protokoll som syftar till att tydliggöra och förstärka konventionen i olika delar. Att protokollen är fakultativa innebär att de stater som har ratificerat barnkonventionen inte är skyldiga att ratificera protokollen. De två första protokollen antogs av FN:s generalförsamling den 25 maj 2000. Det är dels det fakultativa protokollet om barnets rättigheter vid indragning av barn i väpnade konflikter, som Sverige ratificerade 2003, dels det fakultativa protokollet om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi, som Sverige ratificerade 2007. Det tredje fakultativa protokollet till barnkonventionen om ett individuellt klagomålsförfarande antogs den 19 december 2011, men har inte ratificerats av Sverige.

Enligt artikel 43 ska en kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) upprättas för att granska de framsteg som gjorts av konventionsstaterna i fråga om genomförandet av skyldigheterna enligt konventionen. I artiklarna 43–45 regleras barnrättskommitténs roll och mandat samt de förpliktelser konventionsstaterna har gentemot kommittén.

Barnrättskommittén avger bland annat landspecifika sammanfattande slutsatser och rekommendationer (Concluding Observations) och allmänna kommentarer (General Comments) som belyser olika artiklar och teman i konventionen. Barnrättskommitténs uttalanden är inte juridiskt bindande för konventionsstaterna men kan utgöra ett viktigt stöd och ge viss vägledning vid tolkning och tillämpning av barnkonventionen.[2]

Mänskliga rättigheter, som även gäller barn, finns också uttryckta i andra konventioner, däribland den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) från 1950. Genom Lissabonfördraget som trädde i kraft den 1 december 2009 är numera skyddet av barnets rättigheter också ett av Europeiska unionens (EU) mål (se fördragets artikel 3). Vidare har EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna genom det nya fördraget blivit rättsligt bindande i förhållande till EU:s egna institutioner och organ samt gentemot medlemsländerna

[1] Ds 2019:23 s. 7.
[2] Se www.Barnombudsmannen.se där barnrättskommitténs vägledande dokument finns publicerade.

när dessa tillämpar unionsrätten. I stadgan finns en särskild artikel om barnets rättigheter (artikel 24). Artikeln anger att barn har rätt till det skydd och den omvårdnad som behövs för deras välfärd. De ska fritt kunna uttrycka sina åsikter. Dessa åsikter ska beaktas i frågor som rör barnen i förhållande till deras ålder och mognad. Vidare anger artikeln att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, oavsett om de vidtas av offentliga myndigheter eller privata institutioner. Slutligen har varje barn rätt att regelbundet upprätthålla ett personligt förhållande till och direkta kontakter med båda föräldrarna, utom då detta strider mot barnets bästa. Det finns också andra artiklar i stadgan som rör barn, bland annat en artikel om förbud mot barnarbete (artikel 32).

Barns rättigheter

Barnkonventionen består av en inledning (preamble) och tre avdelningar. I del I behandlas de rättigheter barn har enligt konventionen och i del II finns bestämmelser om efterlevnaden av konventionen, bland annat barnrättskommitténs uppdrag och staternas rapportering till kommittén. Slutbestämmelserna i del III tar bland annat upp regler kring ratificering och ikraftträdande av konventionen.

Rättigheterna i barnkonventionen gäller alla barn upp till 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet (artikel 1). Rättigheterna gäller samtliga barn inom ett lands jurisdiktion, utan åtskillnad av något slag, i enlighet med konventionens s.k. icke-diskrimineringsprincip i artikel 2.

Konventionen omfattar såväl medborgerliga och politiska rättigheter som sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter. Till de medborgerliga och politiska rättigheterna hör bland annat artikel 8 om rätten till namn och medborgarskap, artikel 12 om rätten att uttrycka sina åsikter och bli hörd samt artikel 13 om rätten till yttrande- och informationsfrihet. Denna grupp rättigheter inkluderar också bland annat artikel 22 om statens skyldigheter när barnet är flykting och artikel 37 om förbud mot att utsätta barn för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning samt barnets rättigheter vid frihetsberövande.

De sociala, ekonomiska och kulturella rättigheterna syftar till att säkerställa grundläggande behov hos barnet och genomförandet av

dessa rättigheter är beroende av de resurser och förutsättningar som en stat har. Hit hör bland annat artikel 24 om rätten till hälso- och sjukvård, artikel 27 om rätten till en skälig levnadsstandard, artikel 28 om rätten till utbildning och artikel 31 om barnets rätt till vila, fritid, lek och rekreation samt deltagande i det kulturella och konstnärliga livet.

Det finns inte någon auktoritativ uppdelning av rättigheterna i dessa två kategorier. Enligt barnrättskommittén är rättigheterna ömsesidigt beroende av varandra och de ska tolkas i förhållande till varandra utifrån ett helhetsperspektiv.[3]

I konventionens del I finns 41 artiklar och fyra av dessa (artiklarna 2, 3, 6 och 12) är konventionens s.k. *grundprinciper*. De är vägledande för hur övriga rättigheter i konventionen ska tolkas men har också en självständig betydelse och ska vara utgångspunkt i beslut och åtgärder som kan röra enskilda barn eller grupper av barn. Barnrättskommittén har betonat vikten av att grundprinciperna återspeglas i den nationella lagstiftningen.[4]

Enligt artikel 2.1 – rätt till *icke-diskriminering* – ska konventionsstaterna respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i konventionen utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt.

Av artikel 3.1 framgår att vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara *barnets bästa*. Enligt artikel 3.2 åtar sig konventionsstaterna att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har juridiskt ansvar för barnet, och ska för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder.

Principen om barnets bästa har en bred tillämpning. Den medför en skyldighet för beslutsfattare att sätta barnets bästa i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, och omfattar därför alla sam-

[3] CRC/GC/2003/5, p. 6 och 18.
[4] CRC/GC/2003/5, p. 22.

hällsområden där barn kan vara berörda, på såväl nationell som regional och kommunal nivå. Bedömningen och fastställandet av barnets bästa är dock, enligt barnrättskommittén, av störst betydelse när det handlar om åtgärder som har en betydande inverkan på ett barn eller grupper av barn. Med begreppet åtgärder avses beslut men också alla andra handlingar, uppföranden, förslag, tjänster, förfaranden och andra åtgärder som rör barn. Även underlåtenhet att genomföra åtgärder omfattas.[5]

Principen om barnets bästa ska ses som ett *tillvägagångssätt i beslutsprocesser*. För att principen om barnets bästa ska förverkligas måste myndigheter och organisationer som fattar beslut som rör barn bedöma och fastställa barnets bästa genom barnanpassade förfaranden.[6]

Enligt artikel 3.3. ska konventionsstaterna säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för omvårdnad eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal och lämplighet samt behörig tillsyn.

Principen om barnets bästa ska tillämpas i förhållande till övriga grundprinciper i konventionen. Av dessa är artikel 12 av särskild vikt. Artikel 3 och 12 kompletterar varandra. Barnets åsikter är en viktig del i bedömningen av barnets bästa.

Genom den tredje grundprincipen i artikel 6 erkänns barnets inneboende *rätt till livet* och statens skyldighet att i största möjliga utsträckning säkerställa barnets *överlevnad och utveckling*. Denna rätt ska tolkas i förhållande till övriga grundprinciper och får också sitt innehåll genom specifika artiklar i konventionen.

Av artikel 12.1 – den fjärde grundprincipen – ska konventionsstaterna tillförsäkra det barn som är *i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa* i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Artikeln återspeglar det förhållningssätt till barnet som konventionen uttrycker, nämligen barnet som bärare av rättigheter som ska vara delaktig i och ha inflytande över sitt liv.[7] Rättigheten är absolut och gäller alla barn utan åtskillnad, i enlighet med icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2. Staten är därmed skyldig att säker-

[5] CRC/C/GC/14, p. 17–20 och 35.
[6] CRC/C/GC/14, p. 85–99.
[7] CRC/C/GC/12, p. 18.

ställa att barnet kan utöva sin rätt. Det bör noteras att det är fråga om en rättighet, inte någon skyldighet för barnet att uttrycka sina åsikter. Barnrättskommittén avråder stater från att sätta åldersgränser som kan begränsa den rätt barn har att uttrycka sina åsikter och betonar att även mycket små barn kan bilda åsikter och att åsikter kan uttryckas på olika sätt. Små barn kan ge uttryck för sina åsikter genom till exempel kroppsspråk, ansiktsuttryck, lek och målningar. För att barnet ska vara i stånd att bilda en egen åsikt är det heller inte nödvändigt att barnet har utförlig kunskap om alla aspekter i frågan som påverkar barnet, men barnet ska ha tillräcklig förståelse för att kunna bilda sig åsikter i frågan. Staten är också skyldig att se till att barn som kan ha svårt att föra fram sina åsikter får förutsättningar att göra det, till exempel barn med funktionsnedsättningar och barn som inte behärskar språket i landet.[8] För att rätten i artikel 12.1 ska kunna effektueras ska barnet, enligt artikel 12.2, i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet, särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom en företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med nationella procedurregler.

Av övriga artiklar av särskild relevans i förevarande sammanhang kan nämnas artikel 9.1 enligt vilken konventionsstaterna bland annat ska säkerställa att ett barn *inte skiljs från sina föräldrar* mot deras vilja utom i de fall då behöriga myndigheter, som är underställda rättslig prövning, i enlighet med tillämplig lag och tillämpliga förfaranden, bedömer att ett sådant åtskiljande är nödvändigt för barnets bästa. Enligt artikel 9.3 ska konventionsstaterna respektera rätten för det barn som är skilt från den ena av eller båda föräldrarna att regelbundet *upprätthålla ett personligt förhållande* till och direkta kontakter med båda föräldrarna, utom då detta strider mot barnets bästa. Vidare kan nämnas artikel 13 om rätt till *yttrandefrihet*, artikel 16.1 att inget barn får utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt *privat- och familjeliv*, sitt hem eller sin korrespondens och inte heller för olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende. Barnet har, enligt artikel 16.2, rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden eller angrepp.

Konventionsstaterna ska också, enligt artikel 19.1, vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa, sociala och utbildningsmässiga åtgärder för att skydda barnet mot alla former av *fysiskt eller*

[8] CRC/C/GC/12, p. 20 och 21.

psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavarens eller annan persons vård. Vidare ska, enligt artikel 20.1, ett barn som *tillfälligt eller varaktigt berövats sin familjemiljö*, eller som för sitt eget bästa inte kan tillåtas stanna kvar i denna miljö, ska ha rätt till *särskilt skydd och stöd från statens* sida. Konventionsstaterna ska, enligt artikel 20.2, i enlighet med sin nationella lagstiftning säkerställa alternativ omvårdnad för ett sådant barn. Av artikel 20.3 framgår att sådan omvårdnad bland annat kan innefatta placering i familjehem, adoption eller, om nödvändigt, placering i lämpliga *institutioner för omvårdnad* av barn. Då lösningar övervägs ska vederbörlig hänsyn tas till önskvärdheten av *kontinuitet* i ett barns uppfostran och till barnets etniska, religiösa, kulturella och språkliga bakgrund.

Av artikel 23.1 framgår att konventionsstaterna erkänner att ett barn med *fysisk eller psykisk funktionsnedsättning* bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället. Vidare, enligt 23.2, erkänns rätten till *särskild omvårdnad och stöd* för ett barn med funktionsnedsättning och, enligt 23.3, ska stödet syfta till att säkerställa att barnet har effektiv tillgång till och får utbildning, hälso- och sjukvård, rehabilitering och habilitering, förberedelse för arbetslivet och möjligheter till rekreation på ett sätt som bidrar till barnets största möjliga integrering i samhället.

Artikel 24 ger barnet rätt till *bästa möjliga hälsa* och *tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering*. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. Vidare ger artikel 25 rätt för ett barn som har *omhändertagits* av behöriga myndigheter för omvårdnad, skydd eller behandling av sin fysiska eller psykiska hälsa till *regelbunden översyn av den behandling* som barnet får och alla andra omständigheter som rör barnets omhändertagande. Konventionsstaterna ska också, enligt artikel 26, erkänna varje barns rätt att åtnjuta *social trygghet*, inklusive socialförsäkring, och ska vidta nödvändiga åtgärder för att till fullo förverkliga denna rätt i enlighet med nationell lagstiftning.

Vidare kan nämnas artikel 28 om rätt till utbildning, artikel 31 om rätt till vila, fritid, lek och rekreation och artikel 33 enligt vilken konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder, inklusive lagstift-

ningsåtgärder, administrativa, sociala och utbildningsmässiga åtgärder, för att *skydda barn från olaglig användning av narkotika och psykotropa ämnen* såsom dessa definieras i tillämpliga internationella fördrag och för att förhindra att barn utnyttjas i den olagliga framställningen av och handeln med sådana ämnen.

Konventionsstaterna ska också, enligt artikel 37 (b) säkerställa att inget barn *olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet*. Gripande, anhållande, häktning, fängslande eller annat frihetsberövande av ett barn ska ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid. Varje frihetsberövat barn ska behandlas humant och med respekt för människans inneboende värdighet och på ett sätt som beaktar behoven hos personer i dess ålder. Särskilt ska *varje frihetsberövat barn hållas åtskilt från vuxna*, om det inte bedöms vara till barnets bästa att inte göra detta, och ska, utom i undantagsfall, ha rätt att hålla kontakt med sin familj genom brevväxling och besök (artikel 37 c).

Enligt artikel 4 ska konventionsstaterna vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. I fråga om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ska konventionsstaterna till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att vidta sådana åtgärder. Vid behov ska sådana åtgärder vidtas inom ramen för det internationella samarbetet.

5.2 Socialtjänsten

Socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, är *målinriktad ramlag*. Den anger vilka resultat som ska åstadkommas men i regel inte hur man ska uppnå detta. Kommunerna anses ha stor frihet att, inom ramarna, utforma sina insatser efter skiftande behov och önskemål. SoL brukar också benämnas *rättighetslag* bland annat därför att lagen ger enskilda, utifrån vissa förutsättningar, en *rätt till bistånd.*

Förutsättningarna för tvångsvård, vilket är undantagsåtgärder inom socialtjänstområdet, regleras i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.

5.2.1 Vägledande principer

Socialtjänstreformen 1980 innebar ett uppbrott från den funktionella uppdelning som karaktäriserade tidigare socialhjälpslag. Socialtjänsten ska präglas av en *helhetssyn* som beaktar *individens totala situation och omgivning*. Socialtjänsten ska sträva efter att *finna samlade lösningar* för den enskildes, och gruppers, totala situation[9] och försöka finna ett djupare sammanhang där man beaktar inte bara den enskildes relationer till den egna familjen utan också ett vidare socialt sammanhang där boende- och arbetsförhållanden hör till de viktigaste faktorerna.[10] Enligt förarbetena handlar det också om att få positiva fritidsförhållanden, att kunna undvika utslagning, segregation och fattigdom både i materiell och i mer vidsträckt mening, det vill säga att kunna nå värden som brukar sammanfattas under begreppet livskvalitet. Helhetssynen ställer krav på att *samhällets resurser samordnas* och på att *behandlingsplaneringen ges en planmässig uppläggning*.[11]

Helhetsprincipen är av relevans även i tvångsvårdssammanhang och har betydelse även för de institutioner som meddelar vård med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM. Enligt 2 § LVM gäller för tvångsvårdens innehåll och utformning bestämmelserna i SoL om inget annat anges i LVM. Vårdas en enskild med stöd av LVM får missbruket inte ses som en isolerad fråga utan man måste beakta individens totala situation och vara öppen för att det kan behövas åtgärder på många olika områden för att missbruksproblemen ska kunna angripas på ett konstruktivt sätt.[12]

Frivillighet och självbestämmande är andra ledord i socialtjänsten. I portalparagrafen (1 kap. 1 § tredje stycket) understryks att verksamheten ska bygga på respekt för människornas *självbestämmanderätt och integritet*. Detta förstärks ytterligare av såväl 3 kap. 5 § SoL, där det som en allmän riktlinje anges att insatserna för den enskilde ska *utformas och genomföras tillsammans* med den enskilde som av 5 kap. 9 § SoL – som särskilt tar sikte på personer med ett missbruk – enligt vilken socialnämnden *i samförstånd med den enskilde* ska planera hjälp och vård.

[9] Prop. 1979/80:1 Del A s. 207.
[10] Prop. 1979/80:1 Del A s. 125.
[11] Prop. 1979/80:1 Del A s. 207.
[12] Prop. 1981/81:8 s. 89.

Normalisering är en socialpolitisk princip som sträcker sig även utanför socialtjänstområdet men den är också ett riktmärke för socialtjänstens olika verksamheter. Innebörden är att samhällets insatser ska stödja medborgarens strävan efter att så långt som möjligt kunna vara som andra och ha det som andra. Det innebär också en rätt att vara sig själv.[13] Av förarbetena framgår bland annat att vid behandlingen av till exempel *barn och ungdomar* och vid insatser till *personer med missbruk* har normaliseringsprincipen stor betydelse. Här avses inriktningen på förebyggande stödinsatser i hemmet och att vård utom hemmet ordnas i så normala och lite särskiljande former som möjligt. Det är viktigt att hjälptagaren inte upplever sig som särbehandlad, stämplad och utpekad och avskild från gemenskapen i samhället.[14] Principen gäller även i fråga om LVM-vårdens innehåll och utformning (2 § andra stycket LVM).[15]

Kontinuitetsprincipen utgår från förutsättningen att trygga och förtroendefulla relationer utgör grunden för ett framgångsrikt individuellt behandlingsarbete. Enligt förarbetena fordras här många gånger att den enskilde får möjlighet att hålla kontakt med samma socialarbetare även om behandlingsformerna växlar. Kontinuitetsprincipen ger också uttryck för att beslutad *tvångsvård* inte får ses som en isolerad punktåtgärd utan den ska ses som *en länk i en sammanhållen vårdkedja*. Vårdkedjetänkandet och kontinuiteten kommer även till uttryck i 30 § LVM enligt vilken socialnämnden har skyldighet att verka för att den enskilde *efter LVM-vården* får bostad och arbete eller utbildning, samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk.

Principen om *flexibilitet* innebär i princip ett uppbrott från en stel vård- och behandlingsfilosofi. De olika insatserna bör bedömas utifrån deras ändamålsenlighet i varje särskild situation. Kravet på flexibilitet bör leda till att i ett ärende bedöms insatser i det egna hemmet som en första och mest ändamålsenliga åtgärd, medan i ett annat ärende bedöms vård utom det egna hemmet vara den åtgärd man bör vidta redan från början.[16]

Närhetsprincipen innebär i princip att vårdinsatser så långt som möjligt bör sättas in i boendemiljön. Enligt förarbetena kan det vara viktigt att behandlingen inte begränsas till den enskilde klienten.

[13] Prop. 1979/80:1 Del A s. 212.
[14] Prop. 1979/80:1 Del A s. 213.
[15] Prop. 1981/82:8 s. 89 och prop. 1987/88:147 s. 90.
[16] Prop. 1979/80:1 Del A s. 214.

Eftersom individens problem ofta är ett uttryck för svårigheter och brister i omgivningen bör behandlingen omfatta ett bredare perspektiv och om möjligt utformas som till exempel familjeterapi vilket då förutsätter att klienten inte avskiljs från sin ursprungliga miljö.[17] Närhetsprincipen innebär att vid vård utom det egna hemmet ska denna förläggas så nära hemmiljön som möjligt. I särskilda fall måste det dock, enligt förarbetena, vara till fördel för den enskilde att närhetsprincipen får stå tillbaka.[18] Även vid införandet av LVM framhölls i förarbetena att vården om möjligt ska förläggas till den intagnes hemtrakt så att det blir möjligt att skapa en mjuk övergång till den fortsatta vården. Undantag härifrån kan göras om behandlingssyftet skulle motverkas genom en placering i alltför omedelbar kontakt med den tidigare miljön.[19]

5.2.2 Socialtjänstens mål

Enligt 1 kap. 1 § första stycke socialtjänstlagen SoL, ska samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund *främja* människornas *ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet*. Enligt andra stycket i samma bestämmelse ska socialtjänsten, under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation *inriktas på att frigöra och utveckla* enskildas och gruppers egna resurser och verksamheten ska, enligt tredje stycket, bygga på respekt för människornas *självbestämmanderätt och integritet*.

Vid åtgärder som rör barn (under 18 år) ska, enligt 1 kap. 2 §, barnets bästa särskilt beaktas. Vid beslut eller andra åtgärder som rör *vård- eller behandlingsinsatser för barn* ska vad som är bäst för barnet vara *avgörande*.

5.2.3 Kommunens ansvar

Enligt 2 kap. 1 § SoL svarar varje kommun för socialtjänsten inom sitt område och har det *yttersta ansvaret* för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i

[17] Prop. 1979/80:1 Del A s. 215.
[18] Prop. 1979/80:1 Del A s. 216 f.
[19] Prop. 1981/82:8 s. 89.

det ansvar som vilar på *andra huvudmän*. Vad gäller *annan huvudmans ansvar* innebär det bland annat enligt förarbetena att kommunerna inte kan tvingas ta över ansvaret från regionerna.[20] Att enskilda i vissa fall kan vara missnöjda med att de inte får den behandling de önskar inom hälso- och sjukvården får alltså inte medföra att kommunerna tvingas ta över det ansvaret från regionerna.[21]

Av 2 a kap. 1 § SoL framgår att den kommun *där den enskilde vistas* ansvarar för stöd och hjälp enligt 2 kap. 1 §, om inte annat följer av 3–5 §§. Vistelsekommunen ansvarar för stöd och hjälp varmed, genom hänvisningen till 2 kap. 1 §, avses *allt som ryms inom kommunens yttersta ansvar*. Vistelsekommunen är den kommun där den enskilde vistas *när det aktuella behovet uppstår* och den enskilde ansöker om en insats. Var behovet ursprungligen uppstått saknar betydelse.[22]

I 2 a kap. 3 § SoL regleras *bosättningskommunens ansvar* och i 2 a kap. 4 § en *placeringskommuns ansvar.* Enligt den senare bestämmelsen behåller en kommun ansvaret för stöd och hjälp åt en enskild som *till följd av ett beslut av kommunen* vistas i en annan kommun i 1) familjehem, 2) hem för vård eller boende eller i stödboende, 3) särskild boendeform för äldre, 4) bostad med särskild service, 5) bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad, eller 6) annat boende om det inte är klarlagt vilken kommun som är den enskildes bosättningskommun.

Ansvaret för beslutande kommun omfattar *alla* stöd och hjälpinsatser inte bara sådana som räknas upp i bestämmelsen. Beslutande kommun har skyldighet att fatta *de beslut som behövs* för den enskilde. Bestämmelsen omfattar alltså samtliga insatser som den enskilde kan ha behov av, inte bara de som har samband med det ursprungliga hjälpbehovet.[23] Vad gäller beslut som leder till *andra former av boenden* (punkt 6) i en annan kommun åsyftas framför allt hemlösa, men också andra enskilda för vilka bosättningskommunen inte är klarlagd. Med annat boende menas främst härbärgen och liknande, men också andra boendeformer, även eget boende som ordnas för en enskild. Så snart bosättningskommunen är klarlagd kan den kommun som beslutat om boendet begära överflyttning av ärendet.[24]

[20] Prop. 2000/01:80 s. 93.
[21] Socialstyrelsen, Ekonomiskt bistånd, Handbok för socialtjänsten, s. 56. Se även avsnitt 5.7.
[22] Prop. 2010/11:49 s. 85.
[23] Prop. 2010/11:49 s. 87.
[24] Prop. 2010/11:49 s. 87.

Enligt 2 a kap. 5 § SoL har den kommun där den enskilde är *folkbokförd* ansvaret för stöd och hjälp 1) under *kriminalvård* i anstalt, 2) under vård på *sjukhus* eller i annan sjukvårdsinrättning på initiativ av någon annan än en kommun, 3) som aktualiseras *inför* avslutningen av vård enligt 1 eller 2. Ansvaret enligt 5 § omfattar alla stöd- och hjälpinsatser[25] som den enskilde kan ha behov av. Om en person inte är folkbokförd i Sverige har vistelsekommunen biståndsansvaret.[26] Bestämmelsen är avsedd att tillämpas som undantag både från vistelsekommunens ”normala” ansvar som från dess yttersta ansvar.[27]

Enligt 2 kap. 4 § första stycket SoL fullgörs kommunens uppgifter inom socialtjänsten av den eller de *nämnder* som kommunfullmäktige bestämmer. I paragrafen erinras om att det finns särskilda bestämmelser om *gemensam nämnd* i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.[28] Av 6 kap. 37 § kommunallagen (2017:725), förkortad KL, framgår att en nämnd får uppdra åt presidiet, ett utskott, en *ledamot eller ersättare* att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. En nämnd får även uppdra åt en *anställd* att besluta enligt 7 kap. 5–8 §§. Av 10 kap. 4 § SoL framgår vissa begränsningar i delegationsrätten. Uppdrag att besluta på socialnämndens vägnar får enligt den bestämmelsen ges *endast* år en särskild avdelning som består av *ledamöter eller ersättare i nämnden*. Det gäller bland annat ärenden som är en uppgift för nämnden som rör placerade barn och en rad beslut enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM.

En kommun får, enligt 2 kap. 5 § SoL, utöver avtalssamverkan enligt 9 kap. 37 § kommunallagen (2017:725), förkortad KL, sluta avtal med en *enskild person* om att utföra kommunens uppgifter inom socialtjänsten. Uppgifter som innefattar *myndighetsutövning* får dock inte överlämnas.

Kommunen får även, enligt 2 kap. 6 § SoL, träffa *överenskommelse med regionen*, *Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen* om att, inom ramen för socialtjänstens uppgifter, samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Kommunen ska bidra

[25] Enligt tidigare gällande bestämmelse (72 a § andra stycket, (SFS 1997:313) angavs specifikt folkbokföringskommunens ansvar för ”bistånd, stöd och sociala tjänster”.
[26] Prop. 2010/11:49 s. 47.
[27] Prop. 1996/97:124 s. 191.
[28] Se närmare lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får kommunen delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

I 10 kap. 4–6 §§ SoL finns särskilda bestämmelser om delegation och om befogenhet att besluta å nämndens vägnar.

5.2.4 Individuell plan

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården *ska* kommunen tillsammans med regionen upprätta en *individuell plan* (2 kap. 7 § SoL). Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde *samtycker* till att den upprättas. Även den enskilde, dennes närstående eller någon annan kan ta initiativ till att kommun eller region prövar om det behövs en plan. Enligt bestämmelsen ska en plan upprättas om kommunen eller regionen bedömer att det behövs. Det räcker att en av huvudmännen gör den bedömningen för att skyldigheten ska inträda för båda.[29]

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, enligt 7 § andra stycket, när det är möjligt upprättas *tillsammans med den enskilde*. *Närstående* ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå 1)vilka insatser som behövs, 2) vilka insatser respektive huvudman ska svara för, 3) vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och 4) vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

5.2.5 Vissa uppgifter inom socialtjänsten

Enligt 3 kap. 1 § SoL hör till socialnämndens uppgifter bland annat att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen, informera om socialtjänsten och att genom *uppsökande verksamhet* och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden. Nämnden har också att *svara*

[29] Prop. 2008/09:193 s. 32.

för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.[30]

Socialnämndens medverkan i samhällsplaneringen ska, enligt 3 kap. 2 § SoL, bygga på nämndens sociala erfarenheter och särskilt syfta till att påverka utformningen av nya och äldre bostadsområden i kommunen. Nämnden ska även i övrigt ta initiativ till och bevaka att åtgärder vidtas för att skapa en god samhällsmiljö och goda förhållanden för barn och unga, äldre och andra grupper som har behov av samhällets särskilda stöd. Socialnämnden ska i sin verksamhet *främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning*.

Insatser inom socialtjänsten ska, enligt 3 kap. 3 § SoL, vara av *god kvalitet*. För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas *personal med lämplig utbildning och erfarenhet*. Kvaliteten i verksamheten ska *systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras*.

Av 3 kap. 4 § SoL framgår att socialnämnden, i den uppsökande verksamheten, ska *upplysa* om socialtjänsten och *erbjuda* grupper och enskilda sin hjälp. När det är lämpligt ska nämnden härvid samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar. Socialnämndens insatser för den enskilde ska, enligt 3 kap. 5 § SoL, utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

Socialnämnden bör, enligt 3 kap. 6 § första stycket SoL, genom *hemtjänst*, *dagverksamheter* eller *annan liknande social tjänst* underlätta för den enskilde att bo hemma och att ha kontakt med andra. Nämnden bör även i övrigt, enligt samma bestämmelse andra stycket, tillhandahålla *sociala tjänster* genom *rådgivningsbyråer*, *socialcentraler* och liknande, *social jour* eller annan *därmed jämförlig verksamhet*.

I 3 kap. 6 b § regleras att socialnämnden får utse en särskild *kontaktperson* eller *kontaktfamilj* med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes *närmaste* i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det.

[30] Om rätten till bistånd, se avsnitt 5.7.3.

5.2.6 Socialnämndens ansvar vid missbruk

Enligt 3 kap. 7 § första stycket SoL ska socialnämnden arbeta för att *förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel*. Enligt samma bestämmelse, andra stycket, ska socialnämnden genom *information* till myndigheter, grupper och enskilda och genom *uppsökande verksamhet*, sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns.

Genom lagändring den 1 januari 2018 (SFS 2017:809) infördes i 3 kap. 7 § första stycket SoL en bestämmelse om att socialnämnden även ska arbeta för att förebygga och motverka *missbruk av spel om pengar*. Detta ska ses mot bakgrund av att spelproblem, inklusive spelmissbruk, är ett folkhälsoproblem vilket innebär att det kan ge allvarliga hälsomässiga, sociala och ekonomiska konsekvenser, bidrar till ojämlikhet i hälsa och är möjligt att förebygga.[31] Bestämmelsen avser enligt lagens förarbeten *missbruk som rör spel om pengar* och *syftar* till att personer med ett sådana problem ska ges bättre förutsättningar att få vård och hjälp för detta. Ett annat *syfte* är att genom förebyggande insatser minska riskerna för att individen utvecklar ett spelmissbruk.[32]

I förarbetena anfördes vidare att med spelmissbruk avses personer som *utvecklat ett missbruk eller beroende* av spel om pengar, vilket är en snävare definition än att ha spelproblem. För att få vård och stöd krävs dock inte att personen som söker hjälp i kommunen har *diagnostiserats* som spelberoende (hasardspelsyndrom). Behandlingen av personer med den kliniska diagnosen hasardspelsyndrom ligger i huvudsak inom HSL:s ansvarsområde.[33]

Enligt 5 kap. 9 § SoL ska socialnämnden *aktivt* sörja för att den enskilde missbrukaren får den *hjälp och vård* som han eller hon behöver *för att komma ifrån missbruket*. Nämnden ska i *samförstånd* med den enskilde *planera* hjälpen och vården och noga *bevaka* att planen fullföljs. Innebörden härav är att socialnämnden alltid måste *bedriva en aktiv verksamhet för att nå och hjälpa* de enskilda människor som har sådana problem även om de inte själva har begärt hjälp. Genom bestämmelsen betonas socialnämndens ansvar för att en person får erforderlig hjälp och vård och det understryks också att nämnden i

[31] Prop. 2016/17:85 s. 9 och Folkhälsomyndigheten, Kunskapsstöd för att förebygga spelproblem, Spel om pengar är en folkhälsofråga.
[32] Prop. 2016/17:85 s. 10.
[33] Prop. 2016/17:85 s. 26.

samförstånd med den enskilde ska *planera* vården och *noga bevaka att planen fullföljs*. Kan den enskilde motiveras till frivillig behandling är det nödvändigt att göra upp en behandlingsplan i samråd med honom eller henne. Avbryts behandlingen enligt planen måste socialtjänsten reagera och aktivt försöka motivera till ett nytt behandlingsförsök.[34]

5.2.7 Socialnämndens ansvar vid funktionshinder

I 5 kap. 7 § första stycket SoL regleras att socialnämnden ska verka för att människor som av *fysiska*, *psykiska eller andra skäl* möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Av andra stycket framgår att socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en *meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd*. Kommunen ska, enligt tredje stycket, inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses i första stycket behöver ett sådant boende.

Bestämmelsen tar sikte inte bara på ”rörelsehindrade, syn- eller hörselskadade” utan också på personer med ”psykiska handikapp” och på dem som har *missbruksproblem eller andra svåra sociala problem*. I förarbetena klargörs att det handlar om personer som av fysiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring men att gruppen ”handikappade” ska ges en vid tolkning. Vidare anförs att det är således fråga även om personer med psykiska ”handikapp”, alkoholproblematiker och andra med svåra sociala problem. ”Socialt handikappades” situation är ofta särskilt svår, främst för dem själva men i hög grad också för samhället när det gäller att tillgodose de enskilda människornas behov. Dessa problem kräver därför särskild uppmärksamhet.[35]

Den 1 januari 1992 kompletterades 7 § med ett tredje stycke (SFS 1990:1403) där det framgår att kommunen *ska inrätta bostäder med särskild service* för dem som till följd av *sådana svårigheter som avses i första stycket* behöver ett sådant boende. Av förarbetena framgår att det ankommer på kommunen att även vad gäller yngre människor (jfr dåvarande 20 § SoL avseende äldre) inrätta bostäder med särskild service om de på grund av ”handikapp” eller *annan nedsättning av funk-*

[34] SoU 1979/80:44 s. 106 f.
[35] Prop. 1979/80:1 Del A s. 534.

tionsförmågan inte har möjlighet att bo i ordinärt boende. Kommunens skyldighet skulle dock inte innebära någon inskränkning av det ansvar som dåvarande landstingen hade enligt tidigare gällande omsorgslag (1985:568).[36] Även i senare förarbeten har uttryckts att i socialtjänstlagen och dess förarbeten har begreppet handikapp givits en vid innebörd. Förutom personer med fysiska och psykiska funktionshinder omfattas även människor med missbruksproblem och andra svåra sociala problem. Ett handikapp ses inte heller som en egenskap hos en person utan som förhållandet mellan en skada eller sjukdom och personens omgivning. Kommunens insatser ska göra det möjligt för människor med funktionshinder att så långt möjligt leva som andra och tillsammans med andra.[37]

Enligt 5 kap. 8 § första stycket SoL ska socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med *fysiska och psykiska funktionshinder* samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden. Kommunen ska, enligt andra stycket, planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med regionen samt andra samhällsorgan och organisationer.

Kommunen ska, enligt 5 kap. 8 a § ingå en överenskommelse med regionen om ett samarbete i fråga om *personer med psykisk funktionsnedsättning.* Med psykisk funktionsnedsättning avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller ett annat tillstånd.[38] Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen. *Med psykisk funktionsnedsättning avses* en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom *eller ett annat tillstånd.* Om en region och en kommun redan har en överenskommelse om samarbete beträffande personer med psykisk funktionsnedsättning behövs inte någon ytterligare överenskommelse enligt denna paragraf.[39]

[36] Prop. 1990/91:14 s. 147.
[37] Prop. 1993/94:218 s. 18.
[38] Prop. 2008/09:193 s. 31.
[39] Prop. 2008/09:193 s. 33.

5.2.8 Socialnämndens ansvar för barn, särskilt vad avser missbruk

Vid åtgärder som rör barn (under 18 år) ska, enligt 1 kap. 2 §, *barnets bästa* särskilt beaktas. Vid beslut eller andra åtgärder som rör *vård- eller behandlingsinsatser* för barn ska vad som är bäst för barnet vara *avgörande*.

Enligt 3 kap. 3 a § första stycket SoL ska socialnämnden se till att det finns *rutiner* för att förebygga, upptäcka och åtgärda risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet rörande *barn och unga*. Nämnden ska, enligt andra stycket, använda *handläggare som avlagt svensk socionomexamen* eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för utförande av sådana uppgifter inom socialtjänsten rörande barn och unga som innefattar 1) bedömning av om utredning ska inledas, 2) utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder, eller 3) uppföljning av beslutade insatser. Socialnämnden ansvarar för att den handläggare som självständigt utför arbetsuppgifter som avses i andra stycket har *tillräcklig erfarenhet för uppgiften*.[40]

Enligt 3 kap. 6 a § första stycket SoL ansvarar socialnämnden för att det finns *tillgång till öppna insatser* för att kunna möta barns, ungas och vårdnadshavares olika behov. Av andra stycket framgår att för barn som fyllt 15 år får nämnden *besluta om öppna insatser även utan vårdnadshavarens samtycke*, om det är lämpligt och barnet begär eller samtycker till det.

I 3 kap. 6 b § SoL finns bestämmelser om *kontaktperson* och *kontaktfamilj*. Enligt första stycket får, för barn som *inte fyllt 15 år*, kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet *fyllt 15 år* får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

Av 3 kap. 6 b § andra stycket SoL framgår att om en person som inte har fyllt 21 år har behov av särskilt stöd och särskild vägledning för att *motverka risk för missbruk av beroendeframkallande medel*, för brottslig verksamhet eller för något *annat socialt nedbrytande beteende*, får nämnden utse en *särskilt kvalificerad kontaktperson* för den unge om denne begär eller samtycker till det. För barn som *inte har fyllt 15 år* får en sådan kontaktperson utses endast om barnets vård-

[40] Beträffande yrkeskvalifikationer som förvärvats eller erkänts utomlands, se 3 kap. 3 b–3 c §§ SoL.

nadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet *fyllt* 15 år får en särskilt kvalificerad kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det. Socialnämnden ska, enligt 3 kap. 6 c § SoL kontinuerligt följa hur insatser som avses i 6 b § genomförs när dessa har beviljats barn och unga.

I 5 kap. SoL finns i 1–3 §§ särskilda bestämmelser i fråga om barn och unga. Socialnämnden ska enligt 1 § bland annat 1) verka för att barn och unga växer upp under *trygga och goda förhållanden*, 3) bedriva *uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete* för att förhindra att barn och unga far illa, 4) *aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk* bland barn och unga av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel, 5) *aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar* bland barn och unga, 7) med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och unga som har visat tecken till en ogynnsam utveckling, och 8) i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det *skydd och stöd* som de behöver och, om barnets eller den unges bästa motiverar det, *vård och fostran utanför det egna hemmet*.

Socialnämnden ska vidare, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, enligt 5 kap. 1 a §, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Nämnden ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd.

Enligt 5 kap. 1 d § ska kommunen ska ingå en *överenskommelse* med regionen om ett *samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet*. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa barn och unga eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

5.2.9 Socialnämndens ansvar för personer som vårdar eller stödjer närstående

Enligt 5 kap. 10 § SoL *ska* socialnämnden erbjuda stöd för att underlätta för de personer som *vårdar* en närstående som är långvarigt sjuk *eller* äldre *eller* som stödjer en närstående som har *funktionshinder*.

I förarbetena till 5 § i tidigare gällande SoL anfördes att behovet av förbättrat anhörigstöd tar sin utgångspunkt i olika slag av *fysiskt och psykiskt påfrestande vårdsituationer*. Sådana situationer är *inte begränsade till vård i form av praktiskt stöd i hemmet eller hjälp med*

personlig omvårdnad. Av lika stor betydelse är utvecklingen av stöd till föräldrar som har barn med *missbruksproblem* eller lider av *psykisk sjukdom*.[41]

Vad gäller *begreppet funktionsnedsättning* anförs i förarbetena att med personer med funktionsnedsättning avses personer som drabbats av *exempelvis* stroke, demenssjukdom och personer med psykiska funktionsnedsättningar eller personer med utvecklingsstörning. Anhöriga till närstående som har en *psykisk sjukdom eller en omfattande psykisk funktionsnedsättning* utsätts ofta för extraordinära påfrestningar. De ser behoven av vård- och stödinsatser men kan ha svårt att få till stånd den hjälp som behövs. Anhöriga ska inte bara påverka den närstående att ta emot vård- och stödinsatser utan också landsting och kommun att ge den närstående den vård och de stödinsatser som han eller hon behöver. Det är även många anhöriga som *tyngs av samhällets fördomar om psykiska sjukdomar och psykiska funktionsnedsättningar* vilket kan leda till att de antingen drar sig för att ansöka om insatser eller att ställa krav på insatsernas utformning.[42]

5.2.10 Vård utanför det egna hemmet

Enligt 6 kap. 1 § första stycket SoL ska socialnämnden sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett 1) *familjehem*, 2) *hem för vård eller boende* (HVB), eller 3) stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år (*stödboende*). Barn i åldern 16–17 år får, enligt 6 kap. 1 § andra stycket, tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl. I övrigt avser bestämmelsen såväl vuxna som barn.

Av 6 kap. 1 § tredje stycket SoL framgår att *socialnämnden ansvarar* för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får *god vård*. Av förarbetena framgår att sådan vård som avses här ska som regel ingå som ett led i en *sammanhållen vård och behandling*. Socialnämnden som har ansvaret för vårdplaneringen har således kvar sitt ansvar även i det fall någon del av vården ges genom *annan huvudmans* försorg.[43]

Vården bör, enligt 6 kap. 1 § fjärde stycket, utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med *anhöriga och andra närstående* samt

[41] Prop. 1996/97:124 s. 135. Se även prop. 2000/01:80 s. 110.
[42] Prop. 2008/09:82 s. 8.
[43] Prop. 1979/80:1 Del A s. 535.

kontakt med hemmiljön, vilket således ger uttryck för närhetsprincipen. Vården bör förläggas och genomföras på sådant sätt att samhörigheten och kontakt med de anhöriga och med hemmiljön främjas.[44]

Enligt 6 kap. 4 § SoL ska vård i familjehem, HVB och stödboende *bedrivas i samråd med socialnämnden*. Detta gäller även vid vård enligt LVU och LVM.

I 6 kap. finns en rad bestämmelser avseende *barn och unga*. Av 6 kap. 7 § SoL framgår exempelvis att socialnämnden ska i fråga om de barn som vårdas i ett familjehem, jourhem, annat enskilt hem, stödboende eller HVB 1) medverka till att de får *god vård och fostran* och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden, 2) verka för att de får lämplig *utbildning*, 3) verka för att de får den *hälso- och sjukvård* som de behöver, 4) lämna *vårdnadshavarna och föräldrarna råd, stöd och annan hjälp* som de behöver.

När vård ges i ett familjehem, stödboende eller HVB, ska det finnas en av socialnämnden *särskilt utsedd socialsekreterare* som ansvarar för kontakterna med barnet eller den unge. Socialsekreteraren *ska besöka barnet eller den unge regelbundet* i den omfattning som är lämplig utifrån barnets eller den unges behov och önskemål (6 kap. 7 c § SoL).

När ett barn vårdas med stöd av SoL i ett annat hem än det egna ska, enligt 6 kap. 8 § SoL, socialnämnden *minst en gång var sjätte månad* överväga om vården fortfarande behövs och hur vården bör inriktas och utformas. Av 8 § andra stycket framgår att när barnet har varit placerat i *samma familjehem under tre år* från det att placeringen verkställdes, ska socialnämnden särskilt överväga om det finns skäl att ansöka om *överflyttning av vårdnaden* enligt 6 kap. 8 § föräldrabalken.

5.2.11 Särskilt om familjehem, hem för vård eller boende och stödboenden

Enligt 6 kap. 2 § SoL *ansvarar varje kommun för* att det finns *tillgång* till familjehem, HVB och stödboenden. I bestämmelsen erinras också om att behovet av vissa hem som avses i 6 kap. 3 § SoL ska tillgodoses av staten, dvs. hem där det bedrivs vård enligt LVM och LVU.

I 3 kap. 1 § socialtjänstförordningen (2001:937), förkortad SoF, definieras vad som avses med de olika boendeformerna. Med *hem för*

[44] Prop. 1979/80:1 Del A s. 535.

vård eller boende avses *ett hem inom socialtjänsten* som tar emot enskilda för *vård eller behandling i förening med boende*. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs *yrkesmässigt*.[45] Också i fråga om stödboende krävs att verksamheten bedrivs yrkesmässigt vilket skiljer sig från *familjehem*, varmed avses *enskilt hem* som på socialnämndens uppdrag tar emot barn för stadigvarande vård och fostran eller vuxna för vård och omvårdnad.

Av 6 kap. 3 § SoL framgår att behovet av sådana hem som avses i 12 § LVU och sådana som avses i 22 och 23 §§ LVM, ska *tillgodoses av staten*. Statens institutionsstyrelse (SiS) leder verksamheten vid hemmen. För vård vid ett sådant hem får staten, enligt 6 kap. 3 § tredje stycket, ta ut *avgift* av den kommun som begärt placeringen. SiS får, enligt 3 § andra stycket, om det finns särskilda skäl för det, *genom avtal uppdra åt en region eller en kommun* att *inrätta och driva* ett sådant hem som avses i 12 § LVU och 22 och 23 §§ LVM.

Av 3 kap. 3 § SoF framgår att *verksamheten* vid HVB och stödboenden ska bygga på förtroende för och samarbete med den enskilde och utformas så att vistelsen i hemmet eller boendet upplevs som meningsfull. Den enskildes integritet ska respekteras och de insatser som görs ska *anpassas till den enskildes individuella behov och förutsättningar*. Verksamheten ska, enligt 3 kap. 4 § SoF, bedrivas i *fortlöpande samarbete* med den socialnämnd som har det sammanhållande ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som har eller hon behöver.

Enligt 3 kap. 5 § SoF ska det vid varje hem för vård eller boende och vid varje stödboende finnas en *person med lämplig utbildning som föreståt verksamheten*. Det ska också finnas *sådan personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet*.

Hem som avses i 12 § LVU *ska*, enligt 3 kap. 6 § första stycket SoF, ha *tillgång till läkare*. En sådan läkare *bör* ha *specialistkompetens* inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. Enligt samma bestämmelse andra stycket *bör* hem som ger vård och behandling åt *missbrukare* av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel ha *tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet*. Dessutom *bör*, enligt tredje stycket, hem som avses i bestämmelsen ha tillgång till *psykologisk expertis*.

[45] Som HVB räknas inte sådana boendeformer för äldre personer och personer med funktionshinder som avses i 5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket SoL.

Den som vårdas i ett familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende och *vars skolplikt har upphört* bör vid behov, enligt 3 kap. 7 § SoF, ges möjlighet till *kompletterande undervisning* och lämplig *yrkesutbildning*. I varje fall bör han eller hon ges möjlighet till sådan *arbetsträning* eller *annan grundläggande yrkesträning* som underlättar för honom eller henne att få anställning eller fortsatt yrkesutbildning.

5.2.12 Tillståndsplikt för enskild verksamhet respektive anmälningsplikt för kommunal eller regional verksamhet

Enligt 7 kap. 1 § SoL får, ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ, inte utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) yrkesmässigt bedriva

1. verksamhet i form av *stödboende eller HVB* enligt 6 kap.,
2. verksamhet i form av *boenden* som motsvarar dem som avses i 5 kap. 5 § andra och tredje styckena (äldre personer) eller 5 kap. 7 § tredje stycket (personer med funktionshinder),
3. verksamhet i form av *hem för viss annan heldygnsvård*,
4. verksamhet i form av *hem eller öppen verksamhet* för *vård under begränsad del av dygnet*, oavsett var verksamheten bedrivs,
5. verksamhet som har till uppgift att *till socialnämnden föreslå familjehem och jourhem till barn* samt som lämnar *stöd och handledning till sådana hem som tar emot barn*, eller
6. hemtjänst.

Kommun och region som driver verksamhet som avses i första stycket 1–4 och 6 ska *anmäla* denna verksamhet till IVO innan verksamheten påbörjas. IVO får, enligt 7 kap. 2 b § SoL, ta ut en *avgift för ansökningar om tillstånd* enligt 1 §.

I SoF finns närmare bestämmelser om vad en ansökan respektive anmälan ska innehålla.

5.3 Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdregleringen är omfattande och förutom ett flertal lagar finns också ett betydande antal förordningar, föreskrifter och allmänna råd.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, innehåller de grundläggande bestämmelserna för *all hälso- och sjukvård*. Den innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas och gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 § HSL).

Målet med hälso- och sjukvården är, enligt 3 kap. 1 § första stycket HSL en *god hälsa* och en *vård på lika villkor* för hela befolkningen. Enligt 3 kap. 1 § andra stycket, ska vården ges med respekt för *alla människors lika värde* och för den *enskilda människans värdighet*. Den som har det största *behovet* av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Andra stycket återspeglar de s.k. människovärdes- och behovs-solidaritetsprinciperna som avses vara en etisk plattform för prioriteringar i vården.[46]

Av 3 kap. 2 § HSL framgår att hälso- och sjukvården *ska* arbeta för att *förebygga ohälsa* vilket ska ske genom såväl miljöinriktade som individinriktade åtgärder. De *miljöinriktade* åtgärderna kan åtgärderna kan enligt förarbetena huvudsakligen utföras genom hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen vilket förutsätter samarbete med de kommunala organ som har det direkta ansvaret för utvecklingen inom andra samhällssektorer.[47] I *individinriktade* förebyggande åtgärder innefattas bland annat, enligt förarbetena, åtgärder för att *uppspåra hälsoproblem* liksom allmänna riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård. Dessa verksamheter förutsattes i förarbetena utföras av regionerna och då ingå i skyldigheten att vidta förebyggande åtgärder. I övrigt ankommer det på huvudmännen och personalen att bedöma vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas med hänsyn till befolkningens behov, den medicinska utvecklingen, ekonomiska förutsättningar m.m.[48]

Patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL, innehåller en rad bestämmelser om vårdgivarnas skyldigheter, bland annat vad gäller att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. PsL innehåller

[46] Prop. 1996/97:60 s. 21 och 46.
[47] Jfr 3 kap. 1 § SoL. Prop. 1981/82 :97 s. 110 f.
[48] Prop. 1981/82 :97 s. 110 f.

emellertid även bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, bestämmelser om tillsyn, om Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och om olika åtgärder mot hälso- och sjukvårdspersonal.

En viktig lag på hälso- och sjukvårdsområdet är patientlagen (2014:821), förkortad PL, som trädde i kraft den 1 januari 2015. Den riktar sig till *patienter och deras närstående* men även till vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. PL syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning och till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 § PL).[49]

Förutsättningarna för *tvångsvård*, vilket är undantagsåtgärder inom hälso- och sjukvården, regleras bland annat i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

Härutöver finns en rad andra lagar med specialföreskrifter. Särskilt kan nämnas patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, där det finns bestämmelser om att föra patientjournal och om hur informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet.[50]

I detta avsnitt redogörs främst för regleringen i HSL.

5.3.1 Definitioner

2 kap. HSL innehåller en rad definitioner. Sålunda avses med *hälso- och sjukvård* i HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, 2) sjuktransporter, och 3) omhändertagande av avlidna (2 kap. 1 §).

Enligt 2 kap. 2 § avses med *huvudman* i HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att *erbjuda* hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

Med *vårdgivare* avses i HSL, enligt 2 kap. 3 §, statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som *bedriver* hälso- och sjukvårdsverksamhet.

[49] Se avsnitt 5.7.6.
[50] Se avsnitt 5.1.5.

Enligt 2 kap. 4 § HSL avses med *sluten vård* i lagen hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning och med *öppen* vård avses, enligt 2 kap. 5 §, annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

Med *primärvård* avses i HSL, enligt 2 kap. 6 § i dess lydelse fr.o.m. den 1 juli 2021,[51] hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

5.3.2 Organisation och ledningsuppgifter

Enligt 4 kap. 1 § HSL ska offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet vara organiserad så att den främjar *kostnadseffektivitet*. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det, enligt 4 kap. 2 §, finnas någon som svarar för verksamheten (*verksamhetschef*).

När det gäller verksamheter som har inslag av myndighetsutövning i förening med medicinska eller liknande bedömningar[52] ska, enligt 4 kap. 3 § första stycket HSL, ansvaret för *ledningsuppgifter* i fråga om *psykiatrisk tvångsvård* samt isolering enligt smittskyddslagen (2004:168) utövas av en *chefsöverläkare* med *specialistkompetens*. Av 3 § andra stycket framgår att är verksamhetschefen inte en läkare med specialistkompetens, ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller, i fråga om smittskydd, av en befattningshavare som har förordnats med stöd av smittskyddslagen.

[51] SFS 2020:1043.
[52] Prop. 1995/96:176 s. 103.

5.3.3 God vård

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården *särskilt* ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det, enligt 5 kap. 2 § HSL finnas den *personal*, de *lokaler* och den *utrustning* som behövs för att god vård ska kunna ges.

Kvaliteten i verksamheten ska, enligt 5 kap. 4 § HSL, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

5.3.4 Särskilda skyldigheter i fråga om barn

Enligt 5 kap. 6 § HSL ska, när hälso- och sjukvård ges till barn, *barnets bästa* särskilt beaktas.[53] Vad som är barnets bästa måste avgöras utifrån förhållandena i varje enskilt fall. Bedömningen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska, beroende på barnets ålder och mognad, utgå från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för. I vissa fall kan det även vara relevant att inhämta underlag från andra personer som har kunskap om barnet. Så långt som möjligt bör såväl långsiktiga som kortsiktiga *konsekvenser* av att exempelvis ge eller avstå från att ge barnet viss vård eller behandling beaktas. Med barn avses personer under 18 år.[54]

Av 5 kap. 7 § HSL framgår att ett barns behov av *information*, *råd och stöd* ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,

[53] Jfr 1 kap. 8 § patientlagen (2014 :821).
[54] Prop. 2016/17:43 s. 132.

3. har ett *missbruk* av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller
4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.

Detsamma gäller, enligt 5 kap. 7 § andra stycket, om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Paragrafen ålägger hälso- och sjukvården en skyldighet att särskilt beakta behovet av råd, stöd och information till barn om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Samma skyldighet gäller om den vuxne oväntat avlider.

Med barn avses detsamma som i socialtjänstlagen (2001:453, SoL) (1 kap. 2 §), dvs. varje människa under 18 år. Med förälder avses barnets biologiska förälder eller adoptivförälder. Någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med kan till exempel vara en styvförälder eller en familjehemsförälder. Det är således fråga om en person som har den faktiska omsorgen om barnet. När en förälder som har till exempel en psykisk funktionsnedsättning har kontakt med hälso- och sjukvården ska hälso- och sjukvården enligt bestämmelsen särskilt rikta uppmärksamheten på barnets förhållanden och behov. Informationen, råden och stödet måste anpassas efter barnets ålder och mognad. Principen om barnets bästa kan ibland innebära att någon information inte alls ska lämnas eller först efter en viss tid.[55]

Begreppet *psykisk störning* har enligt förarbetena samma innebörd som i annan lagstiftning, till exempel lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Med *psykisk funktionsnedsättning* avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom *eller ett annat tillstånd*. Med psykisk funktionsnedsättning avses i denna paragraf även neuropsykiatrisk funktionsnedsättning såsom Aspergers syndrom och autism. *Utanför* paragrafens tillämpningsområde faller barn till föräldrar som har en nedsättning av den intellektuella funktionsförmågan.[56]

[55] Prop. 2008/09:193 s. 29.
[56] Prop. 2008/09:193 s. 29.

I förarbetena till paragrafen anförs att det är mycket svårt att dra gränsen för vad som kan anses vara *missbruk av alkohol*. Det hänvisas till förarbetena till lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) enligt vilka det måste röra sig om en inte alltför obetydlig konsumtion (prop. 1981/82:8 s. 74). Vidare sägs i nämnda proposition att man inte kan dra någon bestämd gräns i form av en viss konsumtionsnivå, men att *en konsumtion som ger allvarliga följder för den enskilde* i form av *medicinska eller sociala problem* måste bedömas som missbruk. Den målgrupp som avses i denna bestämmelse är dock *vidare* än den som kan komma i fråga för vård enligt LVM. Med missbruk av *beroendeframkallande medel* avses narkotika eller därmed jämställda preparat, till exempel thinner.[57]

5.3.5 Regionens ansvar som huvudman

Enligt 7 kap. 1 § ska ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller det som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725). I paragrafen erinras om att bestämmelser om *gemensam nämnd* finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Regionen ska, enligt 7 kap. 2 § planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[58] Vid planeringen ska beaktas den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska, enligt 7 kap. 2 a §, organiseras så att vården kan ges *nära befolkningen*. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt. Enligt 7 kap. 3 § HSL ska regionen organisera *primärvården* så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (*vårdvalssystem*). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Regionen ska, enligt andra stycket, utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa

[57] Prop. 2008/09:193 s. 29.
[58] Se 8 kap. HSL.

den enskildes val av utförare. Av 3 § tredje stycket framgår att när regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

För hälso- och sjukvård som kräver *intagning* vid vårdinrättning ska det, enligt 7 kap. 4 § HSL, finnas *sjukhus*.

Av 7 kap. 7 § HSL framgår att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen *samverka* med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I frågor som berör flera regioner ska regionerna, enligt 7 kap. 8 §, samverka.

Regionen får vidare, enligt 7 kap. 9 § första stycket HSL, träffa *överenskommelser* med kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för regionens uppgifter enligt HSL samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Regionen ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får regionen delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård

Regionen ska, enligt 8 kap. 1 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård bland annat åt den som är bosatt inom regionen. Av 8 kap. 6 § framgår att regionens ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för enligt 12 kap. 1 § eller 14 kap. 1 §.

I 8 kap. regleras vidare regionens ansvar i fråga om icke bosatta personer (2, 3 och 4 §§), möjligheten att erbjuda läkemedel utan kostnad till den som får hemsjukvård (8 §) samt tillhandahållande av förbrukningsartiklar (9 §).[59]

Det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt *asylsökande* m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (8 kap. 10 § HSL).

[59] I 14 kap. regleras möjligheterna att överlåta ansvar bland annat vad avser hemsjukvård.

Vårdgaranti

Enligt 9 kap. 1 § HSL ska regionen erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § (jfr 2 kap. 3 § PL). Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Den närmare innebörden av regionens skyldighet att erbjuda vårdgaranti regleras i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF.

Av 9 kap. 2 § HSL framgår att om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 § 3 eller 4, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Val av behandlingsalternativ, val av hjälpmedel och ny medicinsk bedömning

Regionen ska, enligt 10 kap. 1 § HSL, ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ, att välja hjälpmedel och möjlighet att få en ny medicinsk bedömning i enlighet med vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ PL, och 8 kap. 1 § PL.[60]

5.3.6 Kommunens ansvar som huvudman

Organisation, planering och samverkan

Enligt 11 kap. 1 § HSL ska ledningen av den kommunala hälso- och sjukvårdsverksamheten ska utövas av den eller de nämnder som kommunfullmäktige enligt 2 kap. 4 § socialtjänstlagen (2001:453) bestämmer. I paragrafen erinras om att bestämmelser om *gemensam nämnd*

[60] Se avsnitt 5.7.6.

finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Kommun ska, enligt 11 kap. 2 § HSL, planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Vid planeringen ska kommunen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Kommunen ska vidare, enligt 11 kap. 3 § HSL, i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården *samverka* med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare.

Enligt 11 kap. 4 § HSL ska, inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer, finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Om ett verksamhetsområde i huvudsak omfattar rehabilitering, får en fysioterapeut eller en arbetsterapeut fullgöra de uppgifter som åligger en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård

Enligt 12 kap. 1 § HSL ska kommunen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket,[61] 5 kap. 7 § tredje stycket[62] eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453).[63] Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 3 kap. 6 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

Kommunen får även, enligt 12 kap. 2 § HSL, erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket[64] socialtjänstlagen (2001:453).

Med undantag för vad som anges i 16 kap. 1 § tredje stycket HSL gäller kommunens ansvar för god hälso- och sjukvård inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap. 3 § HSL).

[61] Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre.
[62] Bostäder med särskild service för dem som till följd av *fysiska, psykiska eller andra skäl* möter betydande svårigheter i sin livsföring.
[63] Boendeformer som drivs av *tillståndspliktig enskild verksamhet*.
[64] Avser särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.

Val av behandlingsalternativ och val av hjälpmedel

Enligt 13 kap. 1 § HSL ska kommunen ska ge den enskilde möjlighet att välja behandlingsalternativ inom sådan hälso- och sjukvård som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 §[65] enligt vad som anges i 7 kap. 1 § PL. Kommunen ska vidare, enligt 13 kap. 2 §, ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § PL.[66]

5.3.7 Primärvårdens grunduppdrag

Den 1 juli 2021 infördes ett nytt 13 a kapitel i HSL. Enligt 1 § ska regioner och kommuner, inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt 1) tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov, 2) se till att vården är lätt tillgänglig, 3) tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar, 4) samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

5.3.8 Överlåtelse av ansvar från region till kommun

I 14 kap. 1 och 2 §§ HSL regleras möjligheten för regionen, att till en kommun inom regionen, överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (*hemsjukvård*) i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om regionen och kommunen kommer överens om det. Överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Regionen får även, enligt 14 kap. 3 § HSL, träffa överenskommelse med en kommun inom regionen om att kommunen ska ha ansvar för *hjälpmedel* för personer med funktionsnedsättning. Bestämmelserna om individuell plan i 12 kap. 5 § andra stycket och om val av hjälpmedel i 13 kap. 2 § gäller även i dessa fall.

Enligt 15 kap. 1 § HSL får regioner och kommuner med bibehållet huvudmannaskap sluta *avtal med någon annan* om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt lagen.

[65] Avser fall då regionen överlåtit skyldigheten att bland annat erbjuda hemsjukvård till kommunen.
[66] Se avsnitt 5.7.6.

Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

5.3.9 Samverkan mellan huvudmän

Enligt 16 kap. 1 § första stycket HSL ska regionen till kommunerna inom regionen avsätta de *läkarresurser* som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket[67] socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Enligt 1 § andra stycket ska regionen, med kommunerna inom regionen, sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen, enligt 1 § tredje stycket, rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Regionen och kommunen ska, enligt 16 kap. 2 § HSL samverka så att en enskild, som kommunen enligt 12 kap. 1 eller 2 § har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 8 kap. 9 § som hans eller hennes tillstånd fordrar.

Av 16 kap. 3 § första stycket HSL framgår att regionen ska ingå en *överenskommelse* med kommunen om ett samarbete i fråga om 1) personer med *psykisk funktionsnedsättning*, 2) personer som *missbrukar* alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och 3) *barn och unga* som vårdas utanför det egna hemmet. Med psykisk funktionsnedsättning avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller ett annat tillstånd.[68]

Enligt 3 § andra stycket bör, om det är möjligt, organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

[67] Särskilda boendeformer för äldre människor som främst behöver stöd och hjälp i boendet och annan lättåtkomlig service och som därutöver har behov av att bryta oönskad isolering.
[68] Prop. 2008/09:193 s. 31.

5.3.10 Individuell plan

När den enskilde har *behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten*, ska regionen, enligt 16 kap. 4 § första stycket HSL tillsammans med kommunen upprätta en *individuell plan* (jfr 2 kap. 7 § SoL). Planen ska, enligt andra stycket, upprättas om regionen *eller* kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde *samtycker* till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Av 4 § tredje stycket framgår att planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå 1) vilka insatser som behövs, 2) vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, 3) vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och 4) vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

5.4 Tvångsvård

5.4.1 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

I 2 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, stadgas att vård inom socialtjänsten ges en missbrukare i samförstånd med honom eller henne enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453). En missbrukare ska dock beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i LVM.

Enligt 4 § ska tvångsvård beslutas om

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt,
3. han eller hon till följd av missbruket,
   a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
   b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller,

c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt LVM.

Vad gäller att vårdbehovets inte kan tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt har betonats i förarbetena, att rättstillämparna vid varje tidpunkt, ska sträva efter att finna de för den enskilde mest tjänliga insatserna. Kan den enskildes vårdbehov tillgodoses med stöd av SoL äger denna lag företräde. Är det en ung person är som regel den vård som kan beredas honom eller henne med stöd av LVU bäst ägnad att tjäna detta syfte. Är den enskilde psykiskt sjuk, så att förutsättningarna för LPT är uppfyllda, bör vården beredas med stöd av denna lag.[69] Detsamma gäller om vårdbehovet kan tillgodoses på frivillig väg inom hälso- och sjukvården.[70]

Tvångsvården ska, enligt 3 § LVM, syfta till att *genom behövliga insatser motivera* den enskilde så att han eller hon kan antas vara i stånd att *frivilligt medverka* till fortsatt behandling och ta emot stöd *för att komma ifrån* sitt missbruk.

Enligt 6 § är myndigheter som i sin verksamhet regelbundet kommer i kontakt med missbrukare skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM. Detta gäller emellertid inte myndigheter inom hälso- och sjukvården om inte läkare där kommer i kontakt med någon som kan antas vara i behov av omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM eller vård enligt LVM och läkaren bedömer att denne inte kan beredas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

Socialnämnden har enligt 7 § LVM skyldighet att inleda utredning, när den genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård. När utredning inletts ska socialnämnden besluta om läkarundersökning (9 §) samt utse läkare för undersökningen. I intyg ska anges missbrukarens aktuella hälsotillstånd.

Anser socialnämnden efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, ska nämnden ansöka om sådan vård hos förvalt-

[69] Prop. 1981/82:8 s. 42.
[70] Prop. 1981/82:8 s. 75.

ningsrätten (11 §). Det är, enligt 5 § LVM, förvaltningsrätten som beslutar om beredande av tvångsvård.

Tvångsvården ska, enligt 20 § LVM, upphöra så snart syftet med vården är uppnått (jfr 3 §) och senast när vården har pågått i sex månader (vårdtid).

Socialnämnden har skyldighet att *aktivt* verka för att den enskilde *efter vårdtiden* får *bostad och arbete eller utbildning* samt se till att han eller hon får *personligt stöd eller behandling* för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk (30 § LVM).

Som ett *undantag* från ordinarie utrednings- och beslutsordning som nyss redogjorts för får *socialnämnden besluta* att en missbrukare *omedelbart ska omhändertas* om 1) det är *sannolikt* att den enskilde kan beredas vård med stöd av LVM, och 2) *rättens beslut om vård inte kan avvaktas* på grund av att den enskilde kan antas få sitt *hälsotillstånd allvarligt försämrat*, om han eller hon inte får omedelbar vård, *eller* på grund av att det finns en *överhängande risk* för att den enskilde till följd av sitt tillstånd kommer att *allvarligt skada sig själv eller någon närstående* (13 § första stycket LVM).

Kan inte heller socialnämndens beslut om omhändertagande avvaktas, får beslut om omhändertagande fattas av *nämndens ordförande* eller någon annan ledamot som nämnden förordnat. Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde (13 § andra stycket LVM).

Nämndens beslut om omedelbart omhändertagande ska utan dröjsmål, och senast dagen efter beslutet, *underställas förvaltningsrätten* (15 § LVM). Fastställer rätten socialnämndens beslut (17 §) ska socialnämnden ansöka om tvångsvård inom en vecka från det att förvaltningsrätten meddelade beslut (18 § LVM).

5.4.2 Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga

Av 1 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, framgår att insatser inom socialtjänsten för barn och ungdom ska göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen. Insatserna ska präglas av respekt för den unges människovärde och integritet. Vid beslut enligt lagen ska vad som är bäst för den unge vara *avgörande* (1 § LVU).

Den som är under 18 år ska ges vård enligt lagen, om någon av de situationer som anges i 2 eller 3 § råder och det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne och, när den unge har fyllt 15 år, av honom eller henne själv.

Enligt 2 § ska det fattas beslut om vård enligt lagen om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. Det ska enligt 3 § också beslutas om vård om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. Vård ska också, enligt 3 § andra stycket, beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.

Beslut om vård med stöd av lagen meddelas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden (4 §).

När vård med stöd av LVU inte längre behövs ska socialnämnden enligt 21 § besluta att vården ska upphöra. Nämnden ska noga förbereda den unges återförening med den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne.

Enligt 6 § första stycket LVU får socialnämnden besluta att den som är under 20 år omedelbart ska omhändertas, om 1) det är *sannolikt* att den unge behöver beredas vård med stöd av LVU, och 2) *rättens beslut om vård inte kan avvaktas* med hänsyn till risken för den unges *hälsa eller utveckling* eller till att den *fortsatta utredningen* allvarligt kan försvåras eller vidare åtgärder hindras. För vårdens innehåll och utformning gäller, enligt 10 § LVU, bestämmelserna i SoL och föreskrifterna i 11–20 §§ LVU.

Om *socialnämndens* beslut om omhändertagande *inte kan avvaktas*, får nämndens *ordförande* eller någon annan ledamot som nämnden har förordnat besluta om omhändertagande. Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde (6 § andra stycket LVU).

Har socialnämnden beslutat om omedelbart omhändertagande, ska beslutet, enligt 7 § LVU, *underställas* förvaltningsrätten inom en vecka från den dag då beslutet fattades.

5.4.3 Lagen om psykiatrisk tvångsvård

I 1 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, stadgas att föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) gäller all psykiatrisk vård och att kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i LPT. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Av 3 § LPT följer att tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt 1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller 2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). En förutsättning för vård enligt LPT är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får, enligt 4 § LPT, inte fattas utan att ett *vårdintyg* har utfärdats. Av detta ska det framgå att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.

Enligt 6 b § LPT ska frågan om intagning för sluten psykiatrisk tvångsvård avgöras *skyndsamt efter undersökning* av patienten, senast 24 timmar efter dennes ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar. Beslut om intagning fattas av en *chefsöverläkare* vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får *inte* fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget.

Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård *utöver fyra veckor* från dagen för beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren före utgången av fyraveckorstiden ansöka hos *förvaltningsrätten* om medgivande till sådan vård (7 § LPT). Chefsöverläkaren ska även ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när han eller hon anser att den psykiatriska tvångsvården bör *övergå i*

öppen eller sluten form. Rätten ska enligt 8 § besluta i frågan om fortsatt vård i form av sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan, får vården pågå under *högst fyra månader*, räknat från dagen för beslutet om intagning.

Den 1 juli 2020 trädde nya bestämmelser i kraft som innehåller en särreglering av tvångsåtgärderna fastspänning med bälte, avskiljande från andra patienter och inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster för patienter som är under 18 år. Ändringarna innebär att förutsättningarna för att använda dessa tvångsåtgärder skärps och att tiden för hur länge tvångsåtgärden får pågå förkortas samt ett tydliggörande av förutsättningarna för förlängning av en beslutad tvångsåtgärd. Förslaget innebär även nya bestämmelser om dels en särskild underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg om en patient som är under 18 år har blivit föremål för upprepade tvångsåtgärder under vårdperioden, dels att patienter som är under 18 år ska ha rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus under minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar emot det.

5.4.4 Lagen om rättspsykiatrisk vård

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, gäller enligt 1 § den som

1. efter beslut av domstol ska ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt,
4. eller är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.

I 2 § LRV erinras om att föreskrifterna i HSL om skyldighet för en region att erbjuda hälso- och sjukvård även gäller rättspsykiatrisk vård.

Rättspsykiatrisk vård ges efter beslut av domstol om överlämnande till sådan vård enligt vad som framgår av 31 kap. 3 § brottsbalken. Sådan vård ges enligt 3 § LRV som sluten rättspsykiatrisk vård eller, efter sådan vård, som öppen rättspsykiatrisk vård. Vård

som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns *sluten rättspsykiatrisk vård*. Annan vård enligt lagen benämns *öppen rättspsykiatrisk* vård.

Enligt 6 § LRV ges rättspsykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region. Den som ges *öppen* rättspsykiatrisk vård får vistas utanför en sådan sjukvårdsinrättning. Vidare framgår av 6 § LRV att vid rättspsykiatrisk vård gäller 15 a–17 LPT angående god säkerhet, upprättande av vårdplan och samråd med patienten i fråga om behandlingen och behandling utan samtycke, samt 31 b § LPT om dagliga aktiviteter och utomhusvistelse för patient som är under 18 år.

Av 8 § LRV framgår att vid *sluten* rättspsykiatrisk vård enligt LRV gäller, om inte annat anges i 8 a §, i tillämpliga delar bestämmelserna i 18–24 §§ LPT som reglerar olika tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk vård. Särskilda bestämmelser bland annat i fråga om den som är anhållen, häktad eller intagen i eller ska förpassas till kriminalvården regleras i 8 § andra stycket. I 8 a § finns särskilda bestämmelser om elektroniska kommunikationstjänster och i 8 b § om allmän inpasseringskontroll.

5.5 Dokumentation

5.5.1 Hälso- och sjukvårdsverksamhet

Patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, innehåller bland annat bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal.

Enligt 3 kap. 1 § PDL ska vid vård av patienter föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Syftet med att föra patientjournal är, enligt 3 kap. 2 § PDL, i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen är även in informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt forskning.

Skyldigheten att föra en patientjournal är, enligt 3 kap. 3 § PDL

1. den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett vist yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, och
3. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför samma slags arbetsuppgifter inom den allmänna hälso- och sjukvården som en hälso- och sjukvårdskurator, och
4. den som utför insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

Av 3 kap. 5 § PDL framgår att en patientjournal får innehålla *endast* de uppgifter som behövs för de *ändamål* som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2. Det innebär att personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för

1. att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter,
2. administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall.

Enligt 3 kap. 6 § PDL ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,
5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt

6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Patientjournalen ska, enligt 6 § andra stycket, innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

I 6 kap. PDL regleras förutsättningarna för *sammanhållen journalföring*. Regleringen innebär att *vårdgivare*, under vissa förutsättningar, kan få *direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar* och andra personuppgifter för en samlad bild av vårddokumentationen.

Av 6 kap. 1 § PDL framgår sålunda att en vårdgivare får, under de förutsättningar som anges i 2 §, ha *direktåtkomst* till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2. Det innebär bland annat att personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för 1) att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter och 2) administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall.

Utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är, enligt 5 kap. 4 § PDL, tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning. Om en region eller en kommun bedriver hälso- och sjukvård genom flera myndigheter, får en sådan myndighet ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet i samma region eller kommun

5.5.2 Socialtjänst

Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska, enligt 11 kap. 5 § SoL, dokumenteras. Dokumentationen ska utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. Handlingar som rör enskildas personliga förhållanden ska förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Dokumentationen ska, enligt 11 kap. 6 § SoL, utformas med respekt för den enskildes integritet. Den enskilde bör hållas underrättad om de journalanteckningar och andra anteckningar som förs om

honom eller henne. Om den enskilde anser att någon uppgift i dokumentationen är oriktig ska detta antecknas.

I 11 kap. 8 § SoL anges vilka bestämmelser i förvaltningslagen (2017:900), förkortad FL, som ska tillämpas i ärenden hos socialnämnden som avser myndighetsutövning mot någon enskild.

I 12 kap SoL regleras behandling av uppgifter och gallring.

5.6 Offentlighet- och sekretess

Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, innehåller bland annat regler om tystnadsplikt i det allmännas verksamhet och om förbud att lämna ut allmänna handlingar (1 kap. 1 §). OSL medger begränsningar av den i tryckfrihetsförordningen stadgade rätten att ta del av allmänna handlingar. Lagen innehåller också, genom bestämmelserna om tystnadsplikt, begränsningar i yttrandefriheten som var och en är tillförsäkrad i regeringsformen, förkortad RF. OSL gäller i all offentlig verksamhet. För privat hälso- och sjukvårdsverksamhet regleras tystnadsplikten i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL.

Med *sekretess* avses ett förbud att röja en uppgift, antingen det sker muntligen, genom utlämnande av en allmän handling eller på något annat sätt (3 kap. 1 § OSL). Sekretessen gäller för myndighet där uppgiften är sekretessbelagd samt för person som på grund av anställning eller uppdrag, tjänsteplikt eller annan liknande grund deltar i, eller har deltagit i, myndighetens verksamhet och då fått kännedom om uppgiften (2 kap. 1 § OSL). Uppgiften får inte heller i övrigt utnyttjas utanför den verksamhet i vilken sekretess gäller (7 kap. 1 § OSL). Sekretessen gäller såväl i förhållande till en enskild person som mellan olika myndigheter, om inte annat anges i OSL eller i lag eller förordning som OSL hänvisar till (8 kap. 1 § OSL).

Hälso- och sjukvårdssekretess

Inom *hälso- och sjukvården* gäller sekretess, enligt 25 kap. 1 § OSL, för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, *om det inte står klart* att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Bestämmelsen innehåller ett omvänt skaderekvisit som innebär att *sekretess är huvud-*

regel och uppgifter får inte röjas om det inte står klart att det kan ske utan att någon lider men. Av 25 kap. 10 § OSL framgår att hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 1 § *inte* gäller vissa beslut om frihetsberövande åtgärder.

Enligt 25 kap. 6 § OSL gäller sekretessen enligt 1–5 §§ i förhållande till *den vård- eller behandlingsbehövande själv* för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av *synnerlig vikt* att uppgiften inte lämnas till honom eller henne. Huvudregeln är att sekretess inte gäller i förhållande till den enskilde själv och sekretessen kan som regel, helt eller delvis, efterges av patienten (12 kap. 1–2 §§ OSL).

Enligt 25 kap. 12 § OSL, hindrar inte hälso- och sjukvårdssekretessen i 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas *från en myndighet inom hälso- och sjukvården* till en *annan sådan myndighet* eller till en *myndighet inom socialtjänsten*, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller, enligt 12 § andra stycket, uppgift om en *gravid* person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Av 25 kap. 13 § OSL framgår att om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl *inte kan samtycka* till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretess enligt 1 § inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården *eller* inom socialtjänsten *eller* till en enskild vårdgivare *eller* en enskild verksamhet på socialtjänstens område.[71]

[71] Se prop. 2007/08:126 s. 160 ff. och s. 272.

OSL gäller i all *offentlig verksamhet*. För privat hälso- och sjukvårdsverksamhet regleras tystnadsplikten i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Socialtjänstsekretess

Enligt 26 kap. 1 § första stycket OSL gäller sekretess inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, *om det inte står klart* att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Även denna bestämmelse är försedd med ett omvänt skaderekvisit, dvs. sekretess är huvudregel.
Med socialtjänst förstås i OSL, enligt 1 § andra stycket, 1) verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst, 2) verksamhet enligt den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke, och 3) verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd eller av Statens institutionsstyrelse.

Till socialtjänst räknas också, enligt 1 § tredje stycket, 1) verksamhet hos annan myndighet som innefattar omprövning av socialnämnds beslut eller särskild tillsyn över nämndens verksamhet, och 2) verksamhet hos kommunal invandrarbyrå.

Enligt 1 § fjärde stycket *jämställs* med socialtjänst 1) ärenden om bistånd åt asylsökande och andra utlänningar, 2) ärenden om tillstånd till parkering för rörelsehindrade, 3) ärenden hos patientnämnd om allmän omvårdnad, 4) och verksamhet enligt lagstiftningen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Enligt 26 kap. 7 § OSL gäller sekretessen enligt 1 § *inte* vissa beslut om vård utan samtycke.

Enligt 26 kap. 9 § OSL hindrar sekretessen enligt 1 § inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas *från en myndighet inom socialtjänsten* till en *annan sådan myndighet* eller till en *myndighet inom hälso- och sjukvården*, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och

1. denne inte har fyllt arton år,
2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller, enligt 9 § andra stycket, uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

I enskild verksamhet omfattas uppgifterna av tystnadsplikt i enlighet med 15 kap. 1 § socialtjänstlagen.

5.7 Enskildas rättigheter

5.7.1 Målinriktade ramlagar

Både socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, sägs vara målinriktade ramlagar. Ramlagstekniken har traditionellt ansetts vara det effektivaste sättet för regleringar som syftar till att uppnå välfärdsmålen eftersom det gör det möjligt att anpassa lagarna till nya behov och förändringar i samhället.

SoL anger vilka resultat som ska åstadkommas men i regel inte hur man ska uppnå detta. Kommunerna anses ha stor frihet att, inom ramarna, utforma sina insatser efter skiftande behov och önskemål. Tanken är att strukturella skillnader mellan kommunerna kan motivera vissa skillnader i socialtjänstens uppbyggnad och verksamhet.

HSL innehåller övergripande mål för verksamheten vilka också anses utgöra riktlinjer för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården.[72] Ramlagskonstruktionen motiverades utifrån tanken att en mycket detaljerad lag skulle försvåra möjligheten för huvudmännen att anpassa verksamheten efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Regioner och kommuner anses ha de bästa förutsättningarna att bedöma hur behoven av service på lokal nivå ska kunna tillgodoses. Vården måste dock ha en likvärdig kvalitet.[73]

Både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården präglas verksamheten av en helhetssyn[74] och frivillighet och självbestämmande är vägledande principer. I förarbetena till 1982 års HSL anfördes bland annat att det är angeläget att en helhetssyn anläggs på patientens förhållanden varmed till exempel avsågs den sociala situationen och arbetsförhållanden. Det räcker ofta inte, anfördes det, att bara ställa en diagnos och behandla ett visst symptom. För att nå ett varaktigt

[72] Prop. 1981/82:97 s. 17.
[73] Prop. 1981/82:97 s. 17.
[74] Prop. 1981/82:97 s. 56 f.

resultat och för att förebygga att sjukdom eller skada inträffar på nytt är det inte så sällan av avgörande betydelse att personalen får en uppfattning om varför patienten har ett visst problem och varför en sjukdom eller skada har drabbat patienten.[75]

Ramlagstekniken har kritiserats och det har uttryckts farhågor för att konstruktionen kan ge upphov till detaljföreskrifter och allmänna råd som i alltför hög grad skulle kunna begränsa kommuners och regioners handlingsfrihet.[76] Ramlagskonstruktionen skulle också kunna leda till ojämnheter i standard mellan kommuner och regioner och osäkerhet i fråga om skyldigheter och rättigheter. Faktorer som emellertid är tänkta att motverka en sådan utveckling är att varken SoL eller HSL medger åtgärder i strid mot den enskildes vilja, tillsynen över verksamheterna och, såvitt gäller socialtjänsten, möjligheten att överklaga socialnämndens beslut.[77]

5.7.2 Rättighets- och skyldighetslagar

Socialtjänstlagen

Förutom att socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag brukar den även benämnas *rättighetslag*. Den som inte själv kan tillgodose sina behov, eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, har *rätt till bistånd* av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt (4 kap. 1 § SoL). Det är denna bestämmelse som i någon mån gör det möjligt att benämna socialtjänstlagen som en *rättighetslag* - tillsammans med möjligheten att överklaga ett beslut till allmän förvaltningsdomstol. Rätten till bistånd är emellertid inte ovillkorlig utan den bedöms efter en individuell prövning av den enskildes behov. Biståndsrätten är subsidiär i den meningen att andra möjligheter att tillgodose behovet först ska vara uttömda. Syftet med rättighetsbestämmelser är att garantera enskilda människor det stöd som de är i behov av i de fall detta inte kan tillgodoses av dem själva eller någon annan.[78]

[75] Prop. 1979/80:1 Del A, prop. 1981/82:97 s. 56 f.
[76] Socialtjänstutredningen konstaterade att de senaste årens utveckling mot en alltmer detaljreglerad socialtjänstlag skulle tala för att det framöver kan vara svårt att upprätthålla lagens karaktär av ramlag. Utredningens ambition var emellertid att lagen i större utsträckning ska återfå karaktären av ramlag och därmed även lämna större utrymme för helhetssyn på individen. Se SOU 2020:47 s. 288 f.
[77] Prop. 1979/80:1 Del A s. 140 ff.
[78] Prop. 2000/01:80 s. 90.

Det inte finns någon egentlig definition av vad en rättighetslag eller en skyldighetslag är. Ingen lag är heller enbart det ena eller andra. Vad det handlar om är regler i en lagstiftningsprodukt som reglerar en skyldighet eller en rättighet för något subjekt. Den skyldighet som regleras är ofta en huvudmans ansvar. I socialtjänstlagen finns till exempel regler om skyldigheter för kommunerna att bedriva vissa verksamheter för att tillgodose medborgarnas behov. Med denna utgångspunkt kan kommunen bestämma hur verksamheterna ska bedrivas. Kommunens frihet i detta avseende begränsas bara i den mån det i lagen finns bestämmelser som inskränker den. De kommunala beslut som grundas på en allmän skyldighet att bedriva viss verksamhet överklagas enligt bestämmelserna i kommunallagen.[79]

För att en lagbestämd social rättighet i juridiskt hänseende ska anses föreligga måste den uppfylla vissa krav. Rättigheten ska vara noggrant *preciserad* både vad gäller innehåll och förutsättningar och den ska vara *utkrävbar*. För att vara utkrävbar fordras möjlighet till *överprövning* för att den enskilde genom ett domstolsutslag ska kunna hävda sin rätt mot den ansvarige huvudmannen. Ibland krävs också statlig *tillsyn och kontroll* av de myndigheter som har hand om förvaltningen.[80]

Biståndsbestämmelsen i SoL är förhållandevis vagt formulerad, även om försörjningsstödet i nu gällande lag avgränsats relativt väl (4 kap. 3 § SoL). Ramlagskonstruktionen, helhetssynen och svårigheterna att formulera författningsbestämmelser så att de täcker alla fall där en rätt till bistånd kan tänkas föreligga var ursprungligen skälet till bestämmelsens vaghet.[81] Statens tillsyn och den enskildes rätt att överklaga med förvaltningsbesvär har dock ansetts ge den enskilde tillräckliga garantier för en ur rättssäkerhetssynpunkt betryggande ordning.[82]

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen – varmed i detta sammanhang främst avses HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL – är i första hand uppbyggd kring huvudmännens, vårdgivarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens *skyldigheter*.

[79] Prop. 2000/01:80 s. 83.
[80] Prop. 2000/01:80 s. 83.
[81] Prop. 1979/80:1 Del A s. 183.
[82] Prop. 1979/80:1 Del A s. 185.

Frågan om en rättighetslagstiftning på hälso- och sjukvårdens område diskuterades av Prioriteringsutredningen[83] liksom av HSU 2000.[84] I den senare utredningen hade man bland annat att ta ställning till är om det fanns anledning att frångå konstruktionen med skyldighetslagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet och i stället gå mot en lagstiftning som i stor utsträckning bygger på rättighetsbaserade principer så att patienten bland annat tillförsäkras en rätt till vård och behandling som kan bli föremål för rättslig prövning. Utredningen stannade för att lagstiftningen även fortsättningsvis bör bygga på skyldigheter för personal och sjukvårdshuvudmän.

Inte heller regeringen ansåg att det fanns skäl att frångå principen med skyldighetslagstiftning på området. Bland annat menade regeringen att problemen med att införa legala rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet är betydande. Hälso- och sjukvårdsförmåner låter sig inte preciseras lika enkelt i lag som ekonomiska förmåner. Det är en komplicerad fråga att ta ställning till vilken medicinsk vård och behandling en viss patient behöver och att på ett meningsfullt sätt definiera de rättigheter som ska garanteras i lagen. En rättighetslagstiftning med vagt formulerade bestämmelser skulle innebära att det överlämnas till domstolarna att genom praxis ge lagen innehåll.[85]

Regeringen menade vidare att det andra kriteriet för en legal rättighet – att en förmån ska vara utkrävbar genom att den enskilde har möjlighet att överklaga ett avslagsbeslut för att på så sätt få ut sin rätt – inte heller är problemfritt på hälso- och sjukvårdsområdet. Bland annat ansågs tidsaspekten vara viktig om överprövningen ska ha något praktiskt värde för patienten. En efterhandsprövning som ger patienten rätt till en viss vårdinsats medför inte att patienten får den vård han eller hon behöver vid den aktuella tidpunkten. Detta problem är särskilt påtagligt vid akut vård, men torde även gälla i många andra vårdsituationer. Dessutom krävs kompetens att bedöma såväl rättsliga som medicinska frågor av det organ som ska överpröva beslut inom hälso- och sjukvårdsområdet.[86]

Även demokratiska skäl mot en rättighetslagstiftning anfördes. Det måste vara möjligt för sjukvårdshuvudmännen att planera för och utforma hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att det svarar mot befolkningens behov och önskemål inom ramen för tillgängliga resur-

[83] SOU 1995:5 Vårdens svåra val och Prop. 1996/97:60 Prioriteringar i hälso- och sjukvården.
[84] SOU 1997:154.
[85] Prop. 1997/98 :189 s. 16.
[86] Prop. 1997/98:189 s. 16.

ser. En rättighetslagstiftning innebär att det ytterst skulle vara domstolarna som bedömer olika vårdbehov, avgör om åtgärder blivit riktigt utförda och väger behov i förhållande till nytta och resursutnyttjande och sliter tvister inom hälso- och sjukvården. I ett rättighetsbaserat system inskränks utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser. En övergång från ett system som bygger på skyldigheter för huvudmän och sjukvårdspersonal till ett system som i stor utsträckning bygger på rättighetsbaserade principer skulle därmed bli svårt att förena med sjukvårdshuvudmännens lagstadgade generella planeringsansvar för hälso- och sjukvården.[87]

Mot denna bakgrund har HSL fortfarande karaktären av en skyldighetslag. Det har emellertid från lagstiftaren framhållits att en skyldighetslagstiftning *inte* innebär att krav som den enskilde har rätt att ställa på hälso- och sjukvården inte måste respekteras. Det är i det fallet *ingen skillnad mellan en rättighetslagstiftning och en skyldighetslagstiftning*. Regioner och kommuner har oavsett lagstiftningens karaktär ett ansvar att tillämpa lagstiftningen på avsett sätt.[88]

Den 1 januari 2015 infördes patientlagen (2014:821), förkortad PL, vars syfte är att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 § PL). Patientmaktsutredningen, som föregick lagstiftningsärendet, konstaterade att man inte hade för avsikt att argumentera vare sig för eller emot en rättighetslagstiftning. I stället hänvisades till vad som sagts i Prioriteringsutredningen och i HSU 2000. Patientmaktsutredningen riktade i stället in sitt arbete på att tydliggöra patientens roll i sin egen vårdprocess med betoning på själv- och medbestämmande, information och delaktighet.[89]

5.7.3 Rätt till bistånd

Kommunens yttersta ansvar – gränsdragningsfrågor

Det är varje kommun som svarar för socialtjänsten inom sitt område och har det *yttersta ansvaret* för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver (2 kap. 1 § SoL). Av paragrafen följer dock att detta

[87] Prop. 1997/98:189 s. 17.
[88] Prop. 1997/98:189 s. 17.
[89] SOU 2013:2 s. 159.

inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på *andra huvudmän*.

Bestämmelsen innebär att med det yttersta ansvaret följer en skyldighet för kommunen att i samverkan med andra samhällsorgan medverka till att den enskilde får arbete, bereds sjukvård eller får det stöd eller den hjälp som den enskilde i övrigt behöver. Med ansvaret följer också en skyldighet för kommunen att ge den enskilde behövlig vård *i väntan på* att ansvarig huvudman vidtar behövliga insatser.[90]

Bakgrunden till det yttersta ansvaret är att det ansetts angeläget att ett organ i samhället får uppgiften att förmedla insatser från andra samhällsorgan och tillgodose det behov av bistånd som därutöver kan behövas i det enskilda fallet.[91] Det yttersta ansvaret har av lagstiftaren ansetts vara en viktig förutsättning för att den enskildes ekonomiska och personliga trygghet ska kunna garanteras av samhället. Förutom rätten till bistånd för försörjningen och livsföringen i övrigt, innebär kommunens ansvar en skyldighet att hjälpa den enskilde när han eller hon har svårt att finna vägarna till den hjälp och service som samhället i övrigt kan ge eftersom hjälpbehövande, på grund av sin utsatta situation, ibland kan sakna tillräcklig initiativkraft för att hitta rätt i ett komplicerat samhälle.

I SoL:s förarbeten har uttalats att kommunens huvuduppgift är att bistå med sådana hjälp- och stödinsatser som *inte* faller inom något annat samhällsorgans ansvarsområde (till exempel sjukvårdens).[92] Därutöver är det uppgifterna att ge den enskilde *råd och anvisningar* och att vid behov *förmedla insatser* från andra organ som är särskilt betydelsefulla. Av kommunens ansvar följer även uppgiften att vidta tillfälliga åtgärder *i väntan på att en ansvarig huvudman* kan ge den enskilde behövlig vård eftersom uppgiften att provisoriskt bistå den som har ett akut hjälpbehov utgör en naturlig del av det sociala arbetet.[93]

I olika lagstiftningsärenden har gränsdragningsfrågan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården diskuterats. Socialutredningen, som föregick 1980 års SoL, avstod från att precisera ansvarsfördelningen eftersom en detaljreglering kunde bli ett hinder för utvecklingen. Detta väckte emellertid en del kritik från bland annat Social-

[90] Prop. 1979/80:1 Del A s. 523.
[91] Prop. 1979/80:1 Del A s. 142.
[92] I förarbetena talas genomgående om ”sjukvård” i stället för det uttryckssätt som används i dag, hälso- och sjukvård.
[93] Prop. 1979/80:1 Del A s. 144.

styrelsen som framhöll svåra gränsdragningsproblem inte minst vad gäller alkohol- och narkotikamissbrukare. Även utvecklingen inom psykiatri och kriminalvård ansågs ställa krav på en precisering. Dåvarande Riksrevisionsverket framförde också behovet av närmare ansvarsreglering bland annat vad avser behandling av missbrukare samt att när vårdresurserna är knappa kan en oklar reglering av ansvaret lätt leda till att berörda huvudmän inte sätter in tillräckliga resurser för sin verksamhet utan i stället förlitar sig till andra huvudmäns åtgärder. Även dåvarande Kommunförbundet påtalade risken för att andra huvudmän undviker att bygga ut angränsande resurser.[94]

Föredragande statsråd fann den framförda kritiken begriplig men konkluderade att vården av psykiskt sjuka och vården av missbrukare, ofta är sammansatta och det kan vara svårt att urskilja gränserna mellan sjukvård och ”social rehabilitering”. I allmänhet ansågs det dock inte möta några svårigheter att avgöra om ett vårdbehov ska tillgodoses av dåvarande landstingskommunen inom sjukvårdens ram eller av den kommunala socialtjänsten och detta ansågs även gälla i flertalet fall av sammansatt vårdbehov. I den mån den som är intagen för sjukvård under vårdtiden också har behov av en *klart urskiljbar social tjänst*, till exempel barntillsyn eller ”social hemhjälp,” behöver några gränsdragningsproblem inte uppkomma, anfördes det. Socialnämnden har här ett klart ansvar. På samma sätt följer det klart av det kommunala ansvaret att socialnämnden ska svara för den ”sociala rehabilitering” som kan krävas till exempel beträffande alkohol- och narkotikamissbrukare sedan det omedelbara behovet av sjukvård tillgodosetts.[95]

Sammanfattningsvis föreslogs alltså inte några detaljerade regler för ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och sjukvården i 1980 års SoL. Lagstiftaren utgick i stället från att de tveksamheter som kan uppkomma smidigast får sin lösning genom *överenskommelser mellan huvudmännen*. På detta sätt kan bland annat lokala behov och önskemål bäst tillgodoses. Principen om ett yttersta ansvar för kommunerna skulle genom socialtjänstreformen inte innebära någon ändring i fördelningen av de uppgifter som låg hos kommunerna respektive dåvarande landstingskommuner. Det är således, anfördes i förarbetena, inte heller i framtiden en kommunal uppgift att bygga upp resurser för sjukvård.[96] Om socialnämnden, i ett enskilt fall, finner att behov

[94] Prop. 1979/80:1 Del A s. 146 f.
[95] Prop. 1979/80 :1 Del A s. 148.
[96] Se om kommunens ansvar för viss hälso- och sjukvård i 11–13 kap. HSL.

av sjukvård föreligger, har socialnämnden *i första hand att hänvisa* den hjälpsökande till sådan vård och vid behov förmedla kontakt mellan den hjälpsökande och vårdinrättningen. Kommunen har ingen skyldighet att ens interimistiskt tillhandahålla sjukvårdsinsatser men ska svara för insatser som ligger inom ramen för socialtjänsten och som är bäst ägnade att stödja och hjälpa den enskilde. Å andra sidan, uttalades vidare, är det angeläget att landstingskommunen (numera regionen) i möjligaste mån begränsar sina uppgifter till de sjukvårdande. Varken kommuner eller landstingskommuner är i längden betjänta av att landstingskommunen till exempel bygger upp sociala resurser inom den öppna vården som är parallella till socialtjänsten.[97]

I förarbetena till 2001 års socialtjänstlag kommenterades särskilt *skiljelinjen av vård- och behandlingsinsatser inom socialtjänsten och sådana insatser som är att hänföra till hälso- och sjukvård* som är sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose. Sålunda anfördes att det inte kan vara rimligt att till exempel kostnader för *psykoterapi, alternativ medicinsk behandling eller andra sjukvårdande insatser* ska bekostas av socialtjänsten. Det är viktigt att markera att kommunernas yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver *inte ska omfatta insatser som åligger annan huvudman.* Att enskilda i vissa fall kan vara missnöjda med att de inte får den behandling de önskar inom hälso- och sjukvården får inte medföra att kommunerna tvingas ta över det ansvaret från regionerna. Samtidigt betonades vikten av att socialtjänsten och hälso- och sjukvården utvecklar samverkan kring personer som har problem, vilka kräver insatser från båda huvudmännen.[98]

Det sagda framgår också av rättspraxis där Högsta förvaltningsdomstolen i RÅ 1992 ref 57 angående sjukvård i form av psykoterapi uttalat – då på grund av resursbrist sjukvård i form av psykoterapi kunnat beredas först efter viss tid – inte ansett att den sociala distriktsnämnden var skyldig att ge bistånd till vården eftersom det inte fanns ett omedelbart behov. I RÅ 2004 ref 79 ansökte en person om bistånd till behandlingskostnader för psykoterapi hos en privat terapeut som inte var ansluten till Försäkringskassan. HFD ansåg att kommunen inte var skyldig att ge bistånd till betalning av psykoterapi i privat regi, eftersom sökandens tillstånd inte ansågs vara så akut att det inte gick att avvakta den behandling som landstinget kunde erbjuda.

[97] Prop. 1979/80 :1 Del A s. 148 f.
[98] Prop. 2000/01:80 s. 93.

Av Socialstyrelsens handbok om ekonomiskt bistånd framgår också att enskilda i vissa fall kan vara missnöjda med att de inte får den behandling de önskar inom hälso- och sjukvården vilket inte får medföra att kommunerna tvingas ta över det ansvaret från regionerna.[99]

5.7.4 Kommunens insatser vid missbruk

Allmänt

Till socialnämndens uppgifter hör bland annat att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen, informera om socialtjänsten och genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden. Socialtjänsten har också att *svara för* omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det (3 kap. 1 § SoL).

Insatserna inom socialtjänsten ska vara av *god kvalitet* och det ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (3 kap. 3 § SoL).

Enligt 11 kap. 1 § SoL ska socialnämnden, utan dröjsmål, *inleda utredning* av vad som genom ansökan, anmälan eller på annat sätt har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda någon åtgärd av nämnden. Enligt 11 kap. 4 § SoL är socialnämnden skyldig att *slutföra en utredning* avseende barns skydd och fatta beslut i ärendet även om barnet byter vistelsekommun. Detsamma gäller om en utredning inletts och ärendet avser vård av missbrukare. Den nya vistelsekommunen är skyldig att på begäran bistå med den utredning som socialnämnden kan behöva för att fatta beslut i ärendet.

[99] Socialstyrelsen, Ekonomiskt bistånd, Handbok för socialtjänsten, s. 56.

Förebygga och motverka missbruk

Enligt 3 kap. 7 § första stycket SoL, ska socialnämnden arbeta för att *förebygga och motverka* missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Socialnämnden ska även arbeta för att förebygga och motverka missbruk av spel om pengar.

Nämnden ska, enligt 7 § andra stycket, genom *information* till myndigheter, grupper och enskilda och genom *uppsökande verksamhet* sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. De i andra stycket angivna insatserna har angetts särskilt men någon fullständighet är inte avsedd. Socialnämnden har frihet att utforma de förebyggande insatserna på det sätt som i varje enskilt fall ter sig mest ändamålsenligt.[100]

I fråga om *barn och unga* har socialnämnden att, enligt 3 kap. 3 a § SoL, se till att det finns rutiner för att *förebygga, upptäcka och åtgärda* risker och missförhållanden inom socialtjänstens verksamhet. I bestämmelsen finns också särskilda krav på *handläggarkompetens* dels vid bedömningen av om utredning ska inledas, dels vid utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder, eller uppföljning av beslutade insatser. Socialnämnden ansvarar också för att det finns tillgång till *öppna insatser* för att kunna möta barns, ungas och vårdnadshavares olika behov (3 kap. 6 a § SoL).

Av 5 kap. 1 § SoL framgår socialnämndens omfattande ansvar vad gäller barn och unga, bland annat att verka för en uppväxt under trygga och goda förhållanden, uppmärksamma och verka för att barn och unga inte vistas i miljöer som är skadliga för dem och med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och unga som har visat tecken till en ogynnsam utveckling. Socialnämnden ska också *aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk* av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel och dopningsmedel och spel om pengar.

Hjälp och vård

Socialnämnden har, enligt 5 kap. 9 § SoL, skyldighet att *aktivt sörja för* att den enskilde missbrukaren får den *hjälp och vård* som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samför-

[100] SoU 1979/80:44 s. 106 f.

stånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

Innebörden är att socialnämnden alltid måste bedriva en *aktiv verksamhet* för att nå och hjälpa de enskilda människor som har sådana problem även om de inte själva har begärt hjälp. I förarbetena framhålls att kan den enskilde motiveras till frivillig behandling är det nödvändigt att göra upp en behandlingsplan i samråd med honom eller henne. Avbryts behandlingen måste socialtjänsten reagera och aktivt försöka motivera den enskilde till ett nytt behandlingsförsök.[101]

Om socialtjänstens skyldighet att aktivt sörja för hjälp och vård i förhållande till frivillighetsprincipen och självbestämmanderätten har från lagstiftarens sida uttalats, detta inte betyder att man alltid ska respektera ett djupt destruktivt beteende som ett tungt missbruk kan innebära. Även om en person med missbruk inte frivilligt söker hjälp för att komma ifrån detta betyder inte det att han eller hon inte vill komma ifrån det eftersom många har en ambivalent inställning till sina problem. Samtidigt som de bär på en vilja att komma ifrån missbrukslivet saknar de ofta en tilltro till sin egen förmåga att ta sig ur det. Mot bakgrund av dessa insikter, anfördes i förarbetena, måste insatserna för personer med ett tungt missbruk utformas. Om socialtjänsten uteslutande intar en *erbjudande attityd* i den meningen att man *passivt inväntar* att den enskilde själv söker hjälp, riskerar man att lämna dessa människor åt sitt öde. De kommer aldrig att söka hjälp, hur hjälpbehövande de än är. Socialtjänsten får därför aldrig invänta att motivationen för förändring ska inställa sig hos den enskilde. Det krävs *aktiva insatser* i form av uppsökande verksamhet, förnyade kontakter med dem som avvisat erbjudanden om behandling och ett målmedvetet motivationsarbete. Som en naturlig del i behandlingsarbetet bör också ingå att man arbetar med *familj, andra anhöriga och den enskildes sociala nätverk*. Särskilt viktigt är det att *unga personer* med missbruk inte lämnas ifred med detta. Intar socialtjänsten en passivt erbjudande attityd mot dessa riskerar deras sociala situation att helt raseras.[102]

I 5 kap. 9 § SoL sägs ingenting om *vilka åtgärder* socialnämnden ska vidta för att uppnå det uttalade syftet att den enskilde ska komma ifrån sitt missbruk. Det kan röra sig om ekonomisk hjälp, men det påtalas i förarbetena att socialtjänsten inte kan begränsa sina insatser

[101] SoU 1979/80:44 s. 106 f.
[102] Prop. 1987/88:147 s. 18 f.

till att trygga försörjningen. Den enskilde måste *tillförsäkras det stöd och den behandling som behövs* för att han eller hon ska få realistiska möjligheter att förbättra sin livssituation. I förarbetena har understrukits, att är det fråga om så allvarliga situationer som avses i LVM, ställs det särskilt stora krav på socialtjänsten att försöka få till stånd behandlings- och stödinsatser. Därvid är det viktigt att den enskilde *själv får välja mellan olika behandlingsalternativ*. I frivilligheten kan emellertid inte ligga något fritt val att fortsätta med missbruk som riskerar att föröda den enskildes liv och hälsa. Vill den enskilde inte medverka i behandling eller fullföljs inte den planerade vården, återstår det bara att undersöka om förutsättningar för tvångsvård föreligger.[103]

Vikten av att missbrukarvården, oberoende av om den ges i frivilliga former eller med tvång, får en *långsiktigt stödjande inriktning* har framhållits i förarbetena. Inriktningen av det sociala arbetet måste göra det möjligt att se den kontinuerliga och långvariga relationen som ett viktigt arbetsinstrument. Strävan bör vara att få till stånd *samordnade och planerade insatser* och undvika att den enskilde går runt mellan olika vårdenheter på ett planlöst destruktivt sätt. En sådan inriktning av arbetet förutsätter att den instans som har huvudansvaret för den långsiktiga kontakten med den enskilde fungerar som *samordnare i den kedja av vårdorgan* och myndigheter som han eller hon kan ha kontakt med. Socialnämnden bör följa den enskilde under hela behandlingsförloppet oavsett var i vårdsystemet han eller hon för tillfället befinner sig, inte minst viktigt är detta efter institutionsvistelser. Socialtjänsten har ansvaret för förberedelser inför institutionsvistelsen, kontakten under denna och uppföljningen därefter, även om det omedelbara behandlingsansvaret ligger på institutionsledningen under den tid den enskilde vårdas där. En liknande ansvarsfördelning borde enligt förarbetena eftersträvas när klienten beretts akut- eller avgiftningsvård inom sjukvården eller vistats inom Kriminalvården.[104]

Socialnämnden ska, enligt 6 kap. 1 § SoL, *sörja för* att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett *familjehem*, *hem för vård eller boende* (HVB). Detta gäller såväl i fråga om barn som vuxna. Socialnämnden ska också sörja för *stödboende* för barn och unga i åldern 16–20 år. Varje kommun ansvarar för att det

[103] Prop. 1987/88:147 s. 20.
[104] Prop. 1987/88:147 s. 21.

finns tillgång till sådana boenden (6 kap. 2 §). Behovet av sådana hem som avses i 12 § LVU samt 22 och 23 §§ LVM tillgodoses av staten (6 kap. 3 § SoL).

5.7.5 Rätten till bistånd

Försörjning och livsföring i övrigt

Den som inte själv kan tillgodose sina *behov*, eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, har enligt 4 kap. 1 § första stycket SoL *rätt till bistånd* av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Bestämmelsen ger uttryck för människans eget ansvar att klara sin livsföring, men också för att samhället i vissa fall ska träda in med stöd när den enskilde inte kan klara detta.

Enligt 4 kap. 1 § *tredje stycket* SoL får, *vid prövningen* av behovet av bistånd för livsföringen i övrigt, hänsyn *inte* tas till den enskildes ekonomiska förhållanden om rätten att ta ut avgifter för biståndet regleras i 8 kap. Avgörande är härvid *om rätten att ta ut avgift är reglerad* i 8 kap. SoL, *inte* om det i det enskilda fallet föreligger en rätt för kommunen enligt 8 kap. SoL att ta ut avgift eller inte, eller om kommunen väljer att avstå från att ta ut avgift trots att det finns en rätt att göra det.[105]

Med *försörjning* avses medel för att klara mat, hyra och andra levnadsomkostnader. Försörjningsstöd består av två delar och lämnas, enligt 4 kap. 3 § SoL, för skäliga kostnader för 1) livsmedel, kläder, skor, lek och fritid, förbrukningsvaror, hälsa och hygien samt dagstidning och telefon, 2) boende, hushållsel, arbetsresor, hemförsäkring samt medlemskap i fackförening och arbetslöshetskassa. *Skäliga kostnader* enligt punkt 1 beräknas som huvudregel enligt en för hela riket gällande norm (riksnorm) på grundval av officiella prisundersökningar av olika hushållstypers baskonsumtion (jfr 2 kap. SoF).

Bistånd för *livsföringen i övrigt* omfattar allt annat som har betydelse när det gäller att bedöma om en person har en skälig levnadsnivå. Det har från lagstiftarens sida inte ansetts önskvärt att i lagen ange vilka konkreta hjälpåtgärder som kan komma i fråga. Dels kan explicit uttryckta åtgärder framstå som mer önskvärda än andra, dels kan ett system med miniminormer leda till att kommunerna i ett ansträngt ekonomiskt läge undviker att lämna bistånd i större utsträckning än

[105] Prop. 2009/10:57 s. 29.

vad normerna föreskriver, även om det i det enskilda fallet skulle te sig befogat att ge en mer omfattande insats.[106] I senare lagstiftningsärende anförs att begreppet ”för sin livsföring” *sammanfattar en lång rad olika behov av stöd och hjälp, service, behandling, vård och omsorg*. Behoven kan tillgodoses med olika insatser, som i vissa fall varierar utifrån såväl individuella förhållanden som tillgängliga resurser. Möjliga insatser påverkas också genom metodutveckling och över tid. Här är socialtjänstens professionella kunskap av stor betydelse och också samspelet med den enskilde.[107]

Syftet med bestämmelserna om rätt till bistånd är att tillförsäkra den enskilde stöd och hjälp inom socialtjänsten när sådana insatser är nödvändiga för att den enskilde ska kunna klara sin försörjning och sin livsföring i övrigt. I dessa situationer är nämnden *skyldig att bistå* den enskilde. Nämnden ska i varje särskilt fall vidta de åtgärder som behövs för att avhjälpa det uppkomna behovet. Valet av åtgärder kommer därvid att bero på förhållandena i det enskilda fallet.[108]

Rätten till stöd och hjälp från nämnden kan emellertid enligt lagens förarbeten inte avse andra insatser än sådana som *bedöms kunna tillgodose den enskildes behov på ett lämpligt sätt*. Av socialtjänstens allmänna bestämmelser följer att insatserna ska utformas i samförstånd med den enskilde. Den enskilde har dock *inte någon ovillkorlig rätt att erhålla en viss bestämd insats*.[109] Vid valet av åtgärd måste hänsyn tas till vilka alternativa resurser som finns att tillgå inom kommunen.

> I Högsta domstolens avgörande HFD 2013 ref 39 hade X ett konstaterat alkoholmissbruk och hade varit föremål för öppenvårdsinsatser. X var negativt inställd till ytterligare öppenvård och ansökte om bistånd för behandling vid Nämndemansgården. Kommunen ansåg dock att X kunde komma till rätta med sitt alkoholmissbruk genom strukturerad öppenvårdsbehandling.
>
> HFD hänvisade till förarbetena till socialtjänstlagen varav det framgår att vid bedömningen av vilken insats som kan komma i fråga måste en sammanvägning göras av olika omständigheter såsom den önskade insatsens lämplighet som sådan, kostnaderna för den i jämförelse med andra insatser samt den enskildes önskemål. Det kan inte finnas en obegränsad frihet för den enskilde att välja sociala tjänster oberoende av kostnad (prop. 2000/01:80 s. 91). HFD konstaterade att båda de i målet aktuella vårdformerna ansågs enligt Högsta förvaltningsdomstolens bedömning i sig lämpliga. X hade emellertid ställt sig helt avvisande till ytterligare

[106] Prop. 1979/80:1 Del A s. 185.
[107] Prop. 2000/01:80 s. 90.
[108] Prop. 1979/80:1 Del A s. 185.
[109] Jfr JO 1990/91 s. 182.

öppenvårdsbehandling. Mot bakgrund av att tidigare öppenvårdsbehandling inte lett till önskat resultat och vikten av att den hjälpbehövande är motiverad att genomföra insatt behandling ansågs X vara berättigad till vård på behandlingshem för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå.[110]

När det gäller insatser av *vård- och behandlingskaraktär* framgår som regel av omständigheterna vilka åtgärder som är bäst ägnade att avhjälpa behovet. Ramlagens syfte är att ge kommunerna möjlighet att anpassa insatserna efter lokala önskemål och behov. Det har inte ansetts förenligt med det synsätt som bör prägla socialtjänsten att det i lagen särskilt anges vilka insatser den enskilde ska vara berättigad till i en uppkommen situation. Med hänsyn till statens tillsyn och till möjligheten att överklaga har det bedömts att det finns tillräckliga garantier för att få en ordning som är betryggande från rättssäkerhetssynpunkt.[111]

Föreligger en rätt till bistånd är denna *inte avhängig att den biståndssökande underkastar sig olika former av åtgärder*. Rätten till bistånd har till exempel inte fått göras beroende av att den biståndssökande underkastar sig en *behandlingsinsats* avseende narkotikamissbruk[112] eller att den hjälpsökande deltar i gruppsamtal och i videobandsupptagningar.[113] SoL anses inte ge utrymme för att neka någon rätt till bistånd enbart därför att den enskilde inte vill ta emot av socialtjänsten *erbjudna rehabiliteringsinsatser* eller för att man inte iakttar för sådan insats meddelade ordningsföreskrifter (RÅ83 2:70). Enbart den omständigheten att en person med missbruk undergått ett *stort antal behandlingshemsvistelser* utan nämnvärt resultat har inte heller ansetts medföra att denna form av insats inte skulle kunna komma i fråga vid en senare ansökan om sådan biståndsform (RÅ 1991 ref 97). Inte heller den omständigheten, att den enskilde *bryter upprättad behandlingsplan* och därmed blir i behov av ekonomiskt bistånd har ansetts kunna medföra att bistånd ska förvägras honom eller henne under hänvisning till att behovet kan tillgodoses på annat sätt, trots att behovet, enligt nämnden hade kunnat tillgodoses om den enskilde fullföljt behandlingshemsvistelsen (RÅ 84 2:86).

I RÅ 2009 ref 103 har dåvarande Regeringsrätten konstaterat att det inte kan uppställas villkor för en missbrukare att han eller hon ska delta i till exempel ett visst rehabiliteringsprogram. Om försörjningsstödet villkoras i sådana hänseenden innebär det i praktiken att myndigheten tilläm-

[110] Se även RÅ 85 2:67 och RÅ 2010 not 26.
[111] Prop. 1979/80:1 Del A s. 185.
[112] Jfr JO 1990/91:1 s. 183.
[113] Jfr JO 1982/83 s. 179.

> par en sanktion som socialtjänstlagen inte ger utrymme för. Regeringsrätten fann på grund härav att socialtjänsten inte kan vägra en missbrukare försörjningsstöd av det skälet att han eller hon inte vill godta, eller inte fullföljer, viss planering eller vissa insatser som har till huvudsakligt syfte att rehabilitera honom eller henne från missbruket.

Socialtjänstlagen ger sålunda inget utrymme för att avslå ansökan om ekonomiskt bistånd enbart på grund av att den enskilde inte accepterar en viss behandling eller vissa insatser för att komma tillrätta med sina missbruks- eller hälsoproblem. Det är socialtjänstens ansvar att arbeta på ett sådant sätt att den enskilde blir motiverad till att förändra sin situation.[114]

Skälig levnadsnivå

Enligt 4 kap. 1 § *fjärde stycket* SoL ska den enskilde genom biståndet *tillförsäkras en skälig levnadsnivå*. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv. Begreppet skälig levnadsnivå ges sin grundläggande betydelse genom portalparagrafen i 1 kap. 1 § SoL enligt vilken målsättningen för socialtjänstens verksamhet är att främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.[115] Enligt förarbetena till 1980 års lag ska den konkreta innebörden bedömas med utgångspunkt i den tid och de förhållanden under vilka den hjälpbehövande lever varför det överlämnades åt kommunerna att fastställa vilken levnadsnivå som ska anses skälig.[116]

I senare förarbeten konstateras att skälig levnadsnivå inte bara innebär en *nivåbestämning* utan det ger också uttryck för *vilken form av insats*, vård och behandling, andra stödformer eller ekonomiskt bistånd som kan komma i fråga. Att tydligt särskilja nivå från innehåll är omöjligt utan den skäliga levnadsnivån blir ett uttryck för *kvaliteten* i insatsen och vilken ambitionsnivå som kan vara rimlig i ett enskilt fall mot bakgrund av rättighetsbestämmelsens syfte.[117] SoL:s grundläggande syfte är att garantera att medborgarna får sina behov tillgodosedda varför nivåerna på insatserna måste vara sådana att detta uppfylls. I detta hänseende blir begreppet skälig levnadsnivå ett uttryck

[114] Socialstyrelsen, Ekonomiskt bistånd, Handbok för socialtjänsten, s. 104. Se även RÅ 2009 ref. 103 och RÅ 2011 ref. 49.
[115] Prop. 1996/97:124 s. 86.
[116] Prop. 1979/80:1 Del A s. 186.
[117] Prop. 2000/01:80 s. 90.

för vissa minimikrav på insatsen vad gäller kvaliteten. Vid bedömningen av vilken insats som kan komma i fråga måste en sammanvägning göras av olika omständigheter såsom den insatsens *lämplighet* som sådan, *kostnaderna* för insatsen i jämförelse med andra insatser samt *den enskildes önskemål*. Det kan enligt lagstiftarens mening inte finnas en obegränsad frihet för den enskilde att välja sociala tjänster oberoende av kostnad.[118]

Från lagstiftaren har vidare uttalats att i både kommunens och den enskildes intresse ligger att biståndet ska *utformas så att det svarar mot det mål man vill uppnå*. Oftast innebär det att det råder samstämmighet mellan den enskilde och tjänstemannen om lämplig insats. I de fall det inte är möjligt måste tolkningen av begreppet skälig levnadsnivå ske mot bakgrund av *rättighetsbestämmelsens grundläggande syfte*, dvs. en yttersta garanti för medborgarnas livsföring i olika avseenden. Detta utesluter emellertid inte att kommunen, när *likvärdiga* insatser finns att tillgå, ges möjlighet att välja det billigaste alternativet.[119]

Överklagande av biståndsbeslut

Alla former av biståndsbeslut som prövats med stöd av 4 kap. 1 § SoL får överklagas (16 kap. 3 § SoL) till allmän förvaltningsdomstol. För socialnämndens handläggning av ärenden som gäller myndighetsutövning mot någon enskild ska, enligt 11 kap. 8 § SoL, vissa bestämmelser i förvaltningslagen (2017:900), förkortad FL, tillämpas. Det innebär bland annat att ett beslut som kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt ska innehålla en klargörande motivering, om det inte är uppenbart obehövligt. En sådan motivering ska innehålla uppgifter om vilka föreskrifter som har tillämpats och vilka omständigheter som har varit avgörande för myndighetens ställningstagande (32 § FL). Det innebär också att den enskilde ska underrättas om beslutet och om hur det går till att överklaga (33 § FL).

Det kan konstateras att förvaltningsrätterna hanterar ett stort antal mål enligt socialtjänstlagen. Enbart 2019 inkom drygt 30 000 mål.

Utredningen har gått igenom cirka 125, slumpvis utvalda, biståndsbeslut avseende vård och behandling vid missbruk. Drygt 80 procent

[118] Prop. 2000/01:80 s. 91.
[119] Prop. 2000/01:80 s. 91.

av målen avsåg att den enskilde nekats vård på behandlingshem och i stället erbjudits annan vårdform. Ytterligare 10 procent avsåg kontraktsvård som också oftast genomförs i någon form av heldygnsinsats. Drygt 75 procent av överklagandena avslogs av förvaltningsrätten med den huvudsakliga motiveringen att den enskilde genom det beviljade biståndet uppnådde en skälig levnadsnivå. I cirka 7 procent återförvisades ärendet till beslutande socialnämnd för fortsatt utredning.

Den enskilde har även möjlighet att vända sig till Inspektionen för vård och omsorg som tillsynsmyndighet över socialtjänsten.

5.7.6 Patientens ställning i vården

Inledning

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 §). Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL.

Genom åren har patientens ställning i vården förtydligats och stärkts i många avseenden. Lagstiftningen har emellertid i princip genomgående angett sjukvårdshuvudmännens, vårdgivarnas och personalens skyldigheter gentemot patienten i stället för att ange vilka möjligheter till inflytande och delaktighet patienten har. Det har varit svårt att få en tydlig bild av bestämmelserna på området därför att det inte funnits *en* lagstiftning som samlat beskrivit patientens ställning i vården. Mot denna bakgrund infördes patientlagen (2014:821), förkortad PL, den 1 januari 2015 vilket är föremålet för genomgången i detta avsnitt.

Allmänt om patientlagen

Patientlagen syftar, enligt 1 kap. 1 § PL, till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet *stärka och tydliggöra patientens ställning* och till att främja patientens *integritet, självbestämmande och delaktighet* (1 kap. 1 § PL). Med *patient* avses den som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd.[120]

De flesta bestämmelserna i PL gäller inom *all* hälso- och sjukvårdsverksamhet, oavsett vem som är huvudman och vem som finansierar vården. Vissa bestämmelser är dock, enligt 1 kap. 2 § PL, enbart tillämpliga där regioner eller kommun är huvudman. Lagen omfattar *inte* tandvård enligt tandvårdslagen (1 kap. 3 § PL).
Med *hälso- och sjukvård* avses i PL dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter (1 kap. 5 § PL).

I 1 kap. 6 § PL anges målet med hälso- och sjukvården vilket överensstämmer med vad som gäller enligt 3 kap. 1 § HSL. Enligt 1 kap. 7 § PL ska patienten få *sakkunnig och omsorgsfull* hälso- och sjukvård som är av *god kvalitet*[121] och som står *i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet*.[122]

När hälso- och sjukvård ges till barn ska *barnets bästa* särskilt beaktas (1 kap. 8 § PL). Vad som är barnets bästa måste avgöras utifrån förhållandena i varje enskilt fall. Bedömningen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska, beroende på barnets ålder och mognad, utgå från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för. I vissa fall kan det även vara relevant att inhämta underlag från andra personer som har kunskap om barnet. Så långt som möjligt bör *såväl långsiktiga som kortsiktiga konsekvenser* av att exempelvis ge eller avstå från att ge barnet viss vård eller behandling beaktas. Med barn avses personer under 18 år.[123]

[120] Prop. 1993/94:149 s. 77, prop. 2013/14:106 s. 110.
[121] Jfr 5 kap. 1 § HSL.
[122] Jfr 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen enligt vilken hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.
[123] Prop. 2013/14:106 s. 112.

Tillgänglighet

Hälso- och sjukvården ska, enligt 2 kap. 1 § PL, vara *lätt tillgänglig*. Bestämmelsen motsvarar 5 kap. 1 § HSL enligt vilken hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls vilket bland annat innebär att vården ska vara lätt tillgänglig (p. 5). Härmed avses främst de geografiska förhållandena, men den geografiska närheten måste förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Därmed avses till exempel öppethållandetider, jourtjänstgöring och förekomsten av köer.[124]

Av 2 kap. 2 § PL framgår att patienten ska, om det inte är uppenbart obehövligt, *snarast få en medicinsk bedömning* av sitt hälsotillstånd. Vidare hänvisas i 2 kap. 3 § PL till bestämmelserna i HSL att patienter *ska erbjudas en vårdgaranti* (9 kap. 1 § HSL) som ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får 1) kontakt med primärvården, 2) en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården, 3) besöka den specialiserade vården, och 4) planerad vård.

Som framgår av 2 kap. 3 § p. 2 PL omfattar vårdgarantin inte endast läkarbesök utan den enskilde garanteras att få en medicinsk bedömning av läkare *eller* annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Den medicinska bedömningen ska göras av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Bedömningen ska göras av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation enligt 4 kap. 1 § PsL, exempelvis en sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog. Med läkare avses även läkare under allmäntjänstgöring.[125]

Bestämmelser om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld finns i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF. Om vårdgarantin enligt punkt 3 eller 4 inte uppfylls ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten (2 kap. 4 § PL).

[124] Prop. 1981/82:97 s. 117.
[125] Prop. 2017/18:83 s. 47.

Information till patient och närstående

Information är en nödvändig förutsättning för att patienten ska kunna utöva sin självbestämmanderätt och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds. Det underlättar också för patienten att känna ökad kontroll över sin tillvaro genom att undanröja och minska ovisshet och möjliggöra planering. Det är lagstiftarens mening att ökad kunskap hos patienten är ett medel för att *stärka dennes makt och inflytande*. Patientens kunskaper om sitt eget hälsotillstånd är viktiga för att han eller hon ska kunna förhålla sig till sin vårdsituation och formulera sina behov och kunna ställa krav på hälso- och sjukvården. En informerad patient är också en förutsättning för en *effektiv vård*.[126]

Mot bakgrund av vad som nyss sagts har i 3 kap. PL införts en rad bestämmelser om information. Det handlar till exempel om information om vården och behandlingen såsom metoder, hjälpmedel, vård- och behandlingsförlopp och eftervård (3 kap. 1 § PL), om möjligheten att välja behandlingsalternativ och om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning (3 kap. 2 § PL).

En patient som *skrivs ut från sluten vård* ska också få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuella planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen (3 kap. 2 § PL).

Informationsplikten gäller också *barn*. Av 3 kap. 3 § PL framgår att när patienten är ett barn ska *även* barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§. Bestämmelsen innebär att barnets vårdnadshavare, i egenskap av ställföreträdare för barnet i personliga angelägenheter, *också* ska få information enligt 1 och 2 §§. Av 3 kap. 5 § PL följer dock generellt att information inte får lämnas om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.[127]

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället, såvitt möjligt, lämnas till en *närstående* till denne (3 kap. 4 § PL). Vem

[126] Prop. 2013/14 :106 s. 47.
[127] Särskilda bestämmelser om sekretess i förhållande till vårdnadshavare finns i 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.

som är närstående får avgöras från fall till fall, men i första hand avses familjen och andra anhöriga. Men även andra, som till exempel mycket nära vänner, kan i det enskilda fallet vara att anse som närstående.[128] Bestämmelsen i 4 § avser enbart fall där information inte kan lämnas till patienten. Även i fall där patienten är i stånd att ta emot information kan det dock vara lämpligt att närstående informeras om till exempel patientens hälsotillstånd. En skadeprövning enligt tillämpliga bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt ska dock alltid göras innan information lämnas till närstående. Som huvudregel gäller hälso- och sjukvårdssekretessen i 25 kap. 1 § OSL även i förhållande till närstående.

Av 3 kap. 6 § PL framgår att informationen ska *anpassas* till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra *individuella förutsättningar*. Bestämmelsen är inte enbart tillämplig i fråga om barn. Informationen kan exempelvis behöva anpassas med hänsyn till patientens individuella förutsättningar såsom utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar, *livssituation eller andra omständigheter* som kan påverka hur informationen bör ges.[129]

För att patientlagens bestämmelser om samtycke, delaktighet och valmöjligheter ska få genomslag i praktiken krävs en dialog som bara kan komma till stånd om mottagaren förstår den information som ges. I 3 kap. 7 § PL fastslås därför att den som ger informationen så långt som möjligt ska *försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av* den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.

I 3 kap. 8 § PsL framgår att vårdgivare har skyldighet att informera patienten i händelse av *vårdskada*.[130] Detta understryks ytterligare genom regleringen i 11 kap. 2 § PL där det räknas upp vad patienten ska informeras om.

Av 6 kap. 6 § PsL framgår att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. PL.

[128] Prop. 2013/14:106 s. 117.
[129] Prop. 2013/14:106 s. 118.
[130] Jfr 1 kap. 5 § PsL.

Samtycke

Att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras framgår explicit i 4 kap. 1 § PL.[131]

I 4 kap. 2 § tydliggörs principen om att vård inte får ges utan patientens *samtycke* om inte annat följer av PL eller annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. PL.

Av 4 kap. 4 § PL följer att patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att *avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa*, även om hans eller hennes vilja på grund av *medvetslöshet* eller av någon *annan orsak* inte kan utredas. Bestämmelsen utgör ett undantag från huvudregeln i 2 § och innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i en *nödsituation*, med stöd av paragrafen, ska kunna ge hälso- och sjukvård till en patient som inte är i stånd att samtycka till vården. Det är enbart sådan vård som behövs för att avvärja en fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa som får ges utan patientens samtycke. Det ska vara fråga om sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden. Bestämmelsen gäller enbart i situationer där det handlar om att rädda patientens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för hans eller hennes hälsa.[132]

Andra orsaker till att patienten inte kan ge sitt samtycke än medvetslöshet kan vara att hon eller han är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetslöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat. Bestämmelsen är även tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation.[133]

Under den tid ett akut eller i övrigt nödvändigt omhändertagande pågår får en nödsituation anses vara för handen. När så inte längre är fallet kan vård inte längre ges med stöd av 4 §, även om patienten fortfarande inte är i stånd att uttrycka sin vilja. Bestämmelsen ska inte tillämpas för att till exempel fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutsoförmögen hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär. I dessa fall torde stöd för vården få hämtas i den allmänna nödbestämmelsen i brottsbalken.[134]

[131] Jfr 5 kap. 1 § HSL.
[132] Prop. 2013/14:106 s. 120.
[133] Prop. 2013/14:106 s. 120.
[134] Prop. 2013/14:106 s. 121.

Patienten kan, enligt 4 kap. 2 § andra stycket PL, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.[135]

Av 4 kap. 2 § tredje stycket framgår att patienten när som helst får *ta tillbaka sitt samtycke*. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser det kan medföra om vården därigenom inte kan genomföras. Informationen måste ges på ett hänsynsfullt sätt och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

När patienten är ett barn ska *barnets inställning* till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (4 kap. 3 § PL). Paragrafen kompletterar bestämmelsen om samtycke i 2 § och har sin grund i 6 kap. 11 § föräldrabalken om att i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål i frågor som rör barnets personliga angelägenheter.

Att barnets inställning ska klarläggas så långt som möjligt innebär att *även mycket små barn* kan ha en inställning till en åtgärd och det är viktigt att ge barnet utrymme att få uttrycka sin åsikt.[136] Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste utredas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av den planerade vårdens art och angelägenhetsgrad. Som utgångspunkt är det vårdnadshavaren som har beslutanderätt i frågor som rör barnet. Det är dock inte nödvändigt att i alla situationer inhämta samtycke från vårdnadshavaren. Det centrala för bedömning av om barnet ska anses moget nog att ensamt få beslut om viss vård eller behandling är om barnet kan tillgodogöra sig relevant information och överblicka vilka konsekvenser som hans eller hennes beslut kan få. Det krävs enligt förarbetena en avsevärd mognad för att ett barn ska kunna ta ställning till mer omfattande behandlingar och ingrepp. Yngre barn kan däremot på egen hand i vissa fall samtycka till enklare åtgärder.[137]

[135] Bestämmelsen gäller inte i det fall det i speciallagstiftning ställs krav på viss form för samtycket.
[136] Prop. 2013/14:106 s. 120.
[137] Prop. 2013/14 :106 s. 120.

Patientens och närståendes delaktighet

Av 5 kap. 1 § PL framgår att hälso- och sjukvården så långt som möjligt *utformas och genomföras i samråd* med patienten. Bestämmelsen motsvaras delvis av 6 kap. 1 § PsL enligt vilken vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Enligt 5 kap. 3 § PL ska patientens *närstående* få *möjlighet att medverka* vid utformningen och genomförandet av vården, om det är *lämpligt* och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

En närståendes medverkan förutsätter att det anses *lämpligt* att han eller hon deltar och att bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta. Om *patienten motsätter sig* att en närstående medverkar bör det normalt inte anses lämpligt att involvera denne i vården. Detta gäller även om det ur sekretessynpunkt inte finns några hinder. I lämplighetsbedömningen ingår även att utröna om den närstående har *praktiska förutsättningar* för att medverka. Den närstående måste givetvis också uttrycka någon form av egen önskan om att få vara delaktig.

Som närstående räknas enligt förarbetena bland annat patientens vårdnadshavare, egna barn och övrig familj samt andra personer som patienten står nära, till exempel mycket nära vänner.[138]

Fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården

Enligt 6 kap. 1 § PL ska patientens behov av *trygghet, kontinuitet och säkerhet* tillgodoses. Olika insatser för patienten ska *samordnas* på ett ändamålsenligt sätt. Bestämmelsen i PL motsvaras av 5 kap. 1 § punkt 2 HSL enligt vilken hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls vilket bland annat betyder att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Möjligheten att få en *fast vårdkontakt* är viktig för att stärka patientens ställning. Enligt 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon *begär* det, *eller* om det är *nödvändigt* för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Bestämmelsen innebär att patienten ska få en *tydligt utpekad person* som ska bistå och stödja patienten i kontak-

[138] Prop. 2013/14:106 s. 121.

terna med vården och hjälpa till att *samordna* vårdens insatser. Syftet är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet. Enligt förarbetena ska vårdkontakten *alltid* utses på patientens begäran, oavsett om det anses behövligt eller inte. Detta gör att patientens egen uppfattning om hans eller hennes behov blir styrande.

När en fast vårdkontakt utses ska *patientens önskemål om vem* som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt och patienten ska vara delaktig i processen. Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.[139]

En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som till exempel Försäkringskassan. Då vissa patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård kommer troligen vissa patienter få mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontakterna ska då kunna samverka och samordna vårdens insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med till exempel andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas.[140]

För många människor, särskilt de som har sådana hälsoproblem att de ofta behöver kontakt med hälso- och sjukvården, är det viktigt att oftast kunna möta samma läkare. En viktig åtgärd för att skapa trygghet och kontinuitet i vårdkontakten är att patienten ska få tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt i primärvården.

I 7 kap. 3 § HSL regleras regionens skyldighet att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen.

[139] Prop. 2013/14 :106 s. 99, prop. 2009/10 :67 s. 59 f.
[140] Prop 2009/10:67 s. 60.

Av 6 kap. 3 § PL framgår att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.[141]

Patienten har möjlighet att välja en fast läkarkontakt även i annan region (9 kap 1 § PL).

Individuell plan

Av 6 kap. 4 § PL framgår att för en enskild som har *behov av både hälso- och sjukvård och insatser från socialtjänsten* ska en individuell plan upprättas under de förutsättningar som anges i 16 kap. 4 § HSL. En till HSL motsvarande bestämmelse finns i 2 kap. 7 § SoL.

Av 16 kap. 4 § första stycket HSL framgår att när den enskilde har *behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten*, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en *individuell plan.* Planen ska, enligt andra stycket, upprättas om regionen *eller* kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Enligt förarbetena räcker det att en av huvudmännen gör den bedömningen för att skyldigheten ska inträda för båda.[142]

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Av 4 § tredje stycket HSL framgår att planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. *Närstående* ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå 1. vilka insatser som behövs, 2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Missbruksvården och äldreomsorgen är enligt förarbetena *exempel* på verksamheter inom socialtjänsten där bestämmelserna kan få stor

[141] Prop. 2013/14 :106 s. 100.
[142] Prop. 2008/09 :193 s. 30.

betydelse. Inom hälso- och sjukvården finns stora behov av planering för *patienter i den psykiatriska vården* och *beroendevården*.[143]

Skyldigheten att upprätta en individuell plan är inte avgränsad till vissa åldersgrupper utan är avsedd att gälla insatser till *både vuxna och barn*. Skyldigheten är heller inte tänkt att begränsas till personer med stora och omfattande behov, utan kan gälla *alla* människor som landsting och kommuner kommer i kontakt med och där en individuell plan behövs *för att behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses*.[144]

En viktig utgångspunkt för bestämmelserna avseende individuella planer är att planeringen inte ska innebära någon onödig administration i hälso- och sjukvård eller socialtjänst. En individuell plan ska därför bara upprättas *när det finns ett behov* av en sådan. Enligt förarbetena har det ansetts rimligt att regioner och kommuner ges ansvaret att avgöra om en individuell plan behövs för att den enskilde ska få sina samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. *Skyldigheten att upprätta en plan är dock långtgående* och situationer där den enskilde eller närstående nekas en individuell planering bör, enligt förarbetena, vara undantagsfall.[145]

När det gäller *personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar* bör man, enligt förarbetena, *som huvudregel utgå ifrån att en plan behövs* för att deras behov ska tillgodoses eftersom det finns vetenskapligt stöd för att behandling för missbruk och psykisk sjukdom bör ges samtidigt. Resultatet har visat sig bli bättre om alla livsområden blir föremål för vård, stöd och behandling samtidigt jämfört med att hälso- och sjukvård ges i väntan på socialtjänstinsatser eller vice versa.[146]

Val av behandlingsalternativ

När det finns flera behandlingsalternativ som står i *överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet* ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen

[143] Prop. 2008/09:193 s. 20.
[144] Prop. 2008/09:193 s. 20.
[145] Prop. 2008/09 :193 s. 21.
[146] Prop. 2008/09 :193 s. 21.

eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (7 kap. 1 § PL).

Bestämmelsen motsvarar regionens skyldighet att ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ i 10 kap. 1 § HSL och kommunens motsvarande skyldighet enligt 13 kap. 1 § HSL. Av 6 kap. 7 § första stycket PsL framgår att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning enligt vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ patientlagen.

Med *behandlingsalternativ* avses enligt HSL:s förarbeten åtgärder med *medicinskt innehåll* som erbjuds av legitimerade yrkesutövare. Som *exempel* nämndes kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, sjukgymnastisk behandling, rehabiliteringsmetoder, specifik omvårdnad, olika förlossningsmetoder och psykoterapeutiska insatser. I begreppet behandlingsalternativ inkluderas *inte* olika tänkbara alternativ inom området undersökning och diagnostik. Begreppet omfattar inte heller valet av vårdform om det inte följer av valet av behandlingsalternativ. Även hjälpmedel faller utanför begreppet.[147]

Ny medicinsk bedömning

En patient med *livshotande* eller *särskilt allvarlig sjukdom eller skada* ska, enligt 8 kap. 1 § första stycket PL, få möjlighet att inom eller utom den egna regionen *få en ny medicinsk bedömning*.

Av samma bestämmelse andra stycket framgår att patienten *ska erbjudas* den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om 1) behandlingen står i överensstämmelse med *vetenskap och beprövad erfarenhet*, och 2) det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnader för behandlingen framstår som befogat.

Bestämmelsen motsvarar regionens skyldighet enligt 10 kap. 3 § HSL att ge patienten möjlighet att få en ny medicinsk bedömning. Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient har, enligt 6 kap. 7 § andra stycket PsL, skyldighet att medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8 kap. 1 § PL.

Bestämmelsen i PL är avsedd att stärka patientens ställning. Det är möjligheten att konsultera en *ny läkare* som inte har färgats eller

[147] Prop. 1998/99:4 s. 46.

påverkats av den tidigare behandlande läkaren, bedömningen eller dialogen som avses med en ny medicinsk bedömning, och inte enbart att samma läkare ska ompröva sitt tidigare ställningstagande eller diskutera saken med en kollega.[148] Möjligheten att få en ny medicinsk bedömning kan bidra till att skapa trygghet för patienten i särskilt svåra situationer, till exempel då patienten har förlorat tilltron till sin läkare eller då patienten fått besked om en särskilt svår diagnos. Om hälso- och sjukvården medverkar till en ny medicinsk bedömning kan patienten känna sig tryggare i att den diagnos som ställts och den behandling som föreslås är korrekt. Det har också en viktig funktion för att säkerställa att patienterna får vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och uppfyller kraven på god kvalitet. En ny medicinsk bedömning kan också ha funktionen som ett metodutvecklande verktyg samt utgöra en trygghet och ett stöd för läkaren i beslut om behandling.[149]

En ny medicinsk bedömning kan komma i fråga vid *livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada.* Det torde vara för dessa patienter som en ny medicinsk bedömning har störst värde. Samtidigt har tydliggjorts i förarbetena att det i lagstiftningen inte finns något hinder för att i vissa fall medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning trots att villkoren för regionens skyldighet att medverka till detta inte är uppfyllda.[150] Patienten kan också på *eget initiativ* få möjlighet till ny medicinsk bedömning i en annan region (jfr 9 kap. 1 § PL, 8 kap. 3 § HSL).

Vilka tillstånd som kan betecknas som livshotande eller särskilt allvarliga får avgöras från fall till fall. Med livshotande avses situationer i ett kortare tidsperspektiv, således inte det förhållandet att till exempel vissa sjukdomar på längre sikt kan medföra en risk för att livet förkortas med något eller några år.[151]

Om den nya medicinska bedömningen leder till att patienten önskar ett annat behandlingsalternativ får detta önskemål prövas mot bestämmelserna om val av behandlingsalternativ i 7 kap. 1 § PL.

Bestämmelserna i HSL och PL gäller inom såväl somatisk som psykiatrisk vård och även inom den psykiatriska tvångsvården (1 § LPT).

[148] Prop. 2013/14:106 s. 78 f. I förarbetena underströks att begreppet ny medicinsk bedömning inte ska förväxlas med begreppet second opinion som avser det praktiska arbetssättet att en läkare frågar en kollega om råd i ett visst fall.
[149] Prop. 2013/14:106 s. 79.
[150] Prop. 2013/14:106 s. 80.
[151] Prop. 1998/99:4 s. 48, prop. 2013/14:106 s. 81.

Val av utförare

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av *offentligt finansierad öppen vård* (9 kap. 1 § PL).[152]

Av 8 kap. 3 § HSL ska regionen erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av regionens vårdgaranti enligt 9 kap. 1 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som gäller för de egna invånarna.

Möjligheten att välja utförare av öppen vård gäller patienter som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård. Bestämmelser om vilken personkrets som omfattas av regionernas skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård finns i HSL, men även i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Vad som avses med öppen vård framgår av 2 kap. 5 § HSL.

Klagomål på hälso- och sjukvården

Som framgått ovan har det från lagstiftarens sida inte ansetts ändamålsenligt att till domstol kunna överklaga beslut inom hälso- och sjukvården.[153] Bland annat har anförts att en efterhandsprövning som ger patienten rätt till en viss vårdinsats inte medför att patienten får den vård han eller hon behöver vid den aktuella tidpunkten vilket är särskilt påtagligt vid akut vård men även i andra situationer. Detta betyder emellertid inte att patienten är förhindrad att på annat sätt få sin sak prövad.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivarna har enligt 3 kap. PsL skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och bland annat vidta åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vårdgivaren ska, enligt 3 kap. 4 § PsL, ge patienterna och deras närstående möjlig-

[152] Valmöjligheten omfattar offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i regionens egen regi, av privata vårdgivare med avtal med regionen eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.
[153] Här bortses från vissa beslut inom tvångsvården.

het att delta i patientsäkerhetsarbetet, vilket även framgår av 11 kap. 4 § PL.

Enligt 3 kap. 3 § PsL ska vårdgivare utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet därmed är att så långt möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Vårdgivare har skyldighet att, enligt 3 kap. 8 § PsL, snarast informera en patient som drabbats av vårdskada. Informationen ska lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen.

Vårdgivaren har också skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en *allvarlig* vårdskada (3 kap. 5 § PsL).

Patientklagomål

Enligt 3 kap. 8 a § PsL ska vårdgivaren, från patienter och deras närstående, ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten. Klagomål från patienter och deras närstående ska, enligt 8 b §, snarast besvaras på ett lämpligt sätt med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Vårdgivaren ska ge klaganden 1) en förklaring till vad som har inträffat, och 2) i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Enligt 1 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården varje region och kommun ska det finnas en eller flera *patientnämnder* med uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom bland annat den hälso- och sjukvård enligt HSL som bedrivs av regioner eller kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård.

Patientnämndernas huvudsakliga uppgift är, enligt 2 §, att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomål besvarade av vårdgivaren. Vårdgivaren är, enligt 3 kap. 8 d § PsL, skyldig att bistå patientnämnden i den utsträckning som behövs för att nämnden ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

I 11 kap. 1 § PL stadgas att patientnämnderna ska, enligt lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, 1) hjälpa patienter och deras närstående att föra fram klagomål och att få svar av vårdgivaren i enlighet med 3 kap. 8 b § PsL, 2) tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, och 3) främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal.

Om en patient drabbats av en vårdskada ska han eller hon snarast informeras i enlighet med 11 kap. 2 § PL.

Av 11 kap. 2 a § PL framgår att vårdgivaren snarast ska besvara klagomål från patienter och deras närstående. Klagomålen ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Vårdgivaren ska ge klaganden 1) en förklaring till vad som har inträffat, och 2) i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Klagomål till Inspektionen för vård och omsorg

I 11 kap. 3 § PL ges en upplysning om att Inspektionen för vård och omsorg (IVO), enligt vad som anges i 7 kap. 10–18 §§ PsL, efter anmälan ska pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal.

Av 7 kap. 10 § PsL framgår att IVO efter anmälan ska pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Anmälan får göras av den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne.

IVO ska, enligt 7 kap.11 § första stycket PsL, om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b §, utreda klagomål som rör

1. kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit,
2. tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168), och

3. händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

IVO får, enligt 11 § andra stycket, utreda klagomål även om förutsättningarna i första stycket inte är uppfyllda.

Klagomål enligt första stycket 2 behöver inte utredas om 1) det är uppenbart att klagomålet är obefogat, 2) klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan, eller 3) det rör ett beslut som går att överklaga med stöd av någon av de i första stycket 2 angivna lagarna.

IVO får avstå från att utreda klagomål om händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden.

Klagomål bör, enligt 7 kap. 14 § PsL, anmälas skriftligen och innehålla uppgifter om den vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal som klagomålet riktar sig mot, den händelse som klagomålet avser, tidpunkten för händelsen, samt anmälarens namn och adress.

6 Tidigare utredningar

6.1 Huvudmannaskapsreformer

Tre omfattande huvudmannaskapsreformer genomfördes inom vård- och omsorgsområdet under 1990-talet – *Ädelreformen* (1992), *Handikappreformen* (1994) och *Psykiatrireformen* (1995) – utifrån en ambition att föra samman och utveckla samverkan mellan medicinska och sociala verksamhetsområden. Kommunerna blev ansvariga för boende, service, sysselsättning, stöd och vård.

Avsikten med *Ädelreformen* var att samla ansvaret för service och vård av äldre och funktionshindrade hos en huvudman. Kommunerna gavs verksamhetsansvar för sjukhem och andra vårdinrättningar för somatisk långtidssjukvård i vad som kom att innefattas i samlingsbegreppet särskilda boendeformer för service och omvårdnad. Kommunerna fick vidare ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser, med undantag för läkarinsatser, i såväl särskilda boendeformer som i dagverksamheter. Kommunerna gavs också möjlighet att bedriva hemsjukvård i ordinärt boende efter överenskommelse med landstinget.[1] Ett kommunalt betalningsansvar infördes för medicinskt färdigbehandlade patienter vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård vilket resulterat i att beläggningen inom akutvården och den geriatriska vården minskat samtidigt som antalet platser i särskilda boendeformer ökat. Statliga bidrag har också avsatts för att stimulera denna utveckling.

Handikappreformen innebar framför allt att en ny lag, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), trädde i kraft. LSS innehåller bestämmelser om särskilt stöd och särskild service till personer med funktionshinder som ger upphov till betydande svårigheter i det dagliga livet. LSS skall komplettera de rättigheter som den enskilde kan ha enligt annan lagstiftning. Genom änd-

[1] I framställningen talas om landsting vilket numera ändrats till region.

ringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) förtydligades vidare sjukvårdshuvudmännens ansvar för habilitering, rehabilitering, hjälpmedel samt för landstingens del även tolktjänst. Kommunerna blev genom ett tillägg i socialtjänstlagen (1980:620) skyldiga att bedriva uppsökande verksamhet bland äldre och funktionshindrade och planera sina insatser i samverkan med landstinget och andra berörda. För att underlätta reformarbetet har särskilda statsbidrag utgått.
Syftet med *Psykiatrireformen* var att förbättra livsvillkoren för personer med psykiska funktionshinder. Kommunernas ansvar tydliggjordes bland annat genom ändringar i socialtjänstlagen och lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. För att underlätta genomförandet av lagändringarna och förbättra förutsättningarna för samverkan mellan kommuner och landsting genomfördes en omfattande skatteväxling från landsting till kommuner och det tillfördes statliga stimulansbidrag för utveckling av arbetsformer och samverkan mellan socialtjänst och psykiatri. Dessutom avsattes medel för att utveckla stöd till svårt ”psykiskt störda missbrukare”, personliga ombud, anhörigstöd och kamratstöd. Det ekonomiska stödet till verksamheter med personliga ombud permanentades år 2000.[2]

6.2 LVM-utredningen (SOU 2004:3)

Den 31 januari 2002 tillkallades en särskild utredare med uppdrag att se över tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM. Utredaren skulle analysera hur lagen kommit att användas under 1990-talet, samt bedöma orsakerna till nedgången i antal beslut om LVM jämfört med vad som var fallet vid införandet av 1988 års lag. Analysen borde göras mot bakgrund av utvecklingen av ”missbrukarvården” i stort samt med en bedömning av vad utvecklingen kunde ha inneburit för den enskilde. Utredningens förslag ledde till vissa lagändringar i LVM.[3] menade att regeringen närmare borde låta utreda denna fråga.

[2] Prop. 2002/03:20 s. 18 f.
[3] Prop. 2004/05:123 Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.

Kommunernas insatser

Missbruksutredningen konstaterade att det fanns skäl som talade för att minskningen av vårddygn inom LVM-vården under den första hälften av 1990-talet ledde till att företrädesvis personer med ett långvarigt ”alkoholmissbruk” inte fick sina behandlingsbehov tillgodosedda. Mellan åren 1990 och 1996 minskade andelen ansökningar till länsrätten med alkohol som dominerande missbruksmedel från 69 till 48 procent (1 060 till 341), medan andelen med narkotika ökade från 11 till 32 procent. Dåvarande tillsynsmyndighets beslut visade att vissa kommuner tycktes ha utvecklat en praxis som innebar att socialtjänsten hade en avvaktande hållning till att ansöka om vård enligt LVM.

Utredaren konstaterade att en stor andel av de klienter som blev föremål för LVM-vård saknar en fast bostad och är hänvisade till provisoriska och otrygga lösningar för att ha någonstans att bo. Situationen var i många fall densamma vid tidpunkten för utskrivningen från LVM-hemmet. Utredaren bedömde därför att insatserna efter avslutad LVM-vård måste intensifieras och förstärkas och att planeringen av insatserna måste påbörjas i ett mycket tidigt skede av LVM-vistelsen. Utredaren lämnade därför förslag om att under LVM-vistelsen borde så tidigt som möjligt, efter samråd med den enskilde klienten, en överenskommelse träffas mellan LVM-hem och socialnämnd om de insatser som ska vidtas såväl under som efter avslutad LVM-vård.

Relationen mellan omedelbara omhändertaganden och ansökan om vård enligt LVM

Utredaren konstaterade att antalet omedelbara omhändertaganden var för högt. Av 880 personer som under år 2002 blev föremål för LVM-insatser initierades dessa för 675 personer genom ett omedelbart omhändertagande. Utgångspunkten för vården är att den ska komma till stånd i tid och i första hand på ett planerat sätt vilket har bland annat har sin grund i behandlings- och rättssäkerhetsaspekter. Det höga antalet omedelbara omhändertaganden ansågs kunna tyda på att socialtjänsten inte vidtagit erforderliga insatser i tid utan väntat så länge att akuta ingripanden inte har kunnat undvikas. Utredaren menade att det fanns ett starkt behov av förstärkta utbildnings- och

informationsinsatser inom socialtjänsten i syfte att undanröja eventuella oklarheter när det gäller lagstiftningens innebörd.

Övriga förslag

Utredaren föreslog att det i 3 § LVM klart skulle framgå att syftet med tvångsvården är att genom *behövliga* insatser motivera till fortsatt vård. Behövliga insatser kund utgöras av motivations- och behandlingsinriktade insatser i vid bemärkelse, men också av åtgärder som tog sikte på klientens behov inom andra områden. Insatserna skulle baseras på resultatet av en allsidig utredning av klientens behov och resurser.

Vidare föreslogs att om socialnämnden och Statens institutionsstyrelse efter samråd med den enskilde – i anslutning till överenskomna åtgärder som ett led i behandlingsplaneringen – träffat en överenskommelse som också innefattade insatser efter avslutad LVM-vård, skulle vårdavgiften reduceras under tiden för placering enligt 27 § LVM. Statens institutionsstyrelse föreslogs avsätta medel ur FoU-anslaget för utvärderingar av LVM-vården och efterföljande insatser. SiS borde dessutom genom en sekretessbrytande bestämmelse i LVM ges möjlighet att ta del av socialnämndens uppgifter om enskilda klienter efter LVM-vården för sin resultatuppföljning.

Det föreslogs att befogenheten att besluta om omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM enbart skulle ankomma på socialnämnden och domstolen. Polismyndighetens dittillsvarande befogenhet föreslogs upphöra. Det föreslogs också att underställning av beslut om omedelbart omhändertagande ska ske utan dröjsmål och senast kl. 12.00 första dagen efter beslutet om omhändertagande och att beslutet ska upphöra att gälla om underställningen inte har kommit in i tid.

Utredaren föreslog vissa klargöranden i fråga om verksamhetschefens skyldighet att vidta åtgärder för att hindra en person som vårdas med stöd av LVM att lämna sjukhuset.

En proportionalitetsprincip föreslogs införas i LVM med avseende på utövandet av de särskilda befogenheterna enligt 31–35 §§ LVM och att alla beslut som fattas av SiS i särskilda fall skall kunna överklagas till domstol.

Bestämmelsen i 8 § LVM om kontaktperson föreslogs upphävas. Någon särskild indikation för tvångsvård av gravida kvinnor med ”missbruk” förordades inte. Däremot konstaterades att begreppet ”missbrukare” är begränsande. Som en markering förordade utredaren därför att begreppet inte används i LVM och annan angränsande lagstiftning. I stället föreslogs att LVM utgår från begreppet ”person med missbruksproblem”.

Samtidigt psykiatrisk problematik

LVM-utredningen hade inte primärt att utreda frågan om huvudmannaskap. En kommunenkät som utredningen genomfört visade emellertid att många kommuner efterfrågade strukturerade utredningar inte bara om ”missbruket”, utan också om förekomsten av psykisk störning eller förekomsten av eventuellt demenstillstånd hos den enskilde. Utredningen hänvisade bland annat till en avhandling från slutet av 1990-talet som visade att 60 procent av klienterna intagna vid ett LVM-hem i Skåne hade tidigare behandlats inom psykiatrin. Av dessa hade endast 30 procent blivit utredda i psykiatriskt hänseende. Slutsatsen var att klienter med allvarliga ”missbruksproblem” som samtidigt hade en psykisk problematik i stor utsträckning passerade outredda. Även andra studier visade på liknande resultat.[4]

Utredningen konstaterade att det i olika sammanhang riktats kritik mot psykiatrin för att den genomförde så få utredningar av patienter med en samtidig beroendeproblematik och psykisk sjukdom/störning. Skälet härtill, anförde utredningen, är att en sådan undersökning förutsätter att patienten är nykter eller drogfri under en längre tid, då det gäller det att kunna skilja ut effekterna av psykisk sjukdom från effekterna av rus och abstinensproblem. För att genomföra en strukturerad klinisk intervju, exempelvis SCID, bör vederbörande dessförinnan ha varit nykter 3–4 veckor. Utredningen anförde vidare, att ingen klient kan tvingas genomgå en viss behandlingsinsats eller utredning. Erfarenheterna från Runnagårdens LVM-hem – som särskilt vände sig till kvinnor med ett utagerande beteende eller svår psykiatrisk störning – visade emellertid att endast 5–10 procent av de klienter som var intagna med stöd av 4 § LVM hade avböjt

[4] SOU 2004:3 s. 158.

att delta i denna typ av utredning. Intresset att få delta var tvärtom stort från klienternas sida.[5]

Med hänvisning till en rad forskarrapporter visade utredningen på en utbredd psykiatrisk problematik i samband med ”missbruk”.[6] Även SiS DOK-system visade för år 2000 att av 970 klienter, av vilka 68 procent hade intervjuats vid intagningstillfället, angav närmare 40 procent av de intervjuade svårigheter med att kontrollera våldsamt beteende eller att de hade haft allvarligt menade självmordstankar.[7]

LVM-utredningen menade att bristen på samverkan mellan psykiatri och socialtjänst var ett återkommande tema som påtalats under en följd av år. Även om människor med en kombinerad svår ”missbruks- och psykiatrisk problematik” ofta är kända båda inom socialtjänsten och vuxenpsykiatrin, är det sällan att frågor om ”missbruk” eller psykisk störning handläggs integrerat eller i samordning mellan huvudmännen.[8] Samtidigt konstaterade utredningen att problematiken med ”missbruk – psykisk ohälsa” påtalats i en rad offentliga dokument och i forskningen.[9]

LVM-utredningen hänvisade också till Psykiatriutredningens slutbetänkande i vilket det påpekades, att allmänpsykiatrin många gånger har dålig kunskap när det gäller ”missbrukare” och hänskjuter ofta även psykiskt svårt störda och t.o.m. psykotiska patienter till hem för vård eller boende, som i sin tur inte sällan avvisar dem. Psykiatriutredningen föreslog bland annat att ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting borde förtydligas och att vårdinsatserna borde förstärkas.

Inom ramen för Socialstyrelsens utvärderingsprojekt av psykiatrireformen genomfördes en treårig försöksverksamhet på tio orter för att pröva olika samverkansmodeller när det gäller personer med en kombinerad ”missbruks- och psykisk problematik”. Verksamheterna utvärderades och redovisades 1999 av dåvarande docenten Agneta Öjehagen som därefter också har gjort en femårsuppföljning.[10] Ett

[5] SOU 2004:3 s. 158.
[6] Se SOU 2004:3 s. 159 f. och där gjorda hänvisningar.
[7] SOU 2004:3 s. 158.
[8] SOU 2004:3 s. 159.
[9] Prop. 1999/2000 :149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården, bet. 2000/01:SoU5 s. 31, prop. 1987/88:147 om LVM, SOU 1992:3 Psykiskt störda situation i kommunerna – en probleminventering ur socialtjänstens perspektiv.
[10] Socialstyrelsen, Personer med svår psykisk störning och missbruk. Psykiatriuppföljningen 199:1. Rapporten utarbetad av dåvarande docenten Agneta Öjehagen.

resultat av uppföljningen var att det sedan dessa verksamheter påbörjades hade man kunnat notera positiva förändringar hos patienterna i form av minskad problemtyngd och hjälpbehov, färre psykiska symtom, förbättrad livskvalitet och s.k. global funktion. Den förbättring som emellertid kunde noteras vid femårsuppföljningen har dock huvudsakligen skett under projekttiden, dvs. under de första 1,5 åren.

LVM-utredningen konstaterade att mellan psykiatrin och LVM-vården fanns generellt sett stora brister i samverkan. Den bild som framträdde var en exkluderande attityd från psykiatrins sida gentemot personer med tungt ”missbruk” i förening med psykisk störning/sjukdom. Även i Socialstyrelsens rapport ”Psykisk störda missbrukare”, 1996, konstaterades att i många fall hänvisas ”missbrukare” i behov av sluten psykiatrisk vård till LVM-institutioner. Dessa saknar ofta den psykiatriska kompetens som är en förutsättning för att erbjuda individen en adekvat behandling. Ett pågående arbete med att differentiera vården vid LVM-hemmen en ökad kompetens att möta de ”psykiskt störda missbrukarna” ansågs inte befria psykiatrin från dess ansvar.[11]

6.3 Missbruksutredningen (SOU 2011:35)

Enligt utredningens direktiv (Dir. 2008:48) hade utredningen att se över bestämmelserna i socialtjänstlagen, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)[12] och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård när det gäller ”missbruks- och beroendevård” samt lämna förslag till de förändringar som bedöms nödvändiga för att anpassa lagstiftningen till utvecklingen inom området. I uppdraget ingick att ta ställning till hur kommunernas och landstingens (numera regionens) ansvar för ”missbruks- och beroendevården” kunde tydliggöras samt överväga behovet av förändringar av ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Utredningen skulle även se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamhet enligt lagen (1976:516) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) borde organiseras.

[11] SOU 2004:3 s. 163.
[12] Numera 2017:30.

Utredningens förslag ledde till vissa lagändringar i bland annat HSL och SoL.[13]

Tio motiv för en reform

Missbruksutredningen lämnade i betänkandet SOU 2011:35 en rad förslag som skulle syfta till att stärka individens ställning och förbättra tillgängligheten till kunskapsbaserade insatser för personer med ”missbruk” eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel, samt för personer som har en riskabel konsumtion. Det var vidare utredningens utgångspunkt att ”missbruks- och beroendevården” ska vara frivillig, i den mening att enskilda ska erbjudas vård, behandling och stöd som de kan samtycka till eller avböja. Vård utan samtycke skulle i vissa undantagsfall kunna ingå som en avgränsad del i en sammanhängande vård- och stödprocess.

Skälen för en reform var bland annat att de lagar som reglerar ”missbruks- och beroendevården” tillkom för omkring 30 år sedan. Samhällsutvecklingen, ökad internationell rörlighet, framväxten av nya värderingar, förändringar i ”missbrukssituationen” och vårdbehoven, patienternas och klienternas önskemål om vårdens organisering, samt ny kunskap om effektiva behandlings- och stödinsatser ansågs motivera en omprövning av lagstiftningen och en reform av vården. Utredningen presenterade mot denna bakgrund 10 motiv för en reform:

1. förändrad ”missbrukssituation” och nya vårdbehov,
2. vården når endast en av fem,
3. vården betraktas inte som attraktiv,
4. investeringar i vård minskar skador och kostnader,
5. otydligt ansvar drabbar individen och vårdens effektivitet,
6. tillgången på vård är ojämlik,
7. tvångsvården brister i innehåll, form och rättssäkerhet,
8. kunskapen och kompetensen är otillräcklig,
9. vårdens utveckling utmanar nuvarande lagstiftning och

[13] Prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården.

10. små kommuner har ekonomiskt svårt att bära en modern vård.

Åtta reformområden och sjuttio förslag

Utredningens förslag till en reformerad och utvecklad svensk ”missbruks- och beroendevård” omfattade åtta reformområden:

1. tidig upptäckt och kort intervention,
2. tydligare ansvar för effektivare vård,
3. stärkt ställning för individen,
4. vårdens innehåll, boende och sysselsättning,
5. bättre kvalitet, kunskap och kompetens,
6. vård utan samtycke,
7. polisens och kriminalvårdens roll och
8. arbetsplatsen, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen.

Utredningen lämnade ett 70-tal förslag. De förslag som direkt berör ”missbruks- och beroendevården” syftade bland annat till att tydliggöra kommunernas och landstingens ansvar, stärka individens ställning, utveckla vårdens innehåll, förbättra kvaliteten, kunskapen och kompetensen samt utveckla vården utan samtycke.

Vidare lämnade utredningen förslag som rör polisens och kriminalvårdens roll i syfte att förbättra omvårdnaden av omhändertagna enligt LOB och insatserna inom kriminalvården för att förhindra återfall i ”missbruk” och brott. Dessutom lämnade utredningen vissa förslag som gäller arbetsgivare, arbetsmarknadspolitiken och socialförsäkringen i syfte att förbättra möjligheterna till rehabilitering till arbete.

Kommunernas och landstingen ansvar föreslogs i betänkandet förtydligas i en särskild lag om ”missbruks- och beroendevård” (LMB). Även den enskildes stärkta ställning skulle regleras i den nya lagen. LVM, föreslogs utmönstras ut lagstiftningen och vård utan samtycke skulle i stället regleras i lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128), förkortad LPT.

Utredningen konstaterade bland annat att den ideala ansvarsmässiga lösningen för ”missbruks- och beroendevården” isolerat sannolikt

skulle vara att samla ansvaret för landstingets och kommunernas insatser hos en huvudman. Likväl ansåg utredningen att kommunen och landstinget även framgent borde ha ett *delat men tydliggjort* ansvar. Detta byggde på ett helhetsperspektiv som betraktar ”missbruks- och beroendevården” som en del i det totala vårdsystemet. Utredningen menade att det finns ”ett mervärde om samma ansvarsfördelning mellan landstingets ansvar för behandling och kommunens ansvar för stöd kan upprätthållas för såväl personer med missbruk eller beroende som andra patient- och klientgrupper inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Därigenom skapas förutsättningar för bättre samordning av kommunernas och landstingens insatser. Det underlättar också för den enskilde i behov av hjälp att orientera sig i ett komplext vårdsystem och veta var en viss hjälp kan sökas.” Ett annat viktigt skäl för ett fortsatt delat, men tydliggjort, ansvar uppgavs vara det praktiska att överflyttningarna av verksamheter och resurser mellan huvudmännen och därmed omställningskostnaderna begränsas.[14]

Utredningen stannade för att genom lagstiftning reglera kommunens och landstingets ansvar mer i detalj samt att i vissa avseende förändra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Det vid tiden för betänkandets avlämnande delade ansvaret för *behandling*, som utredningen gav en snäv innebörd, skulle samlas hos landstinget i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården.[15]

I den särskilda lagen om ”missbruk- och beroendevård”[16] (LMB) föreslogs SoL och HSL vara subsidiära till LMB och för bestämmelser om vård utan samtycke hänvisades till LPT. För den som är under 20 år skulle vård utan samtycke även kunna ges enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.

Enligt 3 § LMB skulle *insatser*[17] inom ”missbruks- och beroendevården” syfta till stöd, vård och behandling åt människor som genom sin användning av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel riskerar att skada sin hälsa eller sociala situa-

[14] SOU 2011:35 volym 1 s. 118.
[15] SOU 2011:35 volym 1 s. 119.
[16] Med missbruks- och beroendevård avsågs kommunernas och landstingens samlade insatser för personer som har ”problem med missbruk eller beroende eller har ett riskabelt bruk av alkohol eller andra droger.” Insatser inom den ideella sektorn liksom privata utförare skulle ingå när de utförs på uppdrag av landsting eller kommun. Staten bedriver viss missbruks- och beroendevård inom tvångsvården enligt LVM och inom kriminalvården. SOU 2011:35 s. 479.
[17] Omfattar hela det breda spektrum av individinriktade vård-, behandlings- och stödinsatser som kommuner och landsting ansvarar för och som kan erbjudas personer med riskbruk, missbruk eller beroende. Begreppet insatser används synonymt med åtgärd. SOU 2011:35 s. 479.

tion. Insatserna skulle även syfta till att ge stöd åt *närstående* till människor som använder sådana medel på ett skadligt sätt.

Dåvarande landstinget skulle enligt 4 § LMB ha ansvaret för *rådgivning och behandling*, främst tillnyktringsverksamhet, abstinensvård, läkemedelsbehandling och psykosocial behandling.[18]

Kommunen, inom socialtjänsten, föreslogs enligt 5 § LMB ha ansvaret för *rådgivning* och *psykosocialt stöd* samt *stöd till boende, sysselsättning och försörjning*.

Både landsting och kommuner föreslogs enligt LMB ha skyldighet att *upprätta program* inom primärvården respektive för det sociala arbetet för att *tidigt upptäcka och kort intervenera* vid riskbruk, ”missbruk” eller beroende. Vidare skulle landstingen och kommunen, *var för sig*, ha ett ansvar för utredning, bedömning, planering och uppföljning när den enskilde behöver insatser inom båda vårdområdena. Kommunen skulle dock, som huvudregel, ha det övergripande ansvaret vid upprättande av en individuell plan enligt SoL.

Såväl landsting som kommun föreslogs vidare, i 8 § LMB, ha skyldighet att ingå ett *avtal om samarbete* i fråga om insatser för människor som har *problem* med ”missbruk” eller beroende eller *riskabelt* bruk av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller andra liknande medel. Den enskilde som behöver sådana insatser och deras närstående borde ges möjlighet att aktivt medverka till innehållet i avtalet och göras delaktiga i uppföljningen av detta.

Tvångsvård

Utredningen föreslog att LVM skulle utmönstras och att det i en ny bestämmelse i LPT (3 a §) skulle tydliggöras att som *allvarlig psykisk störning* enligt 3 § avses även att patienten till följd av ”missbruk” eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, dopningsmedel eller annat liknande medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård.

Utredningen gjorde bedömningen att vård inom ”missbruks- och beroendevården” i normalfallet ska vara frivillig. Vård utan samtycke ska endast ges i undantagsfall och under förutsättning att insatsen ingår som en länk i en sammanhängande vårdkedja. Samtidigt identifierades ett behov av att behålla vissa människor i vård utan samtycke under mer utsträckta tidsperioder, då i syfte att till exempel förhin-

[18] SOU 2011:35 s. 481 f.

dra snabbt och allvarligt återfall. Tvång skulle även kunna vara motiverat – vanligen i öppen tvångsvård – för att initiera och under en period färdigställa utredningen och vidmakthålla behandlingsinsatser, särskilt av psykosocial natur. Inlåsning skulle alltid minimeras. Vid samsjuklighet ansågs läkemedelsbehandling under tvång vara aktuellt för vissa personer. Utredningen menade att behandling under tvångsvård alltid ska erbjudas den enskilde enligt bästa tillgängliga metoder och ett fortsatt stöd ska finnas sedan tvångsvården upphört med en sömlös övergång mellan tvång och frivillighet.[19]

Vidare menade utredningen att tvångstiderna borde generellt kunna kortas och genomföras i öppna former. LPT:s öppenvårdstvång ansågs ge möjlighet att föreskriva villkor om medicinering och deltagande i öppen vård. Det är ett sätt att göra tvångsvården mer flexibel, minska antalet dagar av inlåsning och underlätta övergången till frivillig vård.[20]

Missbruksutredningen såg två lagtekniska alternativ för att förbättra tvångsvården av personer med *allvarligt* ”missbruk” eller beroende: 1) komplettera LVM med bestämmelser om medicinsk behandling, starkare krav på en mer individuell vårdtid och flexibel prövning av vårdtidens längd samt en mer flexibel form av öppen tvångsvård, 2) integrera LVM och LPT vilket utredningen förordade på grund av det samlade behandlingsansvaret som utredningen föreslog att landstingen skulle ha inom ”missbruks- och beroendevården”. Genom förslaget att LVM skulle upphävas och LPT förtydligas avsågs grunden för en mer rättssäker tvångsvård läggas. Det blir *en* lagstiftning om tvångsvård för ”målgruppen människor med ”missbruk” eller beroende och annan psykisk sjukdom” vilket borde främja en mer enhetlig tillämpning i hela landet. Risken för att människor slussas mellan LVM-vård och LPT-vård antogs minska. Likaså risken för att människor med ”missbruk eller beroende” skrivs ut från LPT-vård fastän det kvarstår ett behov av fortsatt heldygnsvård som inte kan tillgodoses av socialtjänsten, dvs. människor faller mellan stolarna. Kommunerna slipper därutöver att finansiera tvångsvården när landstingen med betydligt större skatteunderlag blir ekonomiskt ansvariga för vården utan samtycke.

Beträffande tiden för tvångsvård menade utredningen att det saknas anledning att överväga några särregler. De fyra veckor tvångsvård

[19] SOU 2011:35 s. 301 f.
[20] SOU 2011:35 s. 303 f.

kan pågå utan rättens prövning ansågs av utredningen vanligen vara tillräcklig. Dock kan tiden förlängas om patienten med allvarlig ”missbruks- eller beroendeproblem” uppvisar ett sådant sjukdomstillstånd att vård enligt LPT är nödvändig.

6.4 Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17)

Uppdraget

Utredningen hade, enligt sina direktiv (Dir. 2008:93) i uppdrag att göra en översyn av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, samt lämna förslag till en ny lagstiftning på området.

Utredningens förslag

Psykiatrilagsutredningen föreslog bland annat förändringar i förutsättningarna för intagning enligt LPT. I stället för oundgängligt vårdbehov skulle patienten ha ett *påtagligt behov* av psykiatrisk vård varmed avsågs att det är sannolikt att patienten kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad genom att vård kommer till stånd, eller avsevärt försämrad om vård uteblir eller, att det är sannolikt att patienten utgör en fara för sitt eget eller andras liv och hälsa. Vid bedömningen av patientens psykiska tillstånd skulle särskilt beaktas den psykiska störningens art och grad samt de konsekvenser tillståndet fått för patientens psykiska funktionsförmåga.

Enligt förslaget skulle tvångsvård endast få ges om frivillig psykiatrisk vård prövats utan framgång eller var uppenbart utsiktslös och patienten, liksom i nu gällande lag, motsätter sig nödvändig psykiatrisk vård eller det finns grundad anledning att anta att vården inte kunde ges med samtycke. Påpekandet i nuvarande 3 § LPT, att tvångsvård inte får ges om patientens psykiska störning utgör enbart en utvecklingsstörning, föreslogs utgå.

I 4 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, regleras intagningsrekvisiten för vård enligt den lagen. Det ska bland annat föreligga ett ”fortgående missbruk” och ett behov av vård för att komma ifrån detta (1) och vårdbehovet ska inte kunna tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller på

något annat sätt (2). Psykiatrilagsutredningen föreslog därvid att punkt 2 skulle kompletteras på så sätt att vårdbehovet inte skulle kunna tillgodoses enligt SoL *och inte heller enligt LPT*. Detta menade utredningen skulle kunna undanröja en del av de gränsdragningsproblem som nu finns mellan LVM och LPT i förhållande till *samsjukliga* personer.[21]

Utredningen hade uppmärksammat att det i ett begränsat antal situationer kan vara besvärligt att avgöra om den psykiska funktionsnedsättning som personen uppvisar faller in under begreppet allvarlig psykisk störning eller inte bland annat i förhållande till gruppen äldre personer med gravt utvecklad demens som samtidigt har en tillkommande psykisk störning, men också gruppen samsjukliga, dvs. personer som samtidigt har både ett ”missbruk” eller annat beroendetillstånd och en psykisk störning.

Uppdelningen av ansvaret i förhållande till en samsjuklig person ger, enligt utredningen, upphov till *återkommande gränsdragningsproblem och olika tolkningar mellan huvudmännen* om vilket tillstånd hos den sjuke som först behöver åtgärdas. Det är inte ovanligt att landstinget (numera region) nekar behandling av den psykiska sjukdomen med hänvisning till att kommunen först måste behandla ”missbruket” eller beroendet och omvänt, att kommunen nekar behandling av ”missbruket” eller beroendet med hänvisning till att landstinget först måste behandla den psykiska sjukdomen. En annan svårighet i förhållande till de samsjukliga personerna är att det ibland är besvärligt att avgöra om det psykiska tillståndet beror på ett pågående ”missbruk” eller om det psykiska tillståndet kvarstår efter en tid av avhållsamhet från skadligt bruk av alkohol m.m.

Utredningen konstaterade att enligt utredningens föreslagna kriterier för intagning till psykiatrisk tvångsvård skulle avgörande betydelse fästas vid den enskildes *psykiska funktionsförmåga*. Med psykisk funktionsförmåga förstås den enskildes *förmåga att kunna interagera med omgivningen på ett psykosocialt adekvat sätt*. I vissa fall ger ett ”missbruk eller ett annat beroendeförhållande” upphov till följdreaktioner av sådan art och grad att dessa följdreaktioner självständigt är att hänföra till allvarlig psykisk störning (dessa reaktioner är dock oftast av en mer kortvarig natur). Även när ”missbruket” eller beroendetillståndet inte är av sådan omfattning att det sett isolerat når upp till nivån för allvarlig psykisk störning ansåg utredningen att *före-*

[21] SOU 2012:17 s. 49.

komsten av ”missbruk eller beroende” ska vägas in när man bedömer den enskildes samlade psykiska funktionsförmåga. ”Missbruket” eller beroendetillståndet sätter typiskt sett ytterligare ned den enskildes psykiska funktionsförmåga. Man ska alltså inte, som man lätt kan ges intrycket av är förhållandet för närvarande anförde utredningen, bortse från ”missbruket” utan tvärtom *väga in just det förhållandet när man bedömer om personen behöver bli föremål för psykiatrisk tvångsvård*. Utredningen bedömde att ett sådant hänsynstagande kan bidra till att en del av de gränsdragningsproblem som finns undanröjs och att möjligheten till att samsjukliga personer får behövlig psykiatrisk vård därmed ökar.[22]

Såvitt gäller gränsdragningen mellan lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, och LPT drog utredningen, bland annat med hänvisning till RÅ 2010 ref. 24 och dåvarande Regeringsrättens avgörande i mål nr 8480–08 att LVU inte är tillämplig i det fall ett socialt nedbrytande beteende i huvudsak är att betrakta som symptom på en psykiatrisk grundproblematik. I sådana fall ska LPT ges företräde om personen uppfyller kriterierna för sådan vård. Utredningens förslag om att tröskeln för intagning skulle sänkas något (påtagligt behov) och att tillämpningsområdet föreslogs utvidgas genom att undantaget för personer med psykisk utvecklingsstörning skulle tas bort antogs medföra att den förändrade LPT skulle kunna tillämpas när det till exempel gäller ungdomar med autism eller störningar inom autismspektrat.[23] För andra ungdomar som också har ett tydligt vårdbehov antogs förslagen inte ha någon betydelse. De kommer inte heller i fortsättningen, anfördes det, att fylla kriterierna för tvångsvård varken enligt LVU eller LPT, ett förhållande som utredningen ansåg djupt otillfredsställande.

Utredningen ansåg att det finns anledning för regeringen att överväga om det inte behöver ske en större översyn av de olika tvångslagarnas tillämpningsområde för att tillförsäkra att barn och unga som behöver få vård av samhället inte går miste om det p.g.a. gränsdragningar för de olika tvångslagarna.

[22] SOU 2012:17 s. 363 f.
[23] SOU 2012:17 s. 855.

6.5 Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2)

Utredningens hade ett brett uppdrag att belysa viktiga effektivitetsproblem och utvecklingsområden och dessutom få en samlad bild av redan pågående arbeten. Dessutom skulle utredningen ha fokus på hur professionernas resurser kan användas på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. I uppdraget betonades analys och samarbete med berörda aktörer och att i dialog med dessa aktörer lämna förslag till åtgärder som kan vidtas på nationell, regional och lokal nivå.

Utredningens utgångspunkter och analys

Utredningen utgångspunkt var att värdet av hälso- och sjukvården uppstår i mötet eller interaktionen mellan patienten och vården. Vårdens effektivitet avgörs därmed i mötet. En viktig övergripande slutsats, som utredningen drog, var att en förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än i dag. Att hela tiden utgå från hur patientnytta skapas i det individuella mötet har en avgörande betydelse för effektiviteten.

Utredningen identifierade flera orsaker till hälso- och sjukvårdsproblemen i svensk hälso- och sjukvård. En var att styrningen var splittrad genom 21 landsting och 290 kommuner samt statens övergripande normering. Det saknades också, enligt utredningen, en sammanhållen bild av vilken styrning som fungerar och vilka effekter den får. Utredningen ansåg också att den ”sjukhustunga” vårdstrukturen bidrog till ineffektivitet och till primärvårdens svårigheter att klara sitt uppdrag. Ytterligare en faktor som utredningen ansåg påverkar vårdens effektivitet var kulturen. En stark och sund vi-andra där olika professioner och patienter samarbetar spelar stor roll för hur resurser används och vilka resultat verksamheten har. Utredningen resonerade också om kompetensförsörjningens och den administrativa bördans betydelse för verksamheternas effektivitet.

Utredningens förslag

Utredningen la ett antal förslag på övergripande nivå som berörde vårdens styrning och effektivitet. Ett var att lagstiftningen skulle utgå från att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården. Huvudprincipen skulle vara öppen vård men där öppenvård inte är möjlig ska vården ges som sluten vård. Sluten vård skulle kunna ske på vårdinrättning, i patientens hem eller annan plats där kraven på god vård upprätthålls. Utredningen föreslog också lagstiftning med ett nationellt utformat uppdrag för primärvården. Ett annat förslag var att primärvården skulle delas upp i två organisatoriska delar, den allmänna primärvården och den riktade primärvården. Den riktade primärvården skulle fullgöra primärvårdsuppdraget för äldre med omfattande behov. Utredningen föreslog också en ny lagreglering som skulle ställa krav på att kommun och landsting skulle utföra verksamhet gemensamt för äldre med omfattande behov så att den enskilde får en sammanhållen vård och socialtjänst. Verksamheten skulle regleras genom två likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

6.6 Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård

Utredningen för en god och nära vård fick 2017 uppdraget att utifrån en fördjupad analys i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården.[24] Utredningen har därefter fått flera tilläggsdirektiv och överlämnat sammanlagt fem delbetänkanden. Nedan redovisas de förslag som vi anser mest relevanta för samsjuklighetsutredningens uppdrag.

[24] Dir. 2017:24.

Omställningens inriktning

Utredningens uppdrag är omfattande och den omställning utredningen ska skapa förutsättningar för berör hela hälso- och sjukvårdens struktur och inriktning. Ett antal principer och förhållningssätt genomsyrar utredningens samtliga analyser, bedömningar och förslag i de fem betänkandena. Genomgående lyfts personcentrering och involvering av såväl invånare som patienter, närstående och medarbetare. Interprofessionellt lärande och salutogent förhållningssätt betonas. Behovet av en långsiktig och kompetensförsörjning och en fungerande logistik och infrastruktur lyfts fram. Utredningen understryker vikten av helhetssyn och uppmärksammar både regional och kommunal hälso- och sjukvård i sina bedömningar.

En primärvårdsreform

I betänkandet En primärvårdsreform (SOU 2018:39) föreslår utredningen att primärvårdens uppdrag i hälso- och sjukvården moderniseras och att primärvårdens grunduppdrag regleras i en förordning. Regering och riksdag, har delvis i överensstämmelse med utredningens förslag, fattat beslut om att en ny definition av primärvård och om primärvårdens grunduppdrag ska uttryckas i hälso- och sjukvårdslagen. De nya bestämmelserna gäller från 1 juli 2021. Grunduppdraget för regioner och kommuner när det gäller primärvårdens uppdrag uttrycks i kapitlet 13 a 1 § i fem punkter:

1. tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov,
2. se till att vården är lätt tillgänglig,
3. tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar,
4. samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården, och
5. möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Utredningen föreslog också en statlig finansiering av ett antal ST-tjänster i allmänmedicin under en tioårsperiod. Syftet med förslaget var att stimulera tillgången till allmänläkare för att öka förutsättningarna

för regionerna att erbjuda fast läkare i primärvården. Utredningen föreslog även att det skulle förtydligas att patienten skulle ha rätt att välja fast läkare i primärvården med en viss kompetens. Regeringen genomförde inte förslaget men har gjort överenskommelser med Sveriges kommuner och landsting där medel avsätts i syfte att stimulera tillgången till fast läkare. I sitt första betänkande; Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2017:53) föreslog utredningen att vårdgarantin i primärvården skulle förstärkas genom att inte bara omfatta rätt till besök inom en viss tid, utan också rätt till en medicinsk bedömning, samt att garantin skulle vara behovs- och professionsneutral, dvs. inte bara gälla bedömning av läkare utan också av annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Förslagen låg till grund för lagändringar som gäller sedan 2019.

Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

I sitt slutbetänkande[25]gör utredningen ett antal bedömningar och förslag som rör samverkan, främst mellan regionernas respektive kommunernas hälso- och sjukvård.

För att säkerställa att patienten får en sammanhängande hälso- och sjukvård oavsett huvudman bedömer utredningen att det behövs en stärkt samverkan på primärvårdsnivå. Utredningen föreslår därför att regioner och kommuner genom en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen ska åläggas att upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet. Avsikten att säkerställa en gemensam långsiktig planering för det gemensamma åtagandet primärvård, där planen förslagsvis kan omfatta strategiska frågor såsom till exempel kompetensförsörjning, lokalfrågor och utbudspunkter.

Utredningens analys är också att samverkan mellan huvudmännen är tämligen väl reglerad men att det inte alltid finns förutsättningar för samverkan på utförarnivå. Därför föreslås i betänkandet att det lagregleras att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges. Samverkan jämställs på så sätt med att andra förutsättningar som enligt lag ska finnas; personal, lokaler och utrustning.

[25] En god och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19.

Utredningen lägger ett antal förslag när det gäller sådana individuella planer som ska upprättas enligt hälso- och sjukvårdslagen 16 kap. 4 § i HSL och 6 kap. 4 § i PL. och enligt socialtjänstlagen, 2 kap. 7 §. Utredningen föreslår bland annat att regleringen av individuell plan i HSL och socialtjänstlagen ska harmonieras med regleringen i lagen om samverkan vid sluten hälso- och sjukvård så att den kommunala hälso- och sjukvården genomgående omfattas, inte bara när den individuella planen initieras vid utskrivning från sluten vård. Dessutom ska även patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan. Utredningen föreslår vidare när det gäller den individuella planen att det ska regleras i HSL och SoL att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas, och bedömer att fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patienten ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Utredningen föreslår också att av den individuella planen ska målet med insatserna för den enskilde framgå. Målet ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv, och bör anges både på kortare och längre sikt, vilket möjliggör att planerna kan användas utifrån olika perspektiv: dels för en planering av stödinsatser som ska ges under en längre tid och beröra stora delar av personens livssituation, dels för insatser som behöver sättas in omedelbart för att lösa en tillfälligt uppkom men situation. Slutligen föreslår utredningen när det gäller den individuella planen att det ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs.

Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkanden gör vi bedömningen att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är helt avgörande för att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Genom att förebygga eller skjuta upp insjuknande i akuta eller kroniska sjukdomar, minska risken för återinsjuknande och skapa eller återskapa funktionsförmåga kan såväl mänskligt lidande undvikas som den begränsade gemensamma resursen användas mer effektivt.

Sammanhållen vård genom patientkontrakt

I slutbetänkandet föreslås också att det ska regleras i patientlagen (2014:821) förkortad PL, att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

Arbetet med patientkontrakt har bedrivits sedan 2018 med stöd av överenskommelser mellan regeringen och SKR.

Psykisk hälsa

I sitt sista betänkande[26] presenterar utredningen bedömningar och förslag utifrån sitt uppdrag att utreda förutsättningarna för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa.

Utredningen konstaterar att somatisk vård av tradition haft företräde framför insatser mot psykisk ohälsa och att det behöver förändras utifrån befolkningens behov. Utredningen föreslår därför att det ska synliggöras i primärvårdens grunduppdrag i hälso- och sjukvårdslagen att primärvården svarar för hälso- och sjukvård avseende både fysisk och psykisk ohälsa.

Utredningen presenterar också sin bedömning av hur primärvården bör arbeta med psykisk ohälsa utifrån de kartläggningar och analyser utredningen gjort, samt utifrån förslaget till ändrad lagstiftning där primärvårdens uppdrag att ge insatser mot psykisk ohälsa förtydligas. Dessa bedömningar redogörs för under tre olika rubriker; Vägen in, Organisering av primärvårdens insatser samt Samverkan och samarbete. Områden samlas under ett paraply – ”Rätt stöd till psykisk hälsa”. Modellen utgörs av ett antal principer och arbetssätt som kombinerade är avsedda att förbättra bemötandet och omhändertagandet av den enskilde, och bättre möta behoven på befolkningsnivå. Modellen utgår från utredningens analys, förslag och bedömningar i tidigare betänkanden. Primärvårdens ska vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet, med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande, och vad gäller ett sammanhängande hälso- och sjukvårdsystem. Primärvårdens medarbetare ska ges förut-

[26] God och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa SOU 2021:6.

sättningar att arbeta relationellt, med långvariga och kontinuerliga kontakter, med såväl enskilda individer som med och i sin närmiljö.

6.7 En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)

Utredningen En sammanhållen god och nära vård för barn och unga hade uppdraget att se över förutsättningarna för en mer sammanhållen vård för barn och unga. Syftet var att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet var också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga med psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin (BUP).

Utredningen prövade lämpligheten och möjligheten med ett samlat huvudmannaskap för vissa primärvårdsaktörer och elevhälsans medicinska insatser (dir. 2019:93) samt övervägde möjligheten att lagreglera vissa eller samtliga av de berörda primärvårdsverksamheterna. Utredningens bedömning blev att en sådan lagreglering skulle innebära en inskränkning i regioners och kommuners möjligheter att planera och organisera hälso- och sjukvården. I stället ansåg utredningen att det är centralt att säkra tillgången till hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga under hela uppväxttiden samt att det måste ske en samordning och koordinering av det sådana insatser på nationell nivå. Dessutom bedömer utredningen att det behövs ytterligare åtgärder för att stärka samverkan mellan de aktuella vårdverksamheterna och samordning av vårdinsatser för barn och unga.

Utredningen föreslog därför ett förtydligande i lag av att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja hälsa och ett bemyndigande att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvårdens arbete med att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga.

Utredningen förslog dessutom att ett nationellt hälsovårdsprogram som tar ett helhetsgrepp om barns och ungas hälsa, utveckling och välmående under hela uppväxttiden, ska tas fram. Samtliga berörda myndigheter, huvudmän för hälso- och sjukvård och skola, professions-, patient- och närståendeorganisationer bör vara delaktiga i detta arbete. Det nationella hälsovårdsprogrammet ska vara vägledande för verksamheterna och tydliggöra vad barn och unga och deras vårdnadshavare kan förvänta sig av barn- och ungdomshälsovården i

form av hälsofrämjande och förebyggande insatser. I detta ska hälsouppföljning, hälsobesök och föräldraskapsstöd vara centrala beståndsdelar som bör erbjudas under hela uppväxttiden, från graviditet till vuxen ålder. Syftet med hälsovårdsprogrammet är också att vara det sammanhållande kitt som binder samman de verksamheter inom primärvården och elevhälsans medicinska insatser som i dag utgör barn- och ungdomshälsovården, och bidra till att verksamheterna arbetar utifrån samma mål och uppdrag.

Utredningen presenterade också sex steg för bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa, både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Stegen börjar på en bred samhällsnivå och fortsätter visa primärvårdens uppdrag till utbudet av specialiserade insatser.

Därutöver gör utredningen en rad bedömningar kring samverkan för barnets bästa och kring barns, rättigheter och delaktighet.

Utredningen ska inom ramen för sina direktiv återkomma med ytterligare förslag som rör uppföljning.

Socialstyrelsen har efter att utredningen lämnade sina förslag fått i uppdrag att genomföra en förstudie av hur nationellt hälsovårdsprogram för barn och unga bör utformas och genomföras.

6.8 Utredningen framtidens socialtjänst (SOU 2020:47)

Uppdraget

Regeringen beslutade den 6 april 2017 att tillsätta en särskild utredare att göra en översyn av socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och vissa av socialtjänstens uppgifter (dir. 2017:39). Syftet med uppdraget var att utforma en socialtjänst som bidrar till social hållbarhet med individen i fokus och som med ett förebyggande perspektiv ger människor lika möjligheter och rättigheter. Vidare ska socialtjänsten erbjuda behovsanpassade insatser med ett förebyggande och kunskapsbaserat perspektiv. Utredaren skulle bland annat se över och lämna förslag beträffande socialtjänstlagens struktur och konstruktion, tillgången till en jämlik, jämställd och likvärdig socialtjänst, en hållbar socialtjänst som främjar långsiktigt strukturellt förebyggande arbete och minskar behovet av individuella insatser samt socialtjänstens uppdrag. Översynen skulle resultera i en lagstiftning som främjar

effektiva och kunskapsbaserade insatser av god kvalitet inom befintliga ramar.

Genom tilläggsdirektiv (dir. 2018:69), beslutade den 19 juli 2018, fick utredningen i uppdrag att se över barnrättsperspektivet i socialtjänstlagen, analysera huruvida en särlagstiftning för äldre är motiverat samt att se över socialnämndens möjlighet att delegera beslutanderätt i ärenden som rör lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM.

Utredningens förslag bereds i Regeringskansliet.

Utredningens utgångspunkter

Utredningen hade som utgångspunkt för sitt arbete såväl ett individ- som samhällsperspektiv. Målet var att åstadkomma förbättringar i lagstiftningen som påverkar människor och kommuner positivt. Utredningen identifierade några områden som bedömdes vara särskilt viktigt för att åstadkomma en hållbar socialtjänst som säkerställer att samhällets resurser används till största möjliga nytta för medborgarna på ett effektivt sätt.

Större förslag som utredningen presenterade i betänkandet handlar om en förebyggande och lätt tillgänglig socialtjänst, om övergripande planering och planering av insatser, en kunskapsbaserad socialtjänst och om möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående behovsprövning. Förslagen ansågs tillsammans bilda en helhet i vilken de olika delarna är beroende av och förutsätter varandra.

Utredningen lämnade några frågor utan ställningstaganden eller utredningsunderlag, bland annat i fråga om uppdraget att se över om det finns behov av att införa ett krav på socialt ansvarig samordnare. Utredningen avgränsade sig också från frågan om samverkan mellan huvudmän. Detta då utredningen tidigt kunnat konstatera att problemen med samverkan är svåra att lösa genom reglering. Att kommuner, regioner och andra huvudmän ska samverka framgår redan av lagen i dag. På vilket sätt, och hur det ska gå till, har ansåg utredningen inte vara en fråga att lösa inom ramen för lagstiftningen. Därmed tog utredningen inte heller sig an bestämmelserna om individuella planer.

Utredningens förslag

Lagens struktur och konstruktion

Utredningen föreslog att en ny socialtjänstlag ska nuvarande lag. För att göra lagen mer pedagogisk och överblickbar delades lagen in i avdelningar. Eftersom socialtjänstlagen är en lag som ändras relativt ofta ansågs indelningen i avdelningar underlätta införandet av nya bestämmelser utan att den befintliga strukturen går förlorad.

De senaste årens utveckling mot en alltmer detaljreglerad socialtjänstlag ansågs tala för att det framöver kan vara svårt att upprätthålla lagens karaktär av ramlag. Samtidigt, menade utredningen, är det angeläget att socialtjänstlagen är flexibel och möjliggör individuella anpassningar. Utredningens ambition var därför att lagen i större utsträckning ska återfå karaktären av ramlag och därmed även lämna större utrymme för helhetssyn på individen. Som ett led i detta arbete övervägde utredningen att ta bort de bestämmelser för olika grupper som finns i nuvarande 5 kap. socialtjänstlagen. Detta bedömdes dock inte vara praktiskt genomförbart. I stället föreslog utredningen att lagen ska strukturerats så att nuvarande gruppindelning tonas ner. För att skapa en ökad jämlikhet mellan grupper och samtidigt minska lagens detaljeringsgrad föreslog utredningen att vissa bestämmelser som i dag enbart gäller för särskilda grupper ska gälla alla.

Lagens tillämpningsområde

För att tydliggöra vilka verksamheter som omfattas av socialtjänstlagens tillämpningsområde föreslog utredningen att det i socialtjänstlagen införs en bestämmelse som anger vad som avses med socialtjänst i lagen. Med socialtjänst avses i lagen verksamhet som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen, LVU eller LVM samt annan verksamhet som enligt lag eller förordning ska bedrivas av socialnämnd eller Statens institutionsstyrelse.[27]

[27] SOU 2020:47 s. 293 f.

Enhetlig begreppsanvändning

För att göra begreppsanvändningen mer enhetlig i föreslog utredningen att begreppet insatser användas genomgående i lagen, vilket ersatte begreppen ”stöd och hjälp” och ”sociala tjänster”. För att innebörden av begreppet insatser ska var tydligt föreslår utredningen att det i lagen ska anges att socialnämnden ska erbjuda insatser i form av rådgivning, omsorg, vård, stöd och annan hjälp till enskilda som behöver det.

Begreppet service har inte förts över till den föreslagna lagen. Det innebär bland annat att särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre som behöver särskilt stöd i stället benämns ”särskilda boendeformer för äldre personer som behöver omvårdnad och särskilt stöd”. Bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättningar benämns ”bostäder med särskilt stöd” för personer med funktionsnedsättning.

Jämställdhet som mål

Utredningen föreslår att socialtjänstlagens nuvarande målbestämmelser kompletteras med att socialtjänsten, utöver jämlika, även ska främja människornas jämställda levnadsvillkor. Genom att ange både jämlikhet och jämställdhet i de övergripande målen blir det tydligt att socialtjänsten särskilt måste arbeta med jämställdhet.

Utredningen föreslår att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att göra en fördjupad beskrivning och analys av aspekter av genusbias inom socialtjänstens område.

Ett förebyggande perspektiv

Utredningen underströk vikten av att socialtjänsten har ett förebyggande perspektiv och arbetar förebyggande oavsett om det handlar om övergripande arbete, i samverkan med andra, kommunens planering, insatser till grupper eller insatser till enskilda.

Utredningen föreslog att det i socialtjänstlagen ska anges att socialtjänsten ska ha ett förebyggande perspektiv. Målet är att perspektivet ska genomsyra hela socialtjänstens verksamhetsområde

och på samtliga nivåer; samhälls-, grupp- och individnivå och tillämpas av beslutsfattare och yrkesverksamma inom alla socialtjänstens verksamheter.

En lätt tillgänglig socialtjänst

Utredningen konstaterade att det förebyggande arbetet hänger nära samman med att enskilda har kunskap om socialtjänsten och enkelt kan kontakta dem. Utredningen föreslår en bestämmelse som ger tillgänglighetsbegreppet en generell betydelse för socialtjänstens verksamhet. Inriktningen ska regleras tillsammans med det förebyggande perspektivet. Socialtjänstens ska således ha ett förebyggande perspektiv och inriktas på att vara lätt tillgänglig.

Lagens indelning i olika grupper

Utredningen övervägde att ta bort merparten av de särskilda bestämmelser som gäller för olika grupper. Detta för att tydligare framhålla individperspektivet och lagens karaktär av ramlag med förutsättningar att möta nya behov i ett föränderligt samhälle.

Principiellt var intresset för en sådan förändring stort från flera av de aktörer som utredningen haft kontakt med. Samtidigt framkom betydande oro och farhågor för hur en sådan förändring skulle påverka den enskildes möjligheter att hävda sina rättigheter och förstå vilka skyldigheter socialtjänsten har. Det gällde också möjligheterna att upprätthålla och utveckla en tillräckligt specialiserad kompetens för att möta olika behov av stöd, omsorg och vård.

Utredningen valde därför att huvudsakligen låta de särskilda bestämmelserna finnas kvar, men strukturera dem på ett sätt som tydliggör vikten av helhetssyn och inriktningen på personers individuella behov och förutsättningar i stället för deras grupptillhörighet. Undantag görs dock för bestämmelserna om barn, som samlas i en egen avdelning.

Den strukturella förändringen innebär bland annat att målgruppsindelningen tonas ned på så sätt att nuvarande 5 kap. SoL, där bestämmelser som avser olika grupper samlats, utgår ur lagen, vissa bestämmelser som avser grupper görs generellt tillämpliga för alla personer som exempelvis har en viss typ av insats och andra bestäm-

melser formuleras som preciserade uppgifter för socialtjänsten och inte som särskilda bestämmelser för vissa grupper.

Planering

Bestämmelserna om socialtjänstens medverkan i samhällsplaneringen är ett viktigt inslag i socialtjänstlagen. Genom dessa bestämmelser ska socialtjänsten ges möjlighet att förebygga sociala problem och svårigheter på en övergripande nivå.

Utredningen föreslår att plan- och bygglagen kompletteras med en bestämmelse som tar sikte på de sociala aspekterna i planläggningen. Den föreslagna bestämmelsen är ett komplement till den bestämmelse i socialtjänstlagen som reglerar socialnämndens medverkan i samhällsplaneringen. Avsikten med regleringen är att tillföra social sakkunskap och underlag till samhällsplaneringen. För att tydliggöra kommunens ansvar och förstärka socialnämndens medverkan i samhällsplaneringen föreslår utredningen också att det i plan- och bygglagen regleras att översiktsplanen ska anges inriktningen för den långsiktiga utvecklingen av den sociala miljön.

Vidare konstaterade utredningen att kommunen i nuvarande socialtjänstlag har ett ansvar för att planera sina insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning. Genom övergripande planering och god framförhållning skapas bättre förutsättningar för socialtjänsten att anpassa verksamheten efter ändrade förhållanden. Därmed kan resurserna användas mer effektivt. Kommunens ansvar att planera sina insatser inom socialtjänsten bör emellertid inte vara begränsat till äldre personer och personer med funktionsnedsättning utan i stället avse alla enskilda. Utredningen föreslår därför att ansvaret vidgas i syfte att tydliggöra att kommunens ansvar omfattar ett aktivt arbete med förutsättningar för att, i god tid, kunna tillgodose behoven av insatser. Planeringen av insatser bör knytas nära annan planering i kommunen, bland annat bostadsförsörjningsplanering. Det är också angeläget att planeringen knyts an till socialtjänstens förebyggande perspektiv, målet om en lätt tillgänglig socialtjänst och till en förbättrad tillgänglighet för personer med funktionsnedsättning. Vid planering bör kommunen alltid överväga hur insatserna ska tillhandahållas och om det kan finnas fördelar med att tillhandahålla insatserna utan föregående behovsprövning.

Utredningen anser vidare att problemet med ej verkställda beslut kan lösas på ett bättre sätt än med sanktionsavgifter. I stället kan kommunernas ansvar för planering utvidgas och tillsynsmyndigheten med stöd av det vanliga granskningsinstitutet granska och ingripa mot de kommuner som inte planerar sina insatser eller verkställer beslut inom skälig tid. Eftersom tillsynsmyndigheten, oavsett den särskilda avgiften, har möjlighet att ingripa mot kommuner som inte verkställer beslut i tid eller erbjuder de insatser som kommunen är skyldig att tillhandahålla anser utredningen att systemet med sanktionsavgifter bör tas bort. Däremot ansåg utredningen kommunernas rapporteringsskyldighet om ej verkställda beslut utgör ett viktigt underlag för tillsyn av såväl kommunernas planering som kontroll av eventuella väntetider men den tar mycket tid i anspråk för många socialnämnder. Utredningen föreslår därför att skyldigheten att inrapportera ej verkställda beslut förlängs från var tredje månad till var sjätte månad.

Kvalitet

Utredningen föreslår att begreppet *insatser*, som bland annat förekommer i nuvarande kvalitetsbestämmelse i 3 kap. 3 § SoL, ska vara ett övergripande begrepp som tar sikte på de insatser som socialnämnden ska erbjuda i form av rådgivning, omsorg, vård, stöd och annan hjälp till enskilda som behöver det. Därmed skulle kvalitetsbestämmelsen få en snävare innebörd än vad som är avsett. Utredningen föreslog därför att begreppet insatser i kvalitetsbestämmelsen ska ändras till *verksamhet*, varmed avses alla åtgärder och aktiviteter som socialnämnden genomför, däribland insatser.

Eftersom *uppföljning* av verksamheten är en nödvändig förutsättning för att säkerställa kvaliteten, och såväl tillsyn som öppna jämförelser indikerat att uppföljningen brister, föreslår utredningen att det i 3 kap. 3 § SoL uttryckligen ska framgå att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska *följas upp*, utvecklas och säkras. Likaså framhåller utredningen att ett gott *bemötande* är en central kvalitetsaspekt. Utan ett väl fungerande bemötande vill och vågar människor inte söka stöd och hjälp och socialtjänsten riskerar att inte få ta del av den enskildes erfarenheter och önskemål. Utredningen

föreslår därför att det i SoL ska anges att enskilda ska bemötas på ett respektfullt sätt utifrån sina förutsättningar och behov.

Utredningen menade också att den fortsatta utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst behöver stärkas. I syfte att skapa långsiktiga och stabila förutsättningar för en sådan utveckling föreslogs att det i SoL införs ett krav på att verksamheten inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med *vetenskap och beprövad erfarenhet*.

Vad gäller *beslutsordningen* inom socialtjänsten konstaterades att den är långt ifrån oviktig när det gäller frågor om kvalitetsutveckling och rättssäkerhet. Utredningen såg ett behov av att detta belyses ytterligare och föreslog därför att regeringen tillsätter en utredning som ges i uppdrag att se över professionens roll och den nuvarande beslutsordningen.

Utredningen gjorde bedömningen att den nationella statistiken för socialtjänsten brister i många hänseenden. Utredningen föreslår därför en ny lag om *socialtjänstdataregister* enligt vilken Socialstyrelsen får utföra automatiserad behandling av personuppgifter.

Insatser till enskilda

Utredningen ansåg att den nuvarande biståndsbestämmelsen behöver delas och skulle göras så att de regler som är kopplade till de olika huvudtyperna av bistånd – bistånd för livsföringen och ekonomiskt bistånd – skiljs åt. De insatser som ingår i bistånd för livsföringen är av en mängd olika slag, men förenas av att de avser individuella behov av stöd, omsorg och vård i den dagliga livsföringen till den enskilde. Utredningen ansåg att begreppet *levnadsförhållanden* är ett mer ändamålsenligt begrepp än ”levnadsnivå”, enligt nu gällande lag. Levnadsförhållanden syftar på sådana förhållanden som är viktiga för den enskildes sammantagna livssituation i stället för en viss nivå som kan mätas och jämföras. Begreppet ”skäliga levnadsförhållanden” ska därför ersätta ”skälig levnadsnivå” i den bestämmelse som reglerar rätten till bistånd för livsföringen. Därmed tydliggörs vikten av att biståndet ges utifrån individuella behov och inte utifrån uppfattningar om generella behov hos personer i olika grupper. Med hänsyn till direktiven kunde utredningen dock inte föreslå en sådan ändring.

Utredningen konstaterade att dagens regelverk inte är tillräckligt flexibelt då det lämnar mycket litet utrymme att tillhandahålla insatser på något annat sätt än efter utredning och behovsprövning. Inom flera verksamheter, bland annat vad gäller personer med ”missbruk”, är det viktigt att socialtjänsten når den enskilde just när han eller hon är motiverad att ta emot hjälp. Eftersom det i dag inte är möjligt att tillhandahålla insatser även utan behovsprövning föreslår utredningen en befogenhet som innebär att socialnämnden ska kunna besluta att en eller flera insatser ska tillhandahållas *utan föregående individuell behovsprövning*. Bestämmelsen är ett komplement till rätten till bistånd enligt nuvarande 4 kap. 1 § SoL och den enskilde kan alltid ansöka om motsvarande insats. Utredningen bedömde dock att vissa insatser ska *undantas* från möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående individuell behovsprövning: 1. kontaktperson, kontaktfamilj eller kvalificerad kontaktperson, 2. vård i familjehem, 3. vård i sådana hem som avses i 12 § LVU samt 22 och 23 §§ LVM 4. vård av barn i jourhem, stödboende eller andra hem för vård eller boende än sådana som avses i 3, 5. stadigvarande plats i sådant boende som avses i 8 kap. 4 eller 7 § nya socialtjänstlagen, eller 6. ekonomisk hjälp.

Vad gäller *utformningen av insatser* menade utredningen alla insatser till enskilda ska utformas så att de ger den enskilde möjligheter till ett självständigt liv. Sådana bestämmelser finns i dag för biståndsinsatser. Utredningen föreslog att insatser för enskildas personliga behov utformas så att de stärker den enskildes möjligheter till *ett värdigt liv och till att känna välbefinnande*. Det gäller oavsett om insatsen ges som bistånd eller utan behovsprövning.

Förtydligat barnrättsperspektiv

Utredningen föreslår att socialtjänstlagens bestämmelse om barnets bästa ska anpassas till barnkonventionens lydelse. Nuvarande bestämmelse om *barnets bästa* omformuleras därför till att ange att vid alla åtgärder som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Utredningen föreslår även en kompletterande bestämmelse som anger att vid bedömningen av barnets bästa ska hänsyn tas till barnets åsikter.

För att det inte ska råda någon tvekan om att barn alltid har rätt till relevant *information* i åtgärder som rör barnet samt att denna

information ska vara anpassad till barnets ålder, mognad och individuella förutsättningar, föreslår utredningen också att detta bör komma till uttryck i socialtjänstlagen. Utredningen föreslår även att det anges i socialtjänstlagen att den som lämnar informationen till barnet så långt det är möjligt ska försäkra sig om att barnet har förstått informationen. Utredningen menar också att om barnet inte har förmåga att framföra några åsikter bör dessa klarläggas på annat sätt. Om barnet däremot väljer att inte framföra några åsikter ska detta respekteras och inte klarläggas på annat sätt.

Utredningen föreslår vidare att det i socialtjänstlagen ska införas en möjlighet för socialnämnden att *tala med ett barn utan vårdnadshavarens samtycke* och utan att vårdnadshavaren är närvarande även inför ett beslut om en utredning ska inledas eller inte. Ett sådant samtal syftar enbart till att socialnämnden ska kunna bedöma om en utredning ska inledas eller inte. Barnets vårdnadshavare ska, om inte särskilda skäl talar mot det, efter samtalet genast underrättas om att barnet har hörts. Det föreslås också att det i den nya socialtjänstlagen ska anges att socialnämnden särskilt ska *uppmärksamma barnets eller den unges relationer* till föräldrar, syskon och andra närstående och arbeta för att placerade barn ges möjlighet till kontakt med föräldrar, syskon och andra närstående.

Utredningen föreslog att tiden för *uppföljning* av ett barns situation, i enlighet med 11 kap. 4 a–c §§ SoL, skulle förlängas från två till sex månader.

Ansvarsfördelningen för personer med ”missbruk” och beroende

Utredningen konstaterade bland annat att personer med ”missbruk” eller beroende behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården men att gränsen för vad om är respektive huvudmans ansvar upplevdes oklar i den praktiska tillämpningen.

Utredningen menade att ”missbruks”- och beroendevården är och har länge varit ett snårigt område ifråga om ansvarsfördelningen mellan kommuner och regioner. Trots kravet på överenskommelser inom ”missbruks- och beroendevården” visar erfarenheter från både SKR och IVO att det inte är tillräckligt för att få samverkan att fungera. Samtidigt, anfördes vidare, bedömer Socialstyrelsen att myndigheten inte har möjlighet att närmare precisera ansvarsfördelningen mellan

kommunerna och regionerna utan att detta måste göras i ett lagstiftningsärende.

Svårigheterna att i dag precisera ansvarsfördelningen och därmed den kommunala kompetensen medför att det finns risk för att enskilda i behov av insatser faller mellan stolarna. Utredningen bedömde att det bör göras en samlad översyn av huvudmannaskapet för ”missbruks- och beroendevården” för att kunna ta ställning till behovet av eventuella förändringar i lagstiftningen. En tydligare ansvarsfördelning skulle ge bättre förutsättningar för en effektiv, kunskapsbaserad, jämlik och likvärdig ”missbruks- och beroendevård”.

7 Internationell utblick

I det här kapitlet beskrivs översiktligt förhållandena i Norge, Finland, Danmark, Australien, Kanada och England. Framställningen är främst inriktad på organisation och ansvarsfördelning, skadereducerande insatser och tvångsvård. Länderna har valts för att systemen bedöms vara så lika det svenska att det är möjligt att göra relevanta jämförelser.

7.1 Norge

7.1.1 Allmänt

Det överordnade målet med alkoholpolitiken i Norge är att reducera de negativa konsekvenserna som ”rusmiddelbruk” har för enskilda personer, tredje man och för samhället. Målet med narkotikapolitiken är att reducera problematiskt bruk av narkotika genom att lägga vikt vid effektiva och universella förebyggande insatser, tidiga insatser, tillgänglig behandling och uppföljning. Politiken ska motverka experimentering och rekrytering, särskilt bland barn och unga, samtidigt som den ska bidra till bra tjänster och tillräcklig hjälp till personer med beroende. Politiken tar också sikte på att reducera felaktigt bruk av läkemedel.[1]

År 2011 infördes genom den s.k. samhandlingsreformen *lagen om kommunala hälso- och omsorgstjänster* (hälso- och omsorgstjänstlagen). Reformen bygger bland annat på en överordnad målsättning att reducera sociala hälsoskillnader och att alla ska ha likvärdiga erbjudanden om hälsovård oavsett diagnos, bostad, personlig ekonomi, kön, etnisk bakgrund och den enskildes livssituation. Hälso- och omsorgstjänstlagen ersatte och harmoniserade kommunhälso-

[1] www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/norsk-narkotikapolitikk/ id2528185/, 201203.

vårdslagen och socialtjänstlagen så att den lagmässiga skillnaden mellan hälsovård och sociala tjänster upphävdes. En del av det som tidigare ansågs vara socialtjänst, reglerad i socialtjänstlagen, blev en del av hälso- och omsorgstjänsten i syfte att säkra koordinerade insatser till patienter och brukare. Patienters och brukares rättigheter regleras i patient- och brukarrättighetslagen.[2]

Socialtjänstlagen gäller numera, förutom generella uppgifter som att göra sig förtrogen med förhållandena i kommunen, främst ekonomiska hjälpinsatser.

7.1.2 Ansvarsfördelningen

Det är *kommunerna* som enligt *hälso- och omsorgstjänstlagen* har ett ansvar för tjänster bland annat till personer med missbruksproblematik och/eller psykisk ohälsa. Kommunen har enligt § 3–1 ett överordnat ansvar för hälso- och omsorgstjänster och ska sörja för att personer som vistas i kommunen erbjuds nödvändiga hälso- och omsorgstjänster. Ansvaret omfattar *alla patient- och brukargrupper*, inklusive personer med somatisk eller psykisk sjukdom, skada eller lidande, *rusmedelsproblem*, sociala problem eller nedsatt funktionsförmåga.

I § 3–2 räknas i sju punkter upp vilka åtgärder kommunen som minimum ska erbjuda, bland annat hälsofrämjande och förebyggande tjänster (1), utredning, diagnostisering och behandling (4), social, psykosocial och medicinsk habilitering och rehabilitering (5) och plats i institution inklusive sjukhem (6 c). Vad gäller punkt 5 framgår av lagens förarbeten att kommunen ska säkerställa nödvändigt utbud av tjänster som kan bidra till stimulering av eget lärande, motivation, ökad funktions- och hanteringsförmåga och deltagande. Kommunen ska upprätthålla det socialprofessionella tillvägagångssättet för att säkra en uppföljning av människor med psykisk ohälsa och rusmedelsberoende utifrån en helhetssyn. För att uppfylla sina skyldigheter ska kommunen, enligt § 3–2, knyta till sig en rad olika professioner bland annat läkare, sjuksköterska, och psykolog.

I 7 kap. hälso- och omsorgstjänstlagen regleras kommunens skyldighet att upprätta en *individuell plan* för patienter och brukare i behov av *långvariga och koordinerade tjänster* enligt lagen. Kommu-

[2] Ot.prp. nr 91 L (2010-2011) s. 485.

nen ska också, enligt § 7–2, erbjuda en *koordinator* som ska sörja för nödvändig uppföljning av den enskilde patienten eller brukaren, säkra samordning av insatserna samt driva på arbetet med en individuell plan.

Staten har, enligt § 2–1 lagen om specialisthälsotjänsten m.m. (*specialisthälsotjänstlagen*), det överordnade ansvaret för att befolkningen ges nödvändig specialisthälsovård. Den specialiserade sjukhusvården drivs via fyra regionala hälsoföretag.

Enligt § 2–1 a första stycket specialisthälsotjänstlagen ska det regionala hälsoföretaget ombesörja att personer i regionen bland annat erbjuds specialisthälsovård i och utanför institution inklusive sjukhustjänster (p. 1), akutmedicinsk beredskap (p. 3) och *tvärprofessionell specialiserad behandling för rusmedelsberoende* inklusive institutionsplatser som kan ta emot rusmedelsberoende enligt hälso- och omsorgstjänstlagen §§ 10–2 till 10–4 (p. 5) – dvs. för tvångsvård.

Hälsoföretaget ska i enlighet med § 2–5 utarbeta en *individuell plan* för patienter med behov av långvariga och koordinerade insatser. Företaget ska samarbeta med andra tjänsteutövare om planen för att bidra till att insatser ges utifrån en helhetssyn. Har en patient behov av tjänster både enligt specialisthälsotjänstlagen och hälso- och omsorgstjänstlagen ska *kommunen*, efter underrättelse från hälsoföretaget, sörja för att arbetet med planen inleds och koordineras.

För patienter med *behov av komplexa eller långvariga och koordinerade tjänster* enligt specialisthälsotjänstlagen ska det, enligt § 2–5, utses en *koordinator* som ska sörja för nödvändig uppföljning av den enskilde patienten, säkra samordning av insatserna i samband med institutionsvistelse och andra insatser samt säkra att arbetet med individuell plan fortskrider.

Av § 3–1 andra stycket följer att regionala hälsoföretag ska ange nödvändigt antal hälsoinstitutioner, eller avdelningar i sådana institutioner, inom hälsoregionen som har skyldighet att ge *ögonblicklig hjälp* beträffande patienter som behöver *psykiatrisk vård*, och patienter som behöver *tvärprofessionell specialiserad behandling för rusmedelsmissbruk*.

7.1.3 Skadereducerande insatser

Åtgärder för att reducera konsekvenser av injektionsmissbruk har i Norge ansetts som ett viktigt hjälpmedel för att bekämpa sjukdomar bland personer med skadligt bruk eller beroende. De viktigaste åtgärderna är att säkerställa rena sprutor och användarutrustning och tillgång till läkemedelsassisterad rehabilitering (LAR).

På senare år har man arbetat med att få personer med skadligt bruk eller beroende att övergå från injektionsmissbruk till rökning (”SWITCH-kampanje”). Välfärdsavdelningen i Oslo delade år 2016 ut cirka 25 000 rökfolier.[3]

Lågtröskelverksamheter för hälsoåtgärder för personer med rusmedelsproblem upprättades år 2001 och ingår sedan 2010 i det kommunala arbetet. I lågtröskelverksamheterna kan ingå utdelning av utrustning för injektion eller rökning av rusmedel, naloxon nässpray, kondomer/glidmedel och engångstandborstar. Tjänsteutbudet varierar från kommun till kommun. Många erbjuder bland annat sårvård och behandling, sprututbyte och vaccin. Cirka 80 procent av kartlagda brukare som injicerar bor i kommuner som delar ut utrustning för injicering.[4]

Tillgång till rena sprutor m.m.

Sprutor och kondomutdelning är viktiga element i lågtröskelverksamheterna. Sprututdelning sker oftast vid inbyte av använda sprutor/nålspetsar, men det delas också ut sprutor och annan användarutrustning oavsett inbyte.

Oslo var den första kommunen som införde gratis utdelning av sprutor vid inrättandet av ”sprutbussen” 1988. År 2003 blev denna ordning ersatt med utdelning av sprutor och annan brukarutrustning genom fältvårdsstationer runt om i kommunen. Numera är tjänsterna i Oslo i hög grad centraliserade till en mottagningscentral.

På senare år har det distribuerats strax under 3 miljoner sprutor i Norge och Norge är bland de länder i Europa med högst antal utdelade sprutor/person.

[3] www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/personer-stoff-med-sproyter/ Folkehelseinstituttet, 21-09-10.
[4] www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/personer-stoff-med-sproyter, 21-09-10. Folkehelseinstituttet.

I kommuner som inte har lågtröskelverksamheter är sprutor tillgängliga för inköp på apotek. Sprutor har varit till fri försäljning på apotek sedan 1978 efter en Hepatit B- epidemi bland personer med injektionsmissbruk.

Enligt Nationella råd från Helsedirektoratet rörande hepatit C har kommunerna skyldighet att förebygga smitta och sörja för diagnostik och främja behandling. Bland annat ska man ha ordningar som gör brukarutrustning (sterila sprutor, kanyler, och rökfolie) gratis och enkelt tillgänglig för alla injicerande drogmissbrukare som bor eller tillfälligt uppehåller sig i kommunen. Vidare ska man erbjuda injicerande rusmedelsmissbrukare gratis vaccin mot hepatit A och B.

Kommunerna kan välja att organisera utdelningen av brukarutrustning på olika sätt. I många orter är det etablerat lågtröskelhälsovård såsom sprutbuss, fältvård och värmestugor. Mindre kommuner kan organisera utdelning genom utekontakt, apotek och läkarmottagningar. Några kommuner har avtal med frivilliga organisationer om utdelning av utrustning.

Helsedirektoratet anmodar kommuner med injektionsmissbrukare att sätta igång lokala åtgärder för att bistå brukarna med att ändra missbruket till mindre skadliga intagningssätt. Det kan leda till färre dödsfall, färre hälsoskador och det eliminerar smittorisker.

Brukarrum

Ett brukarrum är en plats där personer med skadligt bruk eller beroende tryggt och lagligt kan injicera utan att de riskerar ett polisingripande.

Brukarrummet i Oslo arbetar med skadereduktion i form av vägledning i tryggare injektionsteknik till förebyggande av infektioner och smitta, med att reducera antalet överdoser och att ge ökad möjlighet till kontakt och samtal med den övriga hjälpapparaten. Initialt var det bara tillåtet att injicera heroin i brukarrummet men från 2019 öppnades för intag av alla substanser som injiceras. Personalen ska också informera om en övergång från injektionsmissbruk till ett mer skonsamt bruk och brukarna ska kunna prova ut mer skonsamma intagsmetoder, till exempel inhalering. Antalet brukare har de senaste åren legat jämt kring cirka 900 som totalt sett använt rummet cirka 35 000 gånger. Det togs knapp 300 överdoser vid brukarrummet

2016 fördelat på 144 personer, men ingen med dödlig utgång. Genomsnittsåldern 2016 var 42 år och 2/3 av brukarna är män.[5]

Av § 5–6 hälso- och omsorgstjänstlagen framgår att brukarrum etablerade enligt brukarrumslagen är att anse som en kommunal hälso- och omsorgstjänst.[6] För brukarna av brukarrummen ska detta vara ett *supplement* till kommunens övriga hälso- och omsorgstjänster. Det är kommunen som avgör om det ska etableras en brukarrumsordning. Kommunen kan *inte* ingå avtal med privata utförare om driften av brukarrum.

Enligt § 1 *brukarrumslagen* är syftet med den lagen att främja en ordning för etablering med brukarrum för intag av narkotika (brukerromsordning). Brukarrumsordningen ska bidra till ökad värdighet för människor med långvarigt narkotikaberoende genom att erbjuda hygieniska ramar för injicering av narkotika och motivera till mer skonsamma intagssätt. Vidare ska ordningen bidra till ökad hälsomässig trygghet, bland annat förebygga infektioner och smitta och ge fortare hjälp vid överdoser, genom närvaro och tillsyn av hälsopersonal. Syftet är också att bidra till ökad möjlighet till kontakt och samtal mellan den enskilde brukaren och hjälpapparaten med *sikte på tvärprofessionell uppföljning och behandling*.

En brukarrumsordning ska innehålla *injiceringsrum*, *mötesrum och samtalsrum*. Därutöver ska finnas tillgång till ett *behandlingsrum*. Ordningen ska också innehålla ett rum för inhalering av narkotika (*inhaleringsrum*).

En brukarrumsordning etableras efter *godkännande av departementet* (§ 3).

Den som har rätt att få tillgång till en godkänd brukarrumsordning och a) intar narkotika i injiceringsrum eller inhaleringsrum, eller b) innehar en brukardosa narkotika till eget bruk i brukarrumsordningens lokaler eller intilliggande behandlingsrum, kan inte straffas för detta enligt läkemedelslagen § 31–24 första stycket (§ 4). Straffriheten omfattar en brukardosa narkotiska medel som injiceras. Narkotika som ska användas i brukarrummet ska uppvisas för personalen.

Tillgång till brukarrum är inte att anse som nödvändig hälsovård enligt patient- och brukarrättighetslagen § 2–1 a (§ 6). Beslut om till-

[5] www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/personer-stoff-med-sproyter, 21-09-10. Folkehelseinstituttet.
[6] Se även § 2 brukarrumslagen.

gång till brukarrumsordningens tjänster kan inte heller överklagas enligt patient- och brukarrättighetslagen § 7–2.

Enligt § 7 gäller hälsopersonallagen för personalens yrkesutövning i brukarrumsordningen. Hälsopersonallagens § 4 (vetenskap och beprövad erfarenhet) är inget hinder för hälso- och sjukvårdspersonal att utföra de uppgifter som åligger personalen i brukarrumsordningen. Det är också tillåtet för personalen i brukarrumsordningen att ge brukarna individuell och konkret rådgivning i samband med intag av narkotika i injiceringsrummet och inhaleringsrummet.

Till lagen finns ”Forskrift om ordning med brukerrom for inntak av narkotika (*brukerromsforskriften*)” av vilken det framgår att en person har laglig tillgång till brukarrumsordningens tjänster när han eller hon är registrerad som brukare av ordningen. För att bli registrerad som brukare ska personen ha a) ett långvarigt narkotikaberoende och en hälsovådlig injektionspraxis och b) fyllt 18 år (§ 1).

Det är personalen i brukarrumsordningen som avgör om kriterierna för registrering är uppfyllda (§ 2). Ansvarig för brukarrumsordningen avgör om en person ska nekas registrering.

Kommunen ska utfärda ordningsregler för brukarrummen. Reglerna ska föreläggas departementet i samband med ansökan om godkännande av brukarrumsordningen. Vid uppträdande som står i strid med gällande lag, eller vid brott mot regler givna av kommunen, kan en person avvisas från brukarrumsordningen den tid ansvarig för brukarrummet bestämmer.

Brukarrumsordningen ska säkerställa snabb tillgång till nödvändig hälsovård genom ett nära samarbete med övrig hälso- och omsorgstjänst. Vid fastställande av öppningstider och utformningen av brukarrumsordningens lokaler, ska det tas hänsyn till brukarnas behov.

Läkemedelsassisterad rehabilitering (LAR)

LAR är specialisthälsovård och ett erbjudande inom ramen för en tvärprofessionell specialiserad behandling i hälsoföretagen. Erbjudandet är organiserat som samarbete mellan hälsoföretagets enhet för rusbehandling och hälso- och omsorgstjänsten i den kommun patienten är bosatt. Vid slutet av 2018 var drygt 7 700 patienter i

LAR-behandling i Norge. År 2019 var det nästan ingen som väntade på LAR-behandling.[7]

Enligt § 3–16 *specialisthälsovårdslagen* kan ges föreskrifter om närmare regler om läkemedelsassisterad rehabilitering av rusmedelsmissbrukare. Sådana regler ges i ”Forskrift om legemiddelsassistert rehabilitering – LAR-forskriften.

Syftet med LAR-föreskriften är att ha en nödvändig och proportionerlig särreglering för att läkemedelsassisterad rehabilitering ska kunna erbjudas patienter som en åtgärd mot opioidberoende. Särregleringen är nödvändig dels för att det vid rehabiliteringen används starkt vanebildande läkemedel dels för att motverka missbruk av läkemedlen och förebygga skada på patienter och på tredjeman genom kontrollåtgärder (§ 1).

Syftet med läkemedelsassisterad rehabilitering är att personer med opioidberoende ska få ökad livskvalitet och att den enskilde får stöd till att ändra sin livssituation genom förbättring av den enskildes optimala funktionsnivå (”mesterings- og funksjonsnivå”). Syftet är också att reducera skadorna av opioidberoendet och faran för dödsfall till följd av överdoser (§ 2). Av kommentarerna till § 2 framgår att LAR har rehabilitering som mål. Patienten ska tillsammans med den medicinska behandlingen få nödvändig hjälp att ändra sin livssituation genom en gradvis förbättring av patientens optimala fysiska, psykiska sociala och yrkesmässiga ”mestrings- og funksjonsnivå”. Rehabiliteringsmålet omfattar ökad förmåga att hantera sitt missbruk ”rusmestring”. Det är dock ingen förutsättning för LAR att patienten faktiskt uppnår nykterhet. Bristande nykterhet kan inte i sig utgöra grund för att upphöra med behandlingen.

Av kommentarerna till § 2 framgår vidare att *rehabiliteringspotentialen är individuell* och måste planläggas utifrån patientens förutsättningar och möjligheter. Nyttan av behandlingen måste värderas mot *realistiska rehabiliteringsmål* i varje steg i behandlingsprocessen utifrån tanken att behandlingsframsteg sker gradvis och är långsiktigt. Syftet med användning av läkemedel som en av flera insatser i ett helhetsperspektiv är att bistå den enskilde med att tillgodogöra sig andra behandlings- rehabiliterings- och omsorgsinsatser.

Läkemedelsassisterad rehabilitering är en *tvärprofessionell specialiserad behandling* där rekvirering av vanebildande läkemedel i en

[7] www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/personer-stoff-med-sproyter, 21-09-10. Folkehelseinstituttet.

bestämd dos (substitutionsbehandling) ingår som en delåtgärd i ett rehabiliteringsförlopp grundad på en helhetssyn (§ 3). Enligt kommentarerna till bestämmelsen syftar den till att tydliggöra att LAR är *specialisthälsovård* och en del av en tvärprofessionell specialiserad behandling för rusmedelsmissbruk (jfr specialisthälsovårdslagen § 2–1 a första stycket nr. 5).

Villkoret för inskrivning i LAR-rehabiliteringen är, enligt § 4, att när patienterna hänvisas till sådan rehabilitering ska det genomföras en *konkret och samlad tvärprofessionell specialiserad bedömning av patientens hälsotillstånd*. Läkemedelsassisterad rehabilitering ska som huvudregel *inte vara det första behandlingsalternativet* som väljs såvida det inte i den professionella värderingen anses som det mest försvarliga behandlingsalternativet. Det ska alltid göras en *konkret bedömning av andra åtgärder*. Patientens *ålder* och *hur lång tid det funnits ett beroende* ska tilläggas särskild vikt vid bedömningen om läkemedelsassisterad rehabilitering ska erbjudas. Enligt kommentarerna är syftet att säkra varsamhet med att sätta ingång långvarig substitutionsbehandling till unga människor om de kan behandlas på annat sätt. Patientens ålder är därför en central värderingsparameter som ska väga tungt. Ju yngre patienten är, desto mer restriktiv bör hälso- och omsorgstjänsten vara med att starta upp substitutionsbehandlingen.

Beslut om in- och utskrivning i läkemedelsassisterad rehabilitering fattas av *läkare i specialisthälsovården*. Genomförandet av behandlingen, bland annat rekvisition av läkemedel, kan överlåtas till allmänläkare i primärvården. Allmänläkarens uppföljning av patienterna ska alltid ske i nära samarbete med specialisthälsovården (§ 5). Av kommentarerna framgår att syftet med bestämmelsen är att tydliggöra att substitutionsbehandling med vanebildande läkemedel är att anse som en specialistuppgift.

När en patient startat rehabiliteringen, har specialisthälsovården ansvar för att så snart som möjligt upprätta en *individuell plan* i enlighet med patientens rättigheter enligt patient- och brukarrättighetslagen § 2–5 och föreskriften om individuell plan (§ 6). Upprättandet ska ske i nära samarbete med den kommunala hälso- och sjukvården, allmänläkare i primärvården, barnomsorgen och andra aktuella instanser. Specialisthälsovården har skyldighet att ta initiativ till samarbetet. Enligt kommentarerna är frågan om individuell plan frivillig för patienten, precis som för andra patienter.

Det är *läkare i specialisthälsovården* som beslutar om individuella utlämningsordningar. Därvid kan det läggas vikt på behovet att säkra en adekvat (forsvarlig) behandling av patienten, förhindra att läkemedlen intas i strid mot läkarens rekvirering eller att läkemedlen tillgängliggörs för andra än patienten själv (§ 7 första stycket). Läkare i specialisthälsovården kan vidare besluta att läkemedlet ska intas under *överinseende av hälso- och sjukvårdspersonal* när detta är nödvändigt (§ 7 andra stycket). Sådana beslut, enligt första och andra stycket, kan *överlåtas till allmänläkare i primärvården*.

Enligt § 8 kan *läkare i specialisthälsovården* besluta att patienten ska lämna *urinprov*, *blodprov* och prov av annat biologiskt material i syfte att få en översikt av patientens läkemedelsintag och missbruk medan patienten är i rehabilitering. Frekvensen av provtagningen ska begränsas till det som är nödvändigt för att säkra en professionell rimlig uppföljning av patienten. Det kan beslutas att proven ska lämnas *under övervakning*. Beslut om provtagning kan överlåtas till allmänläkare i primärvården.

Temporär substitutionsbehandling för nödvändig hälsovård

Lagstiftningen (hälso- och sjukvårdslagen, smittskyddslagen och sociallagstiftningen) ger behandlings- och omsorgsapparaten ett betydande ansvar för att sörja för nödvändig hälsovård. För att säkra att personer med ett opioidberoende får nödvändig hälsovård vid inläggning på institution, och eventuell nödvändig hälsohjälp före och efter inläggning, kan det vara nödvändigt att erbjuda temporär substitutionsbehandling och adekvat smärtbehandling. Erfarenheten har visat att detta säkerställer att patienten tar emot och genomför nödvändig behandling.

Nödvändig hälsovård kan också innebära att kommunen sörjer för att medicin kan hämtas ut från apotek även om den enskilde saknar pengar. Boende och ekonomiskt stöd till livsuppehället kan också vara en förutsättning för den enskilde att kunna ta emot nödvändig hälsovård.[8]

[8] www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/personer-stoff-med-sproyter, 21-09-10. Folkehelseinstituttet.

Heroinassisterad behandling

Den norska regeringen har hösten 2020 beslutat om ett femårigt försök med heroinassisterad behandling. Det ska etableras en klinik i Oslo och en i Bergen för upp till 300 opioidberoende totalt. Varje klinik ska ha en god hälso- och socialprofessionell bemanning. Försöket ska utvärderas för att systematisera erfarenheterna och för att få ny kunskap. Målgruppen är personer med ett allvarligt opioiddominerat missbruk där läkemedelsassisterad rehabilitering (LAR) eller andra behandlingsformer inte gett tillfredsställande stabiliserande effekt.[9]

I den rapport från 2019 som ligger till grund för regeringens ståndpunkt[10] konstateras bland annat att heroin har förskrivits i över hundra år för heroinberoende. Heroinassisterad behandling (HAB) erbjöds 2019 i minst 58 kliniker i 8 länder (Kanada, Danmark, England, Tyskland, Nederländerna, Spanien, Schweiz och Belgien), där fyra av länderna erbjöd HAB som en del av standardbehandlingssystemet.[11]

7.1.4 Tvångsvård

10 kap. i *helse- og omsorgstjenesteloven* innehåller bestämmelser om tvångsåtgärder beträffande ”rusmiddelavhengige.” Bestämmelserna är i princip överflyttade från 6 kap. tidigare gällande socialtjänstlag.

Kommunerna har, enligt § 10–1, vid anmälan från anhörig[12] om omfattande ”rusmiddelmisbruk” skyldighet att vidta nödvändiga undersökningar och bedöma om det ska vidtas åtgärder i enlighet med § 10–2 eller 10–3.

Av § 10–2 framgår att om någon utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för fara vid ett omfattande och pågående missbruk, och då andra hjälpåtgärder inte är tillräckliga, kan beslutas att den enskilde utan eget samtycke kan tas in i en institution anvisad av ett regionalt hälsoföretag (jfr specialisthälsovårdslagen § 2–1 a) för undersökning

[9] Prop. 92 L (2020–2021) s. 81. Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.). Prop. 1 S (2020–2021) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak), s. 19.
[10] D. Eide, A. Muller, A. Bukten, Thomas Clausen, Seraf, Senter for rus- og avhengighetsforskning, UiO: Universitetet i Oslo, Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling.
[11] A.a. s. 14 f.
[12] Definition av anhörig i patient- och brukarrättighetslagen § 1–3 bokstav b.

och tillrättaläggning av behandling, och hållas kvar där i *upp till tre månader*.

Beslut enligt § 10–2 fattas av fylkesnämnd. Fylkesnämndens beslut kan bara verkställas om institutionen professionellt och materiellt är i stånd att erbjuda tillfredsställande hjälp i förhållande till syftet med intagningen på institutionen. Nämndens beslut kan överklagas till tingsrätten (§ 10–7).

Kommunen kan, enligt § 10–2 fjärde stycket, fatta beslut om en *tillfällig åtgärd* enligt första stycket om de intressen som bestämmelsen ska tillgodose kan lida väsentlig skada om beslut inte fattas och genomförs direkt. I sådant fall ska ett förslag om slutlig åtgärd skickas till fylkesnämnden inom två veckor. I annat fall upphör beslutet.

§ 10–3 innehåller bestämmelser om tvångsvård av *gravida.* Sålunda kan beslutas att en gravid kvinna med beroende ska tas in på institution anvisad av regionalt hälsoföretag (jfr specialisthälsovårdslagen § 2–1) och hållas kvar där under *hela graviditeten* om missbruket är av sådan art att det är övervägande sannolikt att barnet kommer att födas med skada, och om andra hjälpåtgärder inte är tillräckligt. Syftet är att hindra eller begränsa sannolikheten för att barnet skadas. Under vistelsen ska det fokuseras på att kvinnan erbjuds tillfredsställande hjälp för sitt missbruk och för att bli i stånd till att ta hand om barnet. Av § 10–3 tredje stycket framgår att kommunen ska, i samråd med institutionen, minst var tredje månad överväga om det är fortsatt behov av kvarhållning. Kvarhållningen kan endast fortsätta om kommunen fattar beslut inom denna frist. Ett beslut om *tillfälligt omhändertagande* kan fattas av kommunen.

Enligt § 10–4 kan det även fattas beslut om *kvarhållning på institution på grundval av den enskildes samtycke* (§ 10–4). När en person med beroende på grundval av eget samtycke tas in på en institution anvisad av regionalt hälsoföretag (jfr specialisthälsovårdslagen § 2–1 a) kan institutionen sätta som villkor att den enskilde kan kvarhållas i *upp till tre veckor* räknat från intagningen. Av andra stycket framgår att vid vistelse på institution för behandling eller ”opplaerning” i minst tre månader kan det också ställas villkor att den enskilde kan *kvarhållas upp till tre veckor efter att samtycket uttryckligen har dragits tillbaka*. Detta kan bara göras upp till tre gånger vid varje vistelse. Ett samtycke ska vara skriftligt och det ska överlämnas till institutionsledningen när vistelsen påbörjas.

Ett barn över 12 år med missbruksproblem kan tas in på institution på grundval av samtycke av barnet själv och de som har föräldraansvaret. Har barnet fyllt 16 år, är barnets samtycke tillräckligt (§ 10–4).

De regionala hälsoföretagen ska ange *vilka institutioner* i hälsoföretaget som kan ta emot rusmedelsberoende för tvångsvård enligt hälso- och omsorgstjänstlagen. Av § 4–4 specialisthälsovårdslagen framgår att de regionala hälsoföretagen ska sörja för ett gemensamt system för att besluta vilka *metoder* som kan erbjudas i specialisthälsovården.

7.2 Finland

Den finländska narkotikapolitiken är en totalförbudspolitik. Det innebär att allvarlig narkotikabrottslighet, dvs. tillverkning, handel och smuggling av narkotika, men också användning och innehav av narkotika, är olagligt och straffbart.

Vid sidan av förbudspolitiken talar man ofta om en skadereduceringspolitik som betonar folkhälsoaspekterna. De mest kända åtgärderna för att minska narkotikaskadorna är hälsorådgivning för narkotikamissbrukare med ställen där man kan byta till rena injektionsredskap och opioidsubstitutionsbehandling. Det främsta målet är inte att ingripa i själva narkotikabruket: det är viktigare att förebygga eller minska de mest skadliga följderna av användningen.[13]

7.2.1 Ansvarsfördelning

Vården av personer med missbruk regleras i en särskild lag (Lag om missbrukarvård 17.1.1986/41), förkortad LM, och i förordning (F om missbrukarvård 29.8.1986/653). I lagen regleras såväl frivilliga åtgärder som tvångsåtgärder.

Missbrukarvården har som mål att förebygga och minska missbruket av rusmedel[14] och därmed förknippade sociala olägenheter och men för hälsan, samt att främja den enskildes och honom eller henne närstående personers funktionsförmåga och säkerhet (1 kap. 1 § ML).

[13] https://thl.fi/sv/web/alkohol-tobak-och-beroenden/narkotika/narkotikapolitiken, 21-09-15.
[14] Med rusmedel avses i ML alkoholdryck samt annat berusningsframkallande ämne (1 kap. 2 §).

Det är *kommunen* som ska sörja för att vården av personer medmissbruk ordnas så att den till sin innebörd och omfattning motsvarar behovet i kommunen (1 kap. 3 § ML). Att anordna och utveckla service och åtgärder inom missbrukarvården ankommer, enligt samma stadgande andra stycket, inom socialvården på *socialnämnden* och inom hälsovården på *hälsovårdsnämnden*.

Kommunerna kan antingen producera tjänsterna själv eller tillsammans med andra kommuner, eller köpa in dem från andra kommuner eller privata tjänsteleverantörer, till exempel organisationer. Inom missbrukarvården ska man iaktta vårdgarantin eller ordna socialvårdsservice som motsvarar stödbehoven när den bäst lämpar sig för att hjälpa klienten. En gravid rusmedelsanvändare har rätt att omedelbart få tillräcklig socialservice som stöder alkohol- och drogfrihet.[15]

I LM ges regler både för *socialvården och hälso- och sjukvården*. Enligt 1 kap. 5 § bör socialnämnden och andra kommunala myndigheter *förebygga* uppkomsten av sådana förhållanden och levnadssätt som allmänt ökar missbruket av alkohol och övriga rusmedel. Socialnämnden och hälsovårdsnämnden ska följa missbruket av rusmedel i kommunen, förmedla kunskap samt informera om möjligheterna att ge vård vid missbruk.

Enligt 1 kap. 6 § ML ska servicen inom missbrukarvården ordnas genom att den *allmänna servicen inom social- och hälsovården* utvecklas samt *genom särskild, för missbrukarvården avsedd, service*. Den allmänna servicen ska utvecklas så, att inom ramen för denna service, personer med missbruk av rusmedel kan vårdas i tillräcklig mån och kan anvisas service som är avsedd särskilt för missbrukarvården. Servicen ska i *första hand* ordnas genom åtgärder inom den *öppna vården* så att den är lätt åtkomlig, smidig och mångsidig.

Service inom missbrukarvården ska tillhandahållas den som har *problem* som har samband med bruk av rusmedel samt dennes familj och andra honom eller henne närstående personer. Service ska ges med hänsyn till ”missbrukarens”, hans eller hennes familjs och andra närstående personers behov av hjälp, stöd och vård (1 kap. 7 § ML).

En central princip är att servicen inom missbrukarvården ska ordnas så att det är möjligt för en klient att anlita den på eget initiativ och så att klienten ges stöd i att reda sig på egen hand. Vården ska vara av *konfidentiell* karaktär. I verksamheten ska i första hand beak-

[15] https://stm.fi/sv/service-for-missbrukare, 21-09-15.

tas den enskildes och närstående personers bästa (1 kap. 8 § första stycket ML). När service tillhandahålls ska den enskilde vid behov även ges hjälp med att lösa sina problem i fråga om utkomst, boende och arbete (1 kap. 8 § andra stycket).

I 1 kap. 9 § ML regleras en skyldighet för verksamma myndigheter och samfund inom missbrukarvården att *samarbeta* med varandra. Särskild uppmärksamhet ska ägnas det inbördes samarbetet mellan missbrukarvården å ena sidan och den övriga social- och hälsovården, nykterhetsverksamheten, bostadsmyndigheterna, arbetskraftsmyndigheterna, skolväsendet, ungdomsverksamheten och polisen å den andra.

Olika former av service

Missbrukarservice erbjuds i första hand som *öppenvård*. Servicen kan utgöra socialt stöd, avgiftning, gruppterapi, familjeterapi eller rehabilitering. Även frågor som gäller utkomst och boende utreds inom öppenvården. *Anstaltsrehabilitering* behövs om öppenvården inte är tillräcklig eller ändamålsenlig.

Avgiftningsvård innebär att missbruket avbryts och klienten får vård för abstinenssymtom och eventuella andra skador som missbruket orsakat. Avgiftningsvård inom öppenvården eller på anstalt pågår vanligen i högst 1–2 veckor. Vården och rehabiliteringen är frivilliga och konfidentiella tjänster.

Tjänster som stöder vården och rehabiliteringen är till exempel boendetjänster, social rehabilitering samt dagcenter.

Man kan söka sig till öppenvård på eget initiativ genom att kontakta den lokala socialbyrån, hälsovårdscentralen eller vårdinstitutionen för rusmedelsmissbrukare. För vård på institution behövs vanligen en remiss. En person som missbrukar alkohol eller droger och äventyrar sin hälsa eller beter sig våldsamt mot andra kan förordnas till vård *oberoende av sin vilja*, men detta sker i praktiken mycket sällan.[16]

Målet för utvecklingen av missbrukarservicen är flexibilitet. Det är viktigt att utveckla främjandet av mental hälsa och drogfrihet, förebyggande missbrukar- och mentalvårdsarbete samt vård av psykiska störningar och rusmedelsproblem som ett samarbete mellan

[16] Se 7.2.3.

social- och hälsovårdsväsendet. Förebyggande rusmedelsarbete görs även tillsammans med samhällets övriga sektorer, till exempel skolor och i ungdomsarbetet. Målsättningen är lätt tillgängliga, flexibla tjänster och kombinerade enheter inom den öppna vården för störningar i den psykiska hälsan och missbrukarvård.[17]

Organisering av förebyggande rusmedelsarbete

I lagen 24.4.2015/523 om *organisering av det förebyggande rusmedelsarbetet*[18] åläggs det allmänna att i enlighet med lagen svara för samarbete med allmännyttiga sammanslutningar för förebyggande av skador som orsakas av alkohol, tobak, narkotika och andra ämnen som används i berusningssyfte eller av penningspel (1 §). Lagens syfte är att främja jämlikheten i fråga om hälsa och välfärd, säkerställa förutsättningarna för förebyggande rusmedelsarbete i hela landet och stödja i synnerhet kommuner och regioner att utveckla det förebyggande rusmedelsarbetet.

Med *förebyggande rusmedelsarbete* avses verksamhet som syftar till att minska användningen av rusmedel och till att begränsa de hälsorelaterade, sociala och samhällsrelaterade skador som användningen av rusmedel orsakar (2 § 2).

Det är Social- och hälsovårdsministeriet som leder och Institutet för hälsa och välfärd som utvecklar och styr det förebyggande rusmedelsarbetet i hela landet i samarbete med andra myndigheter (4 §). Regionförvaltningsverken styr inom sitt verksamhetsområde det förebyggande rusmedelsarbetet, planerar och utvecklar det i samarbete med andra myndigheter och med sammanslutningar samt stöder kommunerna inom verksamhetsområdet vid genomförandet och utvecklingen av det förebyggande rusmedelsarbetet.

Kommunen svarar, enligt 5 §, för organiseringen av det förebyggande rusmedelsarbetet inom sitt område och utser ett organ med ansvar för det förebyggande rusmedelsarbetet.

[17] https://stm.fi/sv/service-for-missbrukare, 21-09-15.
[18] Med *rusmedel* avses i lagen alkoholhaltiga ämnen, narkotika samt läkemedel och andra ämnen som används i berusningssyfte (2 § 1). Vad som i lagen föreskrivs om rusmedel gäller också tobaksprodukter och penningspel.

7.2.2 Skadereducerande insatser

Utbyte av sprutor och andra redskap

Enligt 2 kap. 6 § i förordningen om smittsamma sjukdomar 9.3.2017/146 ankommer det på det kommunala organ som svarar för bekämpningen av smittsamma sjukdomar, samt den ansvariga läkare som svarar för smittsamma sjukdomar, att 1) sörja för bekämpningen av smittsamma sjukdomar, vilket omfattar hälsorådgivning, och att 2) sörja för *utbyte av sprutor och andra redskap* i fråga om personer som använder droger intravenöst i enlighet med vad som är behövligt med hänsyn till bekämpningen av smittsamma sjukdomar.

Konsumtionsrum

Frågan om konsumtionsrum har diskuterats i Finland. De som är för ett sådant förslag menar bland annat att det är de som är mest marginaliserade, hemlösa och som inte har tillgång till en säker användningsplats, skulle dra mest nytta av ett konsumtionsrum.[19] En del kritiker menar att konsumtionsrum skulle gå emot lagstiftningen eftersom det är straffbart att inneha och bruka narkotika. Samtidigt menar andra att lagstiftningen gör det möjligt att öppna dylika rum. Från brukarorganisationshåll har också hörts positiva röster om konsumtionsrum.[20]

Någon reglering av frågan synes ännu inte ha genomförts.

Substitutionsbehandling

Social- och hälsovårdsministeriets *förordning 33/2008 om avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer med vissa läkemedel* tillämpas när läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon används för avgiftning och substitutionsbehandling av opioidberoende personer.[21]

[19] I särskilda rum får missbrukare injicera droger i en hygienisk miljö – Finland kan få sitt första men först krävs en tyst överenskommelse med polisen Huvudstadsregionen svenska.yle.fi.
[20] ”Helsingfors kan inte gå emot lagen” – Motion om narkotikarum får både ris och ros Tala om knarket svenska.yle.fi.
[21] Förordningen tillämpas inte när läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon används som stödbehandling vid somatiska sjukdomar hos opioidberoende personer i ett

Enligt 2 § avses med substitutionsbehandling behandling av en opioidberoende person med hjälp av läkemedelspreparat som innehåller buprenorfin eller metadon i *syfte* att rehabilitera och få personen drogfri *eller* att minska skadorna och förbättra patientens livskvalitet.

Substitutionsbehandling får inledas i fråga om en sådan opioidberoende patient som inte har kunnat avvänjas från opioider (3 §). Målet med substitutionsbehandlingen ska klarläggas när behandlingen inleds och målet ska vid behov ses över. Målet ska vara att minska skadorna, i synnerhet när det gäller personer som sannolikt inte helt och hållet kan upphöra att använda narkotika, men för vars del behandlingen sannolikt kan *förebygga spridning av smittsamma sjukdomar och andra men för hälsan* och således *förbättra livskvaliteten.* Dessa patienter kan, enligt 3 §, förberedas för rehabiliterande substitutionsbehandling som är mer krävande.

Vårdbehovet hos en opioidberoende person ska bedömas och vården genomföras vid en hälsovårdscentral, en enhet inom missbrukarvården eller en enhet för hälso- och sjukvård inom ”fångvårdsväsendet” (4 §).

Är vården av krävande natur ska vårdbehovet bedömas och vården inledas och genomföras vid en verksamhetsenhet som drivs av en samkommun för ett sjukvårdsdistrikt, vid ett i lagen angivet socialsjukhus eller vid ett statligt sinnessjukhus. Vården kan fortsätta i samarbete med den enhet som inlett vården om enheten har tillräckliga förutsättningar att ge denna vård. Substitutionsbehandling ska på grund av vårdens långvariga karaktär förläggas så nära patientens bostadsort som möjligt. Vårdbehovet ska bedömas och vården inledas polikliniskt, om det inte finns särskilda skäl att göra bedömningen och inleda vården vid en anstalt (4 §).

Vård av en opioidberoende person ska baseras på en *vårdplan* som utöver läkemedelsbehandlingen anger målet för vården, övrig medicinsk och psykosocial behandling av patienten, rehabilitering och uppföljning av behandlingen (5 §).

läge där abstinenssymtom försämrar patientens kliniska tillstånd eller försvårar behandlingen. På vård som avses i förordningen tillämpas dessutom lagen om missbrukarvård (41/1986), lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), 14 och 15 b § i folkhälsolagen (66/1972) samt 3 och 31 § i lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989).

7.2.3 Tvångsvård

Tvångsvård vid missbruk benämns *vårdförordnande*. En person med missbruk kan *oberoende av sin vilja* förordnas till vård, om det visat sig omöjligt att ordna vård och omsorg för honom eller henne genom sådan service som bygger på frivillighet, eller om den har visat sig otillräcklig (2 kap. 10 § första stycket ML).

Förutsättningarna för ett vårdförordnande är därutöver att han eller hon

1. om bruket av rusmedel inte avbryts och behövlig vård ges, till följd av sjukdom eller skada som han eller hon lider av eller genom sitt bruk av rusmedel omedelbart håller på att ådra sig, är i omedelbar livsfara eller håller på att ådra sig sådan allvarlig skada i fråga om sin hälsa som kräver brådskande vård (*hälsorisk*), eller
2. till följd av sitt bruk av rusmedel genom sin våldsamhet allvarligt äventyrar en familjemedlems eller annan persons hälsa, säkerhet eller psykiska utveckling (*våldsamhet*).

Vad som stadgas i 1 mom. p. 2 tillämpas inte på den som är under 18 år, om inte särskild anledning därtill föreligger.

Om det föreligger en *hälsorisk* kan *ansvarig läkare vid hälsovårdscentral* eller *behörig överläkare vid sjukhus*, med stöd av *utlåtande av annan läkare*, förordna att någon oberoende av sin vilja ska intas för vård under *högst fem dygn* (2 kap. 11 § ML).

Vad gäller *kortvarig* vård på grund av *våldsamhet* gäller, enligt 2 kap. 12 § ML, att tjänsteinnehavare med yrkesmässig behörighet som socialarbetare *och* som förordnats att sköta uppgiften av det organ som ansvarar för kommunens socialvård har rätt att under vissa förutsättningar förordna att en ”missbrukare” oberoende av sin vilja på grund av våldsamhet ska tas in för vård under *högst fem dygn* för avbrytande av bruket av rusmedel och för att besluta om därtill anslutna andra åtgärder. Ett sådant beslut ska omedelbart underställas förvaltningsdomstolen för fastställelse.

Förvaltningsdomstolen kan, enligt 2 kap. 13 § ML, på framställning av socialnämnden besluta att en person på grund av *våldsamhet* ska förordnas till vård oberoende av sin vilja under *högst 30 dygn*, då den i 12 § angivna vårdtiden visat sig vara otillräcklig.

7.3 Danmark

7.3.1 Ansvarsfördelning

Det är kommunerna som primärt är ansvariga för *icke-medicinska* insatser vid skadligt bruk och beroende av alkohol och narkotika.

Behandling till personer med ”stofmisbrug” regleras i servicelagen (serviceloven)[22] medan vården av personer med alkoholberoende regleras i hälso- och sjukvårdslagen (sundhedsloven).

Drogmissbruk

Kommunen ska, enligt 101 § servicelagen, erbjuda *social behandling* till personer med drogmissbruk (stofmisbrug) på grundval av en helhetsorienterad utredning om den enskildes problem och behov. Den primära målgruppen för social drogmissbruksbehandling är enskilda med ett *behandlingskrävande bruk* av rusmedel.[23]

Med ”stofmisbrug” förstås ett bruk av rusmedel som medför sociala, psykiska och/eller fysiska problem för den enskilde. Det är *konsekvenserna* av ett bruk av rusmedel, och inte uteslutande bruket i sig, som avgör om en person har ett ”stofmisbrug”. Med ”rusmedel” avses här psykoaktiva ämnen som intages i syfte att uppnå berusning, *inte alkohol*.[24]

Social behandling definieras som sociala insatser som har till syfte att antingen få missbruket av rusmedel att upphöra, att reducera intaget eller förebygga att intaget förvärras eller, att reducera skadorna av missbruket.[25]Definitionen lägger vikt vid att målet med behandlingen är avhängig en helhetsvärdering av den enskildes behov, resurser och önskemål.

Ett fullständigt upphörande av drogmissbruket är inte ett relevant mål för alla. Social drogmissbruksbehandling ska öka den enskildes funktionsnivå och höja livskvaliteten med utgångspunkt i den enskildes egna önskningar och mål mot återhämtning.

Ett erbjudande om social behandling ska genomföras senast 14 dagar efter det att den enskilde vänt sig till kommunen. Den som blivit hänvisad till behandling kan som regel välja att bli behandlad i

[22] Vilket kompletteras med substitutionsbehandling som regleras i hälso- och sjukvårdslagen.
[23] Socialstyrelsen, Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, s. 12.
[24] Socialstyrelsen, Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, s. 11.
[25] Socialstyrelsen, Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, s. 12.

ett annat offentligt eller privat behandlingsalternativ av motsvarande karaktär.

Enligt 101 a § servicelagen ska kommunen erbjuda *anonym*, ambulerande behandling till personer som har ett behandlingskrävande drogmissbruk, men som inte har andra sociala problem.

Enligt de nationella riktlinjerna ska det etableras samarbetsavtal och strukturer för koordination mellan den sociala behandlingen och andra relevanta aktörer så som anhöriga, medarbetare i psykiatrin, läkare, boendestödjare, jobbcenter och aktörer från civilsamhället.[26]

Det är sjukvården (sundhedsvaesenet) som, enligt sundhedsloven, har att främja befolkningens hälsa och att förebygga och behandla sjukdom, lidande och funktionsbegränsningar. Personer med sociala, fysiska och/eller psykiatriska utmaningar *utöver* drogmissbruket har behov av en helhetsorienterad, rehabiliterande insats. Det är därför viktigt att drogmissbruksbehandlingen äger rum *integrerat*[27] och som minimum *koordinerat* med behandlingen av eventuella psykiska och fysiska sjukdomar samt sociala[28] insatser. Med koordinerad insats menas att förlopp, till exempel behandlingen och jobbcentret, understödjer varandra och att en konkret medarbetare har ansvaret för koordineringen. Som hjälpmedel kan därvid användas till exempel behandlingsplaner, handlingsplaner, koordinerade insatsplaner och en fast mötesstruktur och formaliserade samarbetsavtal.[29]

I de nationella riktlinjerna fästs uppmärksamhet på att *psykiatrisk* problematik och rusmedelsmissbruk generellt medför risk för kognitiv funktionsnedsättning och att det är viktigt att ta höjd för detta i anslutning till behandling och insatser. Tillsammans kan den psykiatriska behandlingen och den kommunala psykosociala insatsen medverka till att öka den enskildes utbyte av drogmissbruksbehandlingen. Personer med rusmedelsproblematik lider också ofta av somatiska sjukdomar och kan vara multisjuka vilket är en uppgift för hälso- och sjukvårdsprofessionen.

[26] Socialstyrelsen, Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, s. 34 f.
[27] T.ex. kan metoden ACT understödja en integrerad insats. Socialstyrelsen, Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, s. 40.
[28] Insatser som kan reducera sociala problem som bidrar till att drogmissbruk inleds eller fortgår. Det kan t.ex. vara fråga om hemlöshet, familjeproblem eller ekonomiska problem.
[29] Socialstyrelsen, Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling, s. 39. Se även Socialstyrelsen, Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner.

Alkoholmissbruk

Till skillnad från social drogmissbruksbehandling, som regleras i servicelagen, regleras alkoholbehandling i hälso- och sjukvårdslagen. Det är *kommunen* som, enligt 141 § den lagen, har att erbjuda avgiftsfri behandling till personer med *alkoholmissbruk*.

Liksom i fråga om drogmissbruk gäller en behandlingsgaranti om 14 dagar.

Behandling och rådgivning ska erbjudas anonymt om den enskilde önskar detta. Behandling på alkoholambulatorium är kostnadsfri, oavsett var patienten bor.

7.3.2 Skadereducerande insatser

Sprututbyte

I Danmark uppskattas cirka 13 000 personer ha ett aktivt injektionsmissbruk. Effektiva system med utlämning av steril utrustning i och utanför behandlingscentra är ett essentiellt verktyg för att förebygga HIV, hepatit B och C och andra smittsamma sjukdomar och injektionsskador som en följd av att sprutor återanvänds bland personer med injektionsmissbruk.

I Danmark är de förebyggande insatserna, bland annat insatser för att förebygga dödsfall och sjukdomar som en följd av injektionsmissbruk kommunens ansvar, som enligt § 119 i hälso- och sjukvårdslagen (sundhedsloven) har ansvaret för att etablera förebyggande insatser till medborgarna.

Det skiljer sig i fråga om hur kommunerna i Danmark anordnar sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser, bland annat vilka skadereducerande insatser som erbjuds personer med ett injektionsmissbruk. I en undersökning från 2018 fastställdes att 56 kommuner utlämnade injektionsutrustning inom den egna kommungränsen medan ytterligare 13 kommuner erbjöd steril injektionsutrustning genom den kommun som ansvarade för behandlingen av personer med injektionsmissbruk. Totalt utlämnade 71 procent av de tillfrågade kommunerna steril injektionsutrustning i olika omfattning.[30]

[30] Sundhedsstyrelsen 2019. Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-stofbrug. Inspirationskatalog.

Målgruppen för utlämning av sterila injektionsverktyg är personer med ett intravenöst drogmissbruk och gäller både dem som är inskrivna i behandling och de som inte är i kontakt med behandlingssystemet. Av Sundhedsstyrelsens inspirationskatalog till kommunerna framgår dock att utrustning till andra former för intag har en smittreducerande effekt i förhållande till HIV och hepatit C och det kan med fördel också erbjudas utrustning till detta som supplement till injektionsutrustningen. Detta kan också understödja att den enskilde inte övergår till ett injektionsmissbruk.

I Danmark, liksom internationellt, rekommenderas lätt och gratis tillgång till steril injektionsutrustning som en del av skadereducerande insatser vid ett intravenöst missbruk. Detta kan ske genom lokala ordningar för utlämning av ren utrustning samt retursystem för insamling av använd utrustning. I Sundhedsstyrelsens inspirationskatalog framhålls dock att en systematisk utlämningspraxis inte kan stå ensam som skadereducerande initiativ. Det finns evidens för att den skadereducerande effekten av de samlade insatserna optimeras när de erbjuds samtidigt. Därför bör utlämningspraxis ”samtänkas” med övriga sociala- och hälso- och sjukvårdsinsatser som till exempel drogbehandling, vaccinationer samt tillgång till naloxon och prevention.[31]

Som minimum utlämnas ett ”fiksekit” bestående av sprutor, kanyler och vattenampuller med sterilt vatten. Vidare rekommenderas att det lämnas ut spritservetter, askorbinsyra, filter, kokkärl och/eller okrossbara kanylboxar samt kanyler av andra storlekar om det efterfrågas. Utrustning utlämnas i de mängder som den enskilde drogmissbrukaren efterfrågar utan begränsning.[32]

Vid etablering, eller kvalificering av existerande utlämningspraxis, tas utgångspunkt i lokala behov. Det kan etableras stationära utlämningsställen där det är möjligt och relevant, till exempel på rusmedelscenter, apotek, injiceringsrum, härbärgen m.m. samt genom mobil utlämning via till exempel socialsjuksköterskor eller hemsjukvård. Det bör vara fokus på lätt och diskret tillgång till utrustning utan övervakning.

Den enskilde ska också får rådgivning utifrån egna behov om till exempel utrustning, injicering, möjligheten att få drogmissbruks-

[31] Sundhedsstyrelsen, Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-stofbrug. Inspirationskatalog, s. 7.
[32] Sundhedsstyrelsen, Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-stofbrug. Inspirationskatalog, s. 8 f.

behandling, allmänna hälsotillstånd, smitta, överdosbehandling och säker hantering av använd utrustning.

Det krävs ingen särskild kompetens för att kunna lämna ut steril injektionsutrustning. Det är dock en fördel om utlämnande personal har kunskap om och kan ge råd om skadereduktion och överdosbehandling.[33]

Injiceringsrum

I Köpenhamn öppnades hösten 2013 Danmarks första rum där ”narkomaner” kan komma och injicera sina droger. Under det första halvåret 2013 hade 34 000 injektioner gjorts i rummet, vilket betyder att färre narkomaner tar sina droger utomhus i området. Rummet har också räddat liv eftersom sjukvårdspersonalen som finns på plats har kunnat förhindra att överdoser har lett till dödsfall och nu ska det dessutom bli fler så kallade fixrum i Danmark.[34]

Substitutionsbehandling

Det är kommunerna som ansvarar för den samlade substitutionsbehandlingen.[35] Fr.om. den 1 januari 2007 åvilar det kommunstyrelsen att erbjuda kostnadsfri medicinsk behandling med euforiserande ämnen till drogmissbrukare (substitutionsbehandling). Det framgår av 142 § hälso- och sjukvårdslagen att kommunen ska erbjuda personer med ett drogmissbruk kostnadsfri medicinsk behandling med beroendeframkallande läkemedel.[36] Behandlingen kan ske vid kommunens egna institutioner eller genom ingående av avtal med andra kommuner, regioner eller privata institutioner. Behandlingsgarantin om 14 dagar gäller även här.

Det är en medicinsk uppgift att ta ställning till behovet av medicinsk behandling vid opioidberoende. En kommun kan därför inte utan en medicinsk bedömning hänvisa den enskilde patienten till substitutionsbehandling.

[33] Sundhedsstyrelsen, Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-stofbrug. Inspirationskatalog, s. 13.
[34] RFHL.
[35] Se Sundhedsloven, Autorisationsloven, Serviceloven samt retssikkerhetdsloven.
[36] Vem som får ordinera beroendeframkallande läkemedel som ett led i behandling av personer med drogmissbruk regleras i 41 § lagen om auktorisation av hälso- och sjukvårdspersonal och om medicinsk verksamhet (auktorisationslagen).

Det är inte alla läkare som kan skriva ut beroendeframkallande läkemedel för substitutionsbehandling. Ordinationsrätten tillkommer endast läkare anställda vid kommunala, regionala eller privata institutioner i de behandlingsutbud som kommunen etablerar eller ingår avtal med. Enstaka ordinationer som ett led i abstinensbehandling av kort varaktighet kan dock utföras av andra läkare.

En substitutionsbehandling får inte inledas eller fortsätta utan att patienten har gett sitt informerade samtycke, såvida inte annat följer av lag. Behandling kan dock ges i akuta situationer om patienten inte är i stånd att ta ställning till behandling. Anonym ambulant behandling enligt servicelagen kan inte komma i fråga vid substitutionsbehandling.[37]

Substitutionsbehandling bör alltid äga rum i ett sammanhang med ett erbjudande om en psykosocial insats. Nyttan av substitutionsbehandlingen är avhängig både en tillräcklig dosering och omfattning och kvalitet av den samtidiga psykosociala behandlingen.[38]

Beslut att erbjuda substitutionsbehandling ska tas i ljuset av huruvida behandlingen är relevant för att realisera de mål som ingår i en eventuell social handlingsplan. Dessutom ska det föreligga ett beroende av opioider så som det definieras i ICD 10 och den enskilde ska önska behandlingen, vilket ska tilläggas särskild vikt.

För att förebygga opioidöverdosdödsfall och skadeverkningar efter opioidförgiftningar ska alla, som är eller kommer i kommunal behandling för missbruk av heroin och andra opioider få ett erbjudande om en kurs i första hjälpen och i användningen av naloxon. Dessutom ska delas ut ett naloxon-kit.

Naloxon kan enbart fås efter recept. För att kunna använda naloxon ska det ordineras av läkare och användaren ska ha delegerats uppgiften av läkaren.[39]

[37] Sundhedsdstyrelsen, Vejledning nr 10375 af 28/12/2016, till læger der behandlar opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.
[38] Sundhedsdstyrelsen, Vejledning nr 10375 af 28/12/2016, till læger der behandlar opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, s. 37.
[39] Sundhedsstyrelsen, Supplement till Vejledning nr 10375 af 28/12/2016, till læger der behandlar opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.

Behandling med heroin (diacetylmorphin)

Av § 1 stk. 2 i lag nr 748 av den 1 juli 2008 om euforiserande ämnen framgår att ministern för sundhed kan bestämma att euforiserande ämnen kan användas för medicinska ändamål som ett led i medicinsk behandling av personer med drogmissbruk.

I ”Bekendtgørelse nr 125 af 18/02/2009 om ordination af diacetylmorphin (heroin) som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug”, har Sundhedsstyrelsen fastlagt regler om ordination av och behandling med heroin. Enligt 1 § får behandling endast äga rum på institutioner som har utsett en av Sundhedsstyrelsen godkänd behandlingsansvarig läkare.

För att en läkare ska godkännas ska han eller hon vara 1) specialist i allmänmedicin, intern medicin psykiatri eller ha annan relevant specialitet, 2) ha ingående klinisk erfarenhet av substitutionsbehandling, 3) ha kunskap om somatisk och psykiatrisk komorbiditet vid drogmissbruk och 4) erfarenhet med en helhetsorienterad drogmissbruksbehandling, som omfattar både den medicinska och den sociala behandlingsinsatsen.

Förstavalsbehandlingen vid opioidberoende är buprenorphin, alternativt methadon. Indikation för behandling med diacetylmorphin är ett fortsatt missbruk av ordinerade eller illegala opioider och att, efter en konkret värdering, peroral substitutionsbehandling med buprenorphin/methadon eller injicerbar methadon, inte haft tillräcklig effekt.[40]

Syftet med behandlingen är i första hand att förebygga ett försämrat hälsotillstånd och på längre sikt att uppnå en förbättring av patientens livskvalitet såväl hälsomässigt som socialt.

För behandling med injicerbar diacetylmorphin ska en rad förutsättningar vara uppfyllda:

[40] Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidavhængighed, s. 3.

- över 18 år,
- ett regelbundet intravenöst missbruk av ordinerade eller illegala opioider trots buprenorphin eller methadonbehandling inom de föregående 12 månaderna,
- ingen aktiv eller obehandlad svårare psykisk sjukdom som gör att patienten inte kan medverka i injektionsbehandlingen,
- ingen svårare somatisk sjukdom som kontraindicerar behandlingen,
- inget betydande alkoholmissbruk,
- inget betydande missbruk av benzodiazepiner,
- ingen graviditet, amning eller aktuella planer på graviditet,
- acceptera krav på övervakad självadministration.

Indikation för behandlingen ska som minimum utvärderas en gång i halvåret.

Diacetylmorphin finns som läkemedel i två administrationsformer, intravenös och peroral. Behandling med injicerbar diacetylmorphin är förbehållet personer med injektionsmissbruk av opioider. Peroralt kan övervägas om patienten inte har tillgång till lämpliga vener.[41]

Om patienten önskar avsluta behandlingen ska patienten ställas om till behandling med methadon eller buprenorphin innan överflyttning till annan behandling. Det kan också vara nödvändigt att avsluta behandlingen om patienten inte är i stånd till att samarbeta om behandlingen.

Behandlingen kan pausas i samband med semester, utlandsresa eller inläggning på sjukhus. Dessutom är det nödvändigt att ställa om till peroral behandling vid intagning i kriminalvårdsanstalt. Vid uppehåll över en månad ska man innan behandlingen återupptas försäkra sig om att det är fortsatt indikation för behandling med diacetylmorphin.

[41] Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidavhængighed, s. 4.

7.3.3 Tvångsvård

Behandlingen vid drogmissbruk ska enligt servicelagen vara ordnad så att det kan ges differentierade erbjudanden efter en konkret och individuell värdering av den enskildes behov av behandling. Behandlingserbjudandena bör ta höjd för att personer med drogmissbruk har olika målsättningar och behov, och de bör omfatta dygnsvård, dagvård och ambulerande insatser. Några personer kan ha behov av att komma ifrån den vanliga miljön och relationer för att kunna koncentrera sig på behandlingen och därigenom uppnå drogfrihet. Ett dygnsbehandlingserbjudande med möjlighet till kontrakt om kvarhållning kan därför ges, när ambulerande behandling eller allmän dag- och dygnsbehandling inte bedöms vara tillräcklig.[42]

Som ett supplement till servicelagen innehåller *lagen om kvarhållning av drogmissbrukare i behandling*[43] (kvarhållningslagen) en rad regler om kommunens skyldighet och möjlighet att erbjuda personer med ett drogmissbruk i dygnsbehandling ett *kontrakt om behandling med möjlighet till kvarhållning*.

Syftet med lagen är att stödja en enskild med ett drogmissbruk, särskilt gravida, att vara kvar i behandlingen och undvika ett återfall. Ytterligare ett syfte är att nedbringa antalet barn som föds med hälsoproblem och skador, och därmed säkerställa att flera barn får en god start i livet.[44]

Enligt 1 § stk. 1 i kvarhållningslagen ska, i samband med ett erbjudande om stöd i form av dygnsuppehåll till *gravida* med drogmissbruk, kommunen erbjuda den enskilde att ingå ett kontrakt om behandling mot drogmissbruk med möjlighet till kvarhållning.

I fråga om *andra* personer med drogmissbruk beslutar kommunen om kommunen ska tillämpa kvarhållningslagens bestämmelser (1 § stk. 2).

När kommunen fattat beslut enligt 1 § kan den enskilde och kommunen, före det att behandlingen påbörjas, ingå ett kontrakt om behandlingen. Vill den enskilde *inte* ingå ett kontrakt med möjlighet till kvarhållning har han eller hon ändå fortsatt tillgång till övriga existerande behandlingsmöjligheter (3 §).

Kvarhållning kan, enligt 5 §, ske när det finns grundad anledning att anta att den enskilde kommer att avbryta avtalad behandling och

[42] Vejledning om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområdet, p. 64.
[43] Lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, nr 972 af 08/08/2017.
[44] Vejledning om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområdet, p. 65.

det skulle vara oförsvarligt att inte hålla kvar honom eller henne därför att

1. utsikten att få missbruket att upphöra eller en betydande och avgörande förbättring av tillståndet annars blir väsentligt försämrat,
2. det föreligger en nära förestående och väsentlig fara för den enskilde själv och andra, eller
3. det föreligger en nära förestående fara för att ett foster skadas.

Kvarhållning kan bara ske om mindre ingripande åtgärder är otillräckliga.

Den enskilde kan, enligt 4 § stk. 3, när som helst säga upp kontraktet om behandling och kvarhållning, när förutsättningarna ovan, i 5 §, inte föreligger. Kvarhållningen ska upphöra när förutsättningarna i 5 § inte längre är uppfyllda (7 §).

Ett kontrakt om behandling med möjlighet till kvarhållning kan ingås för en period *inte över ett halvt år* (4 §). Såvitt gäller gravida ska kontraktet ingås för *perioden fram till förlossningen*.

Den enskilda kvarhållningsperioden kan inte pågå mer än 14 dagar från beslutet om kvarhållning, och den *samlade kvarhållningen* kan *inte överstiga två månader* inom sexmånadersramen. I fråga om *gravida* är motsvarande tidsfrister 21 dagar respektive tre månader inom kontraktsperioden.

Ett beslut om kvarhållning ska, efter begäran av den enskilde, underställas rättens prövning (8 §).

7.4 Australien

Australien består av sex delstater, två större territorier och ett antal mindre territorier. De mindre territorierna styrs direkt av den federala statsmakten, de två större territorierna har egen lagstiftning som dock kan åsidosättas av det federala parlamentet medan delstaterna har en mer självständig lagstiftning. Det finns även övergripande lagstiftning som gäller för hela Australien.

7.4.1 Ansvarsfördelning

The Australian Charter of Healthcare Rights[45] beskriver de rättigheter som patienter har inom hälso- och sjukvården och inkluderar tre huvudprinciper: alla har rätt att få tillgång till hälsovård, staten erkänner internationella överenskommelser om mänskliga rättigheter om allas rätt till bästa psykiska och fysiska hälsa samt att Australien är ett diversifierat samhälle med olika kulturer och livssätt och att the charter erkänner och respekterar dessa skillnader. En andra upplaga av dessa styrande principer har ett mer specifikt fokus på personcentrerad vård och gemensamt beslutsfattande för vård och behandling.

Utöver dessa principiella rättigheter har Australien ingen gemensam nationellt övergripande lagstiftning för hälso- och sjukvård som specifikt skyddar rätten till hälsovård eller god hälsa.[46]

Australiens hälsovård är ett system som inkluderar såväl offentliga som privata verksamheter på flera nivåer, såväl nationella som delstats, och ett system med nätverk av ackrediterade sjukvårds- och behandlingsenheter. Finansieringen sker i huvudsak genom den australiensiska staten och medborgarna täcks av ett gemensamt system, MediCare. Utöver det gemensamma systemet så har cirka hälften av befolkningen även en privat försäkring. Den första kontakten med sjukvården ska ske genom primärvården som även arbetar med samhällsbaserade team som har uppdrag att ge behandling och stöd till personer med multipla vårdbehov.

Utbudet av stöd och vård i Australien är mycket komplext med många aktörer och många, såväl professionella som patienter/brukare, upplever systemet som svårnavigerat. Under 2020 fanns det exempelvis 1 258 offentligt finansierade behandlingsenheter inriktade på att erbjuda stöd och behandling av alkohol- och drogproblematik. Flera olika modeller tillämpas för att få systemet att fungera mer effektivt, en care coordinator kan kopplas in för att tillsammans med personer med komplexa vårdbehov (inklusive beroendepro-

[45] Australian Commission on safety and quality in healthcare. 2019. AUSTRALIAN CHARTER OF HEALTHCARE RIGHTS, second edition. [online] Available at: www.safetyandquality.gov.au/consumers/working-your-healthcare-provider/australian-charter-healthcare-rights [Accessed 30 September 2021].

[46] De lagar som tillämpas inom hälso- och sjukvård är bland annat the Health Insurance Act som reglerar MediCare, the National Health Act 1953 som beslutar om ersättningar inom områdena farmaka, sjukdom och sjukhusvård, the Aged Care Act 1997 med äldreomsorg, the Disability Services Act 1986 för personer med funktionsvariation.

blematik) identifiera vård- och stödbehov och länka till rätt insats utifrån en case manager-modell. Om brukaren, utöver behandling för beroendeproblematik, behöver stöd på grund av hemlöshet så finns det agencies med specifik kompetens inom området.

Utöver de övergripande nationella principerna om mänskliga rättigheter och rätten till god hälsa samt hur ersättningar regleras så utformas organisationsmodeller för hälsa och socialtjänst på olika sätt i delstaterna, i princip som självständiga stater, och en bild av en av dessa kan ses som ett exempel på hur olika typer av stöd och behandling fördelas mellan olika huvudmän.

Victoria

Organisation

I februari 2021 delades the Department of Health and Human Services upp i två enheter; the Department of Health (DH) och the Department of Families, Fairness and Housing (DFFH). Det innebär att DH specifikt har ansvar för hälsa, ohälsa och åldrande och detta utförs genom sjukhusvård, hälsovård på kommunal nivå, psykiatri och beroendesjukvård. DFFH i sin tur ansvarar för till exempel barns skydd, boende, funktionsnedsättning, preventiva åtgärder för våld i nära relationer, och situationen för personer inom gruppen LGBTIQ+.

Utöver kontakt med primärvårdsläkare kan även rådgivning för personer med alkohol- eller drogproblematik ske via en telefonbaserad informationslinje, DirectLine. DirectLine är tillgänglig dygnet runt, gratis, anonym och konfidentiell och bemannas av professionella med kunskap om beroendebehandling och dessa kan vid behov initiera behandling. Cirka 40 000 personer boende i delstaten får tillgång till rådgivning och behandling per år.

Lag

Även i Victoria har en Charter of Human Rights and Responsibilities Act antagits vilket skedde 2006. Utöver denna styrande princip om rättigheter så finns lagstiftning för olika områden inom hälsovård och service. The Mental Health Act 2014 reglerar tvångsvård i

samband med psykisk ohälsa och är utformad med kriterier och processbeskrivning men även att den parallellt med detta ska stödja ett återhämtningsperspektiv samt skydda och bevaka rättigheter för personer med psykisk ohälsa. En oberoende mental health tribunal etablerades med stöd av lagen, likaså en mental health complaints commissioner som bevakar rättigheter och föreslår förbättringar i förhållande till tvångsvården. Som ett stöd för personer som tvångsvårdas, eller är i process inför tvångsvårdsbeslut, erbjuds även ett ombudskap i form av the independent mental health advocacy. Det är en service som inriktas på att ge personen under tvång stöd vid olika beslut med fokus på att möjliggöra ett så stort inflytande som möjligt på bedömning, behandling och återhämtning. Ombudskapet är oberoende, gratis och konfidentiellt.

7.4.2 Skadereducerande insatser

Skademinimering i Australien bygger på en nationell policy som är styrande för all lagstiftning och alla insatser som är relaterade till droganvändning. Denna policy har varit vägledande sedan the National Campaign Against Drug Abuse lanserades 1985 och under den nuvarande National Drug Strategy som ska driva arbetet fram till 2026.[47] Policyn gäller såväl nationellt som för delstater och territorier. Grunden för policyn är att legal och illegal substansanvändning oundvikligen är en del av samhället, att skadeverkningar varierar i förhållande till typen av drog samt att det ska finnas tillgång till interventioner som motsvarar skadeverkningar.

De tre nyckelområdena är 1. harm reduction, 2. att minska tillgång och 3. att minska efterfrågan. I det första området finns till exempel sprututbyte, i det andra polisens och tullens åtgärder och i den tredje mediakampanjer.

[47] McDonald, D. (1987) Australia's National Campaign Against Drug Abuse, Australian Drug and Alcohol Review, 6:3,169-170, DOI: 10.1080/09595238780000561, Australian Government Department Of Health. 2017. National Drug Strategy 2017–2026. [online] Available at: www.health.gov.au/resources/publications/national-drug-strategy-2017-2026 [Accessed 30 September 2021].

Sprututbyte

Sprututbytesprogram har funnits i Australien sedan 1986 och det finns ett antal olika modeller varav en del drivs av offentlig verksamhet medan andra drivs av ideella organisationer, totalt cirka 3 000 enheter/program. Några av verksamheterna i den ideella sektorn är brukarstyrda och anställer personer med tidigare eller pågående beroende. Den brukarstyrda verksamheten uppfattas ha en positiv påverkan på acceptansen för sprututbyte i gruppen med injektionsbruk.

Sprututbytesmodeller:

- primära enheter som drivs enbart för sprututbyte, ibland i kombination med hälsovård,
- sekundära enheter som har sprututbyte som en del i ett utbud av hälsovård, oftast inom akutsjukvård eller kommunala hälsocentrum,
- mobila enheter där sprututbytet sker till fots eller fordon. Brukaren kan ringa ett nummer och själv bestämma en mötespunkt för avlämning och utlämning av sprutor,
- uppsökande verksamhet som arbetar med sprututbyte utanför kontorstid,
- automater med sprutor, 1 ml i flerpack.

Sprututbytesverksamheterna inkluderar information om säker användning av sprutor, säker sex inklusive tillgång till kondom och länkar även till andra insatser inom sjukvård eller socialtjänst när det finns behov och önskemål om detta. Servicen är kostnadsfri. Det går även att få sprutor på apotek men då kan det tillkomma en kostnad.

Verksamheterna har kontinuerligt involverat brukarorganisationer. Som ett exempel kan nämnas the Australian Injecting & Illicit Drug Users League som 2018 utvecklade en guide för evidensbaserad praktik inom sprututbytesprogram, the Needle and Syringe Programs in Australia: Peer-led Best Practice.[48] Guiden bygger på diskussioner under ett nationellt forum 2015 samt en litteraturgenomgång av sprututbytesmodeller. I guiden berörs flera huvud-

[48] Carruthers, S. (2018). Needle and Syringe Programs in Australia: Peer-led Best Practice. Australian Injecting and Illicit Drug Users League: Canberra.

områden såsom tillgång till sprututbytesverksamhet, tillgång till hälsopromotion och länkande till annan service genom sprututbytesprogram, tillgång till annan harm reduction genom programmen, synen på personer med egen erfarenhet som arbetar vid primära sprututbytesenheter samt erfarenhet av stigma vid kontakt med dessa verksamheter. Ett annat resultat av brukarorganisationens arbete var en skriftlig rådgivning gällande vilken utrustning som behöver finnas tillgänglig vid de olika sprututbytesprogrammen.

Injektionsrum

Det finns två injektionsrum i Australien varav det första öppnade 2001 i Sydney, the Uniting Medically Supervised Injecting Centre – MSIC. Ett andra rum startades i Melbourne, Medically Supervised Injecting Room – MSIR, 2018 som en respons på en kraftig ökning av heroinrelaterade dödsfall i delstaten Victoria. Under en 18-månaders period användes MSIR av 119 000 personer och personalen hanterade cirka 3 200 överdoser och räddade uppskattningsvis cirka 25 liv. MSIC i Sydney har sedan det öppnades övervakat en miljon injektioner och från båda ställena rapporteras beteendeförändringar bland besökarna med säkrare hantering av sprutor och injektioner samt en ökad kunskap om hur man minimerar risken för eller undviker spridning av sjukdomar.

Utöver att övervaka injektioner så har personalen även bistått med såromläggning, delat ut medicin, gett rådgivning och stöd när det funnits våld i nära relationer, behandling vid psykisk ohälsa, länkat till annan hälsovård, beroendebehandling och socialtjänst. Bland brukare med högt antal besök har 80 procent accepterat en remiss till beroendebehandling.

Naloxon

Projektet Take Home Naloxone Pilot startade 2019 och gör naloxon tillgängligt utan recept eller kostnad för personer som kan riskera överdos eller bli vittne till överdos. Regeringen har beslutat att investera ytterligare 3,9 miljoner under perioden 2021–2022 och piloten

pågår fram till juni 2022 i New South Wales, South Australia and Western Australia.[49]

Läkemedelsassisterad behandling

Kriterier för att få tillgång till behandling är att personen ska ha ett diagnosticerat opioidberoende, vara över 18 år och bedömas vara kapabel till att ge samtycke till behandlingen.

Tillgängligheten är stor och vägen in i behandling kan ske på ett flertal sätt, genom privata vårdkliniker, allmänläkare, offentlig verksamhet som driver alkohol- och drogberoendebehandling och apotek. I ett flertal fall räknar man med att personen kan behandlas hos en privat allmänläkare men att själva medicinutdelningen sköts via ett apotek där personen får sin dagliga dos av medicin. Till en början krävs att en sjuksköterska eller apotekare övervakar medicinintaget men efter en tid kan personen ta med sig sin medicin hem om patienten och läkaren tillsammans bedömer situationen som stabil. Målet med behandlingen beslutar patient och läkare tillsammans eftersom det individuella behovet ska styra utifrån önskemål om kortsiktig eller långsiktig behandling.

Information om LARO-behandling ges genom The Opioid Treatment Line (OTL) som är en telefontjänst för frågor om behandling och remiss och som även är ett forum för att lösa olika problem som kan uppstå i samband med behandling.

Det har funnits ett förslag om ett försök med receptbelagd heroinbehandling men det röstades ner av parlamentet 1997.

Preventivt arbete, stödgrupper och stigmareducerande initiativ

D.O.P.E är ett peer-based program som sedan 1999 arrangerar workshops, Overdose Prevention, Recognition and Overdose Response, med syfte att informera personer som använder droger om alla aspekter av överdoser, vilka varningssignaler att vara observant på och hur man ska agera när överdosen är ett faktum.[50] Bland annat tränas man i att ge första hjälpen fram tills att ambulansen anländer.

[49] www.health.gov.au/initiatives-and-programs/take-home-naloxone-pilot.
[50] www.hrvic.org.au/d-o-p-e.

Sharc utgår ifrån att personer med egen erfarenhet är experter när det gäller den egna återhämtningen och rehabiliteringen. I verksamheten ingår The Association of Participating Service Users (APSU) som är en brukarorganisation för personer som använder, har använt eller kan komma att använda någon form av behandling för beroende.[51]

Organisationen ger information om beroende genom poddar men även via Speaker Bureau genom vilken medlemmar engageras för att på olika events berätta om sin livssituation, om att vara närstående och om behandling. Som medlem i Sharc kan man erbjuda stöd till personer som är aktuella inom rättssystemet och några medlemmar är anställda vid Melbournes drug courts som stöd till personer som är aktuella för behandling efter dom.

”Our turn to speak” var en nationell undersökning där 1 912 personer med egen erfarenhet av komplex psykisk ohälsa, per telefon, online eller vid personligt besök, berättade om sin livsituation.[52] För många deltagare var det första gången som det gavs en möjlighet att berätta och dela med sig av sin livshistoria. Undersökningen var ett första steg för att skapa en förståelse för människors erfarenheter och för att få kunskap om vad som måste ändras för att alla ska kunna leva ett liv utan stigma och diskriminering.

”StigmaWatch” är ett program som ingår i SANE Australia, en nationell organisation som har fokus på att driva frågor kring komplex mental ohälsa.[53] SANE ger rådgivande stöd via telefon och online chatforum, erbjuder brukarstöd, presenterar berättelser om egen erfarenhet, bloggar, arbetar tillsammans med konstnärer för att öka kunskap om stigma, driver kampanjer för att förbättra situationer på arbetsplatser samt i samhället. Delprogrammet StigmaWatch, etablerat 1997, följer media för en mer ansvarsfull rapportering kring psykisk ohälsa och självmord. Organisationen har utformat en Mindframe guideline som ska ge journalister och redaktörer stöd för hur en text kan utformas med syfte att reducera stigma. Enskilda kan rapportera till StigmaWatch om man upplever att artiklar i media är stigmatiserande genom att fylla i en enkel anonym blankett på webbsidan.

[51] www.sharc.org.au.
[52] Groot, C., Rehm, I., Andrews, C., Hobern, B., Morgan, R., Green, H., Sweeney, L., and Blanchard, M. (2020). Report on Findings from the Our Turn to Speak Survey: 52.
[53] www.sane.org/advocacy/stigmawatch.

7.4.3 Tvångsvård

Övergripande princip

Det är en grundläggande princip i Australien att behandling inte kan påtvingas en vuxen person som har beslutsförmåga (se common law). ”The principal idea in any discussion of legal capacity is that adults have the right to make decisions for themselves. This is frequently expressed in terms of a presumption of legal capacity, which may be rebutted if circumstances demonstrate that the requisite level of capacity is lacking in that context”.[54]

Som en konsekvens av detta kan tvångsvård endast komma i fråga när beroendet lett till att personen i fråga inte har den kognitiva förmågan att fatta beslut om sitt substansbruk eller om sin hälsa. Det måste även vara klarlagt att stöd och behandling är absolut nödvändig för att skydda personen från skada, att behandlingen kan ha effekt och att det inte finns insatser som skulle kunna innebära ett mindre intrång i personens liv.

Kriminalvård

Den större andelen tvångsvårdstillfällen i Australien sker inom kriminalvården då personer med beroende kan välja att ingå i behandlingsprogram eller avtjäna sitt straff i fängelse enligt Drug Court Act 1998.[55] Behandling beslutas av en s.k. drug court och den första domstolen etablerades i New South Wales 1999 och därefter har domstolar med detta uppdrag introducerats i ytterligare fem delstater: South Australia, Western Australia, Queensland, Tasmanien och Victoria.

Tvångsvård utanför kriminalvården

Det som i Australien benämns civil commitment, dvs. tvångsvård utanför kriminalvård, existerar i tre av de sex delstaterna. Victoria: Severe Substance Dependence Treatment Act 2010,[56] New South

[54] www.alrc.gov.au/publication/equality-capacity-and-disability-in-commonwealth-laws-dp-81/3-national-decision-making-principles/the-right-to-make-decisions.
[55] https://legislation.nsw.gov.au/view/html/inforce/current/act-1998-150.
[56] www2.health.vic.gov.au/alcohol-and-drugs/aod-policy-research-legislation/aod-legislation/severe-substance-treatment-act-ssdta.

Wales: Drug and Alcohol Treatment Act 2007[57] och Tasmanien: Alcohol and Drug Dependency Act 1968.[58]

Tvångsvård, specifikt för personer med alkoholberoende, har tidigare förekommit i the Northern Territory. The Alcohol Mandatory Treatment Act 2013 avvek från lagstiftningen som nämns ovan dels genom att tvångsåtgärder enbart riktades mot personer som uppträdde berusade på allmän plats minst tre gånger inom loppet av två månader, dels att det inte förelåg en uppenbar och omedelbar risksituation. Vid utvärdering av programmet konstaterades att personer blev tvångsintagna löpande, dvs. vid flera tillfällen, utan att det skedde någon avgörande beteendeförändring. Under ett panelförhör omkring lagen och behandlingen framkom det att stödet från såväl hälso- och sjukvård som från jurister var mycket svagt för denna typ av behandling som uppfattades som ingripande men ineffektiv.[59] Lagen avvecklades då man uppfattade att kostnader för behandling inte motsvarade effekten av behandlingen.

De tre delstater som i dag har tvångsvårdslagstiftningar, Victoria, New South Wales och Tasmanien, har lagar som skiljer sig åt i flera dimensioner. Alcohol and Drug Dependency Act 1968, den äldsta av de tre lagarna, har till exempel en maximal vårdtid på sex månader vilket är betydligt längre än i de andra staterna. Tvångsvårdslagen i Tasmanien har mött kritik från flera aktörer vilket 2019 resulterade i Alcohol and Drug Dependency Repeal Bill.[60] Det betonades att lagen kränker de mänskliga rättigheterna, att den inte är uppdaterad utifrån den evidensbaserade praktiken, att alla tillägg och omarbetningar gjort lagtexten omöjlig förstå, att en person med förmåga att fatta beslut kan tvingas till vård samt att personer med beroende inte ska tvångsvårdas utan i stället kan få stöd och behandling på samma villkor som andra användare av hälsovård.

Nedan följer en genomgång av lagstiftningen med utgångspunkt från kriterier, process, vård och rättigheter, avsnittet avslutas med en reflektion över relationen till den psykiatriska tvångsvården.

[57] https://legislation.nsw.gov.au/view/whole/html/inforce/current/act-2007-007.
[58] www.legislation.tas.gov.au/view/html/inforce/current/act-1968-061.
[59] Lander, F. and Gray, D. and Wilkes, E. (2015). The Alcohol Mandatory Treatment Act: Evidence, ethics and the law. Medical Journal of Australia. 203 (1): pp. 47–49. www.mja.com.au/journal/2015/203/1/alcohol-mandatory-treatment-act-evidence-ethics-and-law.
[60] www.parliament.tas.gov.au/bills/Bills2019/pdf/notes/40_of_2019-Fact%20Sheet.pdf.

Kriterier

Victoria/New South Wales

De ovan nämnda grundläggande principerna vid tvångstillämpning återspeglas i utformningen av kriterierna. Det som krävs för att lagen ska tillämpas är att åtgärden vidtas för att rädda personens liv och förebygga allvarlig fysisk skada. Tvångsvården ska framför allt syfta till att öka och förbättra förmågan hos personen att kunna fatta beslut om sin egen användning av substanser och beslut om sin egen hälsa, omsorg och säkerhet. Lagen ska tolkas så att tvångsvården ska vara den yttersta åtgärden och att inskränkningar av de mänskliga rättigheterna och intrånget i den egna värdigheten och självrespekten ska hållas till ett minimum.

Tasmanien

En ansökan om tvång kan göras om personen lider av alkohol- eller drogberoende på en sådan nivå att det motiverar kvarhållning, att det är för personens egen hälsa eller för annan persons skydd. För personer med specifikt beroende av narkotiska substanser finns tillägget att det även ska finnas en risk för personens fysiska eller psykiska hälsa, den sociala förmågan samt försörjningsförmåga.

Ansökningsförfarandet

Victoria/New South Wales

I Victoria kan själva processen initieras av enskilda personer men den personen tar då även ansvar för att samla den dokumentation som krävs. I NSW måste en läkare vända sig till en annan läkare, en specialist inom beroendesjukvård. Specialisten måste vara verksam inom the Involuntary Drug and Treatment Program (IDAT), vilket omfattar de institutioner som bedriver tvångsvård i delstaten. Även i Victoria sker en tvåläkarbedömning genom att den läkare som gör den första bedömningen måste konsultera överläkaren på den enhet som kan ta emot personen. Det ska även framgå att personen som är föremål för utredning har fått, så långt möjligt, en förklaring till vad

som är anledningen till undersökningen samt att hur informationen har getts. Även denna del ska journalföras.

Efter det att undersökningen har gjorts av läkare, med rekommendation om tvångsomhändertagande, gäller rekommendationen i 72 timmar. Om personen inte har omhändertagits och förts till behandling inom den tidsramen upphör intyget att gälla. Lagarna används i begränsad omfattning och har i Victoria tillämpats för totalt 63 personer under perioden januari 2011–september 2021 enligt information från läkare på St. Vincents hospital.

Tasmanien

En ansökan om vård kan göras av personen själv, en närstående eller en socialsekreterare och ansökan ska ställas till institutionens chef. Till ansökan ska läggas en rekommendation av en läkare med ett utlåtande om att läkaren själv har undersökt personen och att hen uppfyller kriterierna. Om en sådan ansökan föreligger kan personen föras till tvångsvårdsinstitutionen och kvarhållas där i 14 dagar i avvaktan på att institutionschefen eller en läkare genomför en undersökning av personen.

Process i domstol

Victoria/New South Wales

Förhandling i domstol sker i Victoria inom 72 timmar. Det betonas i lagen att domstolen inte är bunden av några regler eller praxis när det gäller utformningen av process eller vilken information man önskar inhämta för att få ett underlag. Domstol kan fatta beslut om man är övertygad om a) att kriterierna gäller, b) att kvarhållning och behandling är nödvändig och c) att det finns intyg om att behandling kan ges på treatment centre. Kvarhållning gäller i 14 dagar efter att personen har kommit till treatment center. Om personen inte har anlänt till treatment center inom 7 dagar så gäller inte beslutet längre. I NSW granskas läkarintyget av domstol så snart möjligt och vanligtvis inom sju dagar. Hearing hålls av domare på behandlingsinstitutionen och det betonas att mötet ska ske med minsta nivå av formalitet och teknikalitet. Domaren ska beakta huruvida den föreslagna

behandlingen kan vara till nytta, vad personen själv önskar samt kulturella faktorer.

Tasmanien

Domstolen består av fem personer varav tre är läkare med erfarenhet av beroendebehandling. Domstolen kan kräva att personen ifråga förs till domstolen för att vara med under hearing, den kan auktorisera en person som undersöker och intervjuar personen enskilt samt begära att få ta del av alla journaler från hälso- och sjukvården.

Tvångsvården

Victoria/New South Wales

Själva vårdinsatsen ges på St. Vincent's hospital i Melbourne. Överläkaren måste inom 24 timmar undersöka personen och fatta beslut om att kriterierna fortfarande gäller. Vårdtiden är maximerad till 14 dagar med fokus på medicinskt övervakad abstinensbehandling samt att personen ska kunna återfå beslutsförmåga. I NSW bedrivs vården på specialiserade vårdenheter för inneliggande vård, Involuntary Drug and Alcohol Treatment (IDAT), av vilka det finns två inom delstaten med 4 respektive 8 bäddar. Behandlingen som varar maximalt 28 dagar består av medicinskt övervakad abstinensbehandling och mobilisering.

Tasmanien

Det har inte varit möjligt att finna information om behandlingsinnehåll, sannolikt för att senaste vårdtillfället var 2016.

Rättigheter – Victoria/New South Wales

Inom de första 24 timmarna ska läkare muntligen och skriftligen informera om lagen och om den enskildes rättigheter. Personen kan ange en annan person med uppdrag att bevaka hens intressen, s.k. ”nominated person”/kontaktperson. Kontaktperson har rätt till infor-

mation om behandling och att bli konsulterad vid viktiga tidpunkter under processen som till exempel under tvångsvårdsförhandling. En allmän advokat ska inom de första 24 timmarna få information om att en person har förts till tvångsvårdsinstitution och så snart som möjligt besöka personen för att erbjuda sina tjänster.

Rättigheter – Tasmanien

Den enskilde, och dennes anhöriga, kan vända sig till domstolen för att begära att tvångsvården avslutas. För övrigt specificeras inte rättigheter eller skydd av mänskliga rättigheter.

Relationen till tvångsvård vid psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom definieras i the Mental Health Act för Victoria som ett medicinskt tillstånd som karakteriseras av en betydelsefull störning av tankar, sinnesstämning, uppfattning eller minne. Även om definitionen inte direkt inkluderar substansberoende så kan lagen tillämpas i de fall där användandet av substanser leder till en betydelsefull störning enligt ovanstående.

Under en review av tvångsvårdslagen i Victoria 2015 framkom att i de fall båda lagarna var tillämpliga så föredrog professionella att söka tvångsåtgärder via the Mental Health Act eftersom processen för att få ett beslut om tvång var mer tillgänglig.[61] Den stora utmaningen när the Mental Health Act tillämpades för personer med beroende, var utformningen av behandlingsinsatser då personalen inom psykiatrisk tvångsvård inte uppfattades ha adekvat kompetens. Förslag som framkom var att skillnaden mellan lagarna borde tydliggöras medan andra betonade läkarens rätt att fatta beslut om vilken lag som var aktuell i det enskilda fallet. Några remissinstanser föreslog integration av de två tvångsvårdslagstiftningarna. Under 2021 pågår arbetet med en ny Mental Health and Wellbeing Act.

[61] DLA Pipet (2014) Review of the Severe Substance Dependence Treatment Act Volume 1 Report of the Review.

7.5 Kanada

7.5.1 Allmänt

Kanada omfattar Ontario, Quebec, British Columbia, Alberta, Manitoba, Saskatchewan, Nova Scotia, New Brunswick, Newfoundland and Labrador och Prince Edvard Island med befolkning som varierar från 15 miljoner i Ontario till 160 00 i Price Edvard Island. Till dessa tio provinser tillkommer tre territorier, Yukon, Nunavut och Northwest Territories.

All lagstiftning i de 10 provinserna och de tre territorierna följer the Canadian Charter of Rights and Freedoms.[62] I den anges att ingen kan fråntas sin frihet förutom när det sker i enlighet med juridiska principer (section 7), alla är garanterade att inte godtyckligt kvarhållas (section 9) samt att alla har rätt att inte diskrimineras på grundval av psykisk funktionsnedsättning (section 15).

7.5.2 Ansvarsfördelning

Den övergripande nationella lagstiftningen, the Canada Health Act,[63] har som syfte att skydda och främja hälsan samt att möjliggöra rimlig tillgång till hälsovård utan finansiella eller andra hinder. Lagen fastställer även de krav som provinser och territorier måste uppfylla för att få ekonomisk ersättning enligt Canada Health Transfer. Varje provins och territorium har, utöver den nationella lagstiftningen, självständig rätt att fatta beslut om lagstiftning inom området samt hur sjukvård och socialt stöd ska organiseras. Oavsett övergripande val av organisationssystem så sker i huvudsak den första kontakten med hälso- och sjukvården genom primärvården (inklusive familjeläkare) som, utöver att vara en ingång in i systemet, även ska ansvara för att koordinera insatser, säkra vårdkontinuitet och tillse att patient får kontakt med specialistvård vid behov.[64]

I till exempel Ontario har behandling och stöd delats upp mellan olika departement. Departementet för barn, samhälle och socialtjänst

[62] https://publications.gc.ca/collections/Collection/CH37-4-3-2002E.pdf.
[63] www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/canada-health-care-system-medicare/canada-health-act.html.
[64] www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/commissions-inquiries/federal-commissions-health-care/commission-future-health-care-canada-romanow-commission.html.

arbetar med boende och hemlöshet, barn i fara, preventivt med unga, stöd till personer med funktionsvariation, ekonomiska ersättning inklusive underhållsbidrag medan departementet för hälsa ger sjukvårdsinriktade insatser och stöd till personer med psykisk ohälsa och beroende. I en övergripande strategisk plan för psykisk hälsa och beroende, ”Open Minds, Healthy Minds”, har antagits satsningar på case management med personcentrerat fokus, interventioner riktade mot barn och unga, utbildning av primärvårdsläkare, samverkan med arbetslivet och arbetsgivare, och att fler personer med egen erfarenhet ska engageras inom verksamheter.[65] Man önskar även förenkla tillgång till stöd genom att ha mottagningar för obokade besök, walk in clinics, där sökande erbjuds enstaka samtal med fokus på till exempel sorg, ångest, relationer och substansanvändning.

Ett annat exempel är Quebec som har ett gemensamt departement, departementet för hälsa och social service, med ansvar för att organisera samtliga verksamheter inom hälsovård och samhällsservice inklusive psykisk ohälsa och beroende. Provinsen är indelad i 18 områden som var för sig ansvarar för all öppen och inneliggande vård, kommunal vård vid psykisk ohälsa samt all behandling för beroende. Verksamheten delas upp i sjukhus, lokala servicecentra, enheter för långtidsvård, skyddscentra för barn och unga och enheter för rehabilitering. Inom sjukhus bedrivs psykiatrisk vård medan rehabiliteringsenheterna ger psykosociala insatser till bland annat personer med beroendeproblematik inklusive spelberoende. Som en första ingång till stöd och vård finns integrerade enheter för hälsa och social service (CISSS) dit man kan vända sig för en första rådgivning och därefter remitteras till specialiststöd och vård.

Den generella kritiken mot de nuvarande hälso- och stödsystemen är att de är fragmentiserade och utgör ett svårnavigerat landskap med många olika aktörer, såväl offentliga som privata. Många verksamheter verkar i stuprör med begränsade uppdrag och med oklar kompetensnivå vilket försvårar integration av insatser när det föreligger samsjuklighet och andra komplexa vård- och stödbehov.[66]

[65] Open minds, Healthy minds. Ontario’s Comprehensive Mental Health and Addictions Strategy (2011) Ontario government.
[66] Flood, C M. & Bryan, T. (2017). Fragmented Law & Fragmented Lives: Canada’s Mental Health Care System. J.A. Chandler, J.A. & Flood, C.M. (eds.), Law and Mind: Mental Health Law and Policy in Canada, Ottawa Faculty of Law Working Paper No. 2020-33.

7.5.3 Skadereducerande insatser

Den nationella alkoholstrategin lanserades 2007 med fokus på fyra strategiska områden och 41 rekommendationer, varav 16 inkluderade begränsningar av tillgång till alkohol. Under en utvärdering av strategin 2017 konstaterades att det saknades underlag för uppföljning inom ett flertal områden då regleringen av hälsovård och lagstiftning är ett självständigt ansvar för varje provins och territorium och att bilden komplicerades ytterligare av det generellt komplexa systemet av vård och stödinsatser inom Kanada som helhet.

Den övergripande strategiska drogpolicyn lanserad i december 2016, Canadian drugs and substances strategy, omfattar fyra prioriterade områden: preventivt arbete, behandling, harm reduction och legala åtgärder för att minska tillgång.[67] Samtliga insatser inom dessa områden ska baseras på evidensbaserad kunskap.

7.5.4 Läkemedelsassisterad behandling

Läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende kan bedrivas av en privatläkare, vid en klinik eller via apotek. I flera provinser bedrivs läkemedelsassisterad behandling inom enheter som har en stor patientvolym och där själva medicinutdelning och kontroll står i fokus. Behandlingarna karakteriseras av hög drop-out, begränsad tillgång till rådgivande samtal och det sker inte screening för andra sjukdomar. Med syfte att förbättra situationen har kliniker med låg tröskel – hög tillgänglighet etablerats, Rapid Access to Addiction Medicine Clinics (RAAM), där personer med beroende kan få behandling av specialistläkare inom några dagar.[68] Dessa kliniker arbetar inte med akut sjukvård som fortfarande bedrivs på sjukhus (inklusive akut abstinensbehandling), men har dels en låg tröskel in i stöd och behandling, dels länkar personerna till primärvården efter att situationen stabiliserats. Idén bygger på resultat från primärvården som pekar på minskat stigma, högre kvarstannande i behandling och en mer bärande relation med vårdgivare när läkemedelsassisterad behandling sker hos primärvårdsläkare eller så kallad familjeläkare.

[67] www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/canadian-drugs-substances-strategy.html.
[68] www.addictionday.ca/wp-content/uploads/2019/06/Meldon-Kahan-Rapid-Access-Addiction-Medicine-RAAM-clinics.pdf.

I Nova Scotia och New Foundland och Labrador används den så kallade”hub-and-spoke”-modellen, en logistikmodell. Den centraliserade ”hub” är en specialistklinik där inställning av läkemedel sker och som även bedriver vårdkoordination av komplexa tillstånd, preventivt arbete, familjerådgivning och remiss till socialt stöd. När behandlingen har stabiliserats går patienten vidare till ”spoke”, en primärvårdsklinik, för en långsiktig behandling med stöd av läkare, sjuksköterska, case manager och beroenderådgivare.

Kriterier för att delta i programmet varierar något men riktlinjerna innehåller punkter såsom att diagnos enligt DSM5 ska fastställas, att personen har informerats om för- och nackdelar med behandlingen samt att personen känner till de förväntningar som kan ställas på behandlingsteamet med betoning på rätten till stigmafri, icke dömande attityd.[69] Unga under 18–19 år kan delta i programmet om läkare bedömer det som en lämplig behandling.

Naloxon

Det finns god tillgång till naloxonkit. Enbart i Alberta finns fler än 2 000 utlämningsställen, i huvudsak apotek och enheter som arbetar med harm reduction där man kan hämta ett kit utan kostnad och helt anonymt. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen i Quebec har provinsens apotek totalt delat ut över 14 000 naloxon kit och organisationer som CACTUS och AQPSUD (arbetar för the health of street drug users) lämnar ut cirka 300 kits var per månad. De flesta ställen med gratis naloxonkit erbjuder även utbildning i överdosprevention, träning för respons vid överdos samt hur naloxon administreras. I Nova Scotia är det möjligt att via en onlinevideo få kunskap om hur man ska hantera naloxon och i New Brunswick finns en harm reduction automat där brukare kan hämta ut rena sprutor, pipor, kondomer och naloxonkits. En diskussion som pågår i Calgary är huruvida man ska behöva registrera sig alternativt visa legitimation på apotek vilket skulle kunna riskera färre besök av brukare, beslut kommer 2022.

[69] Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder (2021) Centre for Addiction and Mental Health.

Brukarrum

Vancouver öppnade det första brukarrummet 2003 och 2021 finns det totalt 37 brukarrum fördelade på fem av provinserna.[70] Några brukarrum är öppna dygnet runt alla dagar i vecka och minst ett ger stöd och övervakar inhalation. I Alberta är ett av brukarrummen placerat på Royal Alexandra Hospitals akutmottagning, det första inom den typen av sjukhusbaserad verksamhet. Det finns även ett fåtal ställen som inte övervakar själva användandet men som erbjuder farmakologisk kontroll av substansen. Ytterligare exempel inom området är en mobil service i Alberta som erbjuder stöd från klockan 08:00 till 04:00 utanför ett härbärge. Diskussioner som pågår är huruvida brukarrum kan öppnas i andra ”settings”, framför allt sjukhus, och att mer stöd bör ges till brukarrum där personer med egen erfarenhet delvis eller helt ansvarar för verksamheten.[71]

Sprututbyte

Möjlighet att lämna och hämta sprutor finns över hela Kanada och personer med till exempel diabetes eller beroende kan på apotek, sjukhus, diabetesmottagningar hämta egna behållare för förvaring av använda sprutor. Vissa provinser har mobila team som, efter ett samtal till en telefonlinje, hämtar sprutor som hittas på allmänna platser. I Quebec har det skapats en grupp med personer med egen erfarenhet av hemlöshet, beroende och sexarbete, Messagers de rue, som i team av två rör sig ute på gatorna för att distribuera sprutor, inhalationsverktyg samt förebyggande material såsom kondomer. Många enheter har utökat sina program och inkluderar HIV-testning, vaccinationer, mat- och klädförråd och hänvisningar till arbetstillfällen.

[70] https://health.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/opioids/responding-canada-opioid-crisis/map.html.
[71] Kerr, Mitra, Kennedy & McNeil (2017) Supervised injection facilities in Canada: past, present, and future. Harm reduction journal, 14:28. Kennedy, Boyd, Mayer, Collins, Kerr & McNeil (2019) Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. Social science & medicine, 225; 60–68.

Heroinbehandling

En försöksverksamhet påbörjades 2005 i Vancouver and Montreal, the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) med totalt 251 deltagare.[72] Projektet avslutades 2008. Resultaten visade att för personer med kroniskt beroende, och där metadonbehandling hade varit ineffektiv, ledde heroinförskrivning till förbättrad fysisk och psykisk hälsa och minskad kriminell aktivitet. Utifrån brukarens perspektiv, representerat av brukarorganisationen the NAOMI Patients Association (NPA/SNAP), var detta en krävande behandlingsmodell.[73] Fördelning av dos skedde tre gånger per dag på kliniken och vid varje tillfälle ingick bedömningar på totalt 45 minuter. Brukarna fick inte vara sena eller tidiga till den inbokade tiden och detta försiggick således var fjärde timme under dagtid.

Harmreduction – övrigt

Lifeguard Digital Health, en app utvecklad i provinsen British Columbia, kan användas som ett stöd för att minimera risken med överdos. Personen kan ställa in vilken substans som brukas och starta appen när substansens intas. Appen ger därefter signal med jämna mellanrum. Om brukaren inte responderar, går ett larm till 112 som skickar ambulans och under de drygt två år som appen har varit tillgänglig har cirka 40 liv räddats.

MySafe är en försöksverksamhet i Vancouver som startade 2020 efter att allt fler personer hade drabbats av överdoser på grund av droger med okontrollerbar effekt. Efter scanning av personens handflata fördelar en automat, liknande en bankautomat, opioider (hydromorphone) ett antal gånger per dag.

I Quebec erbjuds home detox-kit (abstinenskit) så att avgiftningen kan skötas på egen hand i hemmet. Det rekommenderas inte till brukare som har ett långvarigt bruk av flera olika typer av substanser.

[72] The NAOMI Study Team: Reaching the hardest to reach – Treating the hardest-to-treat: Summary of the primary outcomes of the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI). October 17, 2008. www. educatingharper.com/NAOMI.htm.
[73] Boyd, S. & NAOMI patients association (2013). Yet they failed to do so: recommendations based on the experiences of NAOMI research survivors and a call for action. Harm reduction journal, 10:6.

Preventiva och stigmareducerande insatser

I Alberta utbildas hälso- och sjukvårdspersonal i ett inkluderande, ej dömande språkbruk.[74] I British Columbia, genom Foundry, ges stöd online till unga personer genom bokad och drop-in rådgivning och stödgrupper med personer med egen erfarenhet.[75]

Den interaktiva kartan med dödsrunor ger familj och vänner möjlighet för sorgebearbetning men kan även betecknas som en insats för att reducera stigma kring beroende.[76]

7.5.5 Tvångsvård

Varje provins och territorium har suveränitet i beslut gällande hälsa vilket leder till att det finns separata lagstiftningar i de olika delarna av Kanada.[77] En grundläggande princip är dock att om personen i fråga bedöms ha beslutskapacitet så kan behandling ske först när personen samtycker. Några provinser har en lägsta åldersgräns på 14 eller 16 år medan till exempel Ontario inte har en lägsta åldersgräns för samtycke. Om läkare bedömer att barnet har förmåga att fatta beslut kan barnet neka behandling.

För att tillämpa tvång krävs i samtliga provinser tre kriterier: 1. att en person har en psykisk sjukdom (mental disorder), 2. inte kan vårdas frivilligt och 3. utan tvångsvård kan den psykiska sjukdomen leda till skada (harm).

Kriterium 1, psykisk sjukdom, har sitt ursprung i Uniform Law Conference of Canada's Uniform Mental Health Act (1987) vilken inte specifikt anger beroende men inte heller exkluderar detta. Canadian mental health tribunals har vid ett flertal tillfällen beslutat att beroende är en psykisk sjukdom och det baseras bland annat på att beroende är en diagnos i DSM5. Kriterium 3 kan inkludera ett skadekontinuum från risk för kroppslig skada till allvarlig psykisk och fysisk försämring/nedgång.

Tvångsvård av personer med beroende sker således genom samma lagstiftning som för personer med annan psykisk sjukdom, Mental Health Act, och en grundläggande förutsättning är att personen

[74] www.albertahealthservices.ca/assets/info/hrs/if-hrs-reducing-stigma.pdf.
[75] https://foundrybc.ca.
[76] www.nsc.org/home-safety/get-involved/memorial.
[77] O'Reilly & Gray (2014) Canada's mental health legislation. International Psychiatry, 11(3): 65–67.

genom sitt substansberoende inte har förmåga att ge samtycke till vård. I lagstiftningen ingår två självständiga bedömningar av läkare men tidsperioden kan variera, i Quebec inom 24 timmar, i Alberta inom 48 timmar. Patienterna har ett antal rättigheter kopplade till juridiskt stöd och kan utse ett ombud som får ta del av all information samt föra patientens talan. I flera provinser har patienten rätt till en panelhearing men en revision av tvångsvårdslagen har visat att det efter en sådan begäran inte är ovanligt att patientens tvångsvård avslutas.

Under 2020 introducerade British Columbias regering ett förslag till förändring av lagstiftningen som skulle möjliggöra tvångsvård även av personer under 19 år med allvarligt substansberoende. Insatsen skulle handla om en kort tids tvångsvård för stabiliseringen av situationen efter en överdos. Förslaget drogs tillbaka 2021 med hänvisning till att lagändringen troligtvis stod i konflikt med Barnkonventionen.[78] Dock har föräldrar i tre provinser (Alberta, Saskatchewan and Manitoba) laglig rätt att få ett minderårigt barn omhändertaget och fört till avgiftning under 5–15 dagar. Därefter får barnet en behandlingsplan, men det är upp till barnet självt att ge samtycke eller inte till eftervårdsplaneringen.

7.6 England

7.6.1 Ansvarsfördelning

NHS, den nationella organisation som ansvarar för hälso- och sjukvård, finansieras genom skattesystemet och inkluderar i princip alla som bor i England. Det finns även privata försäkringssystem men av mycket begränsad omfattning motsvarande cirka 3 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden. Social service är ett uppdrag för de lokala myndigheterna men inbegriper även samverkan med så kallade kliniska uppdragsgrupper (CCG), grupper av allmänläkare. De sistnämnda grupperna är under omstöpning och ska under 2022 övergå till 42 enheter med uppdrag att verka för en integrerad vård, the integrated care system (ICS) vilket inkluderar sjukhus, kommunala enheter, allmänläkare och verksamheter med fokus på psykisk

[78] Goodyear, Robinson, Jenkins, Gagnon, Mitchell & Knight (2021) Involuntary stabilization care of youth who overdose: a call for evidence- and ethics-informed substance use policy. Canadian Journal of Public Health (2021) 112:456–459.

hälsa.[79] Syftet med de integrerade stöd- och vårdenheterna är att undanröja de traditionella uppdelningarna mellan sjukhusvård och familjeläkare/primärvård, att arbeta för helhetsperspektiv på fysisk och psykisk hälsa och att integrera kommunala insatser med sjukhusbaserade åtgärder.

Lagar och policydokument som reglerar hälso- och sjukvård och den sociala servicen i England är ett flertal som är mer eller mindre omfattande, till exempel the NHS Long Term Plan från 2019,[80] den till NHS kopplade Community Mental Health Framework från samma år,[81] Care Act England,[82] the Health and Social Care Act 2012[83] och Equality Act 2010.[84]

De två sistnämnda lagarna reglerar bland annat skyldigheter för hälso- och sjukvård avseende arbetet med att inkludera jämställdhet och likabehandling som en integrerad del inom hela vården samt i förhållande till social service.[85]

Den grundläggande principen med the Care Act, som implementerades 2015, är ett åliggande för de lokala myndigheterna att identifiera medborgarnas behov och i samverkan med olika aktörer, inklusive sjukvården, utveckla nödvändiga insatser. I lagen ingår bestämmelser om bedömningar vid behov av individuellt stöd, i de flesta fall av en socialarbetare, och bedömningen kan därefter resultera i en stöd- och vårdplan. Planen, som skapas av social service i samverkan med den sökanden, ska utformas så att den stödjer ett självständigt liv. Social services ansvar inkluderar stöd till äldre, till personer med psykisk ohälsa inklusive alkohol och drogberoende, boendeproblematik kopplad till hemlöshet samt våld i nära relation. Arbetet inbegriper även barns situation med familjestöd, placeringar, adoption och unga kriminella.

Long Term Plan (LTP), som nämndes ovan, är en långsiktig plan för att adressera de utmaningar som hälso- och sjukvård och kommunal service möter och som syftar till att skapa hållbara framtida lösningar. Utöver de digitala stöden så nämns arbetet med så kallad social förskrivning som är en nyckelkomponent i arbetet med per-

[79] www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care.
[80] www.longtermplan.nhs.uk.
[81] www.england.nhs.uk/publication/the-community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults.
[82] www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents.
[83] www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents.
[84] www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/contents.
[85] www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/hlth-inqual-guid-comms-dec15.pdf.

soner med långvariga kroniska sjukdomstilltillstånd och komplexa sociala behov. Dessa ska kunna remitteras till länkare (link worker) som utifrån ett helhetsperspektiv och i samverkan med berörd person ska verkställa koordination av insatser. Enligt LTP planeras för fler än 1 000 länkare som ska vara i funktion vid 2021 med målsättning att inom några år samordna insatser för en miljon medborgare. LTP innehåller även en beskrivning av en modell för personcentrerad vård, the Comprehensive Model for Personalised Care, baserad på sex evidensbaserade komponenter såsom delat beslutsfattande, social förskrivning, planering av stöd och hälsobudget.[86]

Slutligen bör även the Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults nämnas.[87] Strategin inkluderar personer med olika typer av problematik såsom depression, alkohol- och drogberoende och bipolaritet och syftar till att bygga upp och stärka långsiktigt stöd i personernas närområde där allmänläkarmottagningar tillsammans med kommunala enheter ska kunna erbjuda integrerade insatser.

7.6.2 Skadereducerande insatser

Regeringens narkotikastrategi, som lanserades 2017, bygger på fyra huvudteman: att minska efterfrågan, att minska tillgången, att förbättra tillgång till behandling och att vara drivande i internationella initiativ.[88] Även om strategin i huvudsak inkluderar ett övergripande arbete avseende drogberoende så berörs även alkoholbruk och alkoholberoende utifrån att det kan krävas gemensamma åtgärder för att skapa såväl integrerade som specifika behandlingssystem. Lokalsamhället ges ett uppdrag att minska skadligt alkoholbruk genom såväl övergripande som skräddasydda insatser för vissa målgrupper. Alkohol är även en betydelsefull del av the Modern Crime Prevention Strategy då alkoholbruk/beroende bedöms vara en drivande faktor inom kriminalitet.

[86] Sanderson, J. Kay, N. & Watts, R. (2019) Universal Personalised Care. Implementing the Comprehensive Model. Personalised Care Group NHS England, London.
[87] NHS England and NHS Improvement and the National Collaborating Central for Mental Health (2019) The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults.
[88] HM Government '2017 Drug Strategy- July2017. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/628148/Drug_strategy_2017.PDF.

Drogstrategin har kritiserats då harm reduction fått en undanskymd plats och nedprioriterats i förhållande till drogfrihet.[89] Prognoser har visar på ett ökat behov av insatser inom området men strategin ger inte stöd för en förstärkt ekonomisk stimulans.

Läkemedelsassisterad behandling

Ingången till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende sker genom kontakt med primärvårdsläkare/familjeläkare eller den lokala organisationen för beroendebehandling.[90] En så kallad key worker (behandlingsassistent) kopplas in för att bistå med stöd i beslut om vilken behandlingsinriktning som är den mest ändamålsenliga för personen: enbart avgiftning eller läkemedelsassisterad behandling. Behandlingsassistenten bistår även i framtagandet av en behandlingsplan i samverkan med den sökande. Om det parallellt med opioidberoendet föreligger beroende av alkohol eller andra substanser kan behandling av detta inkluderas i planeringen.

Avgiftningen sker i första hand i det egna boendet med undantag för situationer där det även finns andra psykiska eller fysiska komplikationer eller när det vid tidigare avgiftningstillfällen inte har fungerat hemma eller om avgiftningen inkluderar alkohol och till exempel bensodiazepiner. Avgiftning i det egna boendet kan pågå i upp till 12 veckor.

För personer vars val är läkemedelsassisterad behandling kommer intaget av medicin att under minst tre månader övervakas av personal på apotek. Det är möjligt att byta från läkemedelsassisterad behandling till avgiftning när så önskas.

Om valet är avgiftning kommer behandlingsassistentens stöd att kvarstå i sex månader och kan inkludera bistånd med boendefrågor och sysselsättning.

[89] www.nat.org.uk/sites/default/files/publications/English%20Harm%20Reduction%20Group%20Briefing%20on%202017%20Drug%20Strategy.pdf.
[90] www.nhs.uk/live-well/healthy-body/heroin-get-help.

Sprututbyte

Tillgång till sprutor och annan utrustning på apotek har funnits sedan 1960-talet, även före det formella etablerandet av sprututbytesprogram vilket skedde 1985. Utbudet inkluderar utöver sprutor även filter, folie och annat material. Sprututbyten som verkar genom organisationer ger även information om hur en injektion kan genomföras på ett säkrare sätt, ger utbildning i överdosprevention, distribuerar naloxon, tar blodprov, delar ut kondomer och länkar till beroendebehandling inklusive läkemedelsassisterad sådan. Det går att identifiera sprututbyten genom en speciell logga utanför verksamheten.

Brukarrum

Tidigare regeringar har förkastat förslag på övervakade brukarrum med hänvisning till att det inte har funnits evidens för insatsen inom harm reduction. 2007 tillsattes Independent Working Group on Drug Consumption Rooms som i sin rapport förordade genomförandet av en pilotstudie med brukarrum.[91] Förslaget har inte realiserats.

I det angränsande Skottland har en enskild person under 2020 ordnat med en skåpbil som fungerar som ett övervakat brukarrum. Verksamheten fungerar utan lagstöd men inget åtal har väckts (mars 2021).

Heroinassisterad behandling

Heroinassisterad behandling användes av ett hundratal specialistläkare redan på 1960-talet men fasades till stor del ut i samband med introduktionen av metadon som behandling. Dock har läkare fortsatt att i viss mån förskriva diacetylmorphine (heroin) till patienter med långvarigt heroinberoende och där tidigare insatser inte varit framgångsrika. Vid en undersökning av dessa förskrivningar identifierades dock även patienter utan tidigare heroinbruk och patienter som erfarit svårigheter med metadoninjektioner.[92]

[91] The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms (2006). Joseph Rowntree Foundation, York.
[92] Metrebian, Mott, Carnwath, Carnwath, Stimson & Sell (2007) Pathways into receiving a prescription for diacetylmorphine (heroin) for the treatment of opiate dependence in the United Kingdom. Addiction Research, 13(3):144-7.

Englands hitintills enda officiella heroinassisterade behandlingsenhet öppnade i Middlesbrough 2019 som ett resultat av ett gemensamt arbete av hälso- och sjukvård, frivård, polis och beroendebehandlingsenhet.[93]

För att få tillgång till behandlingen gäller följande kriterier: det ska finnas ett långvarigt beroende av heroin samt att personen inte har svarat på tidigare behandling. Vid programstart identifierades 15 personer som av kriminalvården, hälsovården och social service bedömdes vara i behov av heroinassisterad behandling. Budgeten är säkrad fram till våren 2022 tack vare medel från ett projekt som arbetar preventivt för att skydda samhället från brott orsakade av illegala droger.

Harmreduction – övrigt

The Loop är en organisation som arbetar med laboratorietestning av narkotiska substanser på nattklubbar och olika events för att säkra innehållet i de droger som används.[94]

Chill organiserar så kallade chill-outs vid festivaler och musikkonserter för att skapa utrymmen där deltagare kan vara trygga och få stöd vid oönskade effekter av alkohol och andra droger. Man arbetar även med riskbedömningar och krisinterventioner.[95]

Harm reduction works är en webbsida som utvecklades som en del av implementeringen av Hälsodepartementets publikation Reducing Drug Related Harm: An Action Plan, som har informationsmaterial om HIV, hepatit B och C, överdoser och injektioner i ljumsken.[96]

7.6.3 Tvångsvård

Tvångsvård kan ske genom lagen för psykiatrisk tvångsvård, Mental Health Act 1983, där kriteriet för intagningsbeslut är att personen bedöms ha en psykisk sjukdom, ett begrepp som dock inte är definierat i lagen.[97]

[93] www.addiction-ssa.org/research-analysis-heroin-assisted-treatment-piloted-in-north-yorkshire-town.
[94] https://wearetheloop.org.
[95] http://chillwelfare.org.uk.
[96] www.harmreductionworks.org.uk/index.html.
[97] www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents.

Tvångsvård går inte att besluta baserat enbart på ett alkohol- eller drogberoende men om beroendet bedöms ha förorsakat psykisk ohälsa/sjukdom så är lagen tillämplig. Det ska även föreligga behov av vård samt risk för skada även i förhållande till närstående. Antalet personer med beroende som vårdats med stöd av tvångsvårdslagen är okänt men uppskattas till ett fåtal.[98]

Första bedömningen genomförs av en AMHP,[99] en socionom, psykolog, arbetsterapeut eller sjuksköterska, som efter specialistutbildning utför vissa arbetsuppgifter inom lagen. Därefter görs en tvåläkarbedömning[100] varefter AMHP ansöker om bäddplats vid ett sjukhus. Det finns flera olika så kallade sektioner under vilken tvångsvården utförs såsom sektion 2, som tillämpas vid akutvård. Beslutet gäller då för 28 dagar med syftet att läkare ska kunna genomföra bedömning och fatta beslut om eventuell behandling.

En person som tvångsvårdas har rätt att få information om vilken sektion som tvångsvårdsbeslutet gäller, till vem man vänder sig för att lämna klagomål, hur beslut överklagas till rätten och om olika typer av legalt stöd.

Efter tvångsvård inom sluten vård kan beslutas fattas om övervakad öppen psykiatrisk tvångsvård i hemmet eller ett annat boende.

En översyn av lagen 2018 resulterade i ett antal överväganden och förslag.[101] Under genomgången av lagen övervägdes att tvångsvård inte skulle kunna tillämpas för personer med beslutsförmåga och som inte samtycker till vård då detta i högre grad än den nuvarande lagen ansågs vara i samstämmighet med de mänskliga rättigheterna. Det fattades dock ett beslut om att avvakta med en sådan förändring baserat på tveksamhet om huruvida samhället skulle vara berett att acceptera konsekvenserna av sådant beslut samt att det behövde övervägas om personens rätt att neka vård är starkare än andras rätt att vara trygga.

Sex så kallade Dedicated Drug Courts (DDCs) inriktade på att möjliggöra vård och behandling för personer med drogberoende och

[98] Israelsson & Gerdner (2012) Compulsory Commitment to Care of Substance Misusers: International Trends during 25 Years. European Addiction Services, 18:302–321.
[99] Approved mental health professional.
[100] Observera dock att parlamentet 2020, som en del av hanteringen av COVID-19, fattade beslut om förändringar i the Mental Health Act för att tillåta att enbart en läkare gör bedömningen vid tvångsintagningsbeslut.
[101] Modernising the Mental Health Act Increasing choice, reducing compulsion. Final report of the Independent Review of the Mental Health Act 1983.

som dömts till fängelsestraff introducerades i England 2004.[102] Personer som varit aktuella för beslut om behandling i domstolarna var unga (26–35 år) samt dömda för i första hand stöld och drogrelaterade brott. Behandling som erbjuds genom DDC är bland annat avgiftning och abstinensbehandling, behandlingshem, såväl intensiv som traditionell öppenvård.

I England har det sedan 2008 etablerats drug courts specifikt inriktade på att ge stöd till föräldrar med alkohol- och drogberoende.[103] Dessa domstolar har liknande uppdrag som familjedomstolar, dvs. fokus på att ge barn skydd, men skillnaden är att det i dessa specialdomstolar har utvecklats en agenda med inslag av ett mer terapeutiskt förhållningssätt och där det sker en kontinuerlig kontakt mellan domaren och föräldrarna. Till domstolen kopplas även ett speciellt team med kompetens inom beroende, våld i nära relationer och psykisk ohälsa. Totalt finns det i England 14 sådana specialistteam som är verksamma i 21 olika domstolar.

[102] Kerr, J., Tompkins, C., Tomaszewski, W., Dickens, S., Grimshaw, R., Wright, N. & Barnard, M. (2011) The Dedicated Drug Courts Pilot Evaluation Process Study. Ministry of Justice Research Series 1/11, London.
[103] Family and Drug and Alcohol Court, FADC.

DEL 3

Bedömningar och förslag

8 Förändrad styrning av insatser för personer med samsjuklighet

Som framgår av kommande kapitel anser vi att det krävs reformering av samhällets insatser till personer med samsjuklighet och att den delvis behöver omfatta hela området skadligt bruk och beroende. Reformens syfte är att bidra till att insatserna till personer med samsjuklighet blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade. Detta skiljer sig från hur det fungerar i dag, när insatserna ges fragmentiserat på ett sätt som ofta innebär att det uppstår mellanrum mellan olika verksamheter. Målet med insatserna är ofta avgränsade till den egna verksamhetens uppdrag och utgår inte från personens samlade behov. Verksamheterna strävar ofta endast efter att uppnå drogfrihet och tar inte hänsyn till andra mål som verksamheterna ska uppnå. Vi menar att även om drogfrihet kan vara relevant i många fall måste insatserna präglas av större helhetssyn och de individuella målen också kunna vara till exempel minskad psykiatrisk- och somatisk sjuklighet, stabilare boendesituation och meningsfulla vardagsaktiviteter.

En reformering av systemet med det syfte som anges ovan förutsätter enligt vår mening en kulturförändring i ledning och styrning av verksamheterna på alla nivåer. Styrningen behöver i högre grad än i dag involvera målgruppen och ge utrymme för det engagemang och den kunskap som finns hos medarbetarna. I det här kapitlet redovisas våra bedömningar när det gäller hur en sådan kulturförändring kan åstadkommas. Vår inriktning stämmer i många delar överens med de mål och förhållningsätt som regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) pekat ut som avgörande för omställningen mot en god och nära vård[1].

[1] SKR, webbplats 2021-05-13, God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

8.1 Målbilder framtagna av personer med samsjuklighet

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.

Vi har i vårt arbete genom en kvalitativ metod som beskrivs i kapitel 2 undersökt vilka mål som personer med samsjuklighet och anhöriga anser är viktigast att samhällets samlade insatser uppnår. Dessa är:

- Tidig hjälp för psykisk ohälsa och skadligt bruk.
- Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.
- Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.
- Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.
- Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.
- Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.
- Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.
- En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.
- En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.
- Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.

I det arbete som vi har genomfört med ledningsfunktioner i tre regioner och kommunerna som ingår i dessa regioners område, bekräftades relevansen av målbilderna[2]. Förslagen som vi lägger syftar till att öka förutsättningarna för att vissa av målbilderna ska uppfyllas. Det

[2] Se kapitel 2.

finns dock målbilder där vi inte lägger skarpa förslag, eftersom vi bedömer att utvecklingen kan och behöver fortsätta inom ramen för nuvarande regelverk och befintliga strukturer, eller för att det inte ligger inom vårt uppdrag att lämna förslag inom området. Hur respektive målbild hänger samman med våra förslag framgår av figuren i kapitel 3.

Vi anser att målbilderna är relevanta för att visa på vad samhällets insatser till personer med samsjuklighet ska uppnå. Naturligtvis är inte alla målbilder aktuella för alla individer. De flesta av målbilderna är av störst relevans för personer med samsjuklighet och samtidiga behov av sociala insatser. Som framgår av kapitel 12 anser vi också att målbilderna kan vara en utgångspunkt för ett sammanhållet system för uppföljning av samhällets insatser till personer med samsjuklighet.

Nedan följer en redogörelse av innehållet i respektive målbild och vad som är viktigt för att de ska uppnås.



Tidig hjälp med psykisk ohälsa och skadligt bruk

Personer med samsjuklighet och anhöriga uttrycker vikten av förebyggande och tidiga insatser för att förhindra och fånga upp psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende. Det kan till exempel handla om stöd till familjen. Hjälpen behöver också sättas in tidigt när problem visar sig. Det kan underlättas genom att riskabelt bruk uppmärksammas i primärvården, en fungerande elevhälsa, tillgång till ungdomsmottagningar och mini-marior där regioner och kommuner samarbetar för att tillhandahålla insatser till unga med skadligt bruk. De förslag som lagts av utredningen *En sammanhållen god och nära vård för barn och unga* (SOU 2021:34) och som beskrivs i kapitel 6, kan vara en utgångspunkt för ett fortsatt utvecklingsarbete inom området när det gäller barn och unga.



Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den

Målbilden är att det ska vara tydligt vilka aktörer och vårdnivåer som finns. Det ska vara enkelt att komma i kontakt med vården när den behövs. Personer med samsjuklighet har i kontakter med oss beskrivit viljan att ta emot vård som ett fönster som kan vara öppet under begrän-

sad tid, vilket gör det viktigt att vården har förutsättningar att ta mot personen vid det tillfället. För att uppnå målbilden krävs tydliga uppdrag till aktörer i systemet, samt en effektiv organisering och tillräckliga resurser som även inbegriper tillgång till personal med rätt kompetens för uppgiften. Det kan också behöva finnas särskilda oberoende funktioner som hjälper den enskilde att navigera i vård- och stödsystemet.



Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig

Personer med samsjuklighet uttrycker vikten av att utifrån olika förutsättningar vara med och välja insats. Detta förutsätter att det finns kunskap om skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd i vård- och stödsystemet. Målbilden förutsätter också utvärderingar och studier av olika insatsers effekter. Systemet behöver även vara uppbyggt så att ansvariga huvudmän har förutsättningar att implementera den kunskap som finns och resurser att erbjuda flera evidensbaserade behandlingar. Valet av insats ska ske utifrån tillgänglig kunskap, behandlarnas erfarenhet och personens värderingar och behov.



Vård och stöd som hänger ihop som en helhet

Målbilden uttrycker en helhetssyn på individen utifrån psykiska, fysiska och sociala behov. Personer med samsjuklighet har beskrivit att man upplever att man skickas runt, hänvisas till, och avvisas från olika verksamheter. Målbilden understryker också vikten av att vårdkedjan hålls samman. Vi har i vårt arbete fått ett antal exempel på hur en person skrivits ut från sjukhus eller behandlingshem utan att varken psykiatrisk öppenvårdsbehandling eller sociala stödinsatser funnits tillgängliga eller att insatser efter ett avslutat heldygnsomhändertagande inte planerats tillräckligt. För att målbilden ska anses vara uppfylld krävs också tillgång till multiprofessionella team och olika kompetenser som samarbetar när det behövs.



Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa

Målbilden understryker vikten av att skadligt bruk, beroende och andra psykiska sjukdomar behandlas samordnat. Våra iakttagelser är att det sker för sällan och att det ibland finns regler om att man ska vänta ett visst antal månader efter att man blivit drogfri innan man kan få vård. Det förekommer också att behandlingshemvistelser avslutas i samband med återfall och att personer inte får insatser från kommunen för att man har ett skadligt bruk eller beroende. Målbilden uttrycker att alla bedömningar av vilken vård och vilka insatser en person har nytta av och kan tillgodogöra sig, ska ske på ett individuellt plan. För att målbilden ska uppnås behöver insatser för psykiatriska tillstånd integreras i högre grad än i dag, och socialtjänsten behöver ha ett tydligt uppdrag att ge insatser till personer som har ett skadligt bruk eller beroende, som inte är villkorade och som är inriktade på att förbättra levnadsförhållanden och inte på behandling.



Att bli lyssnad på, få förståelse och bli bemött med samma respekt som andra

Flera personer med samsjuklighet och anhöriga har beskrivit att man upplever sig som dömd eller stämplad som ”missbrukare” på grund av sina problem. Att det förekommer stigmatisering mot personer med skadligt bruk, beroende eller annat psykiatriskt tillstånd har också stöd i forskning[3]. Målbilden understryker vikten av möten med ömsesidig respekt och förståelse. Det förutsätter en god arbetsmiljö, möjligheter till reflektion över etik och maktförhållanden samt systematiska insatser för att sprida kunskap och minska stigmatiseringen av målgruppen. Ytterligare ett sätt att bidra till målbildens uppfyllelse är att personer med erfarenhet av samsjuklighet och anhöriga deltar aktivt i utvecklingen av vård- och stödsystemet. Det kan också vara av betydelse att den som får vård och stöd ibland möts av personer med egen erfarenhet som kan förmedla hopp och utjämna maktförhållanden.

[3] Se kapitel 13.



Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg

Personer med samsjuklighet som vi har varit i kontakt med upplever att för mycket fokus varit på deras sjukdom och stödbehov och inte på deras resurser, styrkor och drivkrafter vilka kan bidra till att hälsa och social trygghet uppnås. Många efterfrågar också ökad delaktighet och bättre samspel när vård- och stödinsatser planeras och genomförs. Att få hjälp att förstå och hantera sin sjukdom genom utbildning är också ett behov som återkommer i intervjuer och fokusgrupper. För att målbilden ska uppnås behöver utvecklingen mot en mer personcentrerad vård fortsätta och socialtjänstens uppdrag att frigöra och utveckla resurser vara tydligt och ges rätt förutsättningar.



En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang

Målbilden betonar vikten av tillgång till basala resurser som boende och sysselsättning. Den omfattar också möjligheten att kunna delta i en gemenskap och upprätthålla fungerande nätverk. För att målbilden ska uppfyllas krävs att socialtjänsten har ett tydligt uppdrag och tillräckliga resurser att utföra det. Att civilsamhället har bra förutsättningar att bedriva sin verksamhet kan bidra till måluppfyllelsen.



En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen

Vård- och stödsystemet är fragmentiserat och svåröverblickat. För en person med behov av många kontakter är det av stort värde att det finns en person som håller ihop planering och genomförande av insatserna. Personer med samsjuklighet betonar också vikten av en tillitsfull relation mellan den som håller ihop insatserna och den som behöver dem. Vi har tagit del av flera positiva exempel på när sådana relationer utvecklats och vilken betydelse det haft för den enskilde. Målbilden kan uppnås genom att det finns förutsättningar för kontinuitet i det ordinarie vård- och stödsystemet och genom att sådana särskilda funktioner garanteras för dem med de största behoven.



Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk

Målbilden avser både stöd till anhöriga och stöd till personer med samsjuklighet att bibehålla fungerande relationer. Vi konstaterar att anhöriga till personer med samsjuklighet ofta själva ger insatser eller samordnar insatser till sina närstående med samsjuklighet. De känner också ofta ständig oro för sin närstående. Forskning visar att ohälsa är vanligare bland anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende än i befolkningen i övrigt (se kapitel 9). För att målbilden ska nås behöver alla aktörer involvera nätverket när det är möjligt, och ha ett tydligt ansvar för att tillhandahålla stöd, utbildning och erfarenhetsutbyte för anhöriga. När det gäller barn måste samhället ha tillräckliga resurser och kompetens både att ge stöd till familjen och ingripa till barns skydd.

8.2 Statlig, regional och kommunal styrning av insatser till personer med samsjuklighet

I det här avsnittet redovisar vi vår analys och våra bedömningar när det gäller styrningen av samhällets insatser till personer med samsjuklighet på alla nivåer.

8.2.1 Staten ansvarar för tydlig ansvarsfördelning och långsiktiga planeringsförutsättningar

Bedömning: Staten bör tydligare än i dag reglera ansvarsfördelningen mellan huvudmännen men samtidigt ge mer långsiktiga förutsättningar för regional och kommunal utveckling och samverkan.

Som framgår av kapitel 9 uppfattas ansvaret inom missbruks- och beroendeområdet som otydligt. Detta har framkommit både i vårt arbete och i tidigare rapporter. Det har också påtalats i en särskild skrivelse från SKR till regeringen våren 2020[4]. Vår bedömning är därför att staten tydligare än i dag behöver ange uppgiftsfördelningen

[4] SKR 2020-06-11, Hemställan om en bred översyn av stöd, vård och behandling för hela målgruppen personer med missbruk och beroende.

mellan regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst när det gäller vård och stöd till personer med skadligt bruk och beroende. Därför lägger vi sådana förslag som redovisas i kapitel 9. Samtidigt måste bestämmelserna om huvudmännens ansvar utformas så att de inte reglerar mer än nödvändigt, dels med utgångspunkt från den grundlagsfästa kommunala självstyrelsen, och dels för att det ska finnas utrymme att på lokal och regional nivå gemensamt testa förändringar och utveckla fungerande arbetssätt. Nedan utvecklar vi våra bedömningar kring brukares och medarbetares medverkan i utvecklingen av verksamheternas arbetssätt och kultur. En sådan medverkan förutsätter att regelverket lämnar ett visst handlingsutrymme. Det måste också finnas möjlighet att anpassa verksamheten efter lokala och regionala förutsättningar. Vår målsättning är att lämna förslag som beaktar balansen mellan att uppdraget är tillräckligt tydligt och att det finns utrymme för verksamhetsutveckling och lokal anpassning.

Statens styrning inom området psykisk ohälsa har den senaste 20-årsperioden präglats av en mängd olika statsbidrag till regioner och kommuner som villkorats på olika sätt. Flera utredningar och granskningar inom området har påtalat att det är en styrning som inte i tillräcklig grad stödjer utvecklingen inom området eftersom det inte skapar långsiktiga planeringsförutsättningar[5]. Vi delar den bedömningen. Styrningen av psykiatriområdet har analyserats närmare och flera förslag finns i det betänkande som 2018 lämnades av Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa[6].

8.2.2 Nya sätt att styra behöver utvecklas

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

Vi konstaterar att styrningen inom området utgår från snävt definierade uppdrag snarare än från behov, resurser och beteenden hos dem

[5] SOU 2006:100, Riksrevisionen 2009, Myndigheten för Vårdanalys 2015.
[6] SOU 2018:90, För att börja med något nytt måste man sluta med någon gammalt.

som verksamheten är till för. Exempel på det är att den enskilde behöver leva upp till olika typer av krav för att få insatser. Det kan handla om drogfrihet under en viss tidsperiod, att man tagit emot vissa insatser eller att man kommit på ett visst antal besök. Ett annat exempel är att insatserna ges på vissa tider i vissa lokaler på ett sätt som inte anpassats till personer som saknar struktur på sin vardag, har vänt på dygnet och ofta är påverkade. Insatser för att minska psykiatriska symtom ges i en organisation, behandling för det skadliga bruket i en annan, och insatser för ett fungerande boende och meningsfull sysselsättning i en tredje. Samarbete med andra räknas sällan som organisationernas kärnuppdrag.

Att styrningen av hälso- och sjukvården behöver utvecklas har stöd i forskning inom området. Anders Anell menar exempelvis att regionernas styrning av hälso- och sjukvården präglats av ett för starkt byråkratisk top-down perspektiv[7]. Som alternativ till det pekar Anell på styrformer som innehåller mer av lärande och innovation, och där professionellas och patienters drivkrafter får större utrymme. Han menar också att personcentrering kan bli en drivkraft för utveckling av organisation och arbetsformer i hälso- och sjukvården.

Mats Tyrstrup har myntat begreppet ”organisatoriska mellanrum” och menar att komplexa organisationer förutsätter ett horisontellt ledarskap. Resonemanget tar sin utgångspunkt i att problemen ofta behöver lösas genom samarbete och sökande efter gemensamma lösningar, snarare än genom specifika krav och hierarkiska strukturer.

Utifrån vad som framkommit i det arbete som vi genomfört tillsammans med Experio Lab och Hälsolabb[8] i flera regioner, och som beskrivs ovan, kan det konstateras att verksamheterna själva uppfattar att styrningen är fragmentarisk och att man sällan når upp till målbilderna som presenterades i det förra avsnittet. Personer med chefsuppdrag i regioner och kommuner identifierade ett antal hinder i styrning och arbetssätt vilka sammantaget bidrar till den bristande måluppfyllelsen:

[7] Anell, Vården är värd en bättre styrning 2020.

[8] Experiolab är ett samarbete mellan ett antal regioner för att bedriva användarcentrerad utveckling. Hälsolabb är ett samarbete mellan Experiolab SKR och Centrum för tjänsteforskning vid Karlstad Universitet som syftar till att skapa en arena för lärande och experimenterande som syftar till att stödja omställningen till Nära vård.

– Organisationens regler och avgränsningar spelar större roll än individens behov.
– Eldsjälar som jobbar runt systemet riskerar att dölja strukturhinder.
– Enbart fokus på symtom och förenklade kategoriseringar snarare än på individens behov och berättelse.
– Stark stigmatisering påverkar förhållningssätt gentemot målgruppen.
– Kortsiktig ekonomisk styrning med fokus på enskilda organisationer och insatser.
– Systemets fragmentisering manifesteras särskilt kring personer med samsjuklighet och andra med stora behov.
– Reaktivt förhållningssätt där vi inte resursätter och organiserar för ett förebyggande arbete.
– Kortsiktiga nationella satsningar.

Skäl för bedömningen

Vi anser att det behöver utvecklas en styrning inom samsjuklighetsområdet som i högre grad än i dag utgår från målgruppens behov, resurser och beteenden. Det har tydligt framgått att när personer med samsjuklighet involverats i analysen av behoven inom området, som skett inom ramen för vårt arbete både nationellt och lokalt, har det bidragit till ökat fokus på vem verksamheterna är till för och hur olika delar håller ihop. Metoder som undersöker hur personer som behöver insatser navigerar i systemet, och hur det som erbjuds stämmer överens med beteenden och behov hos målgruppen, förefaller särskilt framgångsrika. Dialoger där medarbetare, ledare och personer som behöver insatser tillsammans utvecklar och testar nya sätt att arbeta och organisera verksamheten, verkar kunna leda till konkreta förbättringar. I kapitel 13 föreslår vi ett statligt finansierat program som ska driva på för ökat brukarinflytande i verksamheter för personer med samsjuklighet. Vi bedömer också i kapitel 16 att regioner och kommuner kan använda användardriven tjänstedesign i utveck-

lingen av sådana samordnade vård- och stödverksamheter som vi föreslår att de ska vara skyldiga att bedriva gemensamt.

Inom ramen för utredningen har vi i flera sammanhang tagit del av det engagemang och den kunskap som finns hos medarbetare och chefer i verksamheten. I dessa samtal har det ibland uttryckts att man ser vad målgruppen behöver, men att man inte har förutsättningar att tillgodose det behovet eftersom uppdraget och tillgängliga resurser sätter gränser.

Vi menar att om detta ska förändras behöver styrningen utvecklas på flera sätt. När det gäller personer med samsjuklighet är det nödvändigt att det är tydligt för alla medarbetare vilket förhållningsätt och vilken kultur som ska prägla bemötande av de personer som behöver insatser, och att detta kan diskuteras på ett öppet sätt. Kulturen sätts ytterst av ledningen genom att de övergripande målen är tydliga och att det finns tillräckliga resurser för att leva upp till dessa. Tilliten behöver vara ömsesidig. I dag kan den saknas både genom att uppdragsgivarna försöker balansera bristande resurser och stora behov genom detaljerad styrning, och genom att medarbetare inte har tilltro till att politiker och högre chefer vill eller kan utveckla verksamheten så att den tillgodoser behoven hos dem som den är till för. Därför behöver det finnas utrymme för dialog om uppdrag, roller, förutsättningar och samarbete mellan olika funktioner och nivåer i verksamheterna.

Professionella behöver ha ett utrymme att tillsammans med den som behöver insatser bedöma vad som är bäst och hur det kan utföras. Risken med att besluten helt fattats på den nivån kan möjligtvis vara att medarbetare vill göra det bästa för sin patient och klient, men inte har perspektivet om hur resurserna ska fördelas. Det kan också finnas en risk att man främst ser sin egen del i insatserna, men inte vad verksamheterna kan göra tillsammans. När det handlar om personer med psykiatriska tillstånd och samtidiga behov av sociala insatser borde dock inte risken för felprioriteringar vara stor, eftersom det handlar om personer vars behov ska prioriteras enligt gällande regelverk om prioriteringar i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Samtidigt måste ledningen ta ansvar för att resurserna används så optimalt som möjligt. Förslaget som vi lägger om en samordnad stöd- och vårdverksamheten i kapitel 11 syftar till att ge insatserna mer effektivt, än när systemet är fragmentiserat och en rad olika aktörer sätter in omfattande insatser som ofta avbryts och inte ger önskat resultat. Därutöver behöver regioner och kommuner ställa krav på samarbete

med andra relevanta aktörer när de ger uppdrag till verksamheter, och ersättningssystemen behöver utformas så att det premieras. Även samarbete med personens nätverk och andra aktörer bör ingå i uppdraget och ges tillräckliga resurser.

Vi bedömer att medarbetarnas kunskap och engagemang bäst tas tillvara om uppdrag och ersättningssystem fokuserar på övergripande ansvar och målsättningar, snarare än på detaljerade krav på hur verksamheten ska utföras. Den tilltro till regler, rutiner och riskbedömningar som finns i många verksamheter, och ibland i den statliga styrningen, bör enligt vår uppfattning tonas ned något till förmån för en vilja att prova nya arbetssätt, samarbete och tillitsskapande åtgärder mellan olika funktioner i verksamheten och mellan olika verksamheter.

I vissa verksamheter, exempelvis sådana som bedriver tvångsvård eller kräver hög riskmedvetenhet av andra skäl, är det dock viktigt att det finns tydliga regler och strukturerade arbetssätt. Då krävs att dessa är väl avvägda och kända samt att de löpande utvärderas av de som använder insatserna.

Forskning visar att förändringsprocesser gynnas av att testa nya arbetssätt i begränsad skala och sedan utvärdera och förändra utifrån resultaten och inte av planer och strategier[9].

Vi anser att de bedömningar vi gör kring styrning och verksamhetsutveckling ligger i linje med slutsatser som dragits av Tillitsdelegationen och som är utgångspunkt för omställningen mot en god och nära vård[10].

8.2.3 En trygg och säker arbetsmiljö

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

[9] Eriksson, H., Högre kvalitet uppnås inte genom fler inspektioner, Dagens Medicin 14 augusti 2020.
[10] Med tillit följer bättre resultat, SOU 2019:43.

Skäl för bedömningen

Vi konstaterar att det kan vara ett komplext och utmanande uppdrag att ge insatser till personer med samsjuklighet, i synnerhet när det förkommer samtidig social utsatthet. Det handlar i vissa fall om personer som kan ha svårt att lita på de insatser som ges, och där det krävs tid för att skapa förtroende. Ibland är det fråga om personer som, i vissa situationer och under vissa förutsättningar, kan vara farliga för sig själv och andra. Det handlar ibland om personer som har en kriminell livsstil och våld förekommer. Ibland aktualiseras etiska motsättningar som till exempel mellan integritet och välfärd, eller mellan självbestämmande och rätt till hälsa. Det förekommer att insatserna ges utan samtycke enligt särskilda lagrum och att vården måste ta hänsyn inte enbart till den enskilde personen, utan också till andra personers trygghet och skyddsbehov. Det är dock av stor vikt att insatserna inte ges med utgångspunkt från att en viss grupp är på ett visst sätt, utan säkerhetsaspekter ska beaktas i varje enskild situation där det är relevant.

Vi konstaterar att ett gott bemötande av personer med samtidiga psykiatriska diagnoser och social utsatthet förutsätter möjligheter till reflektion, trygg arbetsmiljö och ett öppet klimat mellan ledning, medarbetare och personer som är i behov av insatser. Det krävs också en styrning och verksamhetsutveckling som tillåter misstag, där nya arbetssätt vågar prövas och utvärderas, och där det ges utrymme för medarbetare och personer med samsjuklighet att använda sin kompetens och erfarenhet gemensamt. Vi bedömer att vårt förslag om en samordnad vård- och stödverksamhet, som beskrivs i kapitel 11, kan bidra till en bättre arbetsmiljö genom att ett multiprofessionellt team gemensamt tar ansvar för den enskildes insatser och välmående.

Det är den som bedriver verksamheten som har ansvar för att arbetsmiljön är trygg och säker och att medarbetarna har tillgång till reflektion och handledning. Vi bedömer att det är viktigt att utvecklingen inom området sker med beaktande av dessa perspektiv.

9 Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen

Vi föreslår att regionernas hälso- och sjukvård får ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende. Förslaget är inte avgränsat till personer med samsjuklighet, utan omfattar allt det som i dag brukar benämnas missbruks- och beroendevård, inklusive de insatser som utgör behandling inom heldygnsvård. Vi föreslår också att vården för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Vi föreslår vidare att kommunernas socialtjänst ska ha ett fortsatt och förtydligat ansvar för uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete, ekonomisk och social trygghet med fokus på att stärka funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, stöd till anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende samt trygga och goda uppväxtförhållanden för barn och unga.

Det huvudsakliga argumentet för vårt förslag är att behandling för personer med samsjuklighet måste ges integrerat och samlat och att uppdelningen mellan olika huvudmän motverkar detta. Många personer kommer dock fortsatt behöva insatser från båda huvudmännen, och för dem finns ett antal bestämmelser som ska främja samverkan som är tillämpliga, och som behöver fortsätta följas upp och utvecklas.

Vi föreslår också att både socialtjänst och hälso- och sjukvård ska använda begreppen skadligt bruk och beroende, som gemensamma värdeneutrala begrepp som inte riskerar att bidra till stigmatisering.

9.1 Begreppen skadligt bruk och beroende ska användas i både hälso- och sjukvårds och socialtjänstlagstiftningen

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

Det finns flera olika begrepp för att beskriva ett skadligt eller problematiskt bruk av alkohol, narkotika, andra substanser och spel om pengar. Skadligt bruk och beroende är de begrepp som ingår i nuvarande version av det diagnossystem som främst används inom hälso- och sjukvården.[1]

Enligt diagnossystemet innebär skadligt bruk ett bruk som skadar hälsan. Skadan kan vara fysisk eller psykisk. Av den engelskspråkiga versionen av diagnossystemet framgår att skadan kan inkludera försämrad omdömesförmåga eller dysfunktionellt beteende, som kan leda till funktionsnedsättning eller ha negativa konsekvenser på interpersonella relationer[2]. Givet detta, och att hälsa ofta definieras som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, kan skadligt bruk också sägas inkludera sociala konsekvenser.

Vid diagnosen beroende ska tre av följande sex kriterier vara uppfyllda: 1) stark längtan efter drogen, 2) svårighet att kontrollera intaget, 3) fortsatt användning trots skadliga effekter, 4) prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser, 5) ökad tolerans, och 6) fysiska abstinenssymtom. Spelberoende karaktäriseras enligt diagnossystemet av frekventa och upprepade spelepisoder som dominerar patientens liv på bekostnad av sociala, arbetsmässiga eller familjemässiga förpliktelser.

I socialtjänstlagen används begreppen missbruk och missbrukare, men utan att de definieras närmare. Missbruk förekom även i tidigare versioner av diagnossystemet DSM, som används inom psykiatrisk vård, men har i senare versioner ersatts av begreppet substansbruksyndrom.

[1] ICD-10-SE, Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning.
[2] There must be clear evidence that the substance use was responsible for (or substantially contributed to) physical or psychological harm, including impaired judgement or dysfunctional behaviour which may lead to disability or have adverse consequences for interpersonal relationships.

Vi föreslår att begreppet skadligt bruk eller beroende ska användas i relevanta författningar både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det innebär inte att socialtjänsten ska utreda eller ställa diagnos. Begreppen ska i stället ses som juridiska begrepp, som motsvarar aktuell begreppsapparat i det diagnossystem som används i hälso- och sjukvården, oavsett om det förändras framöver. Detta kan till exempel jämföras med användningen av begreppet ”människor med funktionshinder” i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och begreppet ”personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd” i Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, som inte heller innebär att socialtjänsten har utrett eller ställt diagnos.

I några fall fungerar inte det samlade begreppet skadligt bruk eller beroende som ersättning för missbruk. Det gäller till exempel bestämmelser som syftar till att förhindra en person att inneha vissa föremål i ett visst syfte. Då har vi i stället ersatt missbruk med andra värdeneutrala begrepp som exempelvis bruk.

Förslaget omfattar bara författningar på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Förändringar inom exempelvis straffrättens område där begreppet missbruk används menar vi skulle kräva en närmare analys av konsekvenserna, och ligger utanför våra direktiv. Vi avser inte heller att ändra i existerande beskrivningar av vilka substanser eller andra typer av beroenden som omfattas i de berörda författningarna, utan behåller nuvarande skrivningar i de olika relevanta paragraferna.

Skäl för förslaget

Ett skäl till vårt förslag är att vi anser att skadligt bruk och beroende är neutrala begrepp som kan användas både i hälso- och sjukvård och socialtjänst, och att det finns fördelar med att använda samma begrepp i de båda verksamheterna. Skadeverkningarna som avses kan gälla effekter både på hälsa och på den sociala situationen.

Ytterligare ett skäl till begreppsförändringen är att vi anser att begreppet missbruk fokuserar på den enskildes beteende, och ofta används inte bara för att beskriva ett problem utan också personer som ”missbrukare”. Vi tycker att det är viktigt att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter utgår från gemensamma värdeneu-

trala begrepp som inte riskerar att bidra till stigmatisering, och anser därför att begreppen missbruk och missbrukare ska bytas ut.

9.2 Regionernas hälso- och sjukvård får ett tydligare ansvar för skadligt bruk och beroende

Regionerna har redan i dag ett ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende, men vi föreslår att detta ansvar förtydligas. För att förbättra förutsättningarna för en säker vård av god kvalitet föreslår vi också att det ska framgå av lag att vården ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Mot bakgrund av dessa förslag bedömer vi att roller och ansvar inom hälso- och sjukvården behöver fastställas. Det finns också skäl att vidare utreda frågan om hälso- och sjukvårdens roll vid anhörigstöd.

9.2.1 Hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende

Förslag: Regionens ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende ska tydliggöras genom att det införs en ny paragraf i 8 kap. i hälso- och sjukvårdslagen som säger att regionen inom ramen för sitt ansvar ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver.

Vi föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ha ensamt ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende. Med behandling avses enligt Socialstyrelsens termbank åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Exempel på behandling är läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling.[3]

Regionernas hälso- och sjukvård har redan i dag ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende, även om det inte uttryckligen anges i lagstiftningen. Regionen ska, enligt 8 kap. hälso- och sjukvårds-

[3] https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=326&SrcLang=sv., hämtad 2021-03-26.

lagen (2017:30), förkortad HSL, erbjuda en god hälso- och sjukvård bland annat åt den som är bosatt i regionen. Med *hälso- och sjukvård* avses, enligt 2 kap. 1 § HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter, och omhändertagande av avlidna. Skadligt bruk och beroende är tillstånd som ingår i det diagnossystem som främst används inom hälso- och sjukvården[4], och bör därmed ingå i hälso- och sjukvårdens uppdrag.

Samtidigt framgår av 5 kap. 9 § SoL att kommunernas socialnämnd har en skyldighet att aktivt sörja för att den enskilde får den *hjälp och vård* som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. I praktiken innebär detta ett delat behandlingsansvar, där hälso- och sjukvården i många regioner avgränsat sina behandlingsinsatser till läkemedelsbehandling, medan kommunernas socialtjänst står för psykosocial behandling.

Av avsnitt 9.3.2 framgår att vi föreslår att 5 kap. 9 § SoL ska formuleras om, så att socialtjänsten inte längre kommer att ha något ansvar för behandling, utan att detta enbart blir en uppgift för hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården ska ansvara både för den förebyggande, farmakologiska, psykologiska och psykosociala behandlingen vid skadligt bruk och beroende, både för barn och vuxna.

Förslaget omfattar delar av den sociala barn- och ungdomsvården och allt det som i dag vanligtvis benämns missbruks- och beroendevård för vuxna, och inte bara sådan vård för personer med samsjuklighet. Anledningen till att vi lägger ett förslag som inte bara berör personer med samsjuklighet är att vi bedömer att huvudmannaskapsförändringen är nödvändig för att personer med samsjuklighet ska få en mer samordnad och personcentrerad vård. Siffror från Socialstyrelsen visar också att mer än hälften av de personer som behandlas på grund av intag av beroendeframkallande substanser också har vårdats för en eller flera andra psykiatriska diagnoser[5]. Att förtydliga ansvaret enbart för personer med samsjuklighet skulle riskera att leda till nya gränsdragningsproblem, och svårigheter att avgränsa målgruppen. Många av de fördelar med en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmännen som redovisas nedan gäller också för alla personer med skadligt bruk och beroende, oberoende av eventuell samsjuklighet.

[4] ICD-10-SE, Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning.
[5] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, 2019-11-6481.

Förslaget ligger i linje med hur ansvarsfördelningen ser ut i många andra länder som exempelvis Norge och de anglosaxiska stater vars system vi redogör för i kapitel 7. Även i *Missbruksutredningen* (SOU 2011:35) gjordes jämförelser med andra länder, som Frankrike, Nederländerna och Tyskland. Slutsatsen blev att en huvudman har ett samlat ansvar för beroende i princip i samtliga länder. Samtidigt var det vanligt att en annan huvudman svarade för sociala stödinsatser.

Inga skarpa gränser mellan insatser utan fortsatt visst överlapp

Av tidigare kartläggningar framgår att ansvaret för, och skillnader mellan, psykologisk behandling, psykosocial behandling och psykosocialt stöd upplevs som särskilt otydligt[6]. Svårigheter med sådana gränsdragningar kommer sannolikt att kvarstå, och behöva hanteras utifrån lokala och regionala förutsättningar. Men en huvudinriktning är att behandling avser insatser som framför allt är inriktade på att påverka det skadliga bruket eller beroendet.

Enligt Socialstyrelsens termbank är psykologisk och psykosocial behandling exempel på behandling i form av verbal och icke verbal kommunikation.[7] Inom ramen för arbetet med att ta fram koder för att registrera åtgärder i den psykiatriska öppen- och slutenvården (KVÅ-koder) har både psykologisk och psykosocial behandling beskrivits som behandling som använder systematiska metoder som har stöd i forskning eller beprövad erfarenhet, och som syftar till att minska och lindra psykiska besvär och symtom, problembeteende och lidande samt öka funktion och förmåga att hantera sin livssituation. I psykosocial behandling kan man också arbeta parallellt med individens faktiska och upplevda livssituation, och vid behov kombinera med sociala stödinsatser.[8] Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende fokuserar psykologisk behandling mer på intrapsykiska processer, medan psykosocial behandling fokuserar mer på den sociala situationen och sammanhanget.[9] Psykosocial behandling inkluderar därmed inslag som ingår i social-

[6] Exempelvis Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.
[7] https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=332&SrcLang=sv, hämtad 2021-03-26.
[8] Svensk interprofessionell grupp för åtgärdsregistrering vid psykiska hälsoproblem. Revidering av klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) avseende psykologisk behandling, psykosocial behandling och vissa sociala interventioner, 2020-11-16.
[9] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.

tjänstens uppdrag. Skillnaden är att psykosocial behandling i första hand kan sägas vara inriktad på det skadliga bruket eller beroendet, även om insatser inriktade på den övriga livssituationen kan ingå. Sociala stödinsatser, som exempelvis försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang, ingår inte i behandling. Sådana insatser är däremot viktiga för många personer med skadligt bruk och beroende, och beskrivs i det avsnitt som handlar om socialtjänstens ansvar.

Ett område där socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar fortsatt överlappar är så kallade psykopedagogiska eller psykoedukativa åtgärder, som bland annat rekommenderas vid schizofreni-, ångest- och depressionstillstånd för barn eller vuxna.[10] Sådana program kan även vara aktuella för personer med skadligt bruk och beroende, och inte minst för personer med samsjuklighet, och kan också vara en del av psykosociala behandlingsprogram. Det är ofta manualbaserade program, som innehåller utbildning om tillståndet, dess orsaker och möjlighet till behandling och stöd, samt om hur symtom uppstår, förstärks och påverkar vardagen. Programmen kan också innehålla färdighetsträning för att öka social förmåga och delaktighet i samhället. De delar av programmen som handlar om sjukdomen och dess behandling kan behöva ges av hälso- och sjukvården[11], och kan vara ett sätt att uppfylla patientlagens krav på information om vården och behandlingen (3 kap. 1 § PL), om möjligheten att välja behandlingsalternativ och om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning (3 kap. 2 § PL).

Samordning kommer fortfarande behövas i många fall

Vårt förslag om tydliggjord ansvarsfördelning kommer inte att lösa alla problem med samordning, eftersom det i många fall fortfarande kommer att behövas insatser från båda huvudmännen. För många personer med skadligt bruk och beroende med behov av insatser från båda huvudmännen kan befintliga samordningsbestämmelser (som beskrivs i avsnitt 9.6) vara tillämpliga och tillräckliga. Men för vuxna

[10] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6; Socialstyrelsen 2021, Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. 2021-4-7339.
[11] Nationellt vård- och insatsprogram Schizofreni och liknande tillstånd, www.vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/, hämtad 2021-04-22.

personer med mer omfattande behov förslår vi också en ny, obligatorisk integrerad verksamhetsform. Den beskrivs i kapitel 11.

När det gäller barn och unga har socialtjänsten ett övergripande ansvar att verka för att de växer upp under goda och trygga förhållanden samt att förhindra att de far illa. Detta ansvar kvarstår. Begreppet ”barn som far illa” är inte definierat i lagstiftningen, men kan utifrån förarbeten sägas både omfatta barn som far illa på grund av övergrepp, försummelse eller utnyttjande och barn som far illa på grund av sitt eget beteende, där missbruk, kriminalitet och annat självdestruktivt beteende lyfts som exempel. Ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning kan också ha ett samband med sociala problem så som problem i skolan, i familjen och med kriminalitet. Regioner och kommuner behöver därför utveckla gemensamma strukturer, arbetssätt och verksamheter (se avsnitt 9.2.3), som utgår ifrån vårt förslag om regionernas förtydligade ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende. Sådana gemensamma strukturer kan exempelvis utgöra en del av den överenskommelse som regioner och kommuner ska ingå om samarbete i fråga om personer med skadligt bruk och beroende enligt 5 kap. 9 a § SoL respektive 16 kap. 3 § HSL.

Skäl för förslaget

De personer med samsjuklighet som vi har pratat med lyfter bland annat behovet av stöd och vård som hänger ihop som en helhet, att inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa, tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar dem, samt stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när de behöver den. Att samhällets insatser ska leva upp till dessa målbilder är det främsta skälet för vårt förslag att regionernas hälso- och sjukvård ska ha ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende. Vi menar att ett samlat behandlingsansvar hos hälso- och sjukvården ger bättre förutsättningar för samordning och integrering av behandlingsinsatser, och stärker förutsättningarna för en evidensbaserad och jämlik vård. Vi ser också att det kan innebära att det blir lättare att veta var man ska vända sig för att söka vård. För att tydliggöra förändringen föreslår vi att hälso- och sjukvårdens ansvar ska framgå i lagstiftningen.

Tydliggörande i lagstiftning kan underlätta planering

Som vi konstaterat har hälso- och sjukvården redan i dag ansvar för behandling vid skadligt bruk och beroende, men vi föreslår att detta ansvar förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen.

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller inte på samma sätt som socialtjänstlagen flera särskilt angivna grupper, och att peka ut en grupp eller en diagnos är ovanligt. Det finns dock ett sådant exempel, vilket är i 5 kap. 7 §. Där anges att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Ett annat exempel är ett förslag i utredningen *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*, som innebär att det i 13 a kap. om primärvårdens grunduppdrag ska anges att vanligt förekommande vårdbehov kan vara både *fysiska och psykiska*. Ett argument för detta förtydligande i lagstiftningen som utredningen *God och nära vård* för fram är att det kan underlätta planering, organisering och resurssättning av primärvården. Vi bedömer att vårt förslag att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende på motsvarande sätt kan underlätta planering och strukturering av vården vid skadligt bruk och beroende.

Ytterligare ett skäl att särskilt peka ut gruppen i hälso- och sjukvårdslagen är att tydliggöra förändringen av det hittills delade ansvaret för behandling. Vi anser dock i likhet med *Missbruksutredningen* att ansvarsförändringen i praktiken innebär en normalisering[12], där regionen i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården ansvarar för behandling på samma sätt som för andra psykiatriska tillstånd. Vårt förslag till ansvarsförändring är också i linje med en pågående utveckling där fler personer får vård för substansrelaterade diagnoser

[12] SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen.

inom hälso- och sjukvården, samtidigt som socialtjänstens insatser för målgruppen minskar.[13]

Bättre förutsättningar för samordnad och integrerad behandling

Vi bedömer att ett samlat ansvar för behandling kan förbättra vårdens kvalitet, genom bättre möjligheter till samordning och integrering av olika behandlingsinsatser för skadligt bruk och beroende, och för andra psykiatriska tillstånd.

Skadligt bruk och beroende är tillstånd som kan diagnosticeras enligt vedertagna medicinska diagnossystem och som kan behandlas med metoder som utvecklats och utvärderats utifrån dessa diagnostiska kriterier. Liksom flera andra sådana tillstånd kan de i många fall behandlas med såväl läkemedel som med psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder. Den nuvarande uppdelningen innebär att endast en huvudman kan sätta in läkemedelsbehandling, medan båda kan behandla med psykosociala metoder. Samtidigt kan det finnas behov av att hålla samman insatserna, kombinera dem med varandra, följa upp dem samordnat och fatta beslut om eventuella förändringar inom ramen för en samordnad behandlingsprocess. Förutsättningarna för en sådan samordnad process blir rimligtvis bättre om ansvaret för behandling är samlat hos en huvudman. Det innebär också färre praktiska hinder vid informationsdelning och journalföring.

Vårt förslag att samla allt ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende hos regionernas hälso- och sjukvård förbättrar sannolikt också förutsättningarna för en samordning av behandlingen av skadligt bruk och beroende med behandlingen av andra psykiatriska tillstånd. Det delade ansvaret för behandling av skadligt bruk och beroende kan i dag ofta leda till att personer med samsjuklighet inte får insatser för de olika tillstånden parallellt. Enligt uppgifter från personer med samsjuklighet och från medarbetare i kommuner bedömer ofta hälso- och sjukvården att skadligt bruk och beroende i första hand är en kommunal angelägenhet och att det ska behandlas först, innan behandling för psykiatrisk problematik kan sättas in. Detta trots att de nationella riktlinjerna rekommenderar att de olika

[13] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. Artikelnummer 2021-4-7277.

tillstånden ska behandlas integrerat.[14] Att samla behandlingsansvaret hos regionernas hälso- och sjukvård är dock ingen garanti för en samordnad eller integrerad behandling. Vi föreslår därför i avsnitt 9.2.2 ytterligare reglering, som innebär att vården vid skadligt bruk och beroende ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Bredare och mer jämlikt utbud av evidensbaserad behandling

Dagens delade ansvar för behandling leder både till olikheter i vårdutbud mellan olika kommuner och olika regioner, och till ett begränsat utbud av evidensbaserade behandlingsmetoder.

Den nuvarande lagstiftningen lämnar stort utrymme för regioner och kommuner att göra egna tolkningar av hur ansvaret ska fördelas. Det är delvis lagstiftarens mening att huvudmännen ska ha stora möjligheter att själva komma överens om hur ansvarsfördelningen ska se ut, utifrån lokala förutsättningar.[15] Men att ansvaret kan vara fördelat på olika sätt i olika kommuner och regioner skapar enligt Socialstyrelsen ojämlikhet och tillgänglighetsproblem.[16] Liknande slutsatser har också dragits av SKR.[17] Om fördelningen av ansvaret förtydligas blir det mindre skillnader i vad regioner och kommuner i olika delar av landet erbjuder.

Utöver att det minskar den geografiska ojämlikheten kan ett förtydligat, samlat behandlingsansvar också underlätta för personer att veta var de ska vända sig när de söker vård. Personer med samsjuklighet och anhöriga beskriver i dialoger med oss att det är svårt att förstå vilken aktör som ansvarar för vad i systemet, och hur man gör för komma i kontakt med olika instanser. Med en nationell enhetlighet, där alla regioner på samma sätt har ansvar för all behandling, kan det bli en tydligare väg in till behandling och lättare att hitta och förstå var information om olika behandlingsalternativ finns, oberoende av vilken region det handlar om.

[14] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[15] Prop. 2012:13:77.
[16] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.
[17] SKR 2018, Handlingsplan mot missbruk och beroende. Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13–29 år.

Med ett samlat ansvar för behandling hos regionernas hälso- och sjukvård ökar sannolikt också utbudet av behandlingsmetoder. Regionerna har bättre förutsättningar att kunna erbjuda flera olika behandlingsmetoder än kommunerna. Många kommuner är för små för att ha tillräckliga resurser och kompetens för att erbjuda ett brett utbud av olika insatser. I den enkät vi har genomfört var det omkring 90 procent av de kommuner och stadsdelar som besvarat enkäten som kunde erbjuda återfallsprevention. Färre kunde erbjuda 12-stegsbehandling, och mellan 40–60 procent kunde erbjuda MET (*motivational enhancement therapy*), KBT (kognitiv beteendeterapi) eller CRA (*community reinforcement approach*), vilket är metoder som rekommenderas i riktlinjerna. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har också konstaterat att socialtjänsten ibland anpassar sitt stöd utifrån vad som kan erbjudas i kommunen, snarare än efter den enskildes behov.[18] Samtidigt lyfter personer med samsjuklighet att det är viktigt att det finns en variation i utbud av behandling, eftersom olika saker fungerar för olika personer, och att de vill få möjlighet att välja utifrån det som passar dem.

Regioner har i många fall också bättre förutsättningar att utvärdera och utveckla evidensbaserade behandlingsmetoder, till exempel genom universitetsklinikerna och med hjälp av nationella kvalitetsregister.

Ökad tillgång till medicinsk diagnostik och integrerad evidensbaserad behandling viktigt även för barn och unga

En stor del av insatserna vid alkohol- och narkotikaproblem hos barn och unga sker i dag inom socialtjänsten. Där är dock tillgången till rekommenderade evidensbaserade behandlingsinsatser begränsad. Bland de kommuner och stadsdelar som besvarat vår enkät var det 80 procent som kunde erbjuda någon av de behandlingsmetoder som rekommenderas för barn och unga i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Vanligast var kort intervention som bygger på motiverande samtal (MI) eller andra samtalsmetoder. Om man undantar korta interventioner var det 70 procent som kunde erbjuda någon av övriga rekommenderade behandlingsmetoder, och det var betydligt mindre vanligt att kunna erbjuda

[18] IVO, Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018.

familjebehandling. Knappt 30 procent kunde erbjuda funktionell familjeterapi, och färre än 10 procent av kommunerna kunde erbjuda multisystemisk terapi, BSFT (från engelskans *brief strategic family treatment*) eller MDFT(från engelskans *multidimensional family therapy*). I dagsläget erbjuder inte heller regionerna de rekommenderade behandlingsmetoderna i någon större utsträckning. Vår bedömning är ändå att regionernas hälso- och sjukvård har bättre förutsättningar att kunna erbjuda evidensbaserad behandling. Men det förutsätter att regionen har ett tydligt utpekat ansvar att stå för sådan behandling, och också avsätter nödvändiga resurser. Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) är redan under högt tryck och behöver särskilt uppmärksammas i förberedelserna för det samlade behandlingsuppdraget för skadligt bruk och beroende (se kapitel 16).

Om hälso- och sjukvården har ansvar för all behandling förbättras möjligheterna att integrera olika behandlingsinsatser. På samma sätt som för vuxna kan det finnas skäl att hålla samman farmakologiska, psykologiska och psykosociala behandlingsinsatser, och att samordna behandlingen av skadligt bruk och beroende med behandlingen av andra psykiatriska tillstånd. Ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning har ett samband med flera olika medicinska problem och konsekvenser, som till exempel drogutlösta psykoser, alkoholförgiftning, olycksfall, självskadebeteende, självmord och psykisk ohälsa. Bland de barn och unga som är i kontakt med någon av de så kallade Maria-mottagningarna (specialiserade integrerade öppenvårdsmottagningar för barn och unga som använder alkohol eller droger) i Stockholm, Västra Götaland eller Skåne är det 45 procent som också vårdas, eller tidigare har vårdats, inom psykiatrisk vård.[19] I Socialstyrelsens tidigare rapport om samsjuklighet framkommer att omkring 10–20 procent av pojkarna i åldern 10–17 år som vårdats för skadligt bruk eller beroende också har vårdats för beteendestörningar, autism, depressioner och ångestsyndrom, och mer än 30 procent för adhd. Bland flickor i samma ålder är andelen som vårdats för andra psykiatriska diagnoser generellt ännu högre än bland pojkar, med undantag för adhd där andelen är jämförbar.[20]

[19] Dahlberg, M. & Anderberg, M. 2019, Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2019.
[20] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.

Risker med förslaget

I de dialoger vi har genomfört med personer med egen erfarenhet, deras anhöriga, patient- och brukarorganisationer, företrädare för vårdföretagare och verksamheter i kommuner och regioner har det framkommit ett antal farhågor om risker förknippade med den förändrade ansvarsfördelning vi föreslår. Riskerna inkluderar problem med nya gränser, försämrad tillgänglighet och försämrade rättigheter för personer med skadligt bruk och beroende.

Ny gränslinje mellan stöd och behandling?

En nackdel med vårt förslag som ofta nämns är risken för en ny gräns och därmed nya problem med samordning, när en persons helhet och olika behov av stöd och behandling ska tillgodoses hos olika huvudmän. Utifrån den uppdelning av ansvarsuppgifter som gäller generellt mellan regioner och kommuner är en sådan gräns svår att undvika. Vi menar att fördelarna med att hålla samman olika behandlingsinsatser hos en och samma huvudman överväger för det stora flertalet. För personer med behov av särskild samordning av behandlings- och stödinsatser föreslår vi en ny, obligatorisk integrerad vård- och stödverksamhet (se kapitel 11).

Försämrad geografisk och tidsmässig tillgänglighet?

En annan risk som många lyfter är att tillgängligheten till sådan behandling som tidigare erbjudits av kommunerna kommer att försämras. Det handlar dels om farhågor att regionen enbart kommer att erbjuda behandling vid centralorter, och inte nå ut till små, geografiskt avlägsna kommuner där det finns personer med behov av sådan behandling. Det handlar också om farhågor om längre väntetider och tydligare prioriteringar inom hälso- och sjukvården jämfört med socialtjänstens yttersta ansvar.

Vi menar att regionerna behöver ta ansvar för att utveckla en stegvis vård, där både primärvård, psykiatri och specialiserad beroendevård ingår (se avsnitt 9.2.3), och där mobila verksamheter kan behöva komplettera behandlingsutbudet, för att säkerställa tillgängligheten. Tillgängligheten påverkas även av kompetensförsörjningen. Vi bedö-

mer att långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom samsjuklighetsområdet bör påbörjas när det har tagits beslut om våra förslag (se kapitel 12 och kapitel 16).

Försämrade rättigheter?

Socialtjänstlagen benämns *rättighetslag*, eftersom lagen ger enskilda, utifrån vissa förutsättningar, en rätt till bistånd. Beslut om bistånd kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Det inkluderar även behandlingsinsatser vid skadligt bruk och beroende. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen – i detta sammanhang främst HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL – är i första hand uppbyggd kring huvudmännens, vårdgivarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens *skyldigheter*. Flera av de vi har pratat med uttrycker farhågor om försämrade rättigheter för personer med skadligt bruk och beroende, om allt behandlingsansvar flyttas till hälso- och sjukvården och sker enligt hälso- och sjukvårdslagstiftning.

Vi har därför gått igenom cirka 125 slumpvis utvalda biståndsbeslut avseende vård och behandling vid missbruk. Drygt 80 procent av målen avsåg att den enskilde nekats vård på behandlingshem och i stället erbjudits annan vårdform. Ytterligare 10 procent avsåg kontraktsvård som också oftast genomförs genom någon form av heldygnsinsats. Drygt 75 procent av överklagandena avslogs av förvaltningsrätten med den huvudsakliga motiveringen att den enskilde genom det beviljade biståndet uppnådde en skälig levnadsnivå. I cirka 7 procent av målen som vi har gått igenom återförvisades ärendet till beslutande socialnämnd för fortsatt utredning.

Som framgår i avsnitt 9.4 föreslår vi att placering på HVB fortfarande ska vara en överklagbar socialtjänstinsats, men att regionerna ska svara för hälso- och sjukvården i samband med HVB-placeringen. När vi beskriver det förslaget utvecklar vi också hur en ansökan om bistånd sannolikt kommer att behandlas med den ansvarsfördelning vi föreslår. Rättigheten för den enskilde att ansöka om HVB och överklaga ett avslagsbeslut kvarstår. Vår granskning av 125 domar antyder att möjligheten att överklaga i liten grad används för öppna insatser. Vi har också konstaterat att insatserna i socialtjänsten ofta ges utifrån ett begränsat utbud och begränsas av resurser, och har bedömt att detta kan utvecklas positivt om regionerna

har behandlingsansvaret. Då blir också bestämmelserna i patientlagen tillämpliga. Vår bedömning blir där för att den enskildes faktiska rättigheter inte försämras med vårt förslag, även om möjligheten att överklaga en utebliven öppenvårdsinsats försvinner.

9.2.2 Vården ska samordnas med vården av andra psykiatriska tillstånd

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.

Vi föreslår att det tydliggörs att vården vid skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Med samordning menas koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet.[21] För personer med samsjuklighet är det viktigt med samordnad utredning och behandling, och resurser och insatser för att utreda och behandla skadligt bruk eller beroende behöver koordineras med resurser och insatser för att utreda och behandla andra psykiatriska tillstånd. Det kan till exempel ske genom samordning mellan olika verksamheter, eller genom samordnade team inom en verksamhet. Ur patientens perspektiv kan en samordnad vård innebära att slippa onödiga upprepningar av till exempel information, utredningar och behandlingar, att erbjudas fasta kontakter och personalkontinuitet, en trygghet att vården ser till hela ens behov samt hjälp att ta nästa steg i vårdprocessen.[22]

Vårt förslag att samla allt ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende hos regionernas hälso- och sjukvård förbättrar sannolikt förutsättningarna för en samordning av behandlingen av skadligt bruk och beroende med behandlingen av andra psykiatriska tillstånd,

[21] https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=726&SrcLang=sv, hämtad 2021-04-07.
[22] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016, Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016:1.

då allt ansvar för behandling är samlat hos en och samma huvudman. Samtidigt finns det mycket som pekar på att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter, som redan i dag har ansvar för behandling, inte samordnar de olika insatser som ges på ett tillfredsställande sätt. Det innebär i många fall att personer med samsjuklighet inte får behandling för andra psykiatriska diagnoser än skadligt bruk och beroende. Som framgår nedan krävs ofta symtomfrihet från skadligt bruk och beroende under längre tid för att psykiatrisk utredning eller behandling ska inledas. Detta trots att det sedan 2007 funnits nationella riktlinjer som rekommenderar att behandlingen ska samordnas, och att behandlingen av det ena tillståndet inte ska fördröjas i avvaktan på att det andra tillståndet förbättras.[23]

Givet de allvarliga risker som samsjuklighet innebär, och de allvarliga konsekvenser som en bristande samordning av behandlingen och uteblivna psykiatriska insatser kan få, anser vi därför att det är motiverat att reglera kravet på samordning genom lag. Tydliggörandet att vården ska ges samordnat innebär inte någon detaljerad reglering av hur samordningen ska ske. Beroende på hur vården vid skadligt bruk och beroende organiseras kan det bli aktuellt med olika former av samordning i olika regioner. Syftet med regleringen är att den ska leda till en långsiktig planering och strukturering av vården som skapar bättre förutsättningar för en samordnad och personcentrerad vård för personer med samsjuklighet. Den ska också säkerställa att en person med samsjuklighet får sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda trots kvarvarande symtom på skadligt bruk och beroende.

Skäl för förslaget

Som beskrivits tidigare lyfter de personer med samsjuklighet som vi har träffat behovet av stöd och vård som hänger ihop som en helhet, och vikten av att inte bli utestängd från stöd och vård och att få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa. Att utredning och behandling av de olika tillstånden samordnas är viktigt för att vården ska vara säker och av god kvalitet. Men trots rekommendationer i nationella riktlinjer brister samordningen fortfarande.

[23] Socialstyrelsen 2007, Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem, 2007-102-1.

Samsjuklighet ökar risken för sämre förlopp

Som beskrivits i kapitel 4 är samsjuklighet i form av andra psykiatriska tillstånd samtidigt med, eller i nära anslutning till, skadligt bruk och beroende vanligt förekommande. De olika tillstånden kan hänga ihop och påverka varandra på olika sätt. *The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) beskriver fyra olika överlappande förklaringar till samsjuklighet: att tillstånden förekommer oberoende av varandra, att det skadliga bruket eller beroendet orsakas av det andra psykiatriska tillståndet, att det skadliga bruket eller beroendet leder till att ett annat långvarigt psykiatriskt tillstånd utvecklas, eller att rus eller abstinens utlöser tillfälliga psykiatriska tillstånd[24].

Jämfört med personer med endast ett tillstånd uppvisar personer med samsjuklighet en svårare sjukdom, ökad risk för följdsjukdomar, högre förekomst av riskfyllt beteende, kriminalitet samt sociala problem som exempelvis ensamhet, ökad familjebörda, arbetslöshet och hemlöshet.[25] Kombinationen substansberoende och annan psykisk sjukdom påverkar förloppet av såväl beroende som psykisk sjukdom med ökad risk för försämring och upprepade återfall. Det ökar också risken för dålig följsamhet eller avhopp från behandling och sämre behandlingsresultat.[26] Även personer med spelberoende och samtidig annan psykiatrisk diagnos kan generellt ha sämre hälsa än de som enbart har ett spelberoende.[27]

[24] EMCDDA 2016, Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. (Perspectives on drugs).
[25] EMCDDA 2016, Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. (Perspectives on drugs); Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.
[26] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6; Sullivan, LE., Fiellin, DA., O'Connor PG. (2005) The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. Am J Med 118:330–41; Adamson, SJ., Sellman, JD., Frampton, CMA. (2009) Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. J Subst Abuse Treat 36: 75–86; Antai-Otong, D., Theis, K., Patrick, D. (2016) Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. Nurs Clin N Am 51 (2016) 237–247.
[27] Socialstyrelsen 2018, Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Viktigt med utredning och diagnostik av båda tillstånden

De psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder som är effektiva vid substansberoende fungerar också för personer med samtidig annan psykisk sjukdom, och på samma sätt är behandlingar som är effektiva vid psykisk sjukdom även effektiva vid substansberoende.[28] Däremot finns det få (eller inga) behandlingsmetoder som har effekt både på beroende och på annan psykisk sjukdom. För att undvika såväl under- som överbehandling är det därmed viktigt med utredning och diagnostik av både skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. Men det kan ibland vara svårt att identifiera samsjuklighet, eftersom både akuta och kroniska effekter av substansbruk kan likna symtomen för många andra psykiatriska sjukdomar.[29]

Till exempel kan nedstämdhet och ångestkänslor vara vanligt hos personer med beroendesjukdomar, och det kan vara en utmaning för den som bedömer och behandlar ett beroendetillstånd att också bedöma symtom på depression och ångest. En kliniskt vanligt förekommande utmaning är att särskilja depressionstillstånd och ångestsjukdomar från sådana symtom som beror på och varierar med graden av alkoholpåverkan och abstinens. Vid amfetaminberoende kan det också behövas utredning av symtom som liknar neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och återkommande bedömning av gränssnittet mot psykiska sjukdomar och akuta genombrott av psykotiska symtom i samband med återfall i droganvändning.

I de nationella riktlinjerna konstateras att man kan behöva avvakta med behandling av psykiska sjukdomstillstånd en kortare period, för att utesluta att symtomen inte enbart är substansrelaterade. Beroende på personens tillstånd kan det handla om några dagar upp till några veckor.[30] I det nationella vård- och insatsprogrammet för adhd står också att individen inför diagnostik av adhd om möjligt ska vara fri från missbruk och inte ha några abstinensbesvär. Men det påpekas samtidigt att det behöver bedömas individuellt, eftersom det kan vara svårt att bli drogfri[31].

I den enkätundersökning vi har genomfört var det 20 av 21 regioner som uppgav att de har någon form av riktlinjer för drogfrihet

[28] Tiet, Q. & Mausbach, B. 2007. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. Alcoholism: Clinical Exp Research volume 31(4), 513-536.
[29] EMCDDA 2016, Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. (Perspectives on drugs).
[30] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.
[31] Nationellt vård- och insatsprogram adhd, www.vardochinsats.se/adhd/, hämtad 2021-04-30.

inför neuropsykiatriska utredningar, och 13 regioner som hade riktlinjer eller rutiner för drogfrihet inför psykiatrisk behandling. De flesta av de riktlinjer och rutiner vi har fått ta del av handlar om utredning och läkemedelsbehandling vid adhd. Riktlinjerna kräver vanligtvis minst tre månaders drogfrihet innan utredning kan påbörjas, men i några fall handlar det om en månad eller sex veckor. Några riktlinjer anger dock att det kan variera beroende på substans och mängd och att det finns möjlighet att i undantagsfall göra avsteg från riktlinjen. I något fall lyfter riktlinjerna att delar av utredningen kan påbörjas före substansfrihet.

Vi delar bedömningen att delar av utredningen kan påbörjas före substansfrihet. Att viss utredning och behandling kan behöva vänta en kortare period innebär enligt vår mening inte heller att vården kan avslutas utan fortsatt planering och samordning. Det är viktigt att fortsätta med motiverande arbete och andra stödinsatser, att tydligt förklara för patienten vad som gäller och varför, och att säkerställa att man fångar upp personen när det är möjligt att inleda behandling.

Samordning av behandling leder till bättre resultat

Utöver utredning och diagnostik av båda tillstånden är det också viktigt att behandlingen av tillstånden samordnas om eller när samsjuklighet har konstaterats. Som beskrivits ovan utgör personer med samsjuklighet en grupp som har komplexa behov, samtidigt som de kan ha svårt att själva samordna sin behandling.

EMCDDA beskriver tre olika modeller som används vid vården av samsjuklighet i nuläget – en sekventiell modell, en parallell modell och en integrerad modell. Den sekventiella modellen innebär att de olika tillstånden behandlas efter varandra och med begränsad kommunikation mellan verksamheterna som behandlar dem. Den parallella modellen innebär att tillstånden behandlas samtidigt och med viss samordning mellan olika verksamheter. Slutligen innebär den integrerade modellen att de olika tillstånden behandlas inom en och samma verksamhet. EMCDDA konstaterar att den sekventiella modellen kan öka risken för återfall och att personen avbryter behandlingen då hen skickas mellan olika verksamheter, att den parallella modellen kan sakna en sammanhängande plan för behandlingen, och att den integrerade modellen ofta lyfts fram som den modell som har

bäst förutsättningar att minska risken för dubbelarbete, fragmentisering och att personer faller mellan stolarna.[32] Flera studier beskriver fördelarna med integrerad behandling, även om studiernas olikheter gör det svårt att sammanfatta effekten.[33]

Förutom integrerad behandling finns det också exempel på integrerade psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder, det vill säga metoder där både den psykiska sjukdomen och det skadliga bruket eller beroendet behandlas inom ramen för en och samma behandling. Sådana behandlingsmetoder rekommenderas i riktlinjerna i första hand till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom, men även till personer med alkoholmissbruk eller beroende och samtidig depression.[34] I vår enkätundersökning var det 9 regioner som uppgav att de kan erbjuda integrerad psykologisk eller psykosocial behandlingsmetod vid samsjuklighet för hela regionen, och lika många för delar av regionen.

Dagens samordning brister

Uppfattningen hos personer med samsjuklighet och anhöriga som vi pratat med är att särskilt psykiatrin ofta utesluter personer från behandling på grund av skadligt bruk och beroende, och att det inte bara sker under en kortare tid. Erfarenheten som finns hos personer med samsjuklighet och anhöriga har även bekräftats genom samtal som vi fört med företrädare för beroendevården, primärvården och socialtjänsten. Det redovisas även sådana erfarenheter i Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighetsområdet 2019.[35] Att tillstånden inte behandlas samtidigt är inte heller någon ny erfarenhet, utan har även tagits upp i äldre utredningar som till exempel Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande 2006[36] och Missbruksutredningen 2011[37].

[32] EMCDDA 2016, Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe. (Perspectives on drugs).
[33] Fantuzzi, C. & Mezzina, R., Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services International Journal of Social Psychiatry 2020, Vol. 66(3) 300–310, DOI: 10.1177/0020764019899975.
[34] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[35] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[36] SOU 2006:100, Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.
[37] SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende.

I våra dialoger med verksamhetsföreträdare inom psykiatrin framkommer att de själva ser problematiken med bristande samordning. De menar att den beror på en kombination av resurser, organisation och kultur, och att det kan finnas inslag av kunskapsbrist, stigma och moraliserande. Utöver förändring av organisation, strukturer och rutiner kan det därför också behövas ett arbete med kultur och förhållningssätt, för att främja en mer samordnad och personcentrerad vård. Detta är också i linje med vad som tidigare beskrivits av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Myndigheten har tagit fram en beskrivning av vad som är viktigt att uppnå för att organisationer ska kunna åstadkomma en samordnad vård och omsorg.[38] Det inkluderar bland annat en personcentrerad arbetskultur där individens sammantagna behov står i fokus. Andra viktiga faktorer är lättillgänglig information som följer patienten, rutiner för överlämningar, en gemensam bild, målsättning och uppföljning av patientens sammantagna behov och insatser, samt en gemensam bild av vad som krävs i nästa steg.[39]

9.2.3 Roller och ansvar inom hälso- och sjukvården behöver fastställas

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,

[38] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016, Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016:1.
[39] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016, Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016:1.

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.

Att regionernas hälso- och sjukvård får allt behandlingsansvar vid skadligt bruk och beroende kommer att innebära stora förändringar i många regioner, och varje region behöver besluta hur vården bäst ska organiseras. Ett sätt kan vara genom att använda modeller för stegvis vård. Utredningen *God och nära vård* har haft i uppdrag att utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa hos vuxna.[40] De bedömer att huvudmännen bör organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser där primärvården är basen, och att det bör finnas en övergripande struktur för detta beslutad på huvudmannanivå.[41] Vi anser att det finns ett behov av att särskilt lyfta skadligt bruk och beroende i en sådan struktur, samt att både primärvården och den specialiserade psykiatriska vården i större utsträckning behöver uppmärksamma skadligt bruk och beroende hos de patienter de möter. Vi konstaterar också att det måste finnas en balans mellan uppdrag och resurser i alla verksamheter och att samarbetet mellan olika verksamheter behöver premieras. Av särskild vikt är det att specialiserad psykiatri- och beroendevård har ett tydligt uppdrag att stödja primärvården.

Skäl för bedömningen

Struktur behövs för att skapa tydlighet

Utredningen *God och nära vård* har konstaterat att uppdrag, kompetenssättning, ersättning och uppföljning inte alltid hänger samman mellan olika delar av huvudmannens verksamheter när det gäller psykisk ohälsa. De beskriver hur avsaknaden av en tydlig, gemensam struktur kan innebära en fragmentisering av resurser och en otydlighet i vad som kan förväntas av olika delar av vården, både för patien-

[40] Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), dir. 2019:49.
[41] SOU 2021:6, God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

ter och medarbetare. Därför gör de bedömningen att det bör finnas en övergripande struktur för omhändertagande av psykisk ohälsa beslutad på huvudmannanivå, som beskriver vilka insatser som erbjuds var och av vem.[42]

Vi delar den bedömningen, och ser också ett behov av att en sådan struktur särskilt lyfter skadligt bruk, beroende och samsjuklighet bland de psykiatriska tillstånden. Baserat på de dialoger vi har genomfört och utifrån underlag från *God och nära vård* utredningen drar vi slutsatsen att begreppet ”psykisk ohälsa” inte för alla självklart inkluderar skadligt bruk och beroende. Dessa sjukdomstillstånd måste därför uppmärksammas när strukturen ses över. En annan viktig fråga att tydliggöra är hur regionerna ska tillgodose kravet att vården vid skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

När det gäller barn och unga bedömer vi att regionerna behöver besluta om gemensamma strukturer för omhändertagande av skadligt bruk och beroende tillsammans med kommunerna, utifrån socialtjänstens övergripande ansvar för trygga och goda uppväxtförhållanden och sambandet mellan ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning och sociala problem. Socialtjänsten kommer även fortsättningsvis vara den huvudsakliga aktören för ungdomar med svåra familjeproblem, problematisk skolgång och kriminalitet, och ha ett fortsatt ansvar för att placera barn och unga utanför det egna hemmet enligt såväl SoL som Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU. Men det är viktigt att tydliggöra hur hälso- och sjukvården ska stödja socialtjänsten, exempelvis genom utredningar, diagnostik och adekvat medicinsk behandling. I dag upplever socialtjänsten ofta att man inte får det stöd som behövs i sådana situationer. Den gemensamma strukturen kan utgöra en del av den överenskommelse som regioner och kommuner ska ingå om samarbete i fråga om personer med skadligt bruk och beroende enligt 5 kap. 9 a § SoL respektive 16 kap. 3 § HSL.

[42] SOU 2021:6, God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

Modeller för stegvis vård kan tydliggöra aktörers uppdrag och ansvar

I utredningen *God och nära vård* framhålls modeller för stegvis vård som ett sätt att tydliggöra uppdrag och ansvar för olika aktörer i systemet. Med stegvis vård menas att behandlingens intensitet anpassas efter patientens behov, och att man ger vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Om ett behandlingssteg inte ger resultat går man vidare till nästa steg. Olika modeller kan se olika ut – i vissa modeller börjar patienten alltid på steget med lägst intensitet, medan det i andra modeller bestäms utifrån en individuell bedömning[43]. Utredningen för god och nära vård menar att den ovan beskrivna strukturen ska omfatta alla vårdnivåer, men att primärvården bör ha en särskilt viktig roll som den första instans som befolkningen möter, och utifrån sin nära geografiska belägenhet och möjlighet att arbeta med hög kontinuitet. När det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens för den psykiska hälsan är det i stället den specialiserade psykiatriska vården som ska svara för åtgärderna.[44]

I fråga om skadligt bruk och beroende kan det antingen vara i form av en särskild beroendemedicinsk klinik, eller motsvarande kompetens inom specialistpsykiatrin, eller den integrerade verksamhet vi föreslår i kapitel 11. Det är också viktigt med samverkan och konsultation mellan primärvården och den specialiserade vården. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni lyfts betydelsen av kontinuerlig tillgång till psykiatrisk specialistkompetens i form av handledning och stöd för primärvården, för att möjliggöra att patienten får rätt behandling snabbare.[45] Motsvarande bör vara aktuellt också när det gäller den specialiserade beroendevården, vid symtom på skadligt bruk och beroende.

[43] SOU 2021:6, God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
[44] SOU 2021:6, God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
[45] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.

Primärvård kan bidra med tidiga insatser, helhetssyn och kontinuitet

Vi bedömer att primärvården är en viktig del av vården utifrån sitt helhetsperspektiv och möjligheten till en kontinuitet i kontakten, men att riskbruk, skadligt bruk och beroende inte uppmärksammas i tillräcklig utsträckning i dag.

På samma sätt som för psykisk ohälsa generellt kan primärvården spela en viktig roll vid skadligt bruk och beroende, genom att möta en stor del av befolkningen, finnas tillgänglig nära geografiskt och erbjuda möjlighet till kontinuitet. Som beskrivs i utredningen om god och nära vård vid psykisk ohälsa kan primärvården upplevas som en mindre stigmatiserande ingång, och en fast vårdkontakt som man har förtroende för kan göra det lättare att våga ta upp svåra frågor.[46] I kapitel 10 beskriver vi också hur en fast läkarkontakt i primärvården kan bidra till det samlade medicinska ansvar för både psykiatriska och somatiska tillstånd som personer med samsjuklighet har behov av.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderas hälso- och sjukvården att erbjuda rådgivande samtal till vuxna med särskild risk, till exempel på grund av sjukdom eller social sårbarhet, som har ett riskbruk av alkohol.[47] Samtidigt visar Socialstyrelsens utvärderingar att mindre än en procent av primärvårdens patienter har uppmärksammats som riskkonsumenter, och att mindre än en halv procent har fått en åtgärd för att minska sin alkoholkonsumtion enligt regionernas dokumentation.[48] Detta trots att 16 procent av den vuxna befolkningen uppger sig ha ett riskbruk av alkohol i den nationella enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor.*[49] En studie har också visat att förekomsten av riskbruk av alkohol var 29 procent bland män och 11 procent bland kvinnor i en grupp primärvårdspatienter som behandlades för ångest och depression.[50] Samtidigt uppger endast hälften av de primärvårdsmottagningar som besvarat en enkät från Socialstyrel-

[46] SOU 2021:6, God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
[47] Socialstyrelsen 2018-6-24, Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.
[48] Socialstyrelsen 2015-1-1. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.
[49] Folkhälsomyndigheten 2020, uppgifter hämtade från Folkhälsodatabasen (http://fohmapp.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297).
[50] Hallgren, M., Kraepelien, M., Öjehagen, A., Lindefors, N., Zeebari, Z., Kaldo, V., et al. Physical exercise and internet-based cognitive-behavioural therapy in the treatment of depression: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2015;207(3): 227–34.

sen att merparten av patienterna med depression eller ångestsyndrom genomgår en strukturerad bedömning av en eventuell beroendeproblematik.[51]

När det gäller skadligt bruk och beroende av alkohol finns studier som visar att korta behandlingar, som kan genomföras inom primärvård och företagshälsovård, kan ha god effekt.[52] I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård rekommenderas till exempel MET, vilket är en motivationshöjande behandling omfattande 3–4 samtal. Det finns också en metod kallad 15-metoden, som bygger på Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Namnet återspeglar att målgruppen är personer med minst 15 poäng på AUDIT[53], att flera av besöken kan ske på bara 15 minuter i primärvården och att den innehåller ett 15-tal verktyg och metoder.[54]

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. I kapitel 12 skriver vi om olika aktörers ansvar för kompetensförsörjning. Kompetensförsörjningen är av avgörande betydelse för all psykiatrisk diagnostik och behandling, inte minst den som sker inom primärvården. Primärvårdens uppdrag och förutsättningar behöver också särskilt uppmärksammas i regionernas förberedelser för det samlade behandlingsuppdraget för skadligt bruk och beroende.

[51] Socialstyrelsen 2019, Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom – Huvudrapport med förbättringsområden.
[52] Socialstyrelsen 2019-1-16. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning; Wallhed Finn, S., Hammarberg, A. & Andréasson, S. 2018. Treatment of alcohol dependence in primary care compared to outpatient specialist care – a randomized controlled trial. Alcohol and Alcoholism, doi: 10.1093/alcalc/agx126; Wallhed Finn, S., Andréasson, S., & Hammarberg, A. 2020. Treatment of Alcohol Dependence in Primary Care Compared With Outpatient Specialist Treatment: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial, With Trajectories of Change. J. Stud. Alcohol Drugs, 81(3), 300-310; Wallhed Finn, S., Hammarberg, A., Andréasson, S. & Jirwe, M. 2021. A qualitative study of the implementation process of treatment for alcohol use disorders in primary care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 39(1): 51–59. doi: 10.1080/02813432.2021.1882079.
[53] Alcohol use disorders identification test (AUDIT) är ett bedömningsinstrument som kan användas för att identifiera om en person har alkoholproblem.
[54] Wåhlin, S. och Andreasson, S., Läkartidningen. 2015;112:DIIY.

Det bör finnas fler integrerade verksamheter för barn och unga

För barn och unga är skola, elevhälsa, ungdomsmottagningar, annan primärvård och socialtjänst viktiga aktörer i det förebyggande arbetet och arbetet med tidiga insatser. I vissa fall krävs också samarbete med polis och andra rättsvårdande myndigheter. Det gäller särskilt när ungdomar finns i gängmiljöer där det förekommer droger och handel med narkotika. Samtidigt har det konstaterats att tillgängligheten och samordningen brister, särskilt för barn med psykisk ohälsa. Regeringen har därför bland annat gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.[55] Några av de lokala och regionala satsningarna som ingår i arbetet är olika former av förstärkning av första linjens vård för psykisk ohälsa, och införande av olika arbetssätt inspirerade av den så kallade Skottlandsmodellen. Skottlandsmodellen innebär i korthet att socialtjänsten, skolan, hälso- och sjukvården samt polisen använder en gemensam nationell praxismodell, som består av olika verktyg som visar vad som ska bedömas när ett barn behöver stöd. Varje barn har också en utpekad person att vända sig till, som har det övergripande ansvaret att agera när barnet behöver extra stöd. Slutligen har barnet en plan för sina insatser, som är gemensam för alla aktörer.[56]

Regeringen har även fördelat medel till regioner och kommuner för första linjens vård för psykisk ohälsa[57] samt tillsatt en utredning om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, där bland annat mer ändamålsenligt stöd vid lättare psykisk ohälsa ingår.[58] Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga har bland annat föreslagit ett nationellt hälsovårdsprogram för barn 0-20 år, samt förtydliganden i lag att regionen i sin planering och utveckling av hälso- och sjukvård för barn och unga ska samverka med huvudmän för skolväsendet. [59]

Ett sätt att möta barn och ungas behov av tidiga tvärprofessionella insatser vid skadligt bruk eller beroende, och att uppmärksamma, ut-

[55] Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga, U2017/01236/GV.
[56] https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser/skottlandsmodellen/ hämtad 2021-07-15.
[57] Inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL om insatser inom området psykisk hälsa 2019.
[58] En sammanhållen god och nära vård för barn och unga, Dir. 2019:93.
[59] SOU 2021:34, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Delbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

reda och åtgärda både medicinska och sociala problem, är integrerade verksamheter där personal från hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar tillsammans. I några regioner finns så kallade Mariamottagningar, som är specialiserade öppenvårdsmottagningar som erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning av alkohol och drogproblem, drogtester samt individuell eller familjeterapeutisk behandling, och ofta drivs i samverkan med kommuner. I vår enkät till regionerna är det 7 regioner som uppger att de har en eller flera integrerade verksamheter i form av öppenvårdsmottagning för ungdomar och unga vuxna med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, beroendeframkallande medel, läkemedel, dopingmedel eller spel. Bland de kommuner och stadsdelar som besvarat enkäten var det 24 procent som uppgav att de samverkar med regionen i en sådan verksamhet. I vissa fall kan ungdomar också få hjälp med alkohol- och narkotikaproblem på ungdomsmottagningar, vars huvudfokus vanligtvis är sexuell och reproduktiv hälsa, och på första linjen verksamheter för psykisk ohälsa. Även dessa verksamheter drivs ibland som integrerade verksamheter i samverkan med kommuner. Vi bedömer att det behöver finnas flera integrerade verksamheter än det gör i dag, men att verksamheternas uppdrag och innehåll kan behöva tydliggöras och bli mer enhetligt. En möjlighet att bättre ta tillvara begränsade resurser kan vara att samla de olika integrerade verksamheternas kompetens i en gemensam verksamhet, vars uppdrag omfattar både skadligt bruk och beroende, psykisk ohälsa och sexuell och reproduktiv hälsa.

En praktisk svårighet med integrerade verksamheter som ofta lyfts fram är möjligheter till informationsdelning och gemensam journalföring mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg* föreslår en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Den innebär att vård- och omsorgsgivare får göra dokumentation om patienter och omsorgsmottagare elektroniskt tillgänglig för varandra, så länge den enskilda inte motsätter sig det. Bestämmelserna får dock enligt utredningens förslag bara tillämpas på socialtjänstens dokumentation avseende insatser för äldre och personer med funktionsnedsättning.[60] Vi bedömer att förslaget skulle kunna tillämpas för vuxna i den samordnade vård- och stödverksamhet som vi föreslår i kapitel 11, men inte för insatser för barn och

[60] SOU 2021:4, Informationsöverföring inom vård och omsorg.

unga som inte har en funktionsnedsättning. Möjligheterna för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation gällande insatser för barn och unga kan därför behöva utredas vidare, för att underlätta arbetet med integrerade verksamheter även för den målgruppen. *Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga* bedömer också att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att undersöka om det är möjligt och lämpligt att utvidga de föreslagna bestämmelserna om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation till att omfatta ytterligare grupper inom socialtjänsten, som exempelvis barn som är placerade utanför det egna hemmet och insatser inom socialtjänst som samlokaliseras med eller på annat sätt har ett nära samarbete med hälso- och sjukvård.[61]

Specialiserad beroendevård en viktig del av den stegvisa vården

En viktig del av den stegvisa vården är specialiserad beroendevård, som kan vara en del av den psykiatriska vården eller en egen organisation. Specialiserad beroendevård för vuxna kommer också enligt vårt förslag att erbjudas i den samordnade vård- och stödverksamhet som vi föreslår i kapitel 11. Uppgifter från vår enkät visar att 16 regioner i dag har specialiserad beroendevård för vuxna med uppdrag som omfattar hela regionen, 3 regioner har för delar av regionen och i 2 regioner ingår det att erbjuda beroendevård i allmänpsykiatrins uppdrag. För barn och unga är motsvarande siffror 6, 2 respektive 7 regioner, och 6 regioner har ”annan organisering”, vilket inkluderar hänvisning till socialtjänsten för öppenvård och överenskommelse med vuxenpsykiatrin eller BUP att erbjuda slutenvård vid behov.

Inom ramen för den specialiserade beroendevården erbjuds utredningar samt farmakologiska, psykologiska och psykosociala behandlingar som kräver specialistkunskap. Det är vår uppfattning att kunskapen om psykosocial behandling i dag främst finns inom socialtjänsten och att det kommer att behövas en överföring av kompetens till hälso- och sjukvården. Detta utvecklas i kapitel 16. Den specialiserade beroendevården måste också kunna bedriva LARO-behandling, vilket utvecklas i kapitel 10.

[61] SOU 2021:34, Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Delbetänkande av Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga.

Det behöver finnas heldygnsvård vid skadligt bruk och beroende

I det ansvar vi föreslår att regionerna ska få ingår vård på alla nivåer. Det innebär att det behöver finnas heldygnsvård som har möjlighet att ta emot personer med skadligt bruk och beroende. Det kan vara inom ramen för den specialiserade beroendevården eller i den psykiatriska heldygnsvården. Uppdragen när det gäller abstinensbehandling och annan behandling behöver vara tydligt beskrivna. Beroende av uppdragens utformning kan regionen behöva se över vilka resurser som avsätts till heldygnsinsatser. Det är också nödvändigt med rutiner som beskriver övergången mellan heldygnsvård och öppen vård. Av kapitel 11 framgår att den samordnade vård- och stödverksamhet som vi föreslår att regioner och kommuner ska vara skyldiga att bedriva, ska kunna ha ett övergripande ansvar för hela vårdprocessen, även i den del som ges på en sjukvårdsinrättning. I kapitel 14 gör vi analysen att även tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska vara en fråga för hälso- och sjukvården, och vi kommer inom ramen för vårt tilläggsdirektiv[62] att föreslå de lagändringar som krävs för den förändringen.

Skadligt bruk behöver uppmärksammas inom den psykiatriska vården

Utöver att stå för den specialiserade vården vid skadligt bruk och beroende så behöver också de delar av den psykiatriska vården som inte i första hand arbetar med detta bli bättre på att uppmärksamma skadligt bruk och beroende hos sina patienter. Studier har visat att omkring 20–30 procent av patienterna inom psykiatrins öppenvård har ett riskbruk av alkohol.[63] Att detta inte uppmärksammas tillräckligt bekräftas av en studie som visar att många psykiatriska kliniker inte regelmässigt genomför screening eller följer upp alkoholvanor. Även om mer än 90 procent uppger sig ha rutiner för screening och 50 procent riktlinjer för behandling är det bara drygt 60 procent av per-

[62] Tilläggsdirektiv till Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08). Dir. 2021:96.
[63] Nehlin, C., Fredriksson, A., Jansson, L. Brief alcohol screening in a clinical psychiatric population: special attention needed. *Drug Alcohol Rev* 2012;31: 538–43; Eberhard, S., Nordström, G., Höglund, P., *et al*. Secondary prevention of hazardous alcohol consumption in psychiatric out-patients: a randomised controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44: 1013–21.

sonalen som uppger att de genomför screening och drygt 30 procent som ger behandling.[64]

Socialstyrelsens utvärdering av vården vid depression och ångest visar att 60 procent av verksamheterna i den specialiserade psykiatrin genomför en strukturerad bedömning av beroendeproblematik för majoriteten av sina patienter med depression eller ångestsyndrom. Det finns dock skillnader mellan verksamheterna, där en sådan bedömning ingår rutinmässigt i vissa verksamheter, men genomförs för mindre än 25 procent av patienterna i andra. Det är också ovanligt att verksamheterna dokumenterar bedömningen som en åtgärd i sina patientadministrativa system. Mindre än tio procent av patienterna med depression eller ångestsyndrom i de vuxenpsykiatriska verksamheterna har fått en sådan åtgärd dokumenterad.[65]

När det gäller barn och unga finns det också uppgifter som tyder på att problem med alkohol och narkotika inte alltid uppmärksammas eller behandlas inom den psykiatriska vården. I Socialstyrelsens öppna jämförelser av psykiatrisk vård och behandling till barn och unga redovisas andel som haft kontakt med läkare inom specialiserad psykiatrisk vård upp till ett år före skadligt bruk eller beroende som lett till vård. Måttet kan till viss del sägas spegla i vilken omfattning den psykiatriska vården lyckas fånga upp barn och unga med skadligt bruk eller beroende, även om det inte säger något om i vilken utsträckning patienterna haft kontakt med andra yrkeskategorier än läkare inom den psykiatriska vården. År 2017 var det 41 procent som haft kontakt med läkare inom psykiatrin ett år innan de vårdats för skadligt bruk eller beroende.[66] I Socialstyrelsens öppna jämförelser redovisas också uppgifter från kvalitetsregistret för barn- och ungdomspsykiatrin (Q-bup). Uppgifterna rör barn- och ungdomspsykiatrisk vård i regionerna Stockholm, Kalmar samt Gävleborg under år 2018. Av uppgifterna framgår att mindre än fem procent av patienterna har fått diagnosen beroendetillstånd bland pojkar och flickor i åldern 13–17 år som varit på minst tre besök. Det saknas uppgifter om hur vanligt det är med sådana diagnoser generellt, men 8 procent av ungdomarna i årskurs nio och omkring 20 procent av ungdomarna i gym-

[64] Sundström et al. 2019, Identification and management of alcohol use and illicit substance use in outpatient psychiatric clinics in Sweden: a national survey of clinic directors and staff, Addict Sci Clin Pract (2019) 14:10.
[65] Socialstyrelsen 2019, Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom – Huvudrapport med förbättringsområden.
[66] Socialstyrelsen 2019, Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019.

nasiets årskurs två har en riskkonsumtion av alkohol[67]. Och preliminära data från en pågående svensk epidemiologisk studie pekar på att omkring 11 procent av ungdomarna i 18-årsåldern har ett beroende och 4 procent ett skadligt bruk av alkohol eller narkotika[68]. Socialstyrelsen har också konstaterat att av de barn som nydiagnostiserades med adhd år 2010 var det drygt 15 procent som någon gång under de följande åtta åren fick förstagångsvård för intag av beroendeframkallande substanser. Resultatet indikerar enligt myndigheten att BUP i större uträckning kan behöva uppmärksamma barn och unga med adhd som kan ha ett intag av beroendeframkallande substanser.[69]

Vi bedömer att regionerna behöver tydliggöra BUP:s ansvar i relation till skadligt bruk och beroende, och inte minst hur kravet att vården vid skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård ska tillgodoses. Vi konstaterar dock att trycket på BUP är högt redan i dag. Därför är det inte realistiskt att utgå ifrån att verksamheterna omedelbart kan ta emot en ny patientgrupp. I stället handlar det om att på sikt utveckla kunskapen om hur skadligt bruk och beroende identifieras och behandlas, och att det ska vara tydligt att dessa psykiatriska diagnoser ingår i uppdraget på samma sätt som andra. BUP:s uppdrag och ansvar behöver särskilt uppmärksammas under den tid vi föreslår att regionerna ska få för att förbereda sig för det samlade behandlingsuppdraget för skadligt bruk och beroende (se kapitel 16). *Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården* har också bland annat i uppdrag att stödja utvecklingen av ökad tillgänglighet till vård och stöd för barn och unga med psykisk ohälsa samt att bedöma om målsättningen om högst 30 dagars väntan till BUP bör kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti.[70]

[67] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2020, Skolelevers drogvanor 2020. CAN rapport 197.
Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN 2019, Skolelevers drogvanor 2019. CAN rapport 187.
[68] Gerdner, Arne & Håkansson, Anders C. 2021. Epidemiology of adolescent mental health disorders in a Swedish community sample. (Manuskript under arbete).
[69] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.
[70] Kommittédirektiv. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Dir. 2020:81.

9.2.4 Hälso- och sjukvårdens ansvar för stöd till anhöriga kan förtydligas

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.

Stöd från det personliga sociala nätverket har en positiv påverkan på resultatet av behandling för skadligt bruk och beroende, och i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderas därför nätverks- och parterapi i tillägg till annan behandling. Det sociala nätverket involveras även i flera av de psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder som rekommenderas vid skadligt bruk och beroende.[71] Men anhöriga kan också behöva stöd för egen del. Hälso- och sjukvården har dock inte på samma sätt som socialtjänsten ett uttalat ansvar för att ge stöd till anhöriga (se avsnitt 9.3.3), även om det generella ansvaret att förebygga ohälsa enligt 3 kap. 2 § HSL kan sägas inkludera anhöriga som riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stödjer en person med skadligt bruk eller beroende.[72] I patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns också bestämmelser om information till närstående, och om närståendes delaktighet i utformning och genomförande av vården (se kapitel 5 om gällande rätt). Hälso- och sjukvården har även ett ansvar att särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar (5 kap. 7 § HSL).

De vuxna anhöriga vi har pratat med säger att de önskar att vården och omsorgen lyssnar på dem och ger dem återkoppling om vad som händer deras närstående. De efterfrågar också stöd, utbildning och verktyg för att kunna hantera situationen. Vår bedömning är att både

[71] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[72] Socialstyrelsen 2016, Stöd till anhöriga: vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst har en viktig roll i stödet till anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende, och att hälso- och sjukvårdens ansvar kan behöva förtydligas. Frågan om hälso- och sjukvårdens ansvar för anhörigstöd bör dock utredas samlat och inte avgränsas till anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende.

Skäl för bedömningen

Hälso- och sjukvården kan bidra med kunskap om skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd

I en rapport om barn som anhöriga beskriver Socialstyrelsen att det är viktigt med differentierade insatser baserade på barnens och familjernas behov. Alla barn som anhöriga har ett grundläggande behov av information och råd. Några barn och familjer kan även behöva till exempel praktisk hjälp, föräldrastöd eller familjebehandling, och hälso- och sjukvården kan då behöva motivera och hjälpa föräldrarna att ta kontakt med socialtjänsten. Slutligen kan en mindre andel barn också behöva specifik hjälp med sina egna svårigheter, till exempel i form av psykoterapi eller traumabehandling[73], vilket är insatser som är hälso- och sjukvårdens ansvar.

Motsvarande har konstaterats i en rapport om anhöriga generellt. Socialstyrelsen beskriver där hur det många gånger är hälso- och sjukvården som har svar på de anhörigas frågor om vad sjukdomen eller funktionsnedsättningen innebär, och om möjliga rehabiliterings- eller behandlingsmetoder.[74] Den typen av information och råd kan förmedlas individuellt eller i grupp, och kan vara aktuell inom ramen för stödgruppsverksamheter (se avsnitt 9.3.3 och 9.3.4) och psykopedagogiska eller psykoedukativa program (se avsnitt 9.2.1 och 9.3.2). Hälso- och sjukvården har också en viktig roll att informera anhöriga om det stöd som erbjuds av kommunerna.

[73] Socialstyrelsen 2013, Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider, 2013-6-6.
[74] Socialstyrelsen 2021, Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi. 2021-6-7464.

Förtydligande av ansvar för anhörigstöd kan behöva utredas vidare

I Socialstyrelsens rapport om anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära framkommer att vuxna anhörigas livssituation och hälsa generellt inte uppfattas som hälso- och sjukvårdens ansvar. Myndigheten drar slutsatsen att det krävs tydliga signaler från beslutsfattare och ledning att det ingår i uppdraget och är prioriterat för att medarbetare i vården ska stötta anhöriga.[75] Riksrevisionen har tidigare granskat stödet till anhöriga, och rekommenderat regeringen att överväga om regionernas ansvar för stöd till anhöriga bör förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen.[76] Vår bedömning är att det kan behöva utredas vidare, och då omfatta anhöriga generellt och inte enbart gälla skadligt bruk och beroende.

9.3 Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende

Av socialtjänstlagens inledande portalparagraf framgår att socialtjänstens övergripande mål är att främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet, och att socialtjänsten ska inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och gruppers egna resurser. Enligt 3 kap. 1 § hör det till socialnämndens uppgifter att bland annat göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen, medverka i samhällsplaneringen, informera om socialtjänsten och att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden. Nämnden har också att svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det. Personer som inte själva kan tillgodose sina behov har rätt till bistånd för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt (4 kap. 1 §). Socialnämnden ska också främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning (3 kap. 2 §). Personer med skadligt bruk eller beroende omfattas av dessa bestämmelser, på samma sätt som alla andra.

Vidare anges särskilt i 5 kap. 7 § att socialnämnden ska verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande

[75] Socialstyrelsen 2021, Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi. 2021-6-7464.
[76] Riksrevisionen 2014, Stödet till anhöriga omsorgsgivare. RiR 2014:9.

svårigheter i sin livsföring (människor med funktionshinder) får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra, och att socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Bestämmelsen har funnits sedan 1980 års socialtjänstlag (SFS 1980:620).[77] I förarbetena anförs att lagrummet behandlar kommunens ansvar för att personer med olika ”handikapp” får de särskilda omsorger som de behöver. Bestämmelsen tar sikte inte bara på ”rörelsehindrade, syn- eller hörselskadade” utan också på personer med ”psykiska handikapp” och på dem som har *missbruksproblem eller andra svåra sociala problem*.[78]

Det finns också ett antal bestämmelser som särskilt pekar ut missbruk. Socialnämnden ska enligt 3 kap. 7 § arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel, och genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns. Även den bestämmelsen har funnits sedan införandet av 1980 års socialtjänstlag. I förarbetena betonades samhällets långtgående ansvar för människor som genom ett massivt bruk av alkohol eller narkotika har kommit eller riskerar att ställas utanför den sociala gemenskapen. I förarbetena förutsattes att kommunerna är medvetna om sitt stora ansvar och att personer med missbruk har samma rätt till bistånd som alla andra[79], och lagförslaget innehöll ingen särskild bestämmelse om detta eftersom det ansågs strida mot lagens karaktär av ramlag. Men Socialutskottet ansåg att socialtjänstens särskilda ansvar för personer med missbruk var så viktigt att det borde slås fast i en särskild bestämmelse, och förslog därför att det skulle regleras att socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk.[80]

Vidare ska socialnämnden enligt 5 kap. 9 § aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den *hjälp och vård* som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket, och i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. Vi föreslår att den bestämmelsen formuleras om, för att tydliggöra att socialtjänsten inte längre ska ha ansvar för behandling av skadligt bruk eller beroende. Socialtjänstens ansvar för personer med

[77] 21 § i 1980 års lag.
[78] Regeringens proposition 1979/80:1 Del A s. 534.
[79] Prop. 1979/80:1 Del C s. 58.
[80] SOU 1979/80:44 s. 56.

skadligt bruk och beroende ska i stället kvarstå (och i vissa fall förtydligas) för fyra huvudsakliga områden:

1. Kartläggning av levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet, information om och förmedling till samhällets stöd och annat förebyggande arbete för att motverka skadligt bruk och beroende.
2. Sociala stödinsatser för försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang, med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv.
3. Stöd till anhöriga.
4. Insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

När det gäller det första och sista ansvarsområdet föreslår vi inga ändringar i lagstiftningen, men för område 2 och 3 föreslår vi att socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende förtydligas (se avsnitt 9.3.2 och 9.3.3).

Vi bedömer att det sociala arbetet gynnas av en sådan renodling som vi föreslår. Det kan bland annat underlätta resursfördelning och kompetensförsörjning. Det kan också förbättra förutsättningar för uppföljning, utvärdering och forskning för de insatser som ges. Ett tydligare fokus på den typ av insatser vi beskriver ovan kan öka behovet av och stimulera till mer forskning om sådana insatser. Det kan också öka motivationen att förbättra uppföljningen av insatserna, vilket kan ligga till grund för systematiserad beprövad erfarenhet kring nyttan av olika typer av insatser, och därmed stärka förutsättningarna för en kunskapsbaserad socialtjänst.

9.3.1 Uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete är fortsatt viktiga insatser

Bedömning: Socialtjänsten har ett viktigt ansvar att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen och att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden, samt att arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk och beroende. Det förebyggande arbetet behöver fortsätta utvecklas, följas upp och utvärderas.

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska arbeta med att förebygga skadligt bruk och beroende. Som vi tidigare beskrivit har socialtjänstlagen, utöver generella bestämmelser om kartläggning av levnadsförhållanden i kommunen och om uppsökande verksamhet, också specifika bestämmelser om att förebygga och motverka missbruk. Detta bland annat genom att sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns, genom information och uppsökande verksamhet. Vi föreslår inga ändringar i dessa bestämmelser, utöver att begreppet ”missbruk” ersätts med ”skadligt bruk eller beroende” (se avsnitt 9.1).

De insatser som anges i socialtjänstlagens bestämmelse om missbruk är inte avsedda att vara en fullständig uppräkning, utan socialnämnden har frihet att utforma de förebyggande insatserna på det sätt som är mest ändamålsenligt.[81] Socialnämnden bör utnyttja såväl *strukturinriktade* och *allmänt inriktade* insatser som *individuellt inriktade* insatser.[82] Strukturinriktade insatser syftar till en god samhällsmiljö, och inkluderar bland annat uppsökande verksamhet. Allmänt inriktade insatser är generellt utformade sociala insatser, medan individuellt inriktade insatser är direkt anpassade till den enskildes behov.[83]

I utredningen *Framtidens socialtjänst* används i stället begreppen samhälls-, grupp- och individnivå för att beskriva socialtjänstens arbete för att förebygga olika sociala problem och social utestängning. Arbete på grupp- och individnivå riktar sig till socialtjänstens målgrupper eller till enskilda individer, och syftar enligt utredningen till att motverka funktionsbegränsningar och att förebygga behovet av mer ingripande insatser.[84] Som exempel på insatser på gruppnivå nämner de bland annat olika typer av gruppverksamheter, och exempel på insatser på individnivå inkluderar föräldrastöd till föräldrar som har svårt att klara sin föräldraroll och återfallsprevention vid missbruks- och beroendeproblematik.[85]

Enligt *Framtidens socialtjänst* är mycket av det förebyggande arbete som socialtjänsten bedriver riktat till barn, unga och föräldrar. Vi bedömer utifrån uppgifter från Folkhälsomyndigheten att så även är fallet vad gäller förebyggande insatser för skadligt bruk och beroende.

[81] SOU 1979/80:44 s. 106 f.
[82] SOU 1979/80:44 s. 106.
[83] Prop. 1979/80:1, s. 152.
[84] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.
[85] SOU 2018:32, Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. Delbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

I socialtjänstlagen finns också särskilda bestämmelser om förebyggande och motverkande av missbruk bland barn och unga. Socialtjänsten har dessutom ett ansvar att säkerställa trygga och goda uppväxtvillkor för barn och unga, vilket inkluderar att uppmärksamma barn i familjer där det förekommer skadligt bruk och beroende. När det gäller insatser riktade till barn skriver vi även om det avsnitt 9.3.4.

Gruppverksamheter som ger stöd till vuxna anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende kan också ses som en förebyggande insats. Det kan förebygga ohälsa hos den anhöriga, och hjälpa den anhöriga att vara ett stöd för personen som har ett skadligt bruk eller beroende och i vissa fall motivera personen att söka behandling. Även individinriktade sociala stödinsatser som rör försörjning, boende, sysselsättning och sociala sammanhang kan ses som förebyggande insatser, som bidrar till att motverka funktionsbegränsningar och minska risken för återfall i skadligt bruk. Detta skriver vi om i avsnitt 9.3.2 och 9.3.3.

I det här avsnittet fokuserar vi på det förebyggande arbete som rör kartläggning av levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet och att tidigt uppmärksamma skadligt bruk och beroende hos vuxna, samt mer generella insatser riktade till barn och föräldrar. Vi bedömer att det arbetet är viktigt och behöver fortsätta utvecklas.

Skäl för bedömningen

Kunskap om levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att uppmärksamma och förhindra skadligt bruk och beroende är viktiga insatser, men de behöver liksom andra insatser vara möjliga att följa upp och utvärdera.

Det förebyggande arbetet behöver utvecklas

Enligt utredningen *Framtidens socialtjänst* indikerar tillgängliga uppgifter att förebyggande arbete generellt utgör en liten del av socialtjänstens verksamhet, något som också bekräftas av de dialoger de har genomfört. De drar slutsatsen att socialtjänsten framför allt är organiserad för att handlägga ärenden när problem redan uppstått.[86]

[86] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

Det saknas dock uppgifter som belyser socialtjänstens förebyggande arbete, och saknas därmed underlag för att dra några slutsatser både om förekomsten av insatser och om deras resultat. I *Framtidens socialtjänst* framhålls att socialtjänstens förebyggande arbete generellt behöver bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet, och att den officiella statistiken behöver utvecklas för att visa i vilken omfattning kommuner arbetar med förebyggande insatser.[87] Vi anser att detta även gäller för arbetet med att förebygga skadligt bruk och beroende, och bedömer att både uppföljning och utvärdering av förebyggande insatser behöver utvecklas, för att säkerställa en jämlik tillgång till kunskapsbaserade insatser.

Kunskap om levnadsförhållanden ger underlag för planering

En del av det förebyggande arbetet omfattar att göra sig förtrogen med levnadsförhållanden i kommunen. Att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena kan både ge värdefull kunskap till andra aktörer i samhället, och kunskap som kan ligga till grund för socialtjänstens egen planering av sina insatser. Som framhålls i utredningen *Framtidens socialtjänst* kan socialtjänsten ofta se problem i ett tidigt skede, och kan vidta förebyggande och tidiga insatser. Med planering utifrån det man uppmärksammar skapas också bättre förutsättningar att anpassa verksamheten efter ändrade förhållanden och att använda resurserna mer effektivt.[88] Det kan i relation till skadligt bruk och beroende bland annat handla om att uppmärksamma särskilda grupper, eller nya eller förändrade konsumtionsmönster eller problem relaterade till bruket, som innebär behov av anpassade insatser. Några sådana exempel är en ökande alkoholkonsumtion bland äldre, skadligt bruk eller beroende och psykisk ohälsa hos ensamkommande barn och unga som söker asyl i Sverige, och kvinnor med skadligt eller beroende som utsätts för våld eller riskerar att göra det, om till exempel inte trygga och säkra boendeformer erbjuds. Det kan också handla om att tillsammans med bland annat polis uppmärksamma handel och användning av droger i samband med gängkriminalitet och vidta åtgärder för att unga och sårbara personer inte ska dras in i sådan verksamhet.

[87] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.
[88] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

Ett sätt att göra sig förtrogen med levnadsförhållanden är genom uppsökande verksamhet.

Uppsökande och uppmärksamhet bidrar till kontakt och information

Utöver att ge information om levnadsförhållanden i kommunen så är uppsökande verksamhet också viktigt för att komma i kontakt med personer som inte själva söker hjälp, för att kunna informera om det stöd som finns.[89] Socialstyrelsen beskriver i öppna jämförelser för personer med psykisk funktionsnedsättning att uppsökande verksamhet är särskilt viktig för dem, bland annat utifrån att de många gånger kan leva i social isolering, ha svårt att identifiera sina egna behov och veta var de ska vända sig. Arbetssätt, strikta regler och kontorstider lyfts som faktorer som kan utgör hinder för kontakt med socialtjänsten.[90] Uppsökande verksamhet riktad till personer som riskerar att förlora sitt boende är också en viktig del av socialtjänstens förebyggande arbete. Personer med skadligt bruk och beroende kan ingå både i gruppen med psykisk funktionsnedsättning och i gruppen som riskerar att förlora sitt boende. Men de kan också av andra skäl ha behov av ett mer flexibelt förhållningssätt, med lägre trösklar, för att få information och hjälp.

Det saknas uppgifter på nationell nivå om uppsökande verksamhet specifikt för personer med skadligt bruk och beroende. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar dock att andelen kommuner som bedriver uppsökande verksamhet riktad till personer med psykisk funktionsnedsättning har minskat något sedan 2017, och 2020 var 32 procent.[91] Fler kommuner, 62 procent, har uppsökande verksamhet riktad till personer som riskerar sitt boende.[92]

Inom ramen för den uppsökande verksamheten kan socialtjänsten informera om samhällets stöd och hjälpa den enskilde att ansöka om insatser som andra huvudmän ansvarar för. Det kan till exempel innebära att man bistår i kontakten med regionens hälso- och sjukvård. Socialtjänsten kan även samarbeta med den samordnade vård-

[89] Proposition 1979/80:1 om socialtjänsten s. 170.
[90] Socialstyrelsen 2020, Öppna jämförelser 2020 – Personer med psykisk funktionsnedsättning, Socialpsykiatri, 2020-06-24.
[91] Socialstyrelsen 2020, Öppna jämförelser 2020 – Personer med psykisk funktionsnedsättning, Socialpsykiatri, 2020-06-24.
[92] Socialstyrelsen 2020, Öppna jämförelser 2020 – Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden, 2020-06-24.

och stödverksamheten som vi föreslår i kapitel 11. För att tidigt uppmärksamma skadligt bruk och beroende kan socialtjänsten också i större utsträckning behöva uppmärksamma sådana problem hos personer som är i kontakt med dess olika verksamheter. Ett sätt att tidigt upptäcka alkoholproblem är att använda manualbaserade frågetest, så som AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser 2020 var det mindre än 50 procent av kommunerna som använde sig av AUDIT inom de delar av socialtjänstens verksamhet som arbetar med våld i nära relationer, omkring 40 procent inom ekonomiskt bistånd, 15 procent inom LSS, drygt 30 procent inom socialpsykiatri och 11 procent inom äldreomsorgen.[93] Det är i det sammanhanget också viktigt att socialtjänsten uppmärksammar situationen för eventuella barn, och vidtar åtgärder vid behov (se avsnitt 9.3.4).

Generella insatser för barn och föräldrar är del av ANDTS-politiken

När det gäller ANDTS-området och barn och unga framgår av Indikatorlabbet[94] att en majoritet av landets kommuner arbetar med olika universella förebyggande åtgärder, som att stärka föräldrar i sitt föräldraskap, en aktiv fritid för barn och unga och en trygg skolmiljö. Många lämnar också ANDTS-relaterad information till föräldrar, men färre erbjuder särskilda föräldraprogram. Flera säger sig däremot genomföra riktade insatser till elever med problematisk frånvaro eller svårigheter i skolan. Forskning visar att en fullföljd skolgång är en viktig skyddsfaktor för många olika problem, däribland skadligt bruk och beroende och kriminalitet. Därför har både skola och socialtjänst en viktig roll. Det finns också exempel på förebyggande insatser där skola, socialtjänst och polis samverkar för att ge stöd till unga som använder narkotika eller riskerar att hamna i en kriminell livsstil.

Liksom för vuxna är det viktigt att arbetet med att förebygga skadligt bruk och beroende hos barn och unga bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet, följs upp och utvärderas. Socialstyrelsen

[93]Socialstyrelsen 2020-06-24, Öppna jämförelser missbruks- och beroendevården.
[94] Folkhälsomyndigheten har ett uppdrag att förvalta och vidareutveckla ett uppföljningssystem för ANDTS-området, vilket myndigheten gjort genom arbete med Indikatorlabbet. Indikatorlabbet syftar till att på ett samlat sätt kunna följa upp målen inom ANDT-strategin, och kan användas av kommunernas ANDT-samordnare för att kartlägga och följa upp effekterna av sitt arbete.

har också fått i uppdrag av regeringen att göra en forskningsstudie om vilka tidiga insatser som används för att motverka missbruk och kriminalitet. Studien ska främst handla om gruppen barn och ungdomar som dömts för narkotikabrott. Bland annat ska myndigheten undersöka hur de 18–20-åringar som fått böter för narkotikabrott uppmärksammades ett par år tidigare av socialtjänsten. Även effektiva modeller och samverkan för att tidigt upptäcka unga som använder narkotika ska kartläggas. Samsjuklighet med psykisk sjukdom och ohälsa som är vanligt bland personer med beroendeproblem ska vägas in i studien.

9.3.2 Tillgången till sociala stödinsatser med fokus på att stärka resurser behöver förbättras

Förslag: 5 kap. 9 § i socialtjänstlagen som gäller ”Missbrukare” formuleras om, för att tydliggöra socialtjänstens ansvar för sociala stödinsatser till personer med skadligt bruk och beroende, och för att tydliggöra att socialtjänsten inte längre har ansvar för behandling av sådana tillstånd.

Som vi beskrivit tidigare framgår av 5 kap. 9 § att socialnämnden aktivt ska sörja för att den enskilde ”missbrukaren” får den *hjälp och vård* som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket, och i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. Vi föreslår att denna formulering stryks, för att tydliggöra att all behandling vid skadligt bruk och beroende är ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.

Fokus för socialtjänstens insatser ska i stället vara på att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet, samt att frigöra och utveckla resurser. Det innebär en perspektivförskjutning, där socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende inriktas på det vi menar är socialtjänstens kärnuppdrag och särskilda kompetens.

För att tydliggöra detta föreslår vi att 9 § formuleras om, så att den i stället motsvarar 5 kap. 7 § som gäller ”människor med funktionshinder” och innebär att socialnämnden ska verka för att människor som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra, och att social-

nämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Vi föreslår också att rubriken ”Missbrukare” byts ut mot ”Personer med skadligt bruk eller beroende” (se avsnitt 9.1).

Stödinsatserna ska stärka resurser och funktionsförmåga

Även om långt ifrån alla med skadligt bruk eller beroende har sociala problem så finns det en förhållandevis stor grupp där socialtjänstens stöd och hjälp kan vara helt avgörande.

Vi har valt att föreslå samma formulering för personer med skadligt bruk eller beroende som i socialtjänstlagens 5 kap. 7 § för människor med funktionshinder, det vill säga ”människor som möter betydande svårigheter i livsföring”. Vad betydande svårigheter i livsföring innebär har inte definierats i lagens förarbeten. Däremot har Nationell psykiatrisamordning definierat det närliggande begreppet ”väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden”. Exempel på viktiga livsområden är enligt Nationell psykiatrisamordning sådana som handlar om en persons basala liv i samhället, som boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap, relationer och fritid. Enligt definitionen kan en svårighet vara väsentlig därför att den drabbar individens delaktighet på ett livsområde som är betydelsefullt för honom eller henne, även om denna svårighet utifrån sett kan te sig som relativt lindrig. I övrigt är svårigheter väsentliga i kraft av att de omöjliggör ett självständigt liv ute i samhället.[95]

I socialtjänstlagens förarbeten beskrivs att socialnämnden ansvarar för den ”sociala rehabilitering” som kan krävas till exempel beträffande ”alkohol- och narkotikamissbrukare” sedan det omedelbara behovet av sjukvård tillgodosetts.[96] I Socialstyrelsens termbank definieras rehabilitering som: insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga. funktionsförmåga

[95] Nationell psykiatrisamordning 2006, Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5.
[96] Prop. 1979/80:1 Del A s. 148.

samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet.[97]

Eftersom skadligt bruk och beroende är tillstånd som kan vara långvariga, ofta återkommande och ibland kroniska, är det viktigt med ett långsiktigt stöd till rehabilitering.[98] Inom den psykiatriska vården brukar man också använda begreppet återhämtning. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd beskrivs återhämtning som den process som handlar om att återta makten över sina psykiska symtom, över det stöd eller den behandling man behöver och över sin egen och omvärldens bild av en som person.[99] I riktlinjerna beskrivs skillnaden mellan social och total återhämtning, där total återhämtning innebär att individen inte längre besväras av psykiska symtom och inte har kontakt med psykiatrin eller socialtjänsten, medan social återhämtning innebär att individen har ett normalt socialt liv, där psykiska symtom kan finnas kvar men inte överskuggar tillvaron, och individen har viss kontakt med psykiatrin och socialtjänsten. Man kan också tala om klinisk respektive personlig återhämtning, där klinisk återhämtning innebär att personen är symtomfri, medan personlig återhämtning handlar om mening, hopp och att leva ett tillfredsställande liv definierat av personen själv.[100]

De personer med samsjuklighet som vi har pratat med uppfattar ibland att total drogfrihet är det enda mål som räknas för de verksamheter de har kontakt med, medan ökad psykisk och fysisk hälsa, eller förbättrad livskvalitet, får för lite uppmärksamhet. De berättar också att de i större utsträckning skulle vilja få hopp och stöd att tro på sin förmåga att bli frisk, ett större fokus på resurser, styrkor och drivkrafter, att få vara en del i ”vårdteamet” och att få utbildning om sin specifika problematik samt verktyg för att kunna hantera sin situation. Målet med socialtjänstens insatser behöver utgå ifrån personernas egna behov, och i enlighet med lagstiftningen utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne[101], stärka aktivt

[97] Socialstyrelsens termbank, https://termbank.socialstyrelsen.se/? TermId=655&Src Lang=sv, hämtad 2021-04-20.
[98] För en genomgång av studier, se till exempel SOU 2005:82.
[99] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.
[100] Elisabeth Argentzell, 2017 ”Som en länk mellan patient och personal”. Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne.
[101] Socialtjänstlagen 3 kap. 5 §.

deltagande i samhällslivet samt frigöra och utveckla personens egna resurser.[102]

Skäl för förslaget

De huvudsakliga skälen för vårt förslag är att nuvarande formulering av bestämmelsen för personer med skadligt bruk och beroende har lett till en otydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen, och att tillgången till evidensbaserade sociala stödinsatser behöver förbättras för personer med skadligt bruk och beroende.

Nuvarande formulering bidrar till otydlighet i ansvarsfördelning

Vi anser att nuvarande formulering av 5 kap. 9 § om *hjälp och vård* är oprecis, och riskerar att leda till att enskilda även fortsättningsvis hänvisas fram och tillbaka mellan huvudmännen och att det sker dubbelarbete. Ytterligare en risk med att behålla en sådan formulering är att socialtjänstens kärnuppdrag, som vi vill förstärka, inte får det fokus och de resurser som krävs om myndighetens uppdrag för personer med skadligt bruk och beroende också fortsättningsvis saknar tydlighet. Vi bedömer därför att formuleringen behöver strykas, för att det inte ska fortsätta vara en oklar ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, och för att den enskilde ska få rätt insatser av den huvudman som har rätt förutsättningar och rätt kompetens för respektive uppdrag.

Försörjning, sysselsättning och boende har stor betydelse

Ekonomisk och social trygghet påverkar inte bara hälsa och livskvalitet, utan även förutsättningar att delta i behandling och behandlingens resultat på kort och på lång sikt.[103] Försörjning, sysselsättning och boende är basala behov som är viktiga för de flesta människor. När det gäller skadligt bruk och beroende så kan det leda till svårigheter att behålla arbete och bostad, och omvänt så kan arbetslöshet och instabilt boende öka risken för ett problematiskt bruk av

[102] Socialtjänstlagen 1 kap. 1 §.
[103] Se till exempel SOU 2005:82.

alkohol och narkotika. Tillgång till ett stabilt boende kan också påverka möjligheten att delta i behandling. De personer med samsjuklighet som vi har pratat med lyfter vikten av en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang för att må bra och undvika återfall i skadligt bruk eller beroende. Det handlar bland annat om stöd med praktiska saker som ekonomi och att söka jobb, tillgång till ett boende samt att kunna finnas i ett sammanhang med andra människor där det finns möjlighet till sysselsättning, till exempel arbete eller föreningsliv. De beskriver att det ofta är avsaknaden av sådana insatser som gör att man återfaller i skadligt bruk, till exempel efter en vistelse på HVB.

Tillgången till evidensbaserade insatser behöver öka

Vi bedömer att en viktig målsättning är att de olika stödinsatser som rekommenderas i nationella riktlinjer implementeras i större utsträckning. Det handlar till exempel om olika insatser som gäller arbete, sysselsättning och boende, men också om stöd till en mer strukturerad vardag, och utveckling av funktioner som personen tycker är viktiga för att kunna få ökad kontroll över sin livssituation.

Som vi beskrivit tidigare omfattas personer med skadligt bruk eller beroende enligt förarbetena av bestämmelsen i 5 kap. 7 § som gäller insatser för att delta i samhällets gemenskap, meningsfull sysselsättning och anpassat boende för ”människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring”. Vi bedömer dock att personer med skadligt bruk och beroende i dag inte alltid har tillgång till de insatser som erbjuds inom det som brukar benämnas socialpsykiatri[104], och att det därför finns anledning att särskilt lyfta fram den gruppen. Utöver att ge stöd till personer vars skadliga bruk eller beroende har upphört, så behöver socialtjänstens insatser för boende och sysselsättning också riktas till personer som har ett pågående skadligt bruk eller beroende, och inte utesluta dem från insatser som kan vara avgörande för en trygg och stabil livssituation. Detta hindrar inte att till exempel en sysselsättningsverksamhet kan ställa krav på nykterhet, på samma sätt som en arbetsplats gör det. Ofta handlar det om att utveckla arbetssätt som

[104] Kommunernas verksamheter som vänder sig till personer med psykiska funktionsnedsättningar.

inte utesluter den enskilde på grund av ett pågående skadligt bruk eller beroende, men som samtidigt motiverar till att opåverkad kunna genomföra arbetsuppgifter tillsammans med andra.

I Socialstyrelsens öppna jämförelser finns uppgifter om hur många kommuner som kan erbjuda olika evidensbaserade stödinsatser. Men som regel saknas uppgifter om hur många personer som får insatserna, och framför allt saknas uppgifter om hur vanligt det är att personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet erbjuds dem. Inte heller i den enkätundersökning som vi har genomfört kunde vi få svar på det. Det beror på att kommunerna oftast inte registrerar dessa uppgifter i sina verksamhetssystem, utan endast har uppgifter om antalet beviljade insatser. Hur många kommuner som kan erbjuda olika insatser varierar beroende på insats, men för flera insatser finns ett utrymme för förbättring.

Insatser för arbete

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende ingår arbetsförberedande träningsmodeller och individanpassat stöd till arbete i form av IPS-modellen (*individual placement and support*). Medan arbetsförberedande träningsmodeller innebär en stegvis introduktion till arbetsmarknaden så utgår IPS-modellen från att personen mer eller mindre direkt får ett arbete på den öppna arbetsmarknaden, och därefter behovsbaserat stöd som utgår ifrån arbetsplaceringen[105].

Riktlinjerna rekommenderar i första hand IPS-modellen. IPS-modellen rekommenderas också i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd[106]. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för personer med psykisk funktionsnedsättning kunde närmare 40 procent av kommunerna erbjuda IPS-modellen 2020[107]. Däremot saknas uppgifter om hur många personer som erbjöds sådant stöd, och i vilken mån det riktas till personer med skadligt bruk och beroende eller samsjuklighet.

[105] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[106] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.
[107] Socialstyrelsen 2020, Öppna jämförelser 2020 – Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – socialpsykiatri.

Merparten av den tidigaste forskningen om IPS har genomförts i USA, ett land med ett annat slags välfärdssystem och ett svagare rättsligt skydd mot uppsägning än i Europa och särskilt i Skandinavien. Det har därför ifrågasatts hur och i vilken mån modellen kan tillämpas på svensk arbetsmarknad. En nyligen publicerad rapport från SBU drar dock slutsatsen att modellen är effektiv även i en svensk kontext[108]. I Sverige ligger ansvaret för arbetslivsinriktad rehabilitering hos flera olika myndigheter och det krävs samverkan mellan socialtjänsten, annan kommunal verksamhet, hälso- och sjukvården, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivare. En studie genomförd av Research Institutes of Sweden (RISE) och SKR har identifierat ett antal gap i den samordnade rehabiliteringen som motverkar införandet av modellen. Som exempel nämns bland annat brist på samordning och osäkerhet i tolkningen av existerande regelverk, att myndigheterna gör olika bedömningar av arbetsförmåga och osäkerhet om ekonomiska konsekvenser vid visad arbetsförmåga, regelverk som försvårar möjlighet till individuell anpassning samt utformning av samhällstjänster som inte möter målgruppens behov (exempelvis digitalisering inom Arbetsförmedlingen)[109].

Andra insatser för sysselsättning och socialt sammanhang

Personer som inte kan arbeta eller studera kan behöva någon annan typ av sysselsättning. Det kan både handla om att träna på och förbereda sig för att arbeta eller studera längre fram, men också om att träffa andra människor och finnas i ett socialt sammanhang.

I Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd rekommenderas daglig sysselsättning med individuell målsättning och uppföljning. Rekommendationen motiveras med att det kan leda till minskad isolering och ökad återhämtning, social funktion och livskvalitet[110]. I riktlinjerna beskrivs hur behovet av och formen för sysselsättningen kan variera, från att ha någonstans att vara, till att ha något att göra eller att få stöd att komma vidare till arbete eller studier. En särskild form är arbets-

[108] SBU 2020, Individanpassat stöd till arbete (IPS) för personer med psykisk funktionsnedsättning.
[109] RISE och SKR 2019, Förstudie: IPS och sociala utfallskontrakt – Stockholm. En rapport av RISE Research Institutes of Sweden och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).
[110] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.

inriktad daglig sysselsättning, som innebär arbetsliknande aktiviteter med en viss förväntad aktivitetsnivå. Ett exempel på det är så kallade Fontänhus, som drivs av medlemmar och oftast finansieras av kommuner, regioner och Socialstyrelsen. I det nationella vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende rekommenderas också daglig aktivitet utanför hemmet, som exempelvis färdighetsträning, kurs genom ett studieförbund, volontärverksamhet, aktivitetshus eller fontänhus[111].

Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för personer med psykisk funktionsnedsättning erbjöd 80 procent av kommunerna någon form av öppen verksamhet till personer med psykisk funktionsnedsättning 2020[112]. I den enkätundersökning som vi har genomfört var det 83 procent av kommunerna som 2019 kunde erbjuda daglig sysselsättning för vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning, missbruk och/eller samsjuklighet. Drygt 50 procent kunde erbjuda träfflokal.

Generellt har här civilsamhället en viktig roll att spela, till exempel i form av sociala företag som bidrar till gemenskap, sysselsättning och försörjning, och organisationer som driver träfflokaler, uppsökande verksamhet och olika självhjälps- och stödgrupper. Deras verksamheter är många gånger ett ovärderligt komplement till de insatser kommunerna erbjuder, och socialtjänsten kan med fördel informera om och hänvisa till sådana organisationer.

Stöd för att få ett boende

I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården ingår också rekommendationer om olika former av stöd för att få ett boende. För personer som saknar bostad rekommenderas insatserna Bostad Först eller vårdkedja. Bostad Först innebär att personen får ett hyreskontrakt och sedan de vård- och stödinsatser för beroende och psykisk ohälsa som behövs. Stödinsatsen som erbjuds består av någon form av case management, oftast enligt ACT-modellen, men det ställs inga krav på nykterhet eller deltagande i behandling. Boendeinsatser i form av vårdkedja innebär i stället att bakomliggande pro-

[111] Nationella vård- och insatsprogram, Missbruk och beroende, www.vardochinsats.se/missbruk-och-beroende/, hämtad 2021-04-26.
[112] Socialstyrelsen 2020, Öppna jämförelser 2020 – Stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning – socialpsykiatri.

blematik behandlas först och att personen därefter erbjuds en bostad. Något som inte rekommenderas i riktlinjerna, men som är en vanlig modell i Sverige, är insatsen boendetrappa. Den innebär att personen kvalificerar sig för olika typer av boenden genom att visa att man klarar ett steg i taget, till exempel härbärge, träningslägenhet och andrahandskontrakt. Men till skillnad från vårdkedja utgår trappan inte från ett vård- eller behandlingsperspektiv[113].

Både Socialstyrelsens öppna jämförelser och vår enkät visar att endast 20 procent av kommunerna kan erbjuda Bostad först, medan omkring 30–40 procent erbjuder vårdkedja för boende[114]. En del i förklaringen till att förhållandevis få kommuner erbjuder Bostad först kan vara bristande tillgång till bostäder. Enligt Boverkets senaste mätning uppgav drygt 70 procent av kommunerna att det rådde underskott på bostäder i kommunen[115]. Men även i kommuner med balans eller överskott på bostäder finns en sekundär bostadsmarknad med kommunala andrahandskontrakt, vilket pekar på att fastighetsägares höga trösklar för att personer ska få egna bostadskontrakt också spelar in[116].

I socialnämndens ansvar för att den enskilde får bo på ett sätt som är anpassat till hans eller hennes behov ligger också att erbjuda boende med särskild service för den som behöver det. Det kan vara grupp- eller servicebostad som erbjuds till exempel personer med omfattande samsjuklighet eller äldre personer med skadligt bruk och beroende. Kommunens skyldighet att inrätta sådana bostäder för personer som möter betydande svårigheter i sin livsföring följer av 5 kap. 7 § SoL, och för äldre av 5 kap. 5 § SoL.

Stöd i boendet, case management och social färdighetsträning

För personer med skadligt bruk och beroende som har behov av stöd i boendet rekommenderas i riktlinjerna personellt boendestöd. Det är ett individuellt anpassat stöd som kan vara både praktiskt och socialt. Insatsen ska underlätta vardagen i boendet och minska risken för

[113] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[114] Socialstyrelsen 2020, Öppna jämförelser 2020 – Missbruk- och beroendevården.
[115] Boverket 2020, www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/nyheter/212-av-290-kommuner-har-fortfarande-brist-pa-bostader/.
[116] Boverket 2010, Trösklar till bostadsmarknaden. Om hemlöshet som ett bostadsmarknadsproblem.

vräkningar[117]. Boendestöd rekommenderas också i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid schizofreni[118], och ingår i det nationella vård- och insatsprogrammet för schizofreni och liknande tillstånd. Där beskrivs det kunna bestå av hjälp att sköta sin ekonomi, sköta hemmet, ta ansvar för sitt boende, kontakt med vården, goda relationer, meningsfull sysselsättning, myndighetskontakter, levnadsvanor och livsstil samt struktur och rutiner i vardagen. Stödet ska utformas tillsammans med individen och beskrivas i en genomförandeplan, där målen framgår[119]. I vår enkätundersökning uppger nästan alla de kommuner och stadsdelar som besvarat enkäten att de erbjuder personellt boendestöd, även om det inte framgår hur vanligt det är att det erbjuds personer med skadligt bruk eller beroende.

I våra fördjupade intervjuer i några kommuner framkommer att det förekommer olika begrepp för den här typen av insatser. Några andra begrepp som förekommer är individuellt stöd, personstöd samt rådgivning och stöd. Gemensamt är att de inkluderar stöd i kontakter med andra myndigheter, och stöd för en fungerande vardag i och utanför hemmet.

I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderas case management i form av strengths model för personer som har behov av samordning. Modellen fokuserar på individens förmågor och möjligheter i stället för på begränsningar, och har ett uppsökande arbetssätt. Enligt modellen har en case manager inte fler än 20 klienter, och har krisberedskap under dagtid.[120] I vår enkät var det omkring 40 procent av kommunerna och stadsdelarna som erbjöd någon form av case managent eller vård- och stödsamordning till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning, missbruk eller samsjuklighet.

Personer som har behov av stöd för att hantera vardagliga sociala aktiviteter och relationer rekommenderas i de nationella riktlinjerna för schizofreni också erbjudas psykopedagogiska behandlingsprogram med social färdighetsträning[121]. Sådana program kan även vara

[117] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[118] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.
[119] Nationellt vård- och insatsprogram Schizofreni och liknande tillstånd, www.vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/, hämtad 2021-04-22.
[120] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[121] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.

aktuella för personer med skadligt bruk och beroende, och inte minst för personer med samsjuklighet. Två exempel på program är IMR (*Illness Management and Recovery*) och ESL (Ett självständigt liv). Färdighetsträningen i programmen syftar till att öka social förmåga och delaktighet i samhället. Programmen är ofta manualbaserade, och innehåller utöver social färdighetsträning även utbildning om tillståndet, dess orsaker och möjligheter till behandling och stöd. Detta för att underlätta för personerna att fatta informerade beslut om sin egen behandling. De delar av programmen som handlar om sjukdomen och dess behandling kan behöva ges av hälso- och sjukvården[122]. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för personer med psykisk funktionsnedsättning erbjöd 44 procent av kommunerna programmet Ett självständigt liv 2020. I vår enkätundersökning var det 46 procent av de kommuner och stadsdelar som svarat som erbjöd någon form av social färdighetsträning till vuxna personer med psykisk funktionsnedsättning, missbruk och/eller samsjuklighet.

Personer med psykisk funktionsnedsättning som har sociala svårigheter och behov av samordning av vård, stöd och service för att ta till vara sina rättigheter i samhället kan också få ett personligt ombud. Detta beskrivs närmare i kapitel 13.

9.3.3 Anhörigstöd behöver omfatta personer vars närstående har skadligt bruk och beroende

Förslag: Socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende ska tydliggöras genom att de lyfts särskilt i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

Socialnämnden ska enligt 5 kap. 10 § SoL erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Närstående är enligt förarbetena den person som tar emot omsorg, vård och stöd, medan anhörig eller annan person avser den som ger omsorg, stöd eller vård. Närstående definieras enligt Socialstyrelsens termbank som en person som den enskilde anser sig ha en nära

[122] Nationellt vård- och insatsprogram Schizofreni och liknande tillstånd, www.vardochinsats.se/schizofreni-och-liknande-tillstaand/, hämtad 2021-04-22.

relation till.[123] Begreppen närstående och anhörig används dock på olika sätt i olika lagtexter.

Med anhörigstöd (eller stöd till anhöriga) avsågs i socialtjänstlagens förarbeten olika insatser som syftar till att fysiskt, psykiskt och socialt underlätta den anhörigas situation.[124] Den preventiva ansatsen framhölls som en viktig utgångspunkt, där utvecklingen av anhörigstöd handlade om att hjälpa den anhörige att hjälpa, innan också denne blir fysiskt eller psykiskt utsliten.[125] I en rapport från Socialstyrelsen om anhöriga generellt framkommer tre behovsområden: att välfärdens insatser fungerar så att anhörigas insatser kan vara frivilliga, att vården och omsorgen beaktar anhörigas information och insatser, samt att anhöriga kan få stöd för egen del i form av information, utbildning, avlösning, ekonomiskt stöd och samtalsstöd.[126]

Anhöriga till personer med missbruks- och beroendeproblem omfattas av bestämmelsen i socialtjänstlagen.[127] I förarbetena anfördes att behovet av förbättrat anhörigstöd tar sin utgångspunkt i olika slag av fysiskt och psykiskt påfrestande vårdsituationer. Sådana situationer är inte begränsade till vård i form av praktiskt stöd i hemmet eller hjälp med personlig omvårdnad, utan av lika stor betydelse är stöd till föräldrar som har barn med *missbruksproblem* eller lider av *psykisk sjukdom*.[128] Vi föreslår trots detta att det ska förtydligas i lagstiftningen att bestämmelsen omfattar anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende.

Barn lyfts inte uttryckligen i socialtjänstlagens paragraf om anhörigstöd, även om barn i praktiken ibland kan fungera som omsorgsgivare för sina föräldrar.[129] Däremot har socialtjänsten enligt 5 kap. 1 § SoL ett ansvar att verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. Socialtjänsten har därmed en viktig funktion att utreda förhållanden och vidta adekvata åtgärder i barnfamiljer där det finns skadligt bruk och beroende. Detta beskriver vi i avsnitt 9.3.4.

[123] https://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=262&SrcLang=sv, hämtad 2021-07-08.
[124] Prop. 1996/97:124 s. 132.
[125] Prop. 1996/97:124 s. 133.
[126] Socialstyrelsen 2021, Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi. 2021-6-7464.
[127] Socialstyrelsen 2016, Stöd till anhöriga: vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.
[128] Prop. 1996/97:124 s. 135. Se även prop. 2000/01:80 s. 110.
[129] NKA 2014, Unga omsorgsgivare i Sverige. Nka Barn som anhöriga 2014:5.

Skäl för förslaget

Att särskilt lyfta fram anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende tydliggör det offentliga åtagandet, och kan förhoppningsvis bidra till att fler anhöriga söker stöd, och därmed kan förbättra sin hälsa och livskvalitet.

Det offentliga åtagandet för anhöriga kan förtydligas

Vi föreslår att det ska förtydligas att anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende omfattas av bestämmelsen om anhörigstöd. Skälen för detta är att det förtydligar det offentliga åtagandet, vilket i sin tur kan göra det lättare för enskilda att förstå vilka rättigheter de har och skapa trygghet för dem. Att särskilt lyfta fram en grupp kan också bidra till ökad tydlighet för huvudmän, myndigheter och professionella om vad som ska uppnås, och till likvärdighet och kontinuitet i socialtjänsten. Dessutom kan det förbättra möjligheterna till kompetens och insatser anpassade efter gruppens behov.[130]

Att vara anhörig till en person med skadligt bruk och beroende kan vara förknippat med ett stigma, och vården och omsorgen kan ibland förstärka anhörigas känsla av skuld eller misslyckande, vilket i sin tur gör anhöriga mindre benägna att söka hjälp.[131] Det kan därför också av detta skäl vara viktigt att förtydliga socialtjänstens ansvar och anhörigas rätt till stöd när det gäller skadligt bruk och beroende.

Utbildning och stöd till anhöriga ger bättre livskvalitet

Att ha en närstående med skadligt bruk eller beroende kan påverka både psykisk och fysisk hälsa. I en undersökning genomförd av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) 2017 konstateras att personer som har någon i sitt liv som använder narkotika har sämre självskattad allmän, psykisk och fysisk hälsa än befolkningen i övrigt. Av undersökningen framgår inte vad som orsakar den sämre hälsan, men CAN redogör för tidigare forskning om situa-

[130] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.
[131] Socialstyrelsen 2021, Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi. 2021-6-7464.

tionen bland familjemedlemmar till personer med beroendeproblematik. Forskningen beskriver sömnsvårigheter, ångest, depression, ätstörningar och generellt nedsatt hälsa orsakad bland annat av oro för den närstående, konflikter om pengar och ägodelar, oeniga eller aggressiva relationer och utsatthet för hot och våld.[132]

De anhöriga som vi har pratat med uttrycker att de önskar bli lyssnade på och få återkoppling om vad som händer deras närstående under hela processen. De efterfrågar också att själva få stöd, utbildning, verktyg samt möjlighet att dela sina erfarenheter med andra. I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården finns rekommendationer om olika former av anhörigstöd, varav några kan ges både individuellt och i grupp. De olika manualbaserade program som rekommenderas (AL-ANON-inspirerade stödprogram, Nar-ANON-inspirerade stödprogram och *Coping skills training*) innehåller bland annat interaktiva föreläsningar om beroende, och om olika coping-strategier och beteendemönster i familjer där någon har ett beroende.

Stöd från det personliga nätverket kan också påverka benägenheten att söka vård för personer med skadligt bruk och beroende. Anhöriga kan därmed ha en viktig roll i att motivera till behandling, och i riktlinjerna finns också rekommendationer om en form av anhörigstöd (*community reinforcement approach and family training*, CRAFT) som förutom förbättrad hälsa för de anhöriga också syftar till att hjälpa dem att motivera och stärka den närstående att söka och ta emot behandling.[133]

Drygt hälften av kommunerna erbjuder stödprogram för anhöriga

Det saknas uppgifter om hur många anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende som erbjudits stöd, bland annat beroende på att stödet kan erbjudas i form av service, och inte dokumenteras. Andelen anhöriga generellt som erbjudits stöd har ökat mellan 2012–2018, och var omkring 20 procent 2018. Vanligast var att äldre anhöriga hade erbjudits och nyttjat stöd. Däremot framgår inte om

[132] CAN 2021, Skillnader i hälsa? Självskattad hälsa hos personer som har någon i sitt liv som använder narkotika, jämfört med befolkningen i övrigt. Fokusrapport 10.
[133] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.

stödet erbjudits av kommuner, regioner eller frivilligorganisationer.[134] Kommuner kan ha mer eller mindre välfungerande och upparbetat samarbete med frivilligorganisationer, där till exempel frivilligorganisationer deltar vid kommunens aktiviteter, eller där kommunen hänvisar personer till organisationerna.[135]

I Socialstyrelsens öppna jämförelser 2020 var det 65 procent av kommunerna som uppgav sig erbjuda minst ett av de fyra stödprogram för anhöriga som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende.[136] Andelen var ungefär densamma bland de kommuner och stadsdelar som besvarat den enkät som vi har genomfört. CRAFT var det vanligaste alternativet av de fyra, men allra vanligast var ”annat anhörigstöd”. Annat anhörigstöd kan inkludera både grupper och enskilda stödsamtal, som bedrivs på annat sätt än enligt de uppräknade manualbaserade metoderna.

9.3.4 Socialtjänstens ansvar för uppväxtförhållanden omfattar fortfarande skadligt bruk och beroende

Bedömning: Socialtjänsten har en fortsatt viktig roll att verka för trygga och goda uppväxtförhållanden, vilket inkluderar förhållanden relaterade till skadligt bruk och beroende både hos barn och föräldrar. Vi bedömer att arbetet med att uppmärksamma och vidta åtgärder för barn i familjer där det förekommer skadligt bruk och beroende behöver fortsätta stärkas. Kommunerna behöver också tillsammans med regionerna ta fram gemensamma strukturer för omhändertagande av skadligt bruk och beroende hos barn och unga, och fler kommuner behöver samarbeta med regionerna i integrerade verksamheter för barn och unga.

När det gäller barn och unga har socialtjänsten ett övergripande ansvar att verka för att de växer upp under goda och trygga förhållanden, att främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling, att bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa samt

[134] Socialstyrelsen 2020, Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi. 2020-11-7045.
[135] Socialstyrelsen 2020, Anhöriga som vårdar eller stödjer närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi. 2020-11-7045.
[136] Socialstyrelsen 2020, Öppna jämförelser 2020 – Missbruk- och beroendevården.

att sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om barnets eller den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet.

Begreppet ”barn som far illa” är inte definierat i lagstiftningen, men kan utifrån förarbeten sägas både omfatta barn som far illa på grund av övergrepp, försummelse eller utnyttjande och barn som far illa på grund av sitt eget beteende, där missbruk, kriminalitet och annat självdestruktivt beteende lyfts som exempel. Även i Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, lyfts missbruk. Av 3 § LVU framgår att vård ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. Socialtjänsten har därmed ett ansvar både för barn som växer upp i familjer där det förekommer skadligt bruk och beroende, och för barn och unga som själva har sådana problem. Detta ansvar kvarstår som förut, med skillnaden att regionen har ansvar för behandling vid skadligt bruk och beroende.

Vi bedömer att barn och unga på samma sätt som vuxna har behov av att olika behandlingsinsatser för psykiatriska tillstånd hålls ihop, och föreslår därför att behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett huvudansvar för regionernas hälso- och sjukvård (se avsnitt 9.2.1). Det innebär att socialtjänsten kan behöva hämta in uppgifter från och få stöd av hälso- och sjukvården när det gäller utredningar och diagnostik.

Men samtidigt som det finns behov av att hålla ihop olika behandlingsinsatser finns det också behov av ett helhetsperspektiv som tar hänsyn även till sociala faktorer. Vi bedömer därför att regionerna och kommunerna behöver ha gemensamma strukturer för omhändertagandet av skadligt bruk och beroende hos barn och unga, och att det finns starka skäl att organisera vården för barn och unga i form av integrerade verksamheter som uppmärksammar, utreder och åtgärdar såväl medicinska som sociala problem.

När andra myndigheter får kännedom om att ett barn har ett problem med skadligt bruk eller beroende kan det också fortsatt vara ett förhållande som ska anmälas till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § SoL.

Skäl för bedömningen

Skadligt bruk i familjen innebär risker för barn och unga

Att växa upp med föräldrar med skadligt bruk eller beroende kan påverka både uppväxten och livet längre fram. I en sammanställning av kunskapsläget genomförd av Socialstyrelsen beskrivs att familjer där det finns missbruk i större utsträckning är dysfunktionella och har en hög konfliktnivå, samt har en större risk för vanvård och fysiska övergrepp än familjer i allmänhet. Att ha föräldrar med missbruk har också ett samband med ohälsa, självdestruktivitet, destruktivitet mot andra, eget missbruk, tonårsföräldraskap och placering utanför det egna hemmet för barnet.[137]

Barn vars föräldrar har vårdats på sjukhus på grund av missbruk eller psykisk sjukdom har en betydligt högre dödlighet (framför allt på grund av självmord, olyckor, våld eller missbruk), oftare någon form av ekonomisk ersättning på grund av kronisk sjukdom eller funktionshinder och har i större utsträckning varit aktuella som patienter inom psykiatrisk specialistvård vid 30–35 års ålder, jämfört med andra barn.[138] Det är också vanligare att barn med föräldrar som har vårdats på sjukhus på grund av missbruk, psykisk eller fysisk sjukdom eller som har avlidit när barnen var i åldern 0–15 år har sämre skolresultat än andra barn.[139]

Barnen behöver uppmärksammas och få stöd på olika sätt

Mot bakgrund av ovanstående är det viktigt att socialtjänsten utreder förhållanden i barnfamiljer där det finns skadligt bruk och beroende, för att kunna bedöma behov och vidta lämpliga åtgärder. Åtgärderna behöver fokusera både risk- och skyddsfaktorer i familjen. Ett sätt att ge stöd till barnet kan vara att ge stöd till föräldrarna att hantera

[137] Socialstyrelsen 2013, Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. 2013-6-6.
[138] NKA 2014, Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 4 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHESS, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Nka Barn som anhöriga 2014:4.
[139] NKA 2013, Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Rapport 2 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHESS, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Nka Barn som anhöriga 2013:3.

situationen.[140] Det finns studier som pekar på att föräldrastödsgrupper för personer som behandlats för beroende kan förbättra föräldraskapet och förutsättningarna att vara drogfri.[141] Det kan också vara aktuellt med insatser i form av kontaktperson, kontaktfamilj eller placering i familjehem eller HVB. Ytterligare en möjlig insats är att stärka barnets förmåga att hantera situationen genom stödgruppsverksamhet. Barn behöver också information om missbruksproblem och hur det påverkar föräldrarna och familjen.[142] Sådan information kan ingå i stödgruppsverksamheten, men den kan också ges av hälso- och sjukvården (se avsnitt 9.2.4).

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA) beskriver på sin webbplats ett antal metoder och verktyg för arbetet med barn och föräldrar, bland annat manualbaserade program riktade mot barn som lever med någon som har en beroendeproblematik, där programmen syftar till att bidra med verktyg att hantera vardagen, och ge möjlighet att dela sina erfarenheter med andra i samma situation.[143] Statens beredning för medicinsk och socialutvärdering (SBU) har sammanställt forskning om stödgrupper riktade till barn till föräldrar med substansmissbruk eller psykisk ohälsa. Forskningen tyder på positiva effekter på barnens psykiska välmående, beteende och kunskap om förälderns tillstånd.[144]

Att stärka stödet till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer har varit en del i ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen. Myndighetens arbete med uppdraget har bland annat inriktats på annat analysera vilka insatser som behöver utvecklas för att motsvara behoven i familjer med missbruk och beroende. I det arbetet framkommer att vissa kommuner har tolkat bestämmelsen om anhörigstöd i socialtjänstlagen

[140] Socialstyrelsen 2013, Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. 2013-6-6.
[141] Donohue, B. et al. 2014, A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse, J Consult Clin Psychol. 2014 Aug;82(4):706-20. doi: 10.1037/a0036920. Epub 2014 May 19; Usher, AM., McShan,e KE., Dwyer, C. 2015, A realist review of family-based interventions for children of substance abusing parents. Syst Rev. 2015 Dec 18;4:177; Berlin, LJ., Shanahan, M., Appleyard Carmody K 2014, Promoting supportive parenting in new mothers with substance-use problems: a pilot randomized trial of residential treatment plus an attachment-based parenting program. Infant Ment Health J. 2014 Jan–Feb;35(1):81-5. doi: 10.1002/imhj.21427. Epub 2013 Dec 9.
[142] Socialstyrelsen 2013, Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider. 2013-6-6.
[143] www.anhoriga.se/metoder-och-stod/modeller-och-metoder/, hämtad 2021-05-06.
[144] Stödgrupper till barn och unga som lever i familjer med psykisk ohälsa eller substansmissbruk. Svar från SBU:s upplysningstjänst nr ut201904. Diarienummer: SBU 2018/359. Datum: 2019-02-04.

som att den inte omfattar barn, och att stöd till anhöriga barn ses som regionernas ansvar.[145] Och även om fler kommuner har utökat sitt anhörigstöd till att även inbegripa barn, efter att länge bara ha riktat sig till vuxna, konstaterar Socialstyrelsen att det varierar mellan kommunerna hur barn uppmärksammas och får stöd, och arbetet riskerar att prioriteras ned i perioder.[146] I den enkätundersökning vi har genomfört var det endast omkring 30 procent av kommunerna och stadsdelarna som erbjuder någon av de manualbaserade stödgruppsverksamheter för barn som vi frågade efter (CAP, Ersta vändpunkten och Rädda barnen). Det var vanligare att de erbjöd Trappan, som är ett program för barn som bevittnat våld i sina familjer. Men anhörigstöd för barn kan också tänkas ingå i kategorin ”annat anhörigstöd” i vår enkät. Barnen kan också få stöd genom insatser riktade mot deras föräldrar eller hela familjen, inom ramen för den ordinarie verksamheten i individ- och familjeomsorgen.

Socialstyrelsen har i sitt arbete också fokuserat på att stödja kommunerna i implementeringen av ett samordnat, familjeorienterat arbetssätt i socialtjänsten.[147] Ett familjeorienterat arbetssätt kan bland annat innebära att olika verksamheter inom socialtjänsten är uppmärksamma på om det finns missbruk i familjen, att det finns både ett barn- och föräldraperspektiv i utredningar och insatser när föräldrar med missbruk uppmärksammas, och att insatser från olika enheter samordnas.[148] Myndigheten konstaterar att det pågår en utveckling av ett samordnat familjeorienterat arbetssätt i flertalet kommuner, men att det finns behov av ett fortsatt nationellt stöd.

Varierande tillgång till evidensbaserade insatser vid skadligt bruk hos unga

När det gäller barn och unga som själva har problem med skadligt bruk och beroende är det vår bild att de i första hand får insatser från socialtjänsten, även om det inte finns uppgifter specifikt för den gruppen i den nationella socialtjänststatistiken. Enligt statistiken var det

[145] Socialstyrelsen 2021, Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära. Underlag till en nationell strategi. 2021-6-7464.
[146] Socialstyrelsen 2020, Stärkt stöd till barn som anhöriga. Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020. 2020-6-6851.
[147] Socialstyrelsen 2020, Stärkt stöd till barn som anhöriga. Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020. 2020-6-6851.
[148] Kunskapsguiden 2021, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/missbruk-och-beroende/familjeorienterat-arbetssatt/, hämtat 2021-09-06.

2020 omkring 74 000 barn och unga som någon gång fick en behovsprövad öppenvårdsinsats inom socialtjänsten. Vanligast är personligt stöd, följt av strukturerade öppenvårdsprogram och kontaktperson. Men det saknas uppgifter om hur många av dessa barn och unga som får insatser på grund av alkohol- eller narkotikaproblem, och vad de strukturerade öppenvårdsprogrammen innehåller. Utbudet av evidensbaserade behandlingsinsatser tycks dock variera.

I Socialstyrelsens öppna jämförelser av den sociala barn- och ungdomsvården 2020 var det endast 42 procent av kommunerna som uppgav att de kunde erbjuda minst en av två rekommenderade manualbaserade psykosociala behandlingar (funktionell familjeterapi eller multisystemisk terapi) för ungdomar med antisocialt eller normbrytande beteende. Vår bedömning är att regionerna har bättre förutsättningar än kommunerna att erbjuda evidensbaserade behandlingsmetoder vid skadligt bruk och beroende, under förutsättning att de har ett tydligt sådant uppdrag och att tillräckliga resurser avsätts för ändamålet.

Samband med sociala problem talar för integrerade verksamheter

Samtidigt som vi ser att regionerna har bättre förutsättningar att erbjuda behandling vid skadligt bruk och beroende finns det också starka skäl att socialtjänsten fortsatt ska ha ett ansvar för stöd och hjälp till barn och unga som använder alkohol och narkotika. Ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning kan ha ett samband med sociala problem så som problem i skolan, problem i familjen som till exempel omfattande familjekonflikter eller skadligt bruk och beroende hos föräldrar, och med kriminalitet.[149] Bland ungdomarna som är aktuella på Maria-mottagningarna i Stockholm, Västra Götaland och Skåne har mer än 60 procent problem med skolan, omkring 40 procent har besvärliga uppväxtvillkor (missbruk, psykiska problem och våld i sin nära omgivning) och omkring 30 procent är dömda för brott.[150] Det innebär att det finns behov av socialtjänstens helhetsperspektiv och specifika kompetens att arbeta för trygga och goda uppväxtförhållanden. Att uppmärksamma skadligt bruk och beroende

[149] För en sammanställning av studier, se till exempel Dahlberg, M. & Anderberg, M. 2019, Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2019.
[150] Dahlberg, M. & Anderberg, M. 2019, Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2019.

hos unga kan också vara en del i ett brottsförebyggande arbete. Socialtjänsten behöver även fortsättningsvis samarbeta med polis och andra samhällsaktörer för att identifiera hur kriminalitet bland unga kan motverkas. Det kan ske genom att uppmärksamma och motverka handel med narkotika i vissa miljöer och genom att sätta in insatser som förhindrar nyrekrytering till kriminella gäng.

Vi bedömer att regionerna och kommunerna behöver ha gemensamma strukturer för omhändertagandet av skadligt bruk och beroende hos barn och unga (se även avsnitt 9.3.2). Ett sätt att möta behovet av tvärprofessionella insatser kan vara att organisera vården för barn och unga i form av integrerade verksamheter som uppmärksammar, utreder och åtgärdar såväl medicinska som sociala problem. Enligt den enkätundersökning vi genomfört var det 24 procent av kommunerna och stadsdelarna som besvarat enkäten som samverkar med regionen i sådana verksamheter. I våra samtal med personal inom kommunernas socialtjänst uppger några kommuner att de har så pass få ärenden som rör skadligt bruk hos unga att de inte ser behov av att ingå i en integrerad verksamhet. Andra kommuner beskriver långa avstånd som ett hinder för samverkan och gemensam lokalisering. Ytterligare ett hinder för integrerade verksamheter som ofta har lyfts fram är bristande möjligheter till informationsdelning och gemensam journalföring. Vi bedömer därför att möjligheterna för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation gällande insatser för barn och unga behöver utredas vidare (se avsnitt 9.3.2).

Ett sätt att bättre ta tillvara begränsade resurser kan också vara att samla olika integrerade verksamheter. Utöver integrerade verksamheter för barn och unga med alkohol- och narkotikaproblem förekommer också integrerade ungdomsmottagningar, vars huvudfokus vanligtvis är sexuell och reproduktiv hälsa, och integrerade så kallade första linjen verksamheter för psykisk ohälsa. Givet det samband som finns mellan de olika områdena finns det goda skäl att överväga att samla de olika integrerade verksamheternas kompetens i en gemensam verksamhet, vars uppdrag omfattar både skadligt bruk och beroende, psykisk ohälsa och sexuell och reproduktiv hälsa, och som erbjuder både medicinska och sociala insatser.

9.4 HVB fortsatt socialtjänstinsats men regionernas ansvar för hälso- och sjukvård förtydligas

Frågan om ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som vårdas på hem för vård eller boende (HVB) är något som ofta ligger till grund för meningsskiljaktigheter mellan regioner och kommuner. Det framgår både av Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet 2019 och av de samtal vi har haft med kommuner, regioner, privata vårdgivare och företrädare för patient- och brukarorganisationer. Sådana meningsskiljaktigheter, och därmed bristande tillgång till hälso- och sjukvård, kan innebära en allvarlig risk för barn och vuxna som är placerade på HVB.

Som framgått av avsnitt 9.2.1 föreslår vi att regionernas hälso- och sjukvård får ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende. Det förslaget kommer innebära att heldygnsbehandling för sådana tillstånd sker inom psykiatrisk slutenvård oftare än i dag. Men att hälso- och sjukvården får ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende innebär inte att sådana heldygnsinsatser som socialtjänsten bedriver inom ramen för HVB inte kommer att behövas. Även om våra förslag om förtydligande av ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och om en ny obligatorisk samordnad vård- och stödverksamhet sannolikt kommer att minska behovet av sådan institutionsvård, så kommer det fortsatt finnas situationer då vuxna personer med skadligt bruk och beroende har behov av placering på HVB. Och för barn och unga finns flera olika skäl till en HVB-placering, utöver skadligt bruk och beroende, och det är fortsatt en insats som ingår i socialtjänstens ansvar när det gäller barn och unga.

Vi förslår därför att socialtjänsten även fortsättningsvis ska kunna ge insatsen både till barn och till vuxna, men att definitionen av HVB ska anpassas till vårt förslag om socialtjänstens ansvar som det beskrivits i avsnitt 9.3. Vi föreslår också att regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB ska förtydligas och regleras, eftersom vi konstaterat stora brister på det området. Vidare föreslår vi att det, om det inte är uppenbart obehövligt, ska upprättas en individuell plan för alla som placeras på HVB, och att regionerna får ett betalningsansvar om de inte planerar och svarar för hälso- och sjukvårdsinsatser. Förslaget innebär dock att betalningsansvaret kan avtalas bort.

9.4.1 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård på HVB ska regleras i HSL och SoL

Förslag: Socialtjänsten har fortsatt ansvar för placering på hem för vård eller boende (HVB) både för barn och för vuxna, men definitionen av HVB i socialtjänstförordningen 3 kap. 1 § anpassas till vårt förslag om socialtjänstens ansvar. Regionen ansvarar dock för hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB, vilket ska förtydligas genom att det regleras i hälso- och sjukvårdslagen, till vilken socialtjänstlagen föreslås hänvisa när det gäller regionens ansvar. Förtydligandet av regionens ansvar gör att andra stycket i 3 kap. 6 § socialtjänstförordningen kan utgå.

Enligt 6 kap. 1 § första stycket SoL ska socialnämnden sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett 1) familjehem, 2) hem för vård eller boende (HVB), eller 3) stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år. Barn i åldern 16–17 år får, enligt 6 kap. 1 § andra stycket, tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl. I övrigt avser bestämmelsen såväl vuxna som barn. För barn och unga som vårdas utanför hemmet är den vanligaste placeringsformen familjehem, och den näst vanligaste är HVB. År 2020 placerades omkring 5 300 pojkar och 3 000 flickor på HVB, varav drygt 70 procent frivilligt med stöd av SoL och knappt 30 procent med tvång enligt LVU. Närmare 900 pojkar och 500 flickor placerades också enligt LVU 12 § på Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem.[151] Av statistiken framgår inte skälen till varför barnen placeras, men det kan bero både på omsorgsbrist hos barnens föräldrar och på olika problem, inklusive skadligt bruk eller beroende, som barnen själva har. Samma år vårdades närmare 6 600 personer som var 21 år och äldre i den frivilliga institutionsvården.[152]

Nedan konstaterar vi att de insatser som ges på hemmen främst är sådana som vi anser ska betraktas som socialtjänst. Men det bedrivs också i stor omfattning sådana insatser som redan i dag anses som hälso- och sjukvård, och sådana insatser som kommer att betraktas som hälso- och sjukvård om vårt förslag i avsnitt 9.2.1 genomförs.

[151] Socialstyrelsen 2021, Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2020.
[152] Socialstyrelsen 2021, Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2020.

Det finns i dag mer än 300 HVB för barn, unga och vuxna med inriktning på skadligt bruk och beroende eller samsjuklighet[153]. Några HVB drivs av kommuner, ett fåtal av kommuner och region i samverkan, men majoriteten drivs av privata utförare. Verksamheter i privat regi får enligt 7 kap. 1 § SoL inte bedrivas utan tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Några av HVB-hemmen är också anmälda som vårdgivare till IVO, och kan erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser med hjälp av boendets eller organisationens egen personal. Andra samarbetar med andra vårdgivare och anlitar extern kompetens vid behov.

HVB omfattas inte av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret enligt 12 kap. HSL. Den bestämmelse som finns i socialtjänstförordningen att det ska finnas tillgång till läkare i hem som ger vård och behandling till missbrukare kan inte betraktas som ett lagstadgat hälso- och sjukvårdsansvar för dessa verksamheter. Det innebär att alla hälso- och sjukvårdsinsatser som ges i samband med placering på HVB är regionens ansvar, utifrån regionens generella ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Regionens ansvar gäller även om personen placeras utom regionen där hen är bosatt. Ansvaret kan innebära att regionen själv erbjuder insatserna. Om placeringen är i en annan region kan insatserna i stället erbjudas av denna region, mot ersättning från hemmaregionen inom ramen för riksavtalet för utomlänsvård. Regionen kan även ersätta kommunen för kostnaden för hälso- och sjukvårdsinsatser som genomförs av HVB-hemmet, alternativt själv upprätta avtal om hälso- och sjukvårdsinsatser med HVB-hemmet, givet att det är anmält som vårdgivare till IVO.

Nedan konstaterar vi att regionerna endast i undantagsfall tar det ansvaret, vilket innebär att den kommunala socialtjänsten ofta beställer och finansierar hälso- och sjukvårdsinsatserna på privata HVB. Vi föreslår därför att regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB ska förtydligas genom att det regleras i HSL, till vilken SoL föreslås hänvisa, att regionen ansvarar för att den som tagits emot i ett hem för vård eller boende erbjuds en god hälso- och sjukvård.

[153] Enligt utdrag ur IVO:s register hösten 2020 där verksamheten i sin anmälan eller ansökan om tillstånd uppgett inriktning alkohol, annat missbruk, narkotika, missbruk och/eller samsjuklighet. För en förhållandevis stor andel verksamheter (särskilt för barn och unga) saknas dock uppgifter om verksamhetens inriktning i registret.

Förslaget omfattar inte LVM-hem eller särskilda ungdomshem

Vårt förslag gäller för vuxna som vårdas enligt socialtjänstlagen, men inte för dem som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM. När det gäller LVM behandlas frågan om förhållandet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst inom ramen för tilläggsdirektivet till utredningen[154], som innebär att vi ska ta fram lagförslag utifrån vår analys i kapitel 14 i det här betänkandet.

Vårt förslag gäller även barn och unga som vårdas enligt socialtjänstlagen och enligt LVU, men med undantag för de särskilda ungdomshemmen i 12 § som drivs av SiS. För SiS ungdomshem kan det finnas behov av särskilda överväganden kopplat till säkerhetsaspekter och de särskilda befogenheter som kan vara aktuella vid dessa hem. Det pågår också ett utvecklingsarbete som samordnas av Socialstyrelsen, där en integrerad vårdform med både social och psykiatrisk vård ska prövas på ett antal av SiS ungdomshem i samarbete med Region Skåne, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen. Vidare har Statskontoret fått i uppdrag av regeringen att analysera SiS förutsättningar att bedriva vård av barn och unga som vårdas enligt LVU på SiS särskilda ungdomshem, vilket bland annat inkluderar att granska hur samverkan med socialtjänsten och hälso- och sjukvården och hur gränsdragningen för SiS uppdrag fungerar[155]. Regeringen tillsatte också nyligen en utredning som ska se över och föreslå åtgärder för hur kvaliteten i vården kan öka när barn och unga placeras utanför det egna hemmet i familjehem, jourhem, stödboenden eller hem för vård eller boende (HVB), inklusive SiS särskilda ungdomshem[156].Vi anser att det är angeläget att dessa pågående utvecklingsarbeten, granskningar och utredningar särskilt uppmärksammar situationen för flickor med samsjuklighet på SiS-hemmen, bland annat mot bakgrund av de uppgifter som framkommit att flickor och unga kvinnor på SiS-institutioner har psykiatriska vårdbehov som inte tillgodoses[157] och att det är betydligt vanligare att flickor avskiljs[158].

[154] Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), dir. 2019:49.
[155] Uppdrag att analysera förutsättningarna för Statens institutionsstyrelse att bedriva ändamålsenlig vård med särskilt fokus på flickor. Regeringsbeslut 2021-03-18. S2021/02644 (delvis).
[156] Kommittédirektiv. Barn och unga i samhällets vård. Dir. 2021:84.
[157] Socialstyrelsen 2019, Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård.
[158] Barnrättsbyrån 2021, ”… och jag kunde inte andas” – En granskning av våld mot barn på de statliga ungdomshemmen.

När vi skriver HVB nedan inkluderar vi alltså inte sådana hem som avses i 6 kap. 3 § SoL, vilket är de hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga samt 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Definition i förordningen anpassas till socialtjänstens uppdrag

I socialtjänstförordningen 3 kap. 1 § anges att med ett hem för vård eller boende avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård *eller behandling* i förening med boende. Vi föreslår att den bestämmelsen formuleras om, eftersom definitionen riskerar att bli förvirrande utifrån vårt förslag att behandling av skadligt bruk och beroende ska vara hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Definitionen bör i stället utgå ifrån socialtjänstens kärnuppdrag. Vi föreslår därför att HVB ska beskrivas som *ett hem inom socialtjänsten som i förening med boende ger stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv*.

De insatser som avses med stöd och hjälp enligt det angivna syftet kan till exempel vara psykosocialt stöd, manualbaserade program med fokus på social färdighetsträning och självständighet, aktiviteter i dagliga livet (ADL), nätverksarbete, stöd i myndighetskontakter och planering av det fortsatta stödet i öppna former. Av stor betydelse är själva miljön i sig, som ska bidra till trygghet, drogfrihet och stabilitet på ett sätt som inte bedöms vara möjligt där den enskilde normalt vistas. När det gäller barn är möjligheter till en fungerande skolgång av avgörande betydelse, men också andra insatser som stödjer barnets utveckling och ger skydd och trygghet utifrån vad som är bäst för honom eller henne. Även olika nätverksinsatser kan ingå.

HVB i privat regi får enligt vårt förslag liksom nu bara bedrivas efter att IVO beviljat tillstånd till verksamheten. Tillståndsprövningen kommer som i dag att utgå från 7 kap. 1 och 2 §§ SoL och från socialtjänstförordningen 3 kap. 1 §. Avgörande för att beviljas tillstånd bör vara om verksamheten erbjuder stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv enligt en tydlig struktur och med tillräcklig kvalitet. Det behöver också stå klart att hemmet erbjuder en miljö som är trygg, säker och respekterar den enskildes rätt till självbestämmande och integritet.

Däremot kan kravet i 3 kap. 6 § andra stycket socialtjänstförordningen, att hem som ger vård och behandling åt missbrukare ska ha tillgång till läkare, tas bort. Det är regionerna som ansvarar för hur och av vem hälso- och sjukvården utförs. Om det är HVB-hemmet som är utförare ska de vara anmälda som vårdgivare enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen där det framgår att vårdgivaren ansvarar för att kraven på god vård uppfylls. Ett sådant krav är enligt 5 kap. 2 § HSL är att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. HVB som bedriver hälso- och sjukvård, vilket enligt vårt förslag även omfattar psykosocial behandling vid skadligt bruk och beroende, ska vara anmälda till vårdgivarregistret och löpande vidta de åtgärder som krävs av en vårdgivare. IVO ska inom ramen för sin tillsyn granska att så sker.

Kravet på tillgång till läkare gäller även sådana HVB-hem där SiS bedriver LVM-vård. Men som framgår ovan gäller inte vårt förslag att särskilt reglera regionernas hälso- och sjukvårdsansvar sådana hem. Det innebär alltså att varken reglerna om regionernas betalningsansvar eller kravet på tillgång till läkare omfattar LVM-vården. Vi kommer emellertid inom ramen för vårt tilläggsdirektiv att lägga förslag om tvångsvård av skadligt bruk och beroende. De förslagen anser vi ska vara en integrerad del av den reform vi föreslår inom området, varför frågan om tillgång på läkare där SiS bedriver LVM-vård inte behöver hanteras i detta sammanhang.

Ansökan om bistånd prövas utifrån ny ansvarsfördelning

En fråga som kan uppstå är hur rätten till bistånd ska prövas utifrån den ansvarsfördelning mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst som vi föreslår, och som vi också anser ska komma till uttryck i definitionen av HVB. I många fall blir det sannolikt inte ett problem, eftersom omständigheterna kring den enskildes livssituation är tydliga. Utifrån dessa omständigheter bedömer socialtjänsten om den enskilde behöver bistånd i form av HVB för att uppnå skälig levnadsnivå eller om behovet kan tillgodoses på annat sätt. Bedömningen avser då om personen behöver sådana insatser som ges på HVB i förening med boende. För både barn och vuxna är själva boendet ofta av avgörande betydelse. Det handlar då om att den enskildes boendesituation eller miljö i övrigt är sådan att personens levnadsnivå inte kan betraktas

som skälig eller att både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av inte kan ges så länge han eller hon inte byter miljö.

En svårare situation kan uppstå om den enskilde ansöker om behandlingshem. Även här måste socialtjänsten bedöma om den personen har rätt till bistånd genom hjälp och stöd som i förening med boende ges på HVB. Om det efter en utredning av rätten till bistånd visar sig att det huvudsakligen är behandling för skadligt bruk, beroende eller en annan psykisk sjukdom som den enskilde är i behov av, är det en fråga för hälso- och sjukvården. Då kan ansökan komma att avslås, med hänvisning till att behovet kan tillgodoses på annat sätt. I en sådan situation ska socialtjänsten verka för att ta kontakt med vården, till exempel genom att kalla till upprättande av en individuell plan enligt 2 kap. 7 § socialtjänstlagen. Beslut om avslag på ansökan om HVB kommer alltid att kunna överklagas.

Skäl för förslaget

Vi bedömer att HVB huvudsakligen är en socialtjänstinsats, men att en reglering av ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB är viktig för att säkerställa att barn och vuxna som är placerade på HVB får tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver under placeringen, och för att planering, genomförande och uppföljning av den vård de får ska vara av god kvalitet.

HVB-placeringar bedöms huvudsakligen vara en socialtjänstinsats

Vår bedömning är att större delen av dagens HVB-placeringar utgör socialtjänstinsatser. När det gäller barn och unga finns flera olika skäl till att de placeras. I LVU-utredningen beskrivs vårdens målgrupp med utgångspunkt från socialtjänstlagens förarbeten. Målgruppen inkluderar då barn som i hemmet utsätts för fysiskt eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, fysisk eller psykisk försummelse eller som har allvarliga relationsproblem i sin familj samt barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa på grund av eget beteende som till exempel missbruk, kriminalitet eller andra typer av självdestruktivt beteende, eller som utsätts för hot och våld av jämnåriga. Ensamkommande barn och unga som är asylsökande eller har fått uppe-

hållstillstånd är också en del av gruppen. Även barn med stora problem i skolsituationen föranledda av en social problematik kan ingå.[159]

För vuxna med skadligt bruk och beroende har vi undersökt innehållet i och grunden för placeringar på HVB genom en enkät till HVB-hemmen, en enkät till kommuner samt genom dialog och intervjuer med personer som arbetar inom individ- och familjeomsorg eller motsvarande i ett antal kommuner. Av vårt material framkommer att fysisk och psykisk återhämtning, en strukturerad vardag och en trygg drogfri miljö är viktiga skäl till placering, ofta i kombination med att tidigare insatser i öppenvård inte har fungerat. Av vår enkät till HVB-hemmen framgår att många HVB erbjuder insatser som handlar om att hantera ekonomi, och mer än hälften också någon form av social färdighetsträning. Relativt många erbjuder även insatser för att stärka föräldraskap. Exempel på andra insatser de erbjuder som de själva beskriver inkluderar struktur, rutiner och ADL-träning, sociala resor och utflykter, kreativa aktiviteter (trädgård, bakning, målning, sömnad, keramik) samt friskvård i form av fysiska aktiviteter, massage, mindfulness och meditation. Vissa av dessa insatser ges utifrån manualbaserade program för färdighetsträning och förbättrad social förmåga, och ligger i gränslandet mellan psykosocialt stöd och psykosocial behandling.

Vi har i avsnitt 9.3 bedömt att sådana insatser som beskrivs ovan normalt är uppgifter som åligger socialtjänsten. Själva boendet och det stöd som ges inom ramen för det får också anses vara ett socialtjänstansvar. HVB är dessutom en del av socialtjänstens utbud och regleras av socialtjänstlagen med tillhörande författningar. Slutsatsen att HVB är en socialtjänstinsats är också skäl till förslaget att anpassa definitionen i socialtjänstförordningen så att begreppet behandling utgår och ersätts med stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv.

Regionerna har inte tagit sitt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser

Även om vi har bedömt att HVB-placeringar främst är en socialtjänstinsats, så finns det ett betydande inslag (och behov) av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringarna. Bland annat har flera tidigare

[159] SOU 2015:71, Utredningen om tvångsvård för barn och unga. Barn och ungas rätt till skydd och god vård. Stockholm: Socialdepartementet, s. 162–164.

studier visat att barn och unga som är placerade på HVB i stor utsträckning har olika psykiatriska diagnoser. Utöver skadligt bruk eller beroende kan det till exempel handla om adhd, autism, PTSD, uppförandestörning, ångest och depression. Samtidigt finns det enligt Socialstyrelsen tydliga risker att barn och unga som vårdas i HVB inte får hälso- och sjukvård på lika villkor som andra barn och unga.[160] Även bland vuxna på HVB är samsjukligheten hög, och därmed också behovet av behandlingsinsatser för både skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser.

Som vi konstaterat är det regionen som har ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser, men trots detta är det inte ovanligt att kommunerna både ger i uppdrag och betalar HVB-hemmen för sådana insatser. Av den enkät vi skickade till kommunerna framkommer att omkring 20–30 procent av kommunerna som besvarat enkäten har gett HVB i uppdrag att genomföra läkemedelsbehandling, hälsoundersökning, läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), utredning av missbruk, utredningar av kognitiva funktioner, neuropsykiatriska utredningar eller övriga psykiatriska utredningar. Och av de kommuner som gett sådana uppdrag till HVB uppger omkring 70–90 procent att de själva stod för kostnaden. Ett undantag är när placeringen gjorts för att kunna inleda eller upprätthålla LARO-behandling, där knappt hälften av kommunerna uppger att hemmaregionen stod för kostnaden.

Hur stor del av insatserna på HVB som är hälso- och sjukvård varierar med den enskildes hälsotillstånd och individuella behov, och skiljer sig sannolikt även mellan barn och vuxna. Men utifrån vårt förslag att regionen ska ansvara för all behandling vid skadligt bruk och beroende kommer denna del generellt att öka. I princip alla HVB som har besvarat vår enkät säger sig kunna erbjuda sådan psykologisk eller psykosocial behandling för skadligt bruk och beroende som vi föreslår ska vara ett ansvar för hälso- och sjukvården. Vanliga behandlingsmetoder som erbjuds är ÅP (återfallsprevention), KBT (kognitiv beteendeterapi) och 12-stegsbehandling, samt CRA (*community reinforcement approach*) för vuxna och HAP (haschavvänjningsprogrammet) och MET (motivationshöjande behandling) för barn och unga. De flesta som kan erbjuda dessa metoder har också behandlat någon med metoden de senaste sex månaderna. Hur ofta personerna

[160] Socialstyrelsen 2019, Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård.

erbjuds behandling varierar mellan olika metoder, men omkring hälften av verksamheterna uppger att det vanligaste är behandling mer än en gång i veckan.

Rätt kompetens viktigt för att säkerställa kvalitet på insatserna

Eftersom hälso- och sjukvård är en betydande del av innehållet på HVB med nuvarande ansvarsfördelning, och kommer att bli det ännu mer med den fördelning vi föreslår, anser vi att det behöver vara tydligt vem som har ansvar för att sådana insatser genomförs och att de följs upp. Vi anser att det är av stor vikt att hälso- och sjukvårdsinsatserna är av hög kvalitet och utgår från en vårdplan som bygger på en medicinsk bedömning av hälsotillståndet, och en planering av de hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs. Detta för att säkerställa både kvalitet och patientsäkerhet.

Utöver uppföljning av insatser på individuell nivå är det också viktigt med rätt kompetens i upphandling och uppföljning av avtal. Ett sätt att höja kvaliteten i upphandlingen kan vara gemensam upphandling mellan region och kommuner, för att säkerställa att både de medicinska och sociala insatserna beskrivs och bedöms baserat på rätt kompetens. Vid gemensam upphandling kan man sedan genomföra en gemensam uppföljning av HVB-verksamheterna, för att säkerställa att de följer det som avtalats.

Ytterligare sätt att stärka kvaliteten i den vård och behandling som bedrivs på HVB är genom en förbättrad nationell uppföljning. En förbättrad uppföljning på nationell nivå kan till exempel ge underlag för slutsatser om i vilka situationer eller vid vilka problem som vård på HVB kan behövas. Vården på HVB bör därför ingå i den nationella struktur för uppföljning som vi föreslår ska tas fram (se kapitel 12).

Utvecklingsarbete pågår kring barn och unga

Parallellt med vårt arbete pågår utveckling såväl i kommuner och regioner som på statlig nivå vad gäller barn och unga som placeras utanför det egna hemmet. Utvecklingen berör både hälso- och sjukvårdsinsatser under placering och kvalitet i vården i ett bredare perspektiv, och kan ha betydelse för vårt förslag och hur det implemen-

teras, om det beslutas. Bland annat har Socialstyrelsen fått i uppdrag att inventera hur regioner och kommuner arbetar för att tillgodose placerade barns rätt till och behov av hälso- och sjukvård, sprida goda exempel och analysera behovet av kunskapsstöd[161]. I ett par län finns också ett pågående arbete som syftar till att starta upp HVB som drivs av region och kommuner gemensamt, för att erbjuda integrerade hälso- och sjukvårds och socialtjänstinsatser. Det pågår också ett arbete på IVO att tillgängliggöra och upprätta ett nationellt register över HVB för barn och unga[162], och som vi beskrivit ovan har regeringen nyligen tillsatt en utredning som ska se över och föreslå åtgärder för hur kvaliteten i vården kan öka när barn och unga placeras utanför det egna hemmet i familjehem, jourhem, stödboenden eller hem för vård eller boende (HVB)[163].

9.4.2 En individuell plan ska upprättas om det inte är uppenbart obehövligt

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.

Vi menar att en individuell plan i princip alltid behövs när en vuxen eller ett barn vårdas på ett HVB-hem. Planen ska utgå från den enskildes behov och hen ska delta i upprättandet. Mål som den enskilde varit med och formulerat måste ha betydelse för vilka insatser som ges.

Vi föreslår därför att det av SoL ska framgå att kommunen är skyldig att underrätta regionen att den har beslutat om en HVB-placering,

[161] S2020/07505 Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och obruten skolgång.
[162] Regeringsbeslut. Uppdrag att tillgängliggöra och upprätta ett nationellt register över HVB och stödboenden för barn och unga samt särskilda ungdomshem. S2021/02373 (delvis).
[163] Kommittédirektiv. Barn och unga i samhällets vård. Dir. 2021:84.

och att kalla till möte om individuell plan enligt 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL. En plan ska då vara upprättad inom två veckor efter underrättelse, om en sådan plan inte är uppenbart obehövlig. Regionen ansvarar för att planen innehåller uppgifter om vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och hur de ska följas upp.

När det gäller barn och unga bedömer vi att behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringen på HVB kan bedömas vid den hälsoundersökning regionen ska erbjuda i anslutning till att vården inleds enligt 11 kap. 3 a § SoL, eller den läkarundersökning som, som huvudregel, ska ske innan socialnämnden gör ansökan enligt 4 § LVU (32 § LVU).

I likhet med i dag kan hälso- och sjukvårdsinsatserna tillgodoses av regionen, alternativt kan regionen avtala om och ersätta en annan region, privat vårdgivare eller HVB-hemmet för sådana insatser. Det är dock alltid regionen som ansvarar för att insatserna ges och för uppföljningen av den upprättade vårdplanen.

I vissa fall behövs ingen särskild plan för HVB-placeringen

När det gäller vuxna som placeras på HVB kommer de i många fall vara aktuella inom den samordnade vård- och stödverksamheten som vi föreslår i kapitel 11. Det innebär att regionen och kommunen redan bedriver en gemensam verksamhet kring personen före, under och efter HVB-placeringen. I sådana fall kan kommunen och regionen komma överens om att ingen särskild individuell plan för HVB-vistelsen behövs, utan att insatsens innehåll och ansvaret för det kan regleras i den individuella plan som vård- och stödsamordnaren har ansvaret för. Av den planen ska det också framgå hur verksamheten håller kontakt med personen som får insatser under HVB-vistelsen, samt hur planeringen av de insatser som behövs efter vistelsen ska gå till.

När en person vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) och lagen om rättspsykiatrisk tvångsvård (1991:1129) är HVB-vistelsen och de hälso- och sjukvårdsinsatser som ska ges där en del av den individuella vårdplan som ska upprättas för tvångsvården enligt 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård och 16 b § lagen om rättspsykiatrisk vård. Att den enskilde ska vistas på ett HVB och

ta emot vissa insatser kan vara ett sådant särskilt villkor som chefsöverläkaren kan besluta att patienten måste iaktta under den öppna psykiatriska tvångsvården eller öppna rättspsykiatriska vården.

Att det inte finns en särskild plan påverkar inte betalningsansvaret som beskrivs nedan i avsnitt 9.4.3, utan det följer av lag eller av överenskommelser som regionen och kommunen gjort på övergripande nivå.

9.4.3 Om regionen inte fullgör sina åtaganden inträder betalningsansvar

Förslag: Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatserna genomförs under placeringen inträder betalningsansvar för en viss del av kostnaden enligt en schablon. Regioner och kommuner kan dock inom ramen för en överenskommelse eller på annat sätt avtala om att betalningsansvar inte ska utgå enligt ovan, eller ska utgå på annat sätt.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter som de beskrivs i avsnitt 9.4.2 ovan blir den skyldig att stå för en schablonersättning i form av en viss andel av den genomsnittliga dygnskostnaden för HVB-placeringar, under den tid som placeringen pågår eller fram till dess att regionen deltar i upprättandet av en individuell plan.

Utgångspunkten för den andel som schablonersättningen beräknats till är att insatserna som ges inom ramen för HVB främst är socialtjänstinsatser. Det är också socialtjänsten som bedömer att placeringen ska ske. Kommunen ska därför stå för den största delen av kostnaden. Samtidigt är hälso- och sjukvårdsinsatserna också av stor omfattning och ofta kostnadskrävande, eftersom de förutsätter vissa personalkategorier med särskild kompetens, fungerande ledningssystem, journalhantering och vissa försäkringar. Vi föreslår att schablonen ska motsvara 40 procent av genomsnittskostnaden för en HVB-placering i riket.

Betalningsansvaret enligt schablon kan avtalas bort

Regeln om betalningsansvar syftar främst till att tydligt peka ut regionernas ansvar för hälso- och sjukvård också under en HVB-placering. I praktiken bör den komma till användning endast i undantagsfall. Regioner och kommuner kan inom ramen för överenskommelser eller på annat sätt avtala bort betalningsansvaret, eller komma överens om att det regleras på annat sätt. En sådan överenskommelse kan exempelvis innebära att hälso- och sjukvårdsansvaret vid HVB-placeringar alltid hanteras av en viss enhet eller funktion inom regionen, eller att det finns rutiner för gemensam planering av HVB-insats som också omfattar regionens hälso- och sjukvård.

Överenskommelserna om hälso- och sjukvård vid HVB-placeringar kan integreras i sådana överenskommelser som regioner och kommuner ska ingå om samarbete i fråga om personer med skadligt bruk och beroende enligt 5 kap. 9 a § SoL respektive 16 kap. 3 § HSL. För barn och unga kan den integreras i den överenskommelse som regioner och kommuner ska ingå om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet enligt 5 kap. 1 d § SoL respektive 16 kap. 3 § HSL. Överenskommelsen kan också tecknas separat och omfatta insatser till både barn och vuxna.

Regioner och kommuner kan även genomföra gemensamma upphandlingar av HVB, där regionen ansvarar för de delar som utgör hälso- och sjukvårdsinsatser och kommunen för socialtjänstinsatser. Regioner och kommuner kan också själva driva HVB-verksamheter gemensamt.

Skäl för förslaget

Syftet med vårt förslag är att åstadkomma ett gemensamt ansvarstagande och en förbättrad samordning av socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB. Huvudregeln bör vara att huvudmännen kommer överens om fördelningen av kostnaden för placeringen, och att det schablonbaserade betalningsansvaret inte tillämpas.

Men vi bedömer utifrån erfarenheterna av hur det fungerar i dag att det behövs ett incitament, i form av ett schablonbaserat betalningsansvar, för att regionerna ska ta ansvar för och samverka kring hälso- och sjukvårdsinsatserna. En sådan schablon innebär att regionen ibland kommer att bära en större och ibland en mindre del av den

faktiska kostnaden. Det får dock anses acceptabelt, då alternativet att som i dag inte ha en schablon leder till att den enskilde inte alltid får sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda, och att kostnader som regionerna ska bära hamnar hos kommunerna.

Hur stor del av insatserna på HVB som är hälso- och sjukvård skiljer sig från fall till fall. I våra dialoger med kommuner och privata vårdgivare framkommer skattningar mellan 20 och 50 procent i genomsnitt. Med vårt förslag att hälso- och sjukvården ska stå för kostnader för all behandling för skadligt bruk och beroende blir andelen större. Vi bedömer på grundval av detta att schablonen bör utgöra 40 procent av den genomsnittliga dygnskostnaden i riket. Vi anser med stöd av de osäkra siffror som finns att detta är en rimlig nivå för att så långt som möjligt motsvara en genomsnittlig andel hälso- och sjukvårdsinsatser. Det är också en nivå som ger ett tydligt incitament för regionen att delta i planeringen av sådana insatser.

9.5 Trots positiv utveckling kvarstår utmaningar med samverkansöverenskommelser

Bedömning: De överenskommelser som tas fram av regioner och kommuner för att uppfylla lagstadgade krav på samverkan på en övergripande nivå tycks ha utvecklats i en positiv riktning, men löser inte i tillräcklig utsträckning de samverkansproblem som kan uppstå kring enskilda individer. Vi bedömer att en utveckling av samverkansöverenskommelserna kan stödjas av den reform vi föreslår, men att samverkan också kan behöva ske på andra sätt.

Av 16 kap. 3 § första stycket HSL framgår att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om 1) personer med psykisk funktionsnedsättning, 2) personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och 3) barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Motsvarande bestämmelser finns för kommunen i 5 kap. 8 a och 9 a §§ respektive 5 kap. 1 d § SoL. Bestämmelserna om ”personer som missbrukar” infördes 2013, främst för att hantera problem kopplade till det delade ansvaret för vård och behandling vid skadligt bruk och beroende, och för att bidra till en bättre samverkan och ett helhetsperspektiv utifrån brukarens behov.

Bestämmelserna har utvärderats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys), som redovisat sina slutsatser i rapporten *"Att komma överens"*[164]. Rapporten belyser hur många överenskommelser som tagits fram, deras innehåll, orsaker till att överenskommelser inte har ingåtts, samt i vilken utsträckning brukare deltagit i framtagandet. I 90 procent av länen fanns en länsöverenskommelse, och 62 procent av kommunerna som svarade hade en lokal överenskommelse som gällde just den kommunen. Vård- och omsorgsanalys beskriver hinder och framgångsfaktorer i arbetet med att ta fram samverkansöverenskommelser. Bland annat konstateras att trots bestämmelser om samverkan finns de ursprungliga utmaningarna kvar, i synnerhet kostnadsansvaret på verksamhetsnivå inom kommuner och (dåvarande) landsting. Myndigheten beskriver också att primärvården sällan deltagit i framtagandet av överenskommelserna. När det gäller innehållet i överenskommelserna konstaterar Vård- och omsorgsanalys bland annat att bara var fjärde överenskommelse innehåller gemensamma mål och att ansvarsfördelningen beskrivs som problematisk att enas omkring. Ungefär varannan överenskommelse bedöms ha tagits fram med brukarmedverkan. Vård- och omsorgsanalys menar att det saknas kunskap om huruvida överenskommelser är ett ändamålsenligt verktyg för att förbättra vården och omsorgen för patienter och brukare, och rekommenderar regeringen att ta initiativ till en utvärdering av detta.

Efter Vård- och omsorgsanalys utvärdering har förekomsten av överenskommelser följts upp inom ramen för öppna jämförelser. År 2019 angav knappt hälften av kommunerna, 47 procent, att de har en aktuell samsverkansöverenskommelse med regionen kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopingmedel eller spel om pengar[165].

Under 2020 har Sveriges kommuner och regioner (SKR) gjort en innehållsanalys av överenskommelserna kring personer med missbruk och beroende. Genomgången visar att det skett vissa framsteg på området, men illustrerar också tydligt på vilka områden utmaningarna finns. Mer än hälften av överenskommelserna har tydliga uppföljningsbara mål och lika många överenskommelser innehåller tydliga rutiner för hur tvister mellan huvudmännen ska hanteras.

[164] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017, Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Rapport 2017:1.
[165] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.

Större svårigheter verkar finnas att beskriva ansvarsfördelningen när det gäller behandlingsinsatser. Färre än hälften gör det på ett tydligt sätt när det gäller övergripande behandlingsinsatser, psykologisk behandling och psykosocial behandling[166].

Företrädare både för kommunerna och regionerna som vi pratat med bedömer att de överenskommelser som finns i för liten grad löser de problem som uppstår i samverkan kring enskilda individer. Det vanligast återkommande exemplet på områden där överenskommelserna inte ger stöd gäller kostnadsansvar för placeringar. Att samverkansöverenskommelserna ofta saknar bestämmelser på detaljnivå som skulle behövas lyfts också i Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet[167].

Vi bedömer att en fortsatt utveckling av samverkansöverenskommelserna kan stödjas av den reform vi föreslår, eftersom huvudmännens ansvarsfördelning blir mer tydlig. Men utvecklingen av samverkan kan också behöva ske på andra sätt och konkretiseras mer än vad som ofta är fallet i överenskommelserna. I kapitel 16 beskriver vi hur regioner och kommuner behöver förbereda för bland annat det förändrade ansvaret för behandling och för införande av den samordnade vård- och stödverksamheten.

9.6 Fortsatt behov av utvecklad samordning på individnivå

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.

Det finns ett antal olika bestämmelser som ställer krav på verksamheter att planera och samordna vården och omsorgen på individuell nivå. Det handlar framför allt om fast vårdkontakt, individuell plan och samverkan vid utskrivning från slutenvården. Det finns också aktuella förslag på hur några av dessa bestämmelser kan utvecklas och förbättras. Bestämmelserna är i många fall aktuella för personer

[166] SKR 2020, Opublicerad sammanställning
[167] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.

med skadligt bruk och beroende, inte minst vid samsjuklighet, och behöver tillämpas i vården och omsorgen av personer med skadligt bruk och beroende. Däremot bedömer vi att de inte är tillräckliga för personer i målgruppen med särskilt stora samordningsbehov. Vi lämnar därför i kapitel 11 ett förslag om en samordnad vård- och stödverksamhet.

9.6.1 Fast vårdkontakt kan bidra till samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser

Enligt 6 kap. 2 § PL ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Bestämmelsen innebär att patienten ska få en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Syftet är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet. När en fast vårdkontakt utses ska patientens önskemål om vem som ska vara den fasta vårdkontakten tillgodoses så långt det är möjligt och patientens ska vara delaktig i processen. Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård.[168] En fast vårdkontakt bör kunna bistå patienterna i att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som till exempel Försäkringskassan. Samordning av insatser och förmedling av information med till exempel andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas.[169] I kapitel 11 beskriver vi hur vårt förslag om en särskild vård- och stödsamordnare för de med behov av särskild samordning förhåller sig till bestämmelsen om fast vårdkontakt.

[168] Prop. 2013/14 :106 s. 99, prop. 2009/10 :67 s. 59 f.
[169] Prop. 2009/10:67 s. 60.

Av 6 kap. 3 § PL framgår att patienten också ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården. Den fasta läkarkontakten ska svara för att patienten undersöks, om möjligt ställa diagnos och se till att patienten får den medicinska vård som hans eller hennes tillstånd fordrar eller att andra relevanta åtgärder vidtas. I ansvaret ingår även att vägleda patienten i hans eller hennes kontakter med övrig hälso- och sjukvård och i förekommande fall samordna de undersöknings- och behandlingsåtgärder som vidtas.[170]

En fast vårdkontakt kan bidra till att hälso- och sjukvårdens olika insatser för personer med skadligt bruk och beroende samordnas, och en fast läkarkontakt i primärvården kan bidra till ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska tillstånd. En viktig förutsättning är tillgång till fast bemanning i primärvården. En utvärdering genomförd av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visar att många i befolkningen saknar en fast kontakt i primärvården, trots att de har behov av det. Det är dock vanligare att personer med mer omfattande vårdbehov har en fast kontakt.[171]

I kapitel 10 skriver vi om behovet av fast vårdkontakt och fast läkare i primärvården för att tillgodose de somatiska vårdbehoven hos personer med samsjuklighet.

9.6.2 Utvecklad individuell plan för samordning inom och mellan huvudmännen

Av 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL framgår att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. I förarbetena användes ibland begreppet samordnad individuell plan, och i vardagligt tal i verksamheter används ofta förkortningen SIP.[172] Den individuella planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Enligt förarbetena räcker det att en av huvudmännen gör den bedömningen för att skyldigheten ska inträda för båda.[173] Av planen ska det framgå:

[170] Prop. 2013/14 :106 s. 100.
[171] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021, Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården. PM 2021:1.
[172] SOU 2020:19, God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
[173] Prop. 2008/09 :193 s. 30.

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Missbruksvården och äldreomsorgen är enligt förarbetena exempel på verksamheter inom socialtjänsten där bestämmelserna kan få stor betydelse. Inom hälso- och sjukvården finns stora behov av planering för *patienter i den psykiatriska vården* och *beroendevården*.[174] När det gäller *personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar* bör man, enligt förarbetena, som huvudregel utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses. Det finns vetenskapligt stöd för att behandling för missbruk och psykisk sjukdom bör ges samtidigt. Resultatet har visat sig bli bättre om alla livsområden blir föremål för vård, stöd och behandling samtidigt jämfört med att hälso- och sjukvård ges i väntan på socialtjänstinsatser eller vice versa.[175]

Utredningen *God och nära vård* har påpekat att bestämmelserna är otydliga på några punkter och att den enskildes ställning i arbetet med individuell plan behöver stärkas. De har därför föreslagit förändringar som innebär att patienter som får insatser av flera vårdgivare eller flera verksamheter även inom kommunen och regionen omfattas. De föreslår också att den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas, att den enskildes mål med insatserna ska framgå av planen, samt att det ska framgå vilka rehabiliterande och förebyggande insatser den enskilde behöver.[176] Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Iakttagelserna kring den enskildes ställning som utredningen för en god och nära vård har gjort, stämmer överens med det som framkommit i de dialoger vi har haft med personer med samsjuklighet och anhöriga. Där har det bland annat framförts att man kan känna sig ensam som patient i mötet med ett stort antal myndighetsföreträdare, och att möjligheten att sätta upp egna mål är begränsad. Ibland upplevs det vara organisationernas behov av ekonomisk ansvarsför-

[174] Prop. 2008/09:193 s. 20.
[175] Prop. 2008/09 :193 s. 21.
[176] SOU 2020:19, God och nära vård. En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

delning, snarare än den enskildes situation, som hamnar i fokus. Detta har även framförts av patient- och brukarorganisationer inom området.[177]. Vi har dock också mött personer med samsjuklighet och anhöriga som har berättat att den individuella planen har bidragit till att de fått en mer samordnad vård och omsorg. I kapitel 11 återkommer vi till dessa erfarenheter när vi beskriver varför SIP inte är tillräckligt för personer med särskilt stora samordningsbehov.

9.6.3 Samverkan vid utskrivning från psykiatrisk vård behöver fortsatt följas upp och utvecklas

I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (i fortsättningen kallad samverkanslagen) finns bestämmelser om:

1. samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från sluten vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården,
2. hur insatserna ska planeras för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från flera berörda enheter inom de aktuella verksamheterna, och
3. kommunens betalningsansvar för vissa utskrivningsklara patienter.

Målet med lagen är att den ska leda till en trygg och säker utskrivningsprocess och att den ska bidra till att den enskilde inte i onödan ska behöva tillbringa tid på sjukhus.[178]

När en patient skrivs in i den slutna vården, och behandlande läkare bedömer att patienten kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården efter att patienten har skrivits ut, ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna om denna bedömning genom ett *inskrivningsmeddelande* (2 kap. 1 § samverkanslagen). Om en enhet i den regionfinansierade öppna vården har tagit emot ett sådant inskrivningsmeddelande ska verksamhetschefen utse en *fast vårdkontakt* för patienten (2 kap. 5 §). Har patienten redan en fast

[177] RSMH 2020.
[178] Prop. 2016/17:106 s. 111.

vårdkontakt vid enheten får denne fortsätta med detta. Syftet med bestämmelsen är att det ska finnas någon som ansvarar för patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning efter utskrivningen. Därför ska vårdkontakten utses innan patienten skrivs ut från den slutna vården. När en berörd enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande, ska enheten också börja sin *planering av de insatser som är nödvändiga* för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivningen få sina behov av socialtjänst eller hälso- och sjukvård tillgodosedda (2 kap. 6 §).

När den behandlande läkaren har bedömt att en patient är utskrivningsklar, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om denna bedömning (3 kap. 1 §). Av 3 kap. 2 § samverkanslagen framgår att om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det, ska den slutna vården till berörda enheter *överföra den information som är nödvändig* för att ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård. Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en *samordnad individuell planering* genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Behövs insatser från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen (4 kap. 1 § första stycket samverkanslagen). Enligt 4 kap. 2 § samverkanslagen ska enheterna upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i 16 kap. 4 § tredje och fjärde styckena HSL och 2 kap. 7 § andra och tredje styckena SoL. Enligt 4 kap. 3 § samverkanslagen ska en kallelse till den samordnade individuella planeringen skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården. Det är alltså patientens fasta vårdkontakt i den regionfinansierade öppna vården som har ansvaret för att kalla berörda enheter till den samordnade individuella planeringen.

Om den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar, och slutenvården har underrättat kommunen att patienten skrivits in och därefter att patienten är utskrivningsklar, ska kommunen betala ersättning till regionen om patienten fortsatt vårdas inom den slutna vården. Kommunens betalningsansvar inträder tre eller fyra dagar efter att underrättelse har skickats, om det inte finns någon

annan överenskommelse om tidpunkten. Detta skiljer sig från den tidigare betalningsansvarslagen, Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Enligt den inträdde kommunens betalningsansvar efter fem vardagar för patienter i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården, men först efter trettio vardagar för patienter i den psykiatriska vården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att följa upp lagen om samverkan vid utskrivning.[179] Samverkanslagen trädde i kraft 1 januari 2018, men inom psykiatrin gällde kommunens betalningsansvar inom fem dagar först 1 januari 2020 på grund av övergångsbestämmelser. I Vård- och omsorgsanalys utvärdering konstateras att utvecklingsarbetet inom psykiatrin och beroendevården inte kommit lika långt som inom andra delar av vården och omsorgen. Orsaken till detta är dels den begränsade tid som kommunens förkortade betalningsansvar har gällt för psykiatrin, dels att den fasta vårdkontaktens roll upplevs som oklar och att det ofta saknas boenden som tillgodoser behoven hos personer som ska skrivas ut från sjukhus. Myndigheten identifierar situationen inom rättspsykiatrin som särskilt problematisk och anser att det bör göras en fördjupad analys av samordningen inom detta område.

För personer med behov av särskild samordning kommer den särskilda vård- och stödverksamheten spela en viktig roll vid utskrivning från slutenvård och kunna lösa en del av de svårigheter som finns kring patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård. Det utvecklas i kapitel 11.

[179] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018, Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Rapport 2018:11.

10 Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv

10.1 Helhetssyn på hälsa för personer med samsjuklighet

Personer med samsjuklighet är som visats i kapitel 4 en heterogen grupp. Alla har inte behov av sociala insatser och behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser kan se olika ut. Hur huvudmännens ansvar ska vara fördelat för att möta behovet av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser vid skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd utvecklas i kapitel 9 och 11.

I det här kapitlet beskrivs vikten av att uppmärksamma somatisk ohälsa, betydelsen av hälsofrämjande insatser samt åtgärder för att minska risken för suicid. Dessa perspektiv är relevanta i alla verksamheter som möter personer med samsjuklighet, oavsett hur problematiken ser ut eller vilka substanser personen använder och/eller om personen har ett problematiskt spelande.

Kapitlet redovisar också våra förslag och bedömningar när det gäller skadereducerande åtgärder för personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vi har valt att placera förslagen i det här kapitlet för att understryka att skadereducerande insatser, som till exempel sprututbyte, syftar till ökad hälsa för en grupp med stor sjukdomsbörda och hög överdödlighet. Våra förslag understryker vikten av att, parallellt med skadereducerande insatser, också ge somatisk hälso- och sjukvård och, när det är relevant, skapa möjligheter för den enskilde att ta emot psykiatrisk behandling inklusive behandling för skadligt bruk och beroende.

10.1.1 Somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas

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.

Som visats i kapitel 4 är sjukdomsbördan och överdödligheten bland personer med skadligt bruk och beroende och bland personer med andra psykiatriska tillstånd hög. Det beror bland annat på att det skadliga bruket orsakar sjukdom och på livsstilsrelaterade faktorer. Men det beror också på att gruppen får adekvata hälso- och sjukvårdsinsatser i mindre utsträckning än befolkningen i övrigt. Orsakerna till att den somatiska vården inte ges med samma kvalitet till personer med psykisk sjukdom och/eller skadligt bruk och beroende kan vara flera. Det kan vara att en somatisk sjukdom upptäcks för sent eftersom personen inte söker sådan vård. En annan orsak, som personer med samsjuklighet som vi har träffat ofta själva anger, är att man inte tas på allvar och blir avvisad. Det behövs också tid och tillräcklig kunskap hos personalen för att på ett bra sätt kunna möta personer som till exempel är berusade och upprörda.

Skäl för bedömningen

Vi lägger två förslag som kan bidra till att öka tillgängligheten till adekvat medicinsk vård för målgruppen. Det ena är att hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende (se kapitel 9). Detta innebär att personer med skadligt bruk och beroende kommer att få insatser av hälso- och sjukvårdspersonal och att det medicinska perspektivet förstärks. Det andra förslaget är att regioner och kommuner ska vara skyldiga att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet (se kapitel 11). Detta syftar till att skapa kontinuitet och trygghet i insatser som ges till personer som har behov av särskild samordning. Genom

att hela livssituationen är i fokus ökar förutsättningarna för att somatisk ohälsa uppmärksammas. Den särskilt utsedde vård- och stödsamordnaren ansvarar för en planering utifrån de samlade behoven, kan ta kontakter med den somatiska vården och stödja relationen mellan den enskilde och annan hälso- och sjukvårdspersonal som behöver vara involverad i vården.

De flesta personer med samsjuklighet har emellertid inte sådana behov av särskild samordning att det blir aktuellt med insatser från den samordnade vård- och stödverksamheten. Därför är det viktigt att vården i sin helhet är organiserad efter, och ges förutsättningar, för att understödja kontinuitet och hanterar somatisk och psykiatrisk ohälsa samtidigt.

Fast vårdkontakt och individuell plan

Enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2014:821), förkortad PL, ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. I kapitel 9 beskriver vi de utvärderingar som gjorts av bestämmelsen. Utredningen *Samordnad utveckling för god nära vård* (S2017:01) har gjort bedömningen att den fasta vårdkontakten bör ha ansvar för att den individuella planen genomförs.[1] Vi anser att det är av särskilt stor vikt att både psykiatriska och somatiska vårdbehov uppmärksammas i planen och att den fasta vårdkontakten, oavsett i vilken vårdgren den finns, tar ansvar för att dessa tillgodoses. I kapitel 11 ger vi uttryck för uppfattningen att en sådan vård- och stödsamordnare som vi föreslår ska finnas inom ramen för den särskilda vård- och stödverksamheten även ska vara fast vårdkontakt för deltagare i verksamheten.

Fast läkare i primärvården

Patienten ska också få välja en fast läkarkontakt i primärvården enligt 6 kap. 3 § PL. Dock är det få personer som erbjuds en sådan kontakt vilket kan beror på att efterfrågan på specialister i allmänmedicin är större än tillgången, och att specialisterna därför ofta är inhyrda eller

[1] SOU 2020:19 En god och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdsystem, s. 173.

tillfälligt anställda.[2] Utredningen *Samordnad utveckling av god och nära vård* har föreslagit att det ska förtydligas vilka specialiteter som kan vara fast läkarkontakt i primärvården.[3] Regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) har också gjort en överenskommelse om att utveckla den nära vården. Inom ramen för en överenskommelse tillförs regioner och kommuner sammanlagt 6.8 miljarder, varav 200 miljoner ska gå till att utveckla funktionen fast läkarkontakt i primärvården.[4]

Vi gör bedömningen att fast läkarkontakt i primärvården bidrar till ett samlat medicinskt ansvar för både de psykiatriska och somatiska vårdbehoven, som personer med samsjuklighet kan ha behov av. I kapitel 9 utvecklar vi primärvårdens roll i ett system där hälso- och sjukvården ansvarar för behandling av alla psykiatriska sjukdomstillstånd inklusive skadligt bruk och beroende.

10.1.2 Insatserna ska betona hälsa

Bedömning: Insatser till personer med samsjuklighet behöver ha ett större fokus på att förstärka och vidmakthålla hälsa. Personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende bör uppmärksammas som en högriskgrupp för ohälsosamma levnadsvanor i regionernas planering av det sjukdomsförebyggande arbetet.

Skäl för bedömningen

Insatser till målgruppen har hittills haft ett starkt fokus på att behandla skadligt bruk och beroende. Vi lägger förslag som syftar till att fler ska få tillgång till sådan behandling med evidensbaserade metoder och att ansvaret för behandlingen ska samlas hos hälso- och sjukvården (kapitel 9). Därutöver vill vi betona att hälsa är ett individuellt tillstånd som kan uppnås i olika grad även om den enskilde lever med sjukdom. Kontrollen över den egna livssituationen, som

[2] Vårdanalys 2018. Myndigheten för Vårdanalys yttrande över betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39).
[3] SOU 2018:39 God och nära vård – en primärvårdsreform, s. 380.
[4] God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting, bilaga till regeringsbeslut 2021-01.28 nr 1.

är en viktig hälsofaktor, kan förstärkas och riskfaktorer för somatisk sjukdom kan motverkas, även om personen har kvar symtom på psykisk sjukdom och fortfarande använder alkohol, narkotika, beroendeframkallande läkemedel eller har ett riskabelt spel om pengar. I vilken omfattning och i vilken grad det kan ske avgörs av individuella faktorer och tillgänglig kunskap om olika insatsernas effekter.

Som framgått i kapitel 4 och i avsnittet ovan är överdödligheten hög bland personer som har en alkoholdiagnos och bland personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika, samt bland personer med andra psykiatriska tillstånd. En samsjuklighet mellan dessa tillstånd förvärrar situationen ytterligare.

Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården inte bara intresserar sig för att behandla sjukdomstillstånd utan även uppmärksammar livsstilsfaktorer och andra förutsättningar för hälsa.

Det kan till exempel handla om att erbjuda rökavvänjning. Studier har visat att det finns fördelar med att kombinera rökstopp och behandling av beroendesjukdom. Resultaten skiljer sig dock åt när det gäller om rökstopp ska göras samtidigt eller efter att man slutat med alkohol eller andra substanser.[5]

Fysisk aktivitet, ohälsosamma matvanor och sömn spelar roll både för den psykiska och fysiska hälsan. Socialstyrelsen rekommenderar därför i de nationella riktlinjerna att hälso- och sjukvården ger råd och för samtal om sådana livsstilsfaktorer. Myndigheten rekommenderar också att högriskgrupper uppmärksammas särskilt.[6] Sådana grupper är till exempel personer med psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning, social sårbarhet eller personer som har flera ohälsosamma levnadsvanor samtidigt. Vi anser att personer med skadligt bruk och beroende och personer med andra psykiatriska tillstånd är sådana grupper som bör uppmärksammas. Regionerna bör planera för hur dessa grupper ska uppmärksammas och beakta det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektivet i såväl uppdrag till vårdgivare och samverkan med andra aktörer som till exempel socialtjänsten.

[5] Prochaska m.fl. A Meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance use treatment, Journal of consulting and clincal psychology, 72 (6) s. 1144-1156.
[6] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

10.1.3 Risken för suicid hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas och förebyggas

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.

Skäl för bedömningen

I kapitel 4 konstaterar vi att personer med psykisk sjukdom, skadligt bruk och beroende löper en förhöjd risk att ta sitt liv.

Kunskapen om vilka suicidpreventiva insatser som är effektiva behöver öka. På individnivå finns enligt Folkhälsomyndigheten vetenskapligt stöd för att adekvat behandling av psykiatriska tillstånd[7] samt att patienterna följs upp och att vårdkedjan hålls samman har suicidpreventiv effekt.[8] Vårt förslag att hälso- och sjukvården ska ansvara för behandling av alla psykiatriska sjukdomstillstånd, och förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet, syftar till att åstadkomma förbättringar på dessa områden. Därutöver behöver grundläggande kunskaper om suicid, suicidrisk och om hur frågor kan ställas om sådana tankar och planer finnas i alla verksamheter som möter målgruppen.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram och sprida kunskap till hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att stödja deras arbete med att förebygga suicid och ge stöd till efterlevande.[9] Uppdraget sträcker sig från 2019 till 2022.

Region Skåne har tagit fram en utbildning för att öka kunskapen hos medarbetarna inom vård och omsorg. Utbildningen är webbaserad och uppdelad i tre moment. Samtliga medarbetare i Region Skånes psykiatri går kursen som kompletteras med samtal om förhållningssätt och bemötande vid suicidproblematik. Vi ser behov av att alla vårdgivare tar liknande initiativ för att öka och behålla kunskap om suicid. De initiativ som tas behöver följas upp och utvärderas.

[7] Myndigheten använder här begreppet suicidialitet/depression.
[8] Folkhälsomyndigheten, Suicidprevention.se, 20 juli 2021.
[9] Ökad kunskap om suicidprevention och stöd till efterlevande, regeringsbeslut 9 maj 2019.

10.2 Åtgärder som reducerar skador av skadligt bruk och beroende av narkotika

Skälet till att vi anser att förslag för att förstärka skadereducerande insatser till personer som har ett skadligt bruk eller ett beroende av narkotika är en del av vårt uppdrag, är att samsjukligheten i den gruppen är hög. Detta beskrivs närmare i kapitel 4.

För att minska narkotikarelaterade dödsfall behövs strukturer för att uppmärksamma skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd, för god diagnostik och tillgång till adekvat behandling. Vi lämnar förslag för att stärka dessa områden i kapitel 9. Men det är även viktigt att det finns verksamheter som minskar förekomsten av allvarlig sjukdom och död hos personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika. Det kan ske genom att integrera åtgärder för att minska skador av narkotikabruk med hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde behöver och kan ta emot.

Flera av de förslag som presenteras i det här avsnittet syftar till att öka tillgången till flera hälsofrämjande och skadereducerande insatser samtidigt, och att skadereducerande insatser blir en tydlig del av ett samordnat utbud av psykiatriska och somatiska åtgärder. Det bör dock betonas att förslagens inriktning inte är att organisera de skadereducerande insatserna på ett sätt så att det övergripande syftet med dessa blir att de ska leda till annan behandling. I stället ska de, liksom andra hälso- och sjukvårdsinsatser, ses som självständiga interventioner som ges utifrån patientens behov, och när det är relevant och patienten samtycker till det, samordnas med andra insatser.

I kapitlet presenterar vi bland annat förslag och överväganden som avser LARO-verksamhet. Skälet till att vi särskilt uppmärksammar den behandlingsformen är att den förutsätter en integrering av medicinsk och psykosocial behandling, är särskilt reglerad, har stor betydelse för att minska dödlighet hos personer med skadligt bruk och beroende av narkotika samtidigt som den skapar vissa hälsorisker, särskilt genom vidareförmedling till personer som inte är i behandling.

10.2.1 Ökad tillgång till och mindre vidareförmedling från LARO-behandling

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 kompetenshöjande åtgärder.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) är en behandling som regleras i föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen.[10] Behandlingen ska bestå av behandling med läkemedel samt psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. Om den vårdenhet som ordinerar behandlingen inte själv kan erbjuda psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser, ska det finnas en överenskommelse med kommunen, en annan vårdenhet eller en annan vårdgivare så att patienten kan erbjudas sådan behandling eller sådana insatser.[11] Behandlingen syftar bland annat till att förebygga återfall, förbättra social funktion samt minska medicinska komplikationer, smittspridning och dödlighet.[12]

LARO-behandling rekommenderas i nationella riktlinjer för behandling av opiodberoende och är verksamt för att minska dödligheten hos den grupp som får behandlingen.[13] I dagsläget varierar tillgängligheten till behandlingen och innehållet i den vård som ges. Det saknas till stor del också kunskap om vården. Vi föreslår därför att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att ansvara för att det genom-

[10] HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.
[11] HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.
[12] Socialstyrelsen, Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2020-3-6607.
[13] Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta,analysis | Addiction Medicine | JAMA Psychiatry | JAMA Network.

förs en regelbunden uppföljning av vården, och att stödja implementeringen av bästa tillgängliga kunskap. Ett sådant stöd kan till exempel handla om att samla profession och verksamheter till möten för erfarenhetsutbyte, och presentation av forskning och annan kunskap inom området. Uppföljningen bör inkludera uppgifter från flera olika källor, bland annat kvalitetsregistret *Bättre beroendevård*, och kan vid behov genomföras av eller i samarbete med forskare. En viktig del kommer vara att följa efterlevnaden till nationella riktlinjer.

Syftet med uppdraget till Socialstyrelsen ska vara att öka tillgängligheten till behandlingen samtidigt som risken för vidareförmedling från patienter till personer utanför programmen, minimeras. Vi föreslår också att myndigheten får i uppdrag att utreda om detta syfte kan uppnås genom att fler läkarspecialiteter tillåts ordinera LARO-behandling, samtidigt som det ställs krav på alla som ordinerar att med viss regelbundenhet genomgå särskilda kompetenshöjande insatser. Inom ramen för uppdraget bör också myndigheten, om den anser att syftet kan uppnås på det sättet, föreslå vilka specialiteter som ska få ordinera samt hur kravet på utbildning ska genomföras och regleras.

Skäl för förslaget

LARO är en mycket effektiv behandling som bör erbjudas fler, men den är samtidigt förknippad med allvarliga risker, främst att läkemedlen ska spridas till personer som inte är ordinerade behandlingen och som intar preparaten under okontrollerade former. Mot bakgrund av detta är det viktigt att noga följa upp och utvärdera vårdens kvalitet och säkerhet, och att de som utför behandlingen har tillgång till bästa möjliga kunskap och en samsyn om hur vården ska bedrivas.

Effektiv behandling men med allvarliga risker

Opioidberoende är förenat med risk för fysisk och psykisk ohälsa, och för tidig död till följd av oavsiktliga eller avsiktliga överdoser. Injektion av till exempel heroin, med användande av orena verktyg, ökar risken för infektionssjukdomar. Heroinberoende är också ofta förenat med social problematik, som kriminalitet och prostitution.[14]

[14] Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning, 2019.

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att LARO är en effektiv behandling vid opioidberoende, och minskar dödligheten.[15]

Med tanke på behandlingens goda effekter bör tillgängligheten vara hög. Men samtidigt är behandlingen förenad med allvarliga risker, främst för personer som intar preparaten utan ordination genom vidareförmedling av patienter till personer utanför programmen. De läkemedel som förskrivs vid LARO är mycket potenta, där vissa av läkemedlen vid för hög dos kan leda till andningshämning, och till sist till andningsstillestånd. Risken är större för personer som inte tidigare eller under lång tid använt läkemedlen. Doser som är normala i behandling kan vara dödliga för personer som är ovana vid preparaten.[16] Risken ökar vid samtidig tillförsel av lugnande eller sömngivande medel och alkohol.[17] Läkaren som ordinerar behandlingen ska enligt förskrifterna bland annat göra en bedömning av patientens beroende och hälsotillstånd, som bör omfatta en bedömning av om beroendet i kombination med den läkemedelsassisterade behandlingen innebär en påtaglig medicinsk risk för patienten.[18] Förskrifterna anger också att läkemedlen under de tre första månaderna av behandlingen ska intas under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal. Om resultatet varit stabilt får läkaren därefter successivt överlåta till patienten att själv hantera sina läkemedel, efter en bedömning av om det finns risk för att patienten överlåter läkemedlet till någon annan.[19]

En studie från Skåne 2013 visade att en stor andel av dem som var inskrivna i LARO-programmen någon gång lämnat vidare eller sålt de utskrivna preparaten.[20] En annan studie undersökte vissa förhållanden kring 269 personer som avlidit av metadonförgiftning mellan 2006–2015. Bland dem hade en mycket liten andel sådana läkemedel

[15] Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis | Addiction Medicine,JAMA Psychiatry,JAMA Network. Se även www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16-arbetsdokument-c-lakemedelsbehandling_2019-01-29.pdf, hämtad 2021-05-07.
[16] Socialstyrelsen, Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2020-3-6607.
[17] Socialstyrelsen, Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2020-3-6607.
[18] HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.
[19] HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.
[20] Johnson, Richert 2015, Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: Prevalence estimates and risk factors – ScienceDirect, Journal of addictive diseases, 34 (1) 1-17.

förskrivna.[21] Personerna i studien hade ofta även andra substanser i blodet och var i hög grad ordinerade olika läkemedel. Det saknas dock säker kunskap om i vilken utsträckning preparaten kommit ut på marknaden genom vidareförmedling eller på annat sätt. Vidareförmedling kan ha skett från LARO-programmen men också från andra hälso- och sjukvårdsverksamheter där opioider skrivits ut, smugglats till Sverige eller köpts på nätet. Socialstyrelsen har tidigare bedömt att vidareförmedling av läkemedel från de svenska LARO-verksamheterna är begränsat, och att det i större utsträckning handlar om illegal införsel, receptförfalskning och stölder.[22] Men bedömningen har ifrågasatts bland annat i ett remissvar från Malmö Högskola och Hälsohögskolan i Jönköping som bedrivit mycket forskning på området.[23] Vår slutsats blir att det råder osäkerhet om i vilken grad det förekommer vidareförmedling från programmen men att det är klarlagt att det sker, och att det skapar allvarliga risker för personer med skadligt bruk och beroende av narkotika.

Följsamheten till nationella riktlinjer behöver förbättras

Olika läkemedel som används vid LARO är förenade med olika risker. De har också olika risk för intravenöst skadligt bruk[24] I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas i första hand kombinationen buprenorfin-naloxon, som har mindre allvarliga biverkningar och lägre risk för felanvändning.[25] Trots detta är fortfarande behandling med andra läkemedel vanligare, och följsamheten till riktlinjerna behöver förbättras.[26] Sedan 2020 inkluderas även depotläkemedel i läkemedelsförmånen, och kan vara ett sätt att kunna behandla fler patienter och samtidigt minimera risken för läckage.

[21] Fugelstad, A., Thiblin, I., Ökning av metadonrelaterade dödsfall bland unga, Läkartidningen 33–34, 2020.
[22] Socialstyrelsen 2015, Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag. 2015-3-35.
[23] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende – remissvar från Institutionen för socialt arbete, Malmö högskola och från Avdelningen för beteendevetenskap och socialt arbete, Hälsohögskolan, Jönköping University. 2015,09,15
[24] Socialstyrelsen 2020, Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst. 2020-3-6607.
[25] Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[26] Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. 2021-4-7277.

Uppföljningen av vården brister

Socialstyrelsen genomför årligen en uppskattning av antalet personer i behandling, och har vid tidigare tillfällen genomfört olika kartläggningar och uppföljningar av vården.[27] Det finns dock problem att belysa vården med hjälp av registerdata. Bland annat går det i minskande grad att följa LARO med hjälp av läkemedelsregistret, eftersom allt fler regioner upphandlar LARO-läkemedel som rekvisitionsläkemedel som inte hämtas ut på apotek och därmed inte ingår i registret. För att kunna följa vården med hjälp av patientregistret behöver vårdgivarna registrera KVÅ-kod (åtgärdskod) och ATC-kod (läkemedelskod)[28], vilket inte regelmässigt sker i dag. Det är också osäkert hur uppdaterad den lista över vårdgivare som erbjuder LARO är. Listan tillhandahålls och administreras av Inspektionen för vård och omsorg (IVO), baserat på de anmälningar om nya och nedlagda verksamheter som vårdgivarna är skyldiga att göra. Vissa uppgifter om vården kan hämtas från kvalitetsregistret *Bättre beroendevård*.

Utöver grundläggande uppgifter som antal verksamheter, antal inskrivna patienter och vilka läkemedel som ordineras är det också viktigt med information om andra insatser, som psykologisk och psykosocial behandling och sociala stödinsatser, samt om vårdens resultat i form av fysisk och psykisk hälsa, sociala förhållanden och patienternas egen uppfattning om vården. Det kan också finnas anledning att följa processer och rutiner inom vården, som till exempel in- och utskrivning, vilket beskrivs nedan. En viktig del blir att följa efterlevnaden till nationella riktlinjer. Sammantaget finns det skäl att regelbundet följa upp vården med hjälp av olika källor, för att få en heltäckande bild av vårdens omfattning, säkerhet och kvalitet.

Skillnader pekar på behov av kunskapsutveckling och ökad samsyn

Vi har, för att öka kunskapen om läkemedelsassisterad behandling, bett samtliga regioner uppge antalet verksamheter, antalet inskrivna patienter, väntetider samt verksamheternas kostnader. Vi har också bett om att få ta del av styrdokument så som uppdrag till verksamheterna,

[27] Till exempel Socialstyrelsen 2015, Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag, 2015-3-35 och Socialstyrelsen 2017, Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). 2017-12-44.
[28] Socialstyrelsen, Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). 2017-12-44.

skrivningar i budgettexter eller förfrågningsunderlag enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Nitton av tjugoen regioner har svarat, men svaren är av olika karaktär och kan endast i liten grad ligga till grund för jämförelser mellan regionerna. Däremot ger de underlag för övergripande beskrivningar av LARO-verksamheterna i landet.

Vad gäller väntetider går det inte att dra några slutsatser av de uppgifter vi fick från regionerna, men Socialstyrelsens tidigare kartläggning visar på stor variation, där en del har en månads väntetid från inkommen remiss till nybesök, andra inte har någon väntetid tack vare snabb utredningsprocess, och ytterligare andra kan ha en väntetid på tre månader eller längre. Väntetiderna påverkas bland annat av att den medicinska utredningen tar tid, att det tar tid att få tillgång till den sociala utredningen eller att det krävs åtgärder som till exempel nedtrappning eller bostad innan inskrivning kan ske. Den huvudsakliga orsaken till en längre medicinsk utrednings- och bedömningstid uppges vara bristen på läkare.[29] Enligt föreskriften ska den läkare som ordinerar LARO ha specialistkompetens i psykiatri eller beroendemedicin. Ett sätt att öka tillgängligheten och minska väntetider skulle kunna vara att även läkare med andra specialistkompetenser ges möjlighet att ordinera behandlingen, samtidigt som det ställs krav på kompetenshöjande åtgärder med viss regelbundenhet. Dessa åtgärder skulle kunna bidra till en ökad följsamhet till aktuell kunskap, exempelvis när det gäller val av preparat som minskar risken för vidareförmedling. Sådana exempel finns exempelvis i Kanada, Tyskland, England och Australien,[30] och kan vara intressanta att studera och utreda närmare. Det bör emellertid beaktas att den psykiatriska samsjukligheten hos LARO-patienterna är hög och att tillgången till specialiserad psykiatrisk kompetens därför är av betydelse. Vi anser att uppdraget till Socialstyrelsen bör omfatta en förbehållslös utredning av för- och nackdelar med att ge fler specialister möjlighet att skriva ut preparaten, mot krav på en särskild utbildning i den aktuella behandlingsmetoden.

Det finns inga uppgifter om hur många personer som skulle behöva LARO-behandling, men antalet som får sådan behandling är lägre i

[29] Socialstyrelsen, Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). 2017-12-44.
[30] Uppgifter från professor Markus Heilig, ledamot i utredningens vetenskapliga referensgrupp.

Sverige än i Danmark och Norge. År 2018 var det omkring 4 000 personer i LARO-behandling enligt Socialstyrelsens skattningar baserat på läkemedelsregistret.[31] Enligt de uppgifter vi har fått från regionerna var det omkring 7 000 patienter inskrivna i behandling 2020[32] vilket alltså skulle indikera en betydande ökning sedan 2018. Siffrorna är dock osäkra, i några fall inkluderar de även patienter som är under utredning eller som sökt men inte inkluderats i behandling, och i något enstaka fall ingår alla patienter som varit i kontakt med mottagningen. Våra siffror pekar också på att tillgängligheten till LARO-behandling skiljer sig mellan regionerna, med en variation från 2,5 (Kronoberg) till omkring 10 (Västernorrland och Gotland) patienter per 10 000 invånare 19 år och äldre. I Skåne är antalet patienter per 10 000 invånare närmare 20, men då ingår även de som har sökt men inte inkluderats i behandlingsprogram. Skåne har som enda region infört vårdval för LARO-behandling. Mellan 2013 och 2017 ökade antalet patienter i behandling med över 50 procent och har därefter fortsatt att öka. Andelen som avbryter behandlingen har minskat, och patienter upplever ökad valfrihet och egen makt.[33]

Avbrott i behandlingen utgör den högsta risken för dödlighet hos LARO-behandlade patienter. Av regionernas styrdokument framgår att det finns skillnader mellan verksamheterna när det gäller vad som är skäl för att avbryta behandlingen. Flera anger skadligt bruk av narkotika generellt som grund för avbrott, medan andra anger att det skadliga bruket ska vara av en sådan grad eller karaktär att det utgör en medicinsk risk. Några verksamheter uppger lagakraftvunnen dom för narkotikabrott som skäl för avbrott i behandlingen. En majoritet av verksamheterna uppger att våld eller hot om våld är grund för uteslutning. Även att det framkommit att läkemedlet lämnats vidare anges som grund för avbrott utan att någon skillnad mellan olika preparat beskrivs. Det innebär att det i flera fall finns generella regler som inte motsvarar den individuella risk/nyttabedömning som enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd ska göras i varje enskilt fall, med hänsyn till säkerhet för patienten och andra personer som kan lida skada, exempelvis om preparaten lämnas vidare. Det tyder på att Socialstyrel-

[31] Socialstyrelsen, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. 2021-4-7277.
[32] Majoriteten av uppgifterna gäller antal inskrivna patienter 2020, men några regioner har lämnat uppgifter om 2019 eller 2021, beroende på när de besvarade vår förfrågan.
[33] Andersson, L., Johnson, B., Valfrihet och egenmakt, En utvärdering av Region Skånes vårdval för LARO. Malmö universitet, FOU Rapport 2018:1.

sens riktlinjer, föreskrifter och kunskapsstöd inte fått tillräckligt genomslag i alla verksamheter.

Det kan också finnas skäl att i större utsträckning differentiera vården, för att möta olika behov och ge fler personer möjlighet att tillgodogöra sig behandlingen. Personer som har svårare att fullfölja behandlingen kan exempelvis behöva mer stöd och tätare kontakter, och kan ha nytta av den typ av samordnad vård- och stödverksamhet vi föreslår i kapitel 11. I vissa regioner har vården differentierats utifrån olika målgrupper, med olika innehåll beroende på om personerna är socialt välfungerande och varit i behandling länge, eller om fokus är på rehabilitering eller skademinimering. En av verksamheterna, i Stockholm, beskriver att de har identifierat ”harmreduction-patienter” som en särskild målgrupp som behandlas utan krav på substansfrihet. Förutom behandling erbjuds den gruppen utbildning och utdelning av naloxon, utredning och behandling av hepatit C, kontakt med sprututbytesmottagning och remittering till somatisk och psykiatrisk vård. Patienter i gruppen som uppvisar substansfrihet 1–3 månader erbjuds även färdighetsträning, psykiatrisk basutredning och vid behov vidare handläggning och samordnad vårdplanering med fokus på sysselsättning.

Sammantaget bedömer vi att förbättrad följsamhet till tillgänglig kunskap och ökad professionell samsyn om differentiering och anpassad vård till olika patientgrupper är avgörande för att öka tillgången till säker LARO-behandling. Socialstyrelsens föreslås därför få i uppdrag att stödja en sådan utveckling. Vi anser att uppdraget ska genomföras i nära samverkan med forskning, profession och brukarorganisationer.

10.2.2 Sprututbyte utvecklas till lågtröskelverksamheter som ska finnas i hela landet

Förslag: Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ändras så att det blir obligatoriskt för regionerna att bedriva sådan verksamhet och så att syftet blir vidare än i dag och även omfattar att främja psykisk och fysisk hälsa. Bestämmelsen att verksamheterna ska bedrivas så att den enskilde motiveras till vård och behandling tas bort. Begreppet personer som missbrukar narkotika byts ut mot personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Det

ska finnas en skyldighet att planera sprututbytesverksamheten utifrån behovet hos målgruppen. Syftet är att öka utbudet av lågtröskelverksamheter som kan erbjuda flera skademinimerande och hälsofrämjande insatser samtidigt. Vidare föreslår utredningen att tillståndskravet och bosättningskravet tas bort.

Sprututbytesverksamhet regleras i en särskild lag där syftet med verksamheten anges vara att minska spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer som använder narkotika. Av förarbetena till lagen framgår att själva utbytet av sprutor inte är att betrakta som hälso- och sjukvård vilket motiverar särlagstiftning.[34] Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av regioner inom ramen för sin hälso- och sjukvård efter att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gett tillstånd till verksamheten. Endast personer som kan anses bosatta i en region får delta i sprututbytesverksamhet i den regionen.

I Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2007:2 anges att verksamheten i tillräcklig omfattning ska bemannas med läkare som har specialistkompetens i infektionssjukdomar, socionomer, sjuksköterskor och barnmorskor. Föreskriften anger också ett antal vaccinationer som den som byter sprutor ska erbjudas, vissa provtagningar och behandlingar samt att den enskilde ska erbjudas samtal för att motiveras att upphöra med sitt missbruk.

Före den 1 mars 2017 var en förutsättning för att få tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet att kommunen inte motsatte sig verksamheten. När det kravet togs bort ökade antalet verksamheter kraftigt fram till 2019 då sexton av tjugoen regioner bedrev sprututbyte.[35] Sammanlagt fanns 26 verksamheter i landet som erbjuder sprututbyte. År 2019 hade 4 817 individer besökt verksamheterna minst en gång, en ökning med närmare 30 procent jämfört med året innan. Knappt en tredjedel av besöken gjordes av kvinnor. Den vanligaste använda substansen är amfetamin. Som framgår av kapitel 7 är tillgången till sprututbyte lägre i Sverige än i Finland, Norge och Danmark.[36] I Finland är kommunerna skyldiga att erbjuda sprututbyte. WHO har satt ett mål om 300 utdelade enheter (kanyler och sprutor) per person och år för att kunna påverka smittspridning. Få verksam-

[34] Prop. 2016/17:15, Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige.
[35] Socialstyrelsen, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar, 2021.
[36] Ds 2015:56, Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet i Sverige.

heter når 2019 upp till detta mål. I vår expertgrupp har emellertid den synpunkten framförts att målen kan behöva vara olika beroende på vilka som byter sprutor. I Sverige är som framgår ovan amfetaminanvändare den största gruppen och de injicerar med lägre frekvens än opioidanvändare. Det finns också forskning som visar att omvårdnadsinsatserna i verksamheterna har lika stor smittskyddseffekt som själva sprutbytet.[37]

Av de 26 verksamheterna erbjuder 15 möjlighet till hepatit C-behandling inom verksamheten. Andra verksamheter slussar vidare och erbjuder behandlingen i samarbete med en infektionsklinik. Många verksamheter erbjuder också enklare somatisk vård då exempelvis infektioner, bölder och dylikt är vanligt förekommande. Hälsorådgivning och utlämnade av naloxon är vanligt. Det finns ofta en viss samverkan mellan sprututbytesverksamheter och psykiatri, beroendevård, mödrahälsovård, socialtjänst med mera. Många besökare rapporteras ha en pågående kontakt med någon av dessa verksamheter när de skrivs in vid sprututbytesverksamheten. Samtidigt har verksamheterna kommit olika långt och vissa mindre verksamheter erbjuder få insatser utöver själva sprututbytet.

En studie vid Lunds universitet har undersökt resultaten av att erbjuda personer med kontakt med sprututbytet Malmö, utredning för LARO-behandling. Studien som omfattade 100 personer visade att målgruppen kvarstannade i behandling i hög grad, att livskvaliteten ökade samt att bruket av narkotika minskade även om få uppnådde drogfrihet.[38]

Folkhälsomyndigheten har bedömt att det är viktigt med en utbyggnad av mobila lågtröskelverksamheter.[39] Myndigheten menar att sådana verksamheter bland annat kan erbjuda rena sprutor och kringutrustning för injektion, men de skulle också kunna innehålla läkemedelsassisterad behandling vid opiodberoende.

[37] Stenström, N., Sprutbyte vid Intravenöst Narkotikamissbruk: En longitudinell studie av deltagarna i sprutbytesprogrammet i Malmö. 2008.
[38] Bråbäck m.fl., 2017, Malmö treatment referrel and intervention study, Frontiers in psychiatry 8, AUG. 161.
[39] Folkhälsomyndigheten, Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika, 2019.

Skäl för förslaget

Vi anser att sprututbytesverksamheterna ska utvecklas till lågtröskelverksamheter. Det är en utveckling som verksamheterna själva i hög grad redan påbörjat och som utredningen anser ska stödjas av bestämmelser i lag. Med lågtröskelverksamheter avser utredningen i det här sammanhanget en verksamhet som erbjuder

- kontinuerliga kontakter utan krav på motprestation,
- kunskap och utbildning till narkotikaanvändare om hur skadorna av användningen kan minimeras,
- överdosprevention genom naloxon och HRL-utbildning,
- sprututbyte,
- viss somatisk vård och behandling, insatser för ökad sexuell och reproduktiv hälsa,
- rådgivning i sociala frågor, och
- stöd för att få kontakt med och när det är möjligt att påbörja annan somatisk eller psykiatrisk behandling (inklusive sådan för skadligt bruk och beroende) som bedrivs av andra verksamheter och som den enskilde är i behov av.

Vi anser inte att begreppet lågtröskelverksamheter ska definieras i lag eller att det specifikt ska regleras vad de ska innehålla. I stället ska innehållet få fortsätta att utvecklas som hittills, men inom ramen för de förändringar i lagen som anges nedan.

Obligatoriskt att erbjuda sprututbyte

Sprututbyte spelar en viktig roll för att minska smittorisken hos personer som injicerar narkotika. Verksamheten skapar också möjlighet att nå personer som annars inte skulle söka vård och ger förutsättningar att undersöka hälsosituation och ge somatisk behandling till en grupp med stor sjuklighet och överdödlighet. Personer som använder amfetamin konsumerar, trots att de är en större grupp, mindre beroendevård i regionerna jämfört med opioidanvändare. Inom sprututbytesverksamheterna är förhållandet det omvända. Verksamheterna är därför viktiga för att nå amfetaminanvändarna som är en grupp

med stora behov av hälso- och sjukvård, ofta i kombination med social utsatthet och kriminalitet. Sprututbyte kan också i hög grad ge tillgång till hepatitbehandling och kan vara ett steg för att slussas in i LARO-behandling och annan behandling för psykisk sjukdom inklusive skadligt bruk och beroende. Verksamheten spelar också en viktig roll för tillhandahållande av naloxon. Det kan konstateras att två av de län som inte bedrev sprututbyte 2019, Dalarna och Västmanland, inte heller bedrev ett systematiskt arbete för att tillhandahålla naloxon.[40] Regeringen gav i juni 2021 Socialstyrelsen i uppdrag att inom ramen för nuvarande regelverk aktivt stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon i hela landet.[41] Vi bedömer att ett sådant arbete gynnas av en väl utbyggd sprututbytesverksamhet.

Antalet sprututbytesverksamheter och tillgängligheten till dem skiljer sig mellan regionerna. Vi anser att utbyggnaden måste fortsätta och föreslår att det ska vara obligatoriskt för regionerna att bedriva sprututbytesverksamhet.

Utvidgat syfte

Verksamheterna bör, enligt vår bedömning, erbjuda somatisk vård och hälsofrämjande rådgivning. Detta finns redan i viss utsträckning och förutsättningarna är därför goda att det ska kunna utvecklas ytterligare. Även utbildningar av hur naloxon används, samt hur drogers farlighet bedöms och hur de intas med så liten skaderisk som möjligt, är viktiga insatser som kan ges inom ramen för sprututbytesverksamhet, samt utbildningar i HRL. Hepatitbehandling ges redan på många ställen. Ett område som kan utvecklas är tandvård till exempel genom att erbjuda en undersökning i samband med besök på sprututbytet och genom att stödja den enskilde att söka ekonmiskt stöd till tandvårdsinsatser.

Därför anser vi att syftet med verksamheten enligt lagstiftningen inte bara ska vara att minska infektionsrisk utan också att främja psykisk och fysisk hälsa. Detta innebär att bestämmelsen att verksamheten ska bedrivas på ett sätt så att den enskilde motiveras för vård och behandling kan tas bort eftersom det kan vara en del av att främja psykisk och fysisk hälsa. Vi anser att det är bättre att understryka

[40] Socialstyrelsen, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar, 2021.
[41] Socialdepartementet, Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon, dnr: S2021/04973.

verksamhetens ansvar för att erbjuda eller förmedla kontakt med de olika hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde kan vara i behov av, än att knyta uppdraget till den enskildes motivation. Skälet till att personen vid en viss tidpunkt inte tar emot behandling för skadligt bruk och beroende kan ha många orsaker som psykisk sjukdom, bristande tillit till vården eller en känsla av att inte vara värd vård och behandling. Alla stödinsatser som ges för att den enskilde ska ta emot den hälso- och sjukvård som hen behöver omfattas av uppdraget att främja psykisk och fysisk hälsa.

Vårt förslag innebär att sprututbytet blir starkare integrerat i hälso- och sjukvården och att en stor del av de insatser som ges på en sprututbytesverksamhet kommer att vara hälso- och sjukvårdsinsatser. Själva utbytet av sprutor är emellertid inte att betrakta som hälso- och sjukvård. Behovet av att särreglera sprututbytesverksamheten kvarstår därför av den anledningen, men också för att vi bedömer att den särskilda lagen med de bestämmelser vi föreslår, kan bidra till en nödvändig utbyggnad och utveckling av verksamheten.

Vi föreslår också att begreppet personer som missbrukar narkotika byts ut mot personer har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika. Det är i linje med den begreppsanvändning som vi föreslår i övrigt där missbruk och missbrukare utmönstras ur socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen (se kapitel 9).

Planeringskrav som ökar tillgängligheten

Tillgängligheten till skadereducerande och hälsofrämjande insatser genom sprututbytesverksamheter behöver öka samtidigt som dessa knyts samman med andra hälso- och sjukvårdsinsatser som är viktiga för den psykiska och fysiska hälsan. Hur det uppnås kan se olika ut. Det kan handla om att utveckla samarbete mellan sprututbyte och andra vårdinstanser eller om att göra verksamheten mobil i vissa delar.

Vi anser därför att regionerna ska vara skyldiga att planera sin sprututbytesverksamhet utifrån behoven i befolkningen och beteendet hos målgruppen för att på det sättet få underlag för bedömningar om hur verksamheten kan göras tillgänglig för alla som behöver den. Regionerna kan med fördel involvera personer som själva byter sprutor i planeringen. Genom att brukare får beskriva vad som är viktigt för att de ska vilja besöka en sprututbytesverksamhet och vilka

hinder som eventuellt finns, kan verksamheternas utformas så att de gör mest nytta och resurserna används effektivt. Det kan till exempel handla om att verksamheterna utformas så att personer inte avstår från besök, eftersom de tycker att de blir iakttagna av andra som befinner sig i närliggande verksamheter. Även kunskap om i vilken grad målgruppen har möjlighet att resa för att besöka verksamheterna kan vara en del av underlaget för planeringen. I kapitel 7 ges exempel från Australien där personer med egen erfarenhet av skadligt bruk och beroende anställs i verksamheterna bland annat för att tillvarata synpunkter från verksamhetens besökare.

I behovsbedömningen och planeringen bör också ingå bedömningar av tillgången till andra viktiga insatser som naloxon, utbildning i hur naloxon används, utbildning i hur risker med olika preparat kan bedömas och hur narkotika kan intas med så liten skadeverkan som möjligt. Även hur tillgången till hälsoundersökningar, hepatitbehandling och annan somatisk vård kan tillhandahållas för målgruppen, samt hur fler bland dem som byter sprutor kan slussas in i LARO-behandling bör ingå i planeringen.

Tillstånds- och bosättningskravet

När sprutbytesverksamhet reglerades i lag 2005 anfördes som skäl för tillståndskravet att det var viktigt att kontrollera att verksamheten innehöll rehabiliterande insatser och att läckage av sprutor och kanyler skulle motverkas.[42] Vi bedömer att förslaget att utveckla verksamhetens syfte, att verksamheten ska vara obligatorisk och att regionen ska planera för den utifrån behov gör att kravet på särskilt tillstånd minskar. Läckage bedöms inte vara ett så stort problem med så stor skaderisk att det motiverar en tillståndsprocess. Vi anser i stället att kravet på att verksamheten ska prövas på ett sätt som avviker från övrig hälso- och sjukvård sänder signalen att verksamheten inte är en väsentlig del av det ordinarie utbudet. Kravet innebär också att resurser behöver läggas på administration i stället för på verksamhet, både i regionerna och hos Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det tillsynsansvar som IVO har över all hälso- och sjukvård får anses tillräckligt för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i verksamheterna. Vi föreslår därför att tillståndskravet tas bort.

[42] Ds 2004:6, Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare.

Socialstyrelsen föreslog i utvärderingen av de lagändringar som gjordes 2017 att bestämmelsen att endast personer bosatta i regionen får delta i verksamheten skulle tas bort.[43] Tidigare har missbruksutredningen föreslagit att de som vistas i ett landsting ska kunna byta sprutor där. En annan bedömning gjordes i en departementspromemoria från 2015 med hänvisning till vikten av att vård- och behandlingskedjan inte ska brytas.[44] Regeringen genomförde förslaget i promemorian och framhöll vikten av en person som byter sprutor ska kunna slussas in i missbruks- och beroendevård.[45] Socialstyrelsen konstaterar dock i sin utvärdering att bosättningskravet inte verkar följas strikt av verksamheterna. Nära 20 procent av deltagarna var enligt verksamhetsberättelserna 2018 skrivna i en annan region än den som drev verksamheten. Skälet till att personer byter sprutor i en annan region är enligt verksamhetsberättelserna att de är på tillfälligt besök där och vill förhindra smitta. Pågående forskning inom Björn Johnssons forskargrupp i Lund visar också att det förekommer att brukare pendlar från regioner där utbyten saknas, i vissa fall upp till tjugo mil.

Vi ställer oss bakom Socialstyrelsens förslag att bosättningskravet ska tas bort. Ett skäl till det är att personer som söker vård på grund av skadligt bruk och beroende ska omfattas av samma rättigheter som övriga patienter. Enligt 9 kap. 1 § PL ska en patient få möjlighet att inom eller utom den egna regionen välja utförare av offentligt finansierad vård. Ett annat skäl är smittskyddsaspekten som Socialstyrelsen betonar i sin utvärdering. Med tanke på den höga sjukdomsbördan och dödligheten i gruppen bör målet att minska risken för HIV och hepatit ha hög prioritet. Som framgått ovan betonar vi vikten av en helhetssyn på hälsa och anser att ett uttalat syfte med sprututbyte ska vara att främja psykisk och fysisk hälsa. Vi bedömer att detta bäst tillgodoses med lättillgängliga verksamheter utan särskilda krav som utesluter vissa personer.

[43] Socialstyrelsen, Ändringar i lagen om sprutor och kanyler – förslag till systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamhet i Sverige, 2019.
[44] Ds 2015:56, Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet i Sverige.
[45] Prop. 2016:17/15, Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige.

10.2.3 Försök med lågtröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum

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.

Som beskrivs i kapitel 7 finns i vissa andra länder, exempelvis Danmark och Norge, brukarrum där personer som injicerar narkotika kan göra det i för ändamålet särskilda avsedda miljöer under övervakning av hälso- och sjukvårdspersonal. Tanken bakom den norska brukarrumslagen är att brukarrumsordningen ska bidra till ökad värdighet för människor med långvarigt narkotikaberoende genom att erbjuda hygieniska ramar för injicering av narkotika och motivera till mer skonsamma intagssätt. Vidare ska ordningen bidra till ökad hälsomässig trygghet, bland annat att förebygga infektioner och smitta och ge fortare hjälp vid överdoser, genom närvaro och tillsyn av hälsopersonal. Syftet är också att bidra till ökad möjlighet till kontakt och samtal mellan den enskilde brukaren och hjälpapparaten med sikte på tvärprofessionell uppföljning och behandling.

Det finns stark evidens för att det är en åtgärd som gör att personer i målgruppen skapar och upprätthåller relationer till hälso- och sjukvården.[46] En utvärdering av de rum som finns i Norge visar att narkotikaanvändarna känner sig tryggare och att de lär sig injicera på ett sätt som minskar skador.[47]

Evidensen för att det minskar dödligheten i hela gruppen är svagare, men det finns inga exempel på att dödsfall någon gång skulle ha inträffat i ett brukarrum. Det saknas tydligt stöd i forskning för att brukarrum skulle minska förekomsten av HIV och hepatit C i hela gruppen.[48]

En utmaning när det gäller att insatsen ska minska dödlighet i gruppen narkotikaanvändare är att det kräver en mycket hög täcknings-

[46] EMCDDA (2018) ”Perspective on Drugs consumption rooms: an overview of provision and evidence”.
[47] SIRUS (2007), ”Hva nå? Evlaurering av proveordningen med sproyterom”.
[48] EMCDDA (2018) A.a.

grad för att den effekten ska uppnås. Det får inte vara för långa avstånd till verksamheten och den måste vara öppen dygnet runt. Andra effekter som minskad risk för dödlighet per injektion och möjlighet att skapa kontakter och erbjuda vård och stöd kan däremot uppnås med en mindre täckningsgrad.

Erfarenheterna av miljön i och omkring brukarrum skiljer sig åt. En utvärdering från Alberta Kanada beskriver att grannar stördes av folksamlingar utanför rummen och att det skräpades ner, bland annat genom kvarlämnade kanyler.[49] I Köpenhamn har däremot det farliga avfallet minskat med 80–90 procent enligt miljöförvaltningen.[50] Även där finns emellertid problemen att många människor samlas utanför rummen och trycket på personalen beskrivs som tidvis tungt.[51] Läkarförbundets Etik- och ansvarsråd har pekat på att arbete i brukarrum kan vara etiskt utmanande för personalen.[52]

Folkhälsomyndigheten har föreslagit att behovet av och förutsättningarna för brukarrum ska utredas.[53] Om behoven finns och förutsättningarna bedöms goda föreslår myndigheten ett pilotprojekt som sedan utvärderas.

Skäl för bedömningen

Vi bedömer att det bör genomföras ett försök med hälsocentral med brukarrum där det är möjligt att inta droger på ett säkert sätt samtidigt som andra hälsofrämjande insatser tillhandahålls. Det huvudsakliga skälet till bedömningen är att det skapar möjlighet att erbjuda sjukvård och hälsofrämjande åtgärder till personer som det annars är svårt att etablera kontakt med. Det kan också bidra till att skapa kontakter och kontinuitet som ger förutsättningar för att annan vård och behandling.

Ett försök skulle också ge underlag för frågor där ökad kunskap behövs när det gäller brukarrum. En sådan är vilken effekt verksamheten skulle ha på dödlighet och smittspridning. Vi anser att det är särskild angeläget att studera vilka effekter det har att bedriva verk-

[49] ”A socio-economic review of supervisaed consumption sites in Alberta”. 2019.
[50] Muntliga uppgifter från Socialstyrelsen efter ett studiebesök i Köpenhamn.
[51] Huvudstadsbladet, 17/4 2021.
[52] Läkartidningen 2019/10.
[53] Folkhälsomyndigheten, Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika, 2019.

samheten integrerat med annan vård, och andra skadereducerande och hälsofrämjande insatser inom ramen för en samlad verksamhet.

Av stor vikt är att undersöka risken respektive nyttan eftersom verksamheten bedöms kräva stora resurser att bedriva. Försöket kan också ge underlag för en bedömning av hur brukarrum påverkar brottsbekämpning och upprätthållande av allmän ordning i rummens närhet, samt hur personalens arbetsmiljö utvecklas.

Verksamheten bör ha sprutbyte, lämna ut naloxon, erbjuda behandling av hepatit C och ge utbildning om hur preparatet används och hur skaderisken vid narkotikaanvändningen kan minska. Specialistsjuksköterskor i psykiatri, distriktsköterskor, kuratorer och barnmorskor kan vara möjliga kompetenser på hälsocentralen.

Vi bedömer att försöket skulle förutsätta en tidsbegränsad förändring av den straffrättsliga regleringen av innehav för eget bruk och eget bruk av narkotika. I § 4 i den norska brukarrumslagen regleras typ och mängd narkotika som får innehas. Straffriheten omfattar en brukardos narkotiska medel som injiceras. Narkotika som ska användas i brukarrummet ska uppvisas för personalen. En sådan förändring i narkotikastrafflagen ligger inte inom ramen för vårt direktiv att föreslå. Nedan bedömer vi att kriminaliseringen av eget bruk bör utvärderas. Ett uppdrag inom ramen för en sådan utredning kan också vara att föreslå hur straffrättsliga regleringar kan anpassas så att det är möjligt att genomföra ett försök med brukarrum.

Försöket skulle kunna vara treårigt och bedrivas av en myndighet på uppdrag av regeringen där intresserade regioner ansöker till myndigheten om att få bedriva försöket som följs upp och utvärderas.

10.2.4 Utvärdering av kriminalisering av eget bruk

Bedömning: Vi anser, liksom Folkhälsomyndigheten, att narkotikastrafflagen inklusive kriminaliseringen av eget bruk från 1988 behöver utvärderas. Vi anser att en sådan utredning bland annat bör belysa hur kriminaliseringen påverkar möjligheten för personer med samsjuklighet och andra personer med skadligt bruk och beroende att få en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg.

Allt narkotikabruk som sker utan läkares ordination är kriminaliserat i Sverige. Fängelse i straffskalan ger polisen möjlighet att använda tvångsmedel i form av kroppsvisitation och provtagning om det finns misstanke om att personen använt narkotika.

Folkhälsomyndigheten föreslog 2020 att narkotikalagstiftningen inklusive kriminaliseringen av eget bruk behöver utvärderas för att se hur lagen påverkar narkotikaanvändningen och de medicinska och sociala skadeverkningarna. De menade att utvärderingen bör ha fokus på folkhälsa, jämlik hälsa och jämlik hälso- och sjukvård. Vidare föreslog myndigheten att den även bör innehålla en hälsoekonomisk analys och därmed också beakta vilka kostnader som den nuvarande lagstiftningen, eller en förändrad lagstiftning, innebär för till exempel vårdgivare och polisen.

Myndigheten motiverade sitt ställningstagande bland annat med att inga utvärderingar av narkotikastrafflagen gjorts sedan 2000, varken när det gäller om målen uppfyllts eller vad avser eventuella negativa effekter som att avstå från att söka vård, inte kunna få körkort eller jobb med mera.

Riksdagen har tillkännagivit att den nuvarande narkotikapolitiken bör utvärderas och att det bör tas fram en nollvision för narkotikadödligheten. I tillkännagivandet uttrycks att en fortsatt restriktiv narkotikapolitik måste kombineras med en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för att minimera de skador narkotikan orsakar.

I Norge tog Stortinget under våren 2021 ställning till ett förslag om den straffrättsliga regleringen. Förslaget innebär att bruk av narkotika och mindre innehav skulle avkriminaliseras. Förslaget fick inte stöd av Stortinget.

Skäl för bedömningen

Våra förslag och bedömningar syftar till att skapa förutsättningar för en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg där personer med samsjuklighet får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av. Under vårt arbete har vi fått synpunkter som indikerar att den straffrättsliga regleringen kan påverka möjligheterna att uppnå det målet. Rädslan för att bestraffas och känslan av att vara en brottsling har

lyfts av personer med samsjuklighet som exempel på faktorer som minskar benägenhet att söka vård och ta emot adekvata insatser som ges. Företrädare för svensk beroendemedicinsk förening har pekat på att kriminaliseringen kan påverka förutsättningarna för en tillitsfull arbetsallians i behandlingsarbetet, och att det finns risker för att kriminaliseringen bidrar till stigmatisering och ett fördjupat utanförskap hos redan utsatta grupper.[54] Föreningen bygger sitt ställningstagande bland annat på en genomlysning som gjorts av ett antal internationella forskare och presenterades i Lancet 2016. Rapporten rekommenderar en avkriminalisering av eget bruk.[55]

Den norska utredningen som ligger bakom reformen som föreslagits Stortinget menar att straffbeläggandet av eget bruk bidrar till stigmatisering, i högre grad för personer med problematiskt bruk och social utsatthet, än för rekreationsbrukare.[56] Minskad stigmatisering är ett av motiven till att den norska utredningen föreslog att eget bruk och innehav av narkotika ska avkriminaliseras och ersättas med erbjudanden om vård. Bilden att den repressiva narkotikapolitiken kan upplevas som skadlig och destruktiv av människor som är beroende av narkotika bekräftas av intervjustudier med målgruppen.[57]

Det är inte vårt uppdrag att ta ställning i frågan om straffrättslig reglering men vi anser, mot bakgrund av vad som anförts ovan, att kunskapen behöver öka om vilken betydelse kriminaliseringen har för att personer med behov av samordnade psykiatriska insatser, inklusive sådana som ges för att behandla skadligt bruk och beroende, ska söka och ta emot insatser av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det behöver också analyseras vilka konsekvenser ett straffrättsligt perspektiv får för det hälsoperspektiv, som vi anser att bruk av narkotika bör betraktas utifrån, när det gäller personer med samsjuklighet. För vissa personer är det inte möjligt att nå total avhållsamhet från bruk. För andra kan målet vara att bruket ska upphöra, men det behöver ske stegvis och i öppen dialog om val och konsekvenser mellan behandlare och patient. Fokus är i vissa fall, när det gäller personer med samsjuklighet, att identifiera vilka problem patienten

[54] Heilig m.fl., Misstag av Hallengren att inte utreda avkriminalisering, Dagens Nyheter, 2020-02-23.
[55] Csete J. m.fl., Public Health and international drug policy, Volume 387, ISSUE 10026, P1427–1480, April 02, 2016.
[56] NOU 2019:26, Rusreform – fra straff till hjelp, Kap. 4.
[57] Richert T., Överdoser. Försörjningsstrategier och Rikshantering. Livsvillkor för personer som använder narkotika.

upplever att bruket löser och hitta alternativa lösningar. En utredning av kriminalisering bör beakta om det spelar någon roll för relationsbyggande och behandlingsresultat att bruket av samhället betraktas som ett handlande som kan bestraffas med böter eller fängelse.

I avsnitt 10.2.3 beskrivs vår bedömning att det bör genomförs ett försök med brukarrum. En utredning av narkotikastrafflagen bör omfatta hur lagen kan anpassas så ett sådant försök kan genomföras.

11 En samordnad verksamhet för dem med störst behov

11.1 En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet införs

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.

Vi föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Vilka insatser som ska erbjudas i verksamheten och en beskrivning av målgruppen som verksamheten riktar sig till finns i avsnitt 11.4 respektive 11.5. Verksamheten ska regleras i en ny särskild lag. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Verksamheten ska ha en gemensam ledning och styrning. Personalen ska arbeta mot gemensamt uppsatta mål för att säkerställa samordning av insatser för deltagarna i verksamheten. Den föreslagna lagstiftningen styr inte vilka metoder eller modeller för integrerad vård som ska användas i verksamheten. Med begreppet integrerad vård avses i detta sammanhang att ett vård- och omsorgssystem länkas samman i syfte att skapa kontinuitet för personen som får insatser. Det finns flera evidensbaserade metoder för sådan integrering av insatser till målgruppen, såsom ACT och FACT, men det är upp till

regioner och kommuner som ingår i regionens område att avgöra vilken kunskapsbaserad metod som är lämplig för verksamheten.

Verksamheten ska bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst. Detta innebär att de ska bedriva verksamhet enligt hälso- och sjukvårds- och socialtjänstlagstiftningen, vilket även gäller för den samordnade vård- och stödverksamheten. Insatser i verksamheten ska ske i öppen form, men kan i vissa fall vara riktade till personer som befinner sig i heldygnsomhändertagande inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Insatserna i verksamheten är frivilliga men ett motiverande arbete kan behöva ske för att förmå personer i målgruppen att ta emot hjälp.

Förslaget innebär endast en skyldighet för kommuner och regioner att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet och reglerar inte vilka rättigheter den enskilda har gentemot huvudmännen och verksamheten.

Vi har valt att använda begreppet deltagare om personer som får insatser i verksamheten. Det huvudsakliga skälet för det är att det saknas ett gemensamt begrepp i hälso- och sjukvårds- och socialtjänstslagstiftningen för personer som får insatser i hälso- och sjukvård respektive socialtjänst, och att vi anser att det är viktigt att understryka att det är fråga om en gemensam verksamhet. Vi anser också att begreppet tydliggör att individens deltagande utifrån sina egna mål, behov och resurser är en avgörande del i återhämtning och tillfrisknande.

Regionen och kommunerna i länet kan själva avgöra hur många enheter som verksamheten ska bestå av och var de ska placeras. Det är upp till huvudmännen att säkerställa att de invånare som har behov av insatserna också erbjuds det. Det finns en risk att förslaget kan leda till mer centralisering av framförallt sådana insatser som i dag ges i kommunen. För att det inte ska innebära en försämring för enskilda som tillhör verksamhetens målgrupp, är det viktigt att verksamheten, när det är möjligt och lämpligt, kan arbeta mobilt och flexibelt och finnas där deltagarna befinner sig.

Regioner och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Vi gör också bedömningen att förslagen i utredningen om en sammanhållen information i vård och omsorg (SOU 2021:04) bör genom-

föras och att dessa, om de genomförs, gör det möjligt att dela uppgifter och bedriva en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation i den här avsedda verksamheten. Vi lämnar också ett förslag som ska öka möjligheterna till avtalssamverkan mellan regioner och kommuner för att underlätta organiseringen av verksamheten.

Regioner och kommuner kan identifiera att andra grupper har behov av insatser enligt den modell för samordning som föreslås. Det undantag som rör avtalssamverkan och som behandlas i avsnitt 11.11, omfattar dock inte verksamheter som rör andra målgrupper än den som beskrivs i den föreslagna lagen.

Vad innebär ACT- och FACT-modellen?[1]

ACT (Assertive Community Treatment) är en samhällsbaserad behandlings- och rehabiliteringsmodell som introducerades i USA på 1970-talet. ACT-teamen är tvärprofessionella och erbjuder samordnat samtliga insatser personen är i behov av såsom boende, sysselsättning, psykiatrisk behandling, sociala insatser, kontinuerlig bedömning av funktion, krisinterventioner och krisförebyggande arbete. Teamen består vanligtvis av psykiatriker, sjuksköterskor, mentalskötare, case managers och olika specialister (beroendespecialist, arbetscoach och brukarspecialister) och karakteriseras bland annat av få brukare per teammedlem (1/10). ACT vänder sig till de människor med svår psykisk sjukdom som har mest omfattande funktionsnedsättning. Cirka 20 procent av de som har en svår psykisk sjukdom, anses ha behov av ACT (Bond et al. 2001). I ACT behandlas alla klienter gemensamt av teamet, och teamet samordnar sina dagliga aktiviteter utifrån en ACT-tavla där samtliga klienters namn är uppskrivna. Man arbetar uppsökande i personens hemmiljö, har hög tillgänglighet dygnet runt och erbjuder intensiva vård- och stödinsatser under lång tid.

FACT (Flexible Assertive Community Treatment) introducerades i Nederländerna i början av 2000-talet och innebär att ett multiprofessionellt team erbjuder personer med svår psykisk sjukdom integrerade och allsidiga insatser i långsiktiga, uppsökande och flexibla former. Ett Flexibelt ACT-team (FACT-team) kan ansvara för dubbelt så många deltagare som ett ACT-team och kan erbjuda traditionell öppenvårdsbehandling samtidigt som det vid

behov kan intensifiera insatserna till att omfatta samma vård som erbjuds av ett ACT-team. Skillnaden mot ett ACT-team är att insatserna i ett FACT-team kan ges med olika intensitet, utifrån den enskildes behov. Det innebär att den enskilde kan få fortsatt behandling och stöd av teamet, även under stabilare perioder. FACT riktar sig till hela populationen med svår psykisk sjukdom och inte enbart till dem med omfattande funktionsnedsättning. På grund av att deltagarnas behov av stöd skiftar, kan ett FACT-team ha betydligt fler brukare än ett ACT-team. Ett FACT-team kan ha hand om cirka 200–300 brukare samtidigt.

[1] *Källor*: FACT – Flexibel Assertive Community Treatment, Vision, tillämpning och organisation, J.R van Veldhuizen och M. Bähle. Programtrohetsmätning av ACT och Flexibel ACT, Bengt Svensson, CEPI, Lunds universitet. PsykosR, projektet bättre psykosvård 2012, Intensiv Case Management enligt Assertive Community Treatment (ACT-modellen), Louise Kimby. Arbetsbok, FACT – programtrohetsskala 2017, Lunds universitet, CEPI, Region Skåne och CCAF. Socialstyrelsen 2013, Att bedöma programtroheten till ACT (TMACT).

Skäl för förslaget

De personer med samsjuklighet som vi har pratat med lyfter bland annat behovet av vård och stöd som hänger ihop som en helhet, en person som de kan lita på och som följer med i hela processen, stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när de behöver den, tidig hjälp med psykisk ohälsa och skadligt bruk, att bli stärkta i deras egen förmåga att hantera sin situation och ha inflytande över sin vård och omsorg, en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang samt att vården lyssnar på, involverar och ger stöd till deras nätverk. Vår bedömning är att en samordnad vård- och stödverksamhet bidrar till att samhällets insatser lever upp till dessa målbilder. I utredningens direktiv anges att syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för att personer med samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de har behov av. Bakgrunden till uppdraget är att ett antal uppföljningar visat att insatserna till personer med samsjuklighet är fragmentiserade och att individen på grund av bristande samordning riskerar att inte få de insatser som denne är i behov av. Detta har bekräftats av de workshops och många samtal som vi fört med personer med samsjuklighet, anhöriga, professions- och patientorganisationer, samt medarbetare och chefer i

socialtjänst, psykiatri och beroendevård. Vår bedömning är att en viktig åtgärd för att åstadkomma förbättringar är att tydliggöra huvudmännens ansvar och samla ansvaret för behandling av skadligt bruk och beroende hos regionernas hälso- och sjukvård och därför lämnar vi sådana förslag i kapitel 9. Detta är emellertid inte tillräckligt när det gäller personer som har behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser och där samordningsbehoven är särskilt stora samtidigt som den enskilde saknar förutsättningar att själv samordna insatserna. Argumenten för att samla insatserna för den målgruppen i en särskild verksamhet kan sorteras in under fyra rubriker:

– argument kopplade till målgruppens behov och situation,
– argument kopplade till brister i nuvarande organisering,
– argument kopplade till det starka kunskapsstödet för integrerade insatser, och
– argument kopplade till samhällsekonomiska vinster.

Målgruppens behov och situation

I kapitel 4 beskriver vi hur gruppen personer med samsjuklighet kan definieras. Av den framställningen framgår att det är en heterogen målgrupp där den psykiska sjukdomen och det skadliga bruket eller beroendet kan påverka hälsan och funktionsförmågan på olika sätt och i olika grad. Vissa personer i målgruppen behöver bara insatser av hälso- och sjukvården medan andra också behöver visst stöd från socialtjänsten och insatserna kan då samordnas till exempel med utgångspunkt i en individuell plan. Därutöver finns det en grupp som har behov på flera livsområden och där en nedsatt funktionsförmåga och livssituationen gör att insatserna behöver ges samtidigt i en gemensam organisation som tillämpar mobila och flexibla arbetssätt. Enligt Socialstyrelsen har andelen personer med omfattande skadligt bruk och psykisk ohälsa ökat inom socialtjänsten och klienterna tycks ha allt mer komplexa vårdbehov.[1] Den bilden har bekräftats i de dialoger vi fört med företrädare försocialtjänsten. Det finns flera omständigheter som stödjer att insatserna till den gruppen behöver ges i en sammanhållen verksamhet som tillämpar personcentrerade

[1] Socialstyrelsen 2017, Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport.

och flexibla arbetssätt. En sådan omständighet är att vård- och stödbehoven hos gruppen existerar på många olika livsområden som förutsätter olika kompetenser och roller. Till exempel har Statens Institutionsstyrelse (SiS) genom intervjuer med personer som skrivits in på LVM-hem sett att målgruppen ofta har andra problem än bara beroendet.[2] Det kan handla om hemlöshet, arbetslöshet, långtidssjukskrivningar, kriminalitet, och skuldsättning. För personerna, som kommer vara målgrupp för den samordnade vård- och stödverksamheten, är ofta behandling av psykisk sjukdom och skadligt bruk eller beroende en förutsättning för att personen ska kunna ta emot sociala insatser som boende och sysselsättning. Omvänt är sociala insatser också en förutsättning för att kunna ta emot adekvat behandling. Insatserna behöver därför planeras, genomföras och följas upp integrerat. Personer med samsjuklighet som vi har intervjuat har beskrivit hur återkomst till en miljö präglad av ensamhet och brist på fungerande boende och sysselsättning lett till återfall efter en behandling för skadligt bruk och beroende.

Den sociala livssituationen, det skadliga bruket eller beroendet och andra psykiatriska tillstånd, kan sammantaget också påverka individens möjlighet att ta emot insatser i ordinarie strukturer. Personer i målgruppen kan till exempel ha svårt att passa tider eller hantera väntetid till insatser. De kan vara ambivalenta till behovet av insatser och ha en bristande tilltro till vård- och stödsystemets förmåga att ge adekvat stöd och hjälp. De kan även ha utvecklat en inlärd hjälplöshet, efter en lång tid av misslyckade insatser som sänker tilltron till att en förändring är möjlig.[3] Möjligheterna till stöd och hjälp påverkas också av att stigmatiseringen av målgruppen är stor. Internationell forskning har visat på stigma som en delorsak till att unga som dött av en överdos inte sökt vård.[4] En känsla av skuld och skam och att inte uppleva sig vara värd vård och omsorg har också framkommit i de intervjuer som vi har gjort med personer med egen erfarenhet av samsjuklighet. Detta ställer krav på kontinuitet, relationsbyggande och uthållighet. I kapitel 13 skriver vi mer om stigmatisering och lämnar förslag vars syfte är att bidra tillminskad stigmatisering.

[2] SiS 2019 personer intagna på SiS LVM-hem.
[3] Gerdner, A. & Holmberg, A. (2000): Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 61 (4): 548-560.
[4] Hadland, S., Woo Park, T., Bagley, S. Stigma associated with medication treatment for young adults with opioid use disorder: a case series, 2018.

Även den somatiska hälsan hos den aktuella målgruppen är ofta nedsatt på flera olika sätt och på olika områden samtidigt. Som beskrivits i kapitel 4 visar flera studier och rapporter att patienter med psykisk sjukdom har överdödlighet och översjuklighet i vissa somatiska sjukdomar. Där konstaterar vi också att en orsak till detta är att patienter med allvarlig psykisk sjukdom, i lägre grad än patienter utan psykiatrisk diagnos, får ett adekvat somatiskt omhändertagande. Även personer med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende har en översjuklighet i somatisk ohälsa. I kapitel 10 skriver vi om vilken betydelse fast vårdkontakt och fast läkare kan ha för att förbättra den somatiska hälsan för personer med samsjuklighet generellt. Detta är emellertid inte tillräckligt för personer med de största samordningsbehoven, där stöd kan behövas för att till exempel vilja och våga ta emot insatser, boka tider och genomföra undersökningar och behandlingar. I sådana situationer behövs en sammanhållen verksamhet där sådant stöd kan ges parallellt med övrig psykiatrisk behandling och sociala stödinsatser. Som framgår nedan är det emellertid inte i första hand vård- och stödverksamhetens uppdrag att själva tillhandahålla somatisk hälso- och sjukvård utan att stödja den enskilde att ta emot sådana insatser från verksamheter som har den kompetensen och det uppdraget.

Hur målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten specifikt ska avgränsas och definieras beskrivs i avsnitt 11.5.

Brister i nuvarande organisering

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys genomförde 2016 en analys av samordningsutmaningarna i det svenska vård- och omsorgssystemet, vilket myndigheten betecknar som fragmentiserat. I rapporten konstateras att, även om problemet är gemensamt med många jämförbara länder, framstår bristande samordning för svensk del som extra tydlig ur patient- och brukarperspektiv.[5] Myndigheten anger också fyra förutsättningar som den anser att vård- och omsorgssystemet behöver uppfylla om visionen om en mer samordnad vård- och omsorg ska kunna uppfyllas:

[5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016, Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016:1.

1. en patient- och brukarcentrerad organisationskultur som arbetar för en gemensam vision om en sammanhållen vård och omsorg,
2. systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer som ges förutsättningar för samordning,
3. samverkan mellan organisationer som skapar förutsättningar för samordning över organisationsgränser, och
4. administrativa system som underlättar samordning.

Även studier inom området skadligt bruk och beroende tyder på stora samordningsproblem. I Socialstyrelsens genomgång av samsjuklighetsområdet från 2019 beskrivs kartläggningar i sex län från 2010–2014 som gjordes i syfte att lokalt ta fram kunskap om hur vård och stöd till frekventa besökare inom området fungerar.[6] Studien genomfördes genom en granskning av akt- och registerdata från hälso- och sjukvård och socialtjänst under en tolvmånadersperiod. Kartläggningarna visade att insatser som erbjöds i stor utsträckning inte svarade mot individens behov och problematik. En gemensam nämnare för de svaga punkter som ringades in genom kartläggningarna var att de rör avbrott som sker under insatser/aktiviteter, eller glapp som uppstår mellan eller efter olika insatser:

1. glappet som uppkommer när individen erbjuds hjälp för ett problem i taget, vid väntan på nästa steg i rehabiliteringen eller när en insats avslutas och ingen annan tar vid,
2. glappet som uppstår när idén om individens integritet och självbestämmande hamnar i motsatsförhållande till en persons oförmåga att själv ta beslut som rör den egna hälsan,
3. det tomrum som uppstår när individen lämnas ensam på akutmottagningen i ett ångestfyllt tillstånd, efter akuta vårdinsatser när individen skrivs ut utan stöd i vardagen, och
4. tomrummet som uppstår när hjälpen villkoras på ett sätt som individen inte klarar av att uppfylla.

Socialstyrelsen konstaterar att kartläggningen visar att personerna i studien inte fick vård och stöd som utgick från ett personcentrerat

[6] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.

arbetssätt, och att deras behov inte hanterades gemensamt genom en personcentrerad samverkan. En annan slutsats som myndigheten drar är att det inte togs hänsyn till att personerna i kartläggningen ofta hade sammansatta behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Liknande erfarenheter, som de från 2010–2014, framkom i de dialoger Socialstyrelsen genomförde inom ramen för sin kartläggning av samsjuklighet 2019.[7] Myndigheten menar att utvecklingen mot mer specialiserade enheter med mer eller mindre fristående budgetansvar riskerar att innebära att varje verksamhet ser till sina egna intressen och inte tar ansvar för helheten. Enligt myndigheten riskerar det att missgynna personer med sammansatta vårdbehov som har behov av insatser från flera huvudmän.

Slutsatserna i kartläggningarna från 2014 och dialogerna 2019 bekräftas av det arbete som Samsjuklighetsutredningen, Experio Lab och Hälsolabb[8] genomfört tillsammans med kommuner och regioner i Värmlands, Örebro och Västerbottens län och som vi beskrivit i kapitel 2 och kapitel 8. Där konstaterar vi att även verksamheterna själva uppfattar att styrningen inom området är fragmentarisk och att man sällan når upp till de målbilder som vi tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga. Analysen identifierade ett antal hinder i styrning och arbetssätt som bidrar till den bristande måluppfyllelsen, varav flera är sådana som särskilt speglar behovet av en integrerad verksamhet:

– organisationens regler och avgränsningar spelar större roll än individens behov,
– kortsiktig ekonomisk styrning med fokus på separata organisationer och insatser,
– systemets fragmentisering manifesteras särskilt kring personer med samsjuklighet.

I rapporten från 2016 om samordningsutmaningarna i vård- och omsorgssystemet presenterar Myndigheten för vård- och omsorgs-

[7] Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.
[8] Experio Lab är ett samarbete mellan ett antal regioner för att bedriva användarcentrerad utveckling. Hälsolabb är ett samarbete mellan Experio Lab SKR och Centrum för tjänsteforskning vid Karlstad universitet som syftar till att skapa en arena för lärande och experimenterande som syftar till att stödja omställningen till Nära vård.

analys ett ramverk för hur behovet av samordning kan analyseras. Myndigheten menar att samordning kan beskrivas dels utifrån hur många av individens insatser som behöver samordnas i relation till de organisatoriska förutsättningar som underlättar eller försvårar samordningen och dels utifrån individens förutsättningar att vara delaktig och samskapande i sin vård- och omsorg. Med utgångspunkt från ramverket identifieras fem patient- och brukargrupper. En av dessa är personer med många insatser som behöver samordnas samtidigt som de har små förutsättningar att vara delaktiga i sin vård och omsorg.

Vi bedömer att vissa personer med samsjuklighet som har stora behov av samordning tillhör den gruppen. Det konstaterandet, och beskrivningen i det här avsnittet av strukturproblemen i hälso- och sjukvård och socialtjänst, leder oss fram till slutsatsen att det ordinarie vård- och omsorgssystemet inte kan tillgodose den gruppens behov av samordning. För att det ska vara möjligt krävs en organisering med kompetenser som sammanhållet kan samordna ett stort antal insatser på flera områden, samtidigt som arbetssättet stödjer den enskilde att utöva inflytande över insatserna. Vi menar att en samordnad vård- och stödverksamhet som vi föreslår uppfyller det syftet.

Integrerad vård- och omsorg rekommenderas i nationella riktlinjer och har starkt stöd i forskning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk och beroende rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder case-management i form av integrerade eller samverkande team enligt ACT-modellen till personer med missbruk och beroende och samtidig svår psykisk sjukdom.[9] Riktlinjerna rekommenderar även att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda individuell case manager i form av strengths model till personer med missbruk och beroende med behov av samordning. Detta är en modell som fokuserar på individens förmågor och där case-managern arbetar uppsökande, men modellen har en lägre grad av intensitet och samordning än ACT-modellen. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden enligt vetenskapliga studier bidrar till ökning av antalet dagar med betalt arbete och kan bidra till avhållsamhet från alkohol och narkotika.

[9] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.

Även i de nationella riktlinjerna för vård och behandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd rekommenderas att case management genom ACT-modellen erbjuds dem med omfattande funktionshinder och nedsatt förmåga att delta i vård och medverka i samhällslivet.[10] Avgörande för rekommendationen är att åtgärden enligt vetenskapliga studier bidrar minskar antalet dagar på sjukhus och ökar boendestabiliteten jämfört med vanlig vård.

För personer med psykossjukdom och olika typer av samsjuklighet är insatsen väl utvärderad med goda resultat. I den senaste översikten från Cochrane collaboration[11] sammanfattas resultaten från 38 randomiserade och kontrollerade studier genomförda i USA, Europa, Kanada och Australien. Sammantaget representerar underlaget 7 328 personer. I studierna har jämförelser gjorts mellan ACT och mindre intensiv case management (skillnaden har varit att varje CM haft mer än 20 patienter per teammedlem) dessutom har man studerat skillnader mellan ACT och standardvård. Resultaten visar signifikanta fördelar för patienterna som fått ACT, jämfört med standardvård, utifrån indikatorer som att stanna kvar i behandlingen, att ha en bättre allmän funktion, att få arbete, att inte vara hemlös och att ha kortare sjukhusvistelser. Det sistnämnda gällde särskilt personer som tidigare haft en hög konsumtion av psykiatrisk slutenvård. Det fanns även indikationer på att ACT minskade risken för självmord och för tidig död.[12]

Det är viktigt att påpeka att det vetenskapliga stödet gäller vissa former av integrerade verksamheter som riktar sig till olika målgrupper. Stödet är olika starkt för olika former av integration och för olika målgrupper. Valet av metod och säkerställandet av ett metodtroget arbetssätt ligger på verksamheterna och garanteras inte av den reglering vi föreslår. Vi anser dock att den struktur som de föreslagna bestämmelserna innebär ger förutsättningar för att fler personer med omfattande behov av hälso- och sjukvårds-, och socialtjänstinsatser, och vars förutsättningar att själva samordna insatserna är begränsade, ska få del av insatser som ges enligt modeller med stark evidens.

[10] Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. 2018-9-6.
[11] Dieterich, M., Irving, C B., Park, B., Marshall, M. Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews. 2010(10)(CD007906).
[12] SKR 2015, Uppdrag psykisk hälsa/CEPI Projekt om stöd till utveckling av integrerade verksamheter i psykiatrisk öppenvård.

Insatsen är samhällsekonomiskt motiverad

Socialstyrelsen bedömer i konsekvensanalysen till de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende att samordning i form av case mangement sannolikt kommer att innebära högre kostnader på kort sikt men att kostnaderna minskar på längre sikt till följd av ett minskat behov av sluten vård och tvångsvård.

Vi har gjort samhällsekonomiska beräkningar som presenteras i kapitel 15. Beräkningarna visar att insatsen är samhällsekonomiskt motiverad. I tre olika räkneexempel beskriver vi hur den kan minska samhällets kostnader till exempel tack vare att stödet gör att en person har mindre behov av psykiatrisk vård och insatser från kommunen, samt kan upprätthålla en lönebidragsanställning. Även om staten har kvar kostnaden för delar av personens försörjning minskar kostnaderna för sjukersättning, vård och stöd. I ett annat exempel visar vi på mer omfattande ekonomiska vinster genom att en person som får insatser från verksamheten kan skrivas ut från rättspsykiatrisk vård.

Samhällsekonomiska beräkningar omfattar emellertid inte bara rena ekonomiska utfall utan också hur olika val och prioriteringar i samhället påverkar människors livskvalitet. Ett mått som används för att ta hänsyn till detta är kostnad per QALY (*Quality Adjusted Life Years*). Måttet innebär att kostnaden för en åtgärd relateras till antalet vunna kvalitetsjusterade levnadsår för åtgärden. Måttet används bland annat av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), som underlag för beslut om olika läkemedel ska inkluderas i förmånssystemet eller inte. Myndigheten har valt ett gränsvärde som motsvarar en kostnad på 500 000–1 000 000 kronor per kvalitetsjusterat levnadsår. Allt under det gränsvärdet betraktas som en rimlig kostnad och grund för att inkludera ett läkemedel i förmånssystemet. När det gäller den samordnade vård- och stödverksamheten tyder mycket på att den inte genererar några kostnader alls eller till och med ger nettovinster. Det innebär att kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår blir låg eller till och med negativ, och att insatsen är starkt samhällsekonomisk motiverad.

11.2 Verksamheten ska regleras i en särskild lag

Förslag: Samordnad vård- och stödverksamhet ska regleras i en särskild lag.

Vi har övervägt olika vägar för att åstadkomma sådana verksamheter som enligt resonemangen i ovanstående avsnitt krävs för att tillgodose behoven hos personer med särskilt stora samordningsbehov. Vi har prövat i vilken mån nuvarande reglering kring samverkan kan stödja en sådan utveckling och kartlagt i vilken utsträckning sådana verksamheter bedrivs i dag. Slutsatsen, som argumenteras för nedan, blir att det behövs en lagreglering. Vi har också övervägt att reglera kravet på en samordnad vård- och stödverksamhet i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen i stället för i en särskild lag. Detta skulle kunna vara möjligt när det gäller själva skyldigheten. Bestämmelser om skyldigheter för huvudmännen att samverka finns redan i dag i båda lagarna. För att den verksamhet som vi föreslår ska uppnå syftet behöver det emellertid också finnas regler om verksamheternas organisation, innehåll och finansiering, samt om den enskildes ställning,

Som framgår av kapitel 6 föreslog utredningen En effektiv hälso- och sjukvård (2016:2) en liknande verksamhet för äldre med sammansatta behov. Verksamheten skulle regleras genom likalydande bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. I den efterföljande beredningen av förslaget efterlyste vissa remissinstanser ökad tydlighet kring målgrupp och kostnadsfördelning.[13] Vi anser att förutsättningarna för en sådan tydlighet ökar genom en särreglering, i stället för att införa ett antal bestämmelser om en viss verksamhet i de lagar som reglerar hela verksamhetsområden.

[13] Statskontoret, 2016-05-20, dnr 2016/51-4, Vårdanalys, Remissyttrande, publikation på webbplatsen 2021-10-27.

Skäl för förslaget

Nuvarande reglering kring samordning ger inte tillräckliga resultat

Som beskrivs i kapitel 9 finns i både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen krav på att regioner och kommuner ska ingå överenskommelser om samverkan, dels kring personer med psykisk funktionsnedsättning, dels kring personer med ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Där konstateras också att krav på överenskommelser inte hittills åstadkommit tillräckliga förbättringar när det gäller samverkan inom skadligt bruk- och beroendeområdet. Överenskommelserna finns inte överallt trots lagkravet, och reglerar i liten grad finansieringen och ansvaret för faktiska insatser. Av det drar vi slutsatsen att kravet på överenskommelser inte är en reglering som är tillräcklig för att möta behoven hos personer med de största samordningsbehoven.

Det finns också en rad bestämmelser i svensk lagstiftning som åligger olika välfärdsverksamheter att planera sina insatser för den enskilde.[14] Av särskilt stor vikt är bestämmelserna om individuell plan i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen som beskrivs i kapitel 9.

Bestämmelserna om individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen har utvärderats på initiativ av socialutskottet 2017. Utvärderingen identifierade ett antal utmaningar kring arbetet med individuella planer som till exempel bristande tid och kunskap, bristande samsyn mellan aktörer och otydlig ansvarsfördelning när det gäller vem som gör vad i upprättandet av planer och genomförande av insatser.[15]

Som framgår av kapitel 8 har vi i våra dialoger med personer med samsjuklighet och anhöriga inhämtat erfarenheter av individuell planering. Där har det bland annat framförts att man kan känna sig ensam i mötet med ett stort antal myndighetsföreträdare och att möjligheten att sätta upp egna mål är begränsad. Ibland upplevs det vara organisationernas behov av ekonomisk ansvarsfördelning, snarare än den enskildes situation, som hamnar i fokus. Detta har även framförts

[14] För en heltäckande genomgång av reglerade planer i hälso- och sjukvård och socialtjänst se SOU 2019:29 s. 144 f.
[15] Socialutskottet, Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr 2017/18: RFRS 2017.

av patient och brukarorganisationer inom området.[16] Vi har dock även mött personer med samsjuklighet och anhöriga som har beskrivit hur den individuella planen har bidragit till att de fått en mer samordnad vård och omsorg. Sammantaget tycker flertalet personer utredningen pratat med att det är positivt med ett krav på att en individuell plan ska upprättas, men att det inte fungerar i praktiken.

Representanter i vår expertgrupp och personer som arbetar i vård och omsorg har även lyft att hälso- och sjukvårdens och socialtjänsten olika språkbruk och mandat i många fall försvårar en bra samverkan kring enskilda personer.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har påpekat att nuvarande bestämmelser om individuell plan är otydliga på några punkter och att den enskildes ställning i arbetet med individuell plan behöver stärkas. Utredningen har därför föreslagit förändringar som innebär att patienter som får insatser från flera olika verksamheter eller enheter inom hälso- och sjukvård, eller hälso- och sjukvård och socialtjänst, ska kunna få en individuell plan.[17] Utredningen föreslår också att målet med insatserna för den enskilde ska framgå av planen samt vilka rehabiliterande och förebyggande insatser som den enskilde behöver. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att följa upp lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.[18] I den lagen är en individuell plan en utgångspunkt för samverkan och myndigheten har därför särskilt analyserat användningen av sådana planer. Där konstateras bland annat att personal och patienter i grunden är positiva till arbetet med planer om det genomförs som det är tänkt. Men det finns en upplevd otydlighet bland personal kring när, var och hur olika former av planering ska genomföras, samt kring vilka patienter som ska erbjudas en plan. Myndigheten konstaterar också att effekterna av planer inte utvärderats fullt ut och att många patienter inte känner till vad en sådan plan innebär. Enligt uppgifter från kommunföreträdare är det svårt att få regionen att delta vid ett möte om individuell plan om personen i fråga inte redan är aktuell i verksamheten som kallas till mötet.

[16] RSMH 2020, Samhällsreform- Ingen ska falla mellan stolarna.
[17] SOU 2020:19, God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.
[18] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018, Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Rapport 2018:11.

Inom ramen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys utvärdering belystes också frågor som specifikt berör utskrivning från psykiatrisk slutenvård. Lagen om samverkan trädde i kraft 1 januari 2018, men inom psykiatrin började bestämmelsen, om att kommunens betalningsansvar inträffar inom fem dagar efter utskrivning, gälla först 1 januari 2020 i enlighet med särskilda övergångsbestämmelser. Den nya bestämmelsen innebär bland annat att, till skillnad mot vad som gällde tidigare, även patienter som är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård omfattas. I myndighetens utvärdering konstateras att utvecklingsarbetet inom psykiatrin och beroendevården inte kommit lika långt som inom andra grenar av vården och omsorgen. Orsaken till detta kan hänföras till den begränsade tid som kommunens förkortade betalningsansvar gällt för psykiatrin, men kan också bero på att den fasta vårdkontaktens roll upplevs som oklar samt att det ofta saknas boenden som tillgodoser de behov som finns hos personer som planeras att skrivas ut från sjukhus. Myndigheten identifierar situationen inom rättspsykiatrin som särskilt problematiskt och anser att en fördjupad analys bör göras av samordningen inom detta område.

Mot bakgrund av vad som anförs ovan menar vi att bestämmelserna om individuell plan bör utvecklas i den riktning som utredningen om en god och nära vård har föreslagit. Vi tror också att bestämmelserna i många fall har förutsättningar att bidra till en mer samordnad vård och omsorg utifrån den enskildes behov om de används rätt.

Däremot blir vår slutsats av de utredningar och uppföljningar som har gjorts att bristerna när det gäller mandat, roller, arbetssätt och den enskildes ställning är så stora att det krävs andra regleringar och strukturer för att möta samordningsbehoven hos individer där de är som störst och där de själva har begränsade möjligheter att svara för samordningen. Vi menar att vårt förslag om en samordnad vård- och stödverksamhet fyller det behovet. Som framgår nedan anser vi att en individuell plan ska upprättas för personer som får insatser i verksamheten. Vi anser att planen kan bidra till ett arbete utifrån den enskildes mål när den upprättas inom ramen för en verksamhet där många av insatserna ges i samma organisation.

Det finns även vissa andra bestämmelser som är avsedda att öka samordningen kring den enskilde. En fast vårdkontakt ska enligt 6 kap. 2 § patientlagen (2024:82), förkortad PL, utses om patienten begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose dennes behov

av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Det är emellertid få patienter som fått en sådan kontakt sedan lagen trädde i kraft 2015.[19] Utredningen om samordnad utveckling för god och nära vård gör bedömningen att den fasta vårdkontakten ska ansvara för att den individuella planen är aktuell. Vi har i kapitel 10 pekat på vikten av att även somatiska hälso- och sjukvårdsinsatser finns med i planen som den fasta vårdkontakten ansvarar för. Bestämmelser om fast vårdkontakt finns också lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård där en sådan ska utses i den öppna vården när den tagit emot meddelande om att patienten skrivits in på sjukhus. Som framgår ovan har Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterat att rollen upplevs som oklar i den psykiatriska vården.[20]

Vår bedömning är att en fast vårdkontakt i sig inte är tillräckligt för att tillgodose samordningsbehoven hos de individer där behoven av samordning är som störst. Vi anser dock, som framgår av kapitel 9, att funktionen är viktig och kan vara till stor nytta för personer med mindre samordningsbehov. Vi anser också att funktionen vård- och stödsamordnare, som vi beskriver nedan, ska betraktas som fast vårdkontakt, enligt hälso- och sjukvårdslagen och enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, för personer som får insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten. Detta utvecklas nedan i avsnitt 11.4.3.

För att åstadkomma en bättre och mer personcentrerad samordning har staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) kommit överens om att systemet med patientkontrakt ska utvecklas.[21] Med patientkontrakt avses att patienten har en sammanhållen planering över sina samtliga vårdinsatser och en fast vårdkontakt. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att patientens möjlighet till patientkontrakt ska regleras i patientlagen.[22] Vi gör bedömningen att patientkontrakt inte heller är tillräckligt för den målgrupp som vi föreslår ska få insatser i en samordnad vård- och omsorgsverksamhet. Med tanke på målgruppens behov och de stora brister som finns i systemet när det gäller samordning behöver insatserna

[19] SOU 2020:19, God och nära vård i samverkan.
[20] Vårdanalys 2018, Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Rapport 2018:11. 49
[21] God och nära vård 2021, En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
[22] SOU 2020:19, Samordnad utveckling för god och nära vård. God och nära vård. – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

ges i en samlad verksamhet. Detta hindrar inte ett patientkontrakt kan upprättas när det bedöms göra nytta och deltagaren önskar det.

Nuvarande regelverk stödjer inte integrerade verksamheter

SKR visade i en inventering 2015 att det fanns ett 20-tal verksamheter i 11 län som hade någon sorts integrerad verksamhet för personer med psykisk sjukdom och sju team i tre län som bedrev ACT-verksamhet.

Även vi har genom en enkät kartlagt förekomsten av integrerade verksamheter i region och kommuner. Samtliga regioner och 157 kommuner och stadsdelar har besvarat av enkäten. Med integrerade verksamheter avsågs i detta sammanhang verksamheter där personal arbetar tillsammans på samma enhet, men är anställda hos olika huvudmän. När det gällde regionernas insatser visade kartläggningen bland annat att åtta regioner bedriver någon form av ACT-team, CM-team, FACT-team, RACT-team eller liknande. Tre av dessa har flera team i regionen. Av de regioner som bedriver ACT-team eller liknande bedriver fem regioner även andra integrerade öppenvårdsmottagningar för personer med skadligt bruk och beroende. Ytterligare fem regioner bedriver sådana integrerade öppenvårdsmottagningar men utan att också ha ett ACT-team eller liknande. Detta innebär att totalt 13 regioner bedrev någon form av integrerad verksamhet för vuxna personer med ett skadligt bruk och beroende och/eller annan psykisk sjukdom. Totalt vårdades 419 patienter i ACT-team eller motsvarande varav merparten av patienterna vårdades inom Västra Götalands och Region Skånes verksamheter.

Detta visar att trots att integrerade insatser har ett starkt vetenskapligt stöd för vissa målgrupper och rekommenderas i nationella riktlinjer, erbjuds sådana arbetssätt och verksamheter i relativt låg utsträckning och har inte blivit en etablerad insats i det svenska vård- och stödsystemet. Ojämlikheten i utbudet talar för att lagstiftning krävs för att alla som har behov av insatsen ska få den på lika villkor. Jämförelsen mellan 2016 och 2021 visar också att antalet verksamheter ökat i mycket liten utsträckning under perioden. Det sker alltså ingen naturlig utveckling inom ramen för nuvarande regelverk.

Vi har också gjort iakttagelsen att flera av de integrerade verksamheter som finns i dag i många fall är beroende av engagemanget hos

medarbetare och chefer. Det är inte ovanligt att verksamheten startat och bedrivs som projekt. Även detta är ett argument för att reglera en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en integrerad verksamhet.

Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (CEPI) har på uppdrag av SKR utvärderat ett projekt om stöd till utveckling av integrerade verksamheter inom psykiatrisk öppenvård. Inom ramen för utvärderingen identifierades ett antal hinder för att bedriva integrerade verksamheter. Dessa bestod bland annat i svårigheter att hantera sekretessen i samarbetet mellan olika huvudmän, avsaknad av upparbetade strukturer för samverkan och okunskap kring fördelarna med integrerade arbetssätt.[23]

Vi gör bedömningen att ett lagkrav att bedriva sådana verksamheter, där det också framgår vilka juridiska former som är möjliga, kommer att underlätta framväxten av sådana verksamheter. Lagkraven behöver vara tydliga och peka ut vilken typ av verksamhet som avses, vilken målgrupp den är till för, och vad som är syftet med den. Vi anser att detta görs bäst i en särskild lag.

Vi gör också bedömningen att förslagen som lagts i utredningen om en sammanhållen information i vård och omsorg (2021:04) kommer, om de genomförs, att förenkla informationsutbytet i sådana integrerade verksamheter som vi föreslår att regioner och kommuner ska vara skyldiga att bedriva. Detta utvecklas i avsnitt 11.9.

11.3 Syftet med verksamheten

Förslag: Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagarens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

De kontakter som utredningen haft med personer med egen erfarenhet av samsjuklighet visar på att brist på kontinuitet och samordning leder till att personerna inte får den hjälp de har behov av. Insatser ges utifrån mål och uppdrag som gäller varje enskild verksamhet och utgår inte från personens hela livssituation. Därför anser vi att det

[23] SKR 2015, Uppdrag psykisk hälsa/CEPI Projekt om stöd till utveckling av integrerade verksamheter i psykiatrisk öppenvård.

ska anges i lagen att syftet med den samordnade vård- och stödverksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagarens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang, främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

Syftesbeskrivningen ger uttryck för ett personcentrerat synsätt genom att inte bara behov utan också individens resurser, individuella mål och sociala sammanhang uppmärksammas.

Med individuella mål avses det som personen själv vill sträva emot och som den enskilde upplever är möjliga att uppnå. Inledningsvis kan målen vara begränsade till att få kontakten mellan den enskilde och verksamheten att bli etablerad och tillitsfull.

Personerna med egen erfarenhet som utredningen pratat med beskriver att de uppfattar att vårdens och omsorgens fokus ofta enbart är drogfrihet, i stället för att ha fokus på individens personliga återhämtning. Personlig återhämtning handlar om mening, hopp och att leva ett tillfredsställande liv definierat av personen själv.[24] Det kan vara mål som att ha en egen bostad, upprätthålla kontakten med barn och andra anhöriga eller ha ett arbete. Förbättrad psykisk hälsa, inklusive minskat eller upphört bruk av substanser, är ofta en nödvändig väg mot målen. Ibland kan fokus på individuella mål leda till svåra avvägningar och etiska dilemman. Personen kan vilja sträva mot mål som verksamheten inte bedömer förbättrar hälsa och levnadsvillkor. Verksamheten syfte ger förutsättningar för att hantera sådana situationer genom möjligheterna att arbeta långsiktigt och bygga kontinuerliga relationer. Självklart är inte verksamheten skyldig att arbeta mot mål som kan innebära skada för den enskilde eller andra personer.

Att insatserna utgår från den enskildes behov förutsätter att medicinska och sociala behov blir tillräckligt utredda och att det finns tillgång till de insatser som krävs för att möta behoven.

Vi har också valt att i beskrivningen av syftet särskilt lyfta vikten av att beakta personens resurser. Det kan handla om egenskaper, erfarenheter, kunskaper och relationer som den enskilde kan använda för att uppnå återhämtning.

Den enskildes nätverk och sociala sammanhang spelar stor roll i en återhämtningsprocess. Anhöriga som utredningen samtalat med upplever sig ofta diskvalificerade och att deras erfarenheter inte efter-

[24] CEPI, Elisabeth Argentzell, 2017 ”Som en länk mellan patient och personal”. Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne.

frågas. Som framgår av kapitel 9 rekommenderas i nationella riktlinjer vissa metoder för att stödja anhöriga att hantera sin situation och för att kunna motivera dennes närstående till att ta emot behandling. Att erbjuda bland annat sådana insatser till anhöriga och betrakta dem som en resurs i tillfriskande och personlig återhämtning ska som framgår nedan vara en del i den samordnade vård- och stödverksamhetens insatser. Därför understryks också i syftesbeskrivningen för den samordnade vård- och stödverksamheten att det sociala sammanhanget är en utgångspunkt för insatserna. Detta kan komma till uttryck genom att verksamheten tillämpar ett nätverksorienterat arbetssätt. Utgångspunkten för social nätverksteori och socialt nätverksarbete är att varje människa är en del av flera system och att dessa system interagerar med varandra. Socialstyrelsen påpekar i en vägledning till kommuner om anhörigstöd att det är viktigt att verksamheter inom vård och omsorg har ett anhörigperspektiv, som innebär att verksamheterna respekterar och samarbetar med både brukaren/patienten och de personer som är viktiga för honom eller henne.[25]

De samordnade insatserna syftar till att bidra till en förbättrad hälsa och förbättrade levnadsvillkor för deltagarna när det till exempel gäller boendesituation, vardagsinnehåll, funktionsnivå, bruk av substanser och/eller spelande och symtombelastning på det psykiska och fysiska hälsotillståndet. För att uppnå detta syfte krävs att personalen arbetar gemensamt med deltagarna i verksamheten och när det inte är olämpligt tillsammans med anhöriga.

Syftet med verksamheten uppnås genom multiprofessionella, långvariga och personcentrerade insatser som fokuserar på den enskildes behov av vård och stöd. Omfattning av insatser kan anpassas efter deltagarnas aktuella hälsa och levnadsvillkor och kan skalas upp eller ner. Verksamheten ska bidra till trygghet för deltagarna i verksamheten genom kontinuitet och genom att bidra till att de insatser som krävs kommer till stånd oavsett om det sker inom ramen för verksamheten eller i andra verksamheter.

[25] Socialstyrelsen 2016, Stöd till anhöriga, Vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen.

11.4 Verksamhetens innehåll

Förslag: Den samordnade verksamheten ska innehålla uppsökande arbete, hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser samt samordning av insatser. Deltagarna ska tilldelas en vård- och stödsamordnare. Att deltagaren fått en vård- och stödsamordnare i verksamheten ska betraktas som att en fast vårdkontakt utsetts enligt patientlagen (2014:821). Vård- och stödsamordnaren ska också vara fast vårdkontakt enligt lag (2017:162) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (2017:621).

Verksamheten ska på lämpligt sätt ska ta till vara kompetens hos personer med erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning.

11.4.1 Uppsökande arbete

I kapitel 9 beskrivs socialtjänstens ansvar för förebyggande och uppsökande arbete. För hälso- och sjukvården finns inte motsvarande skyldighet att arbeta uppsökande.[26] Däremot ska regionerna säkerställa att vården är tillgänglig för de som behöver den. Det gäller både för personer som är på väg att utveckla en sjukdom och de som redan har en sjukdom.

Socialtjänstens ska i den uppsökande verksamheten upplysa om socialtjänstens verksamhet och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp.

Den samordnade vård- och stödverksamhetens uppdrag är mer begränsat och riktar sig enbart till personer som tillhör målgruppen. I vissa fall kan det handla om personer som socialtjänsten mött i sin ordinarie uppsökande verksamhet och som bedöms ha behov av samordnade insatser. Det kan också vara personer som erbjudits och tackat nej till insatser från psykiatri, beroendevård och socialtjänst eller som avbrutit sådana insatser, men som bedöms ha behov av samordnade vård- och stödinsatser och därför bör få ett förnyat erbjudande om sådana insatser som är anpassade efter personens förutsättningar. Den uppsökande verksamheten måste bedrivas med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och med hänsyn till regler om sekretess. Uppsökande verksamhet kan också initieras av en anhörig som önskar att vård- och stödverksamheten

[26] Med undantag från uppsökande tandvård enligt tandvårdslagen.

erbjuder insatser till en närstående som bedöms kunna tillhöra målgruppen. Den uppsökande verksamheten kan också rikta sig mot personer som upprepade gånger söker vård på psykiatriska och/eller somatiska akutmottagningar. Socialstyrelsen har i en rapport beskrivit brister i samordning och kontinuitet i insatser till personer som vårdas akut på grund av narkotikaförgiftningar.[27] Dock behövs det som regel samtycke från den enskilde för att den psykiatriska eller somatiska akutmottagningen ska kunna kontakta den samordnade verksamheten. Om samtyckte inte ges eller kan inhämtas kan det prövas om någon sekretessbrytande bestämmelse, till exempel 25 kap. 12–13 §§ och 26kap. 9 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, är tillämplig.

Inom ramen för den uppsökande verksamheten, kan personer som själv behöver insatser, ta kontakt med verksamheten.

I vissa fall kommer personerna som nås av de uppsökande insatserna inte bedömas behöva insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten, men då kan verksamheten bidra med att förmedla kontakter till rätt vård- eller stödinsats.

Den enskilde har alltid möjlighet att tacka nej till insatser, men verksamheten har också ett motiverande uppdrag och bör arbeta långsiktigt genom att ge den enskilde tid och förutsättningar att vilja ta emot nödvändiga insatser.

Verksamheten kan även behöva arbeta uppsökande med personer som redan är deltagare i verksamheten. Det kan vara när en person brutit kontakten eller när det finns indikationer på att den enskildes hälsa och levnadsvillkor utvecklats negativt.

Vi bedömer att även om hälso- och sjukvården inte har en uttalad skyldighet att arbeta uppsökande, så finns det inga hinder mot ett sådant arbetssätt. Olika kompetenser i verksamheten kan därför bidra i det uppsökande arbetet som kan betraktas både som hälso- och sjukvård och socialtjänst.

[27] Socialstyrelsen 2021, Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning – Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden.

11.4.2 Utförande av insatser i verksamheten

Inom ramen för den samordnande vård- och stödverksamheten bedrivs socialtjänst och hälso- och sjukvård. Nedan beskrivs vilka insatser som bedöms behöva ges inom ramen för verksamheten för att syftet med lagen ska uppnås.

Socialtjänstinsatser

Som socialtjänstuppgifter anses i förevarande sammanhang utredning och bedömning av sociala behov såsom boende och sysselsättning. Även nätverks- och relationsskapande insatser ingår i uppdraget. Beroende på vilka biståndsbeslut som fattas i verksamheten och vilka beslut som fattas utanför, måste verksamheten bedrivas med olika grad av samarbete med berörd kommun. Vem som har mandat att fatta vilka beslut avgörs av respektive kommuns delegationsordning. Vi bedömer att det är en fördel om beslutsmandat för till exempel boendestöd och sysselsättning finns i verksamheten med hänsyn till behovet av att kunna sätta in de insatser som behövs så snart som möjligt.

Socialtjänstuppgifter är också att stödja den enskilde i boendet, till exempel när det gäller att ha struktur på vardagen och följa dagliga rutiner. Insatser för att få en meningsfull vardag, ökad arbetsförmåga och möjlighet att pröva arbete är också att betrakta som socialtjänstinsatser.

I praktiken är det emellertid varken möjligt eller lämpligt att alltid skilja socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser från varandra. Exempelvis kan en legitimerad arbetsterapeut och en socionom utföra liknade uppgifter som ändå i regelhänseende betraktas olika när det gäller dokumentation och yrkesansvar.

Det finns flera metoder, som har stöd i forskning, när det gäller den enskildes boende, arbete, sysselsättning och vardagsliv. Dessa har vi beskrivit mer utförligt i kapitel 9. Här ges exempel på de insatser som kan vara relevanta för den samordnade vård- och stödverksamheten.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas IPS-modellen (Individual Placement and Support). Modellen är en standardiserad och manualbaserad form av individanpassat stöd till arbete som vänder sig till personer med skadligt bruk, beroende eller psykiska funktionsnedsättningar. Kärnan i modellen är att ge den enskilde stöd i en

arbetsrehabiliteringsprocess som är personligt anpassad, ges på arbetsplatsen och pågår så längde den enskilde har behov av den. Målet är ett avlönat arbete på vanliga arbetsplatser med tillgång till kontinuerligt stöd och service. En publicerad rapport från SBU drar slutsatsen att modellen är effektiv i en svensk kontext.[28] Andelen kommuner som erbjuder IPS-modellen är närmare 40 procent även om en minskning skedde mellan 2019 och 2020.[29] I vilken mån de insatser som ges riktas bara till personer med psykisk funktionsnedsättning, bortsett från skadligt bruk och beroende, personer med skadligt bruk och beroende eller personer med samsjuklighet framgår inte av tillgängliga data. För vissa personer kommer inte ett lönearbete vara målet inledningsvis, och då kan andra åtgärder behöva sättas in för att skapa en meningsfull vardag för deltagaren.

En stabil boendesituation är en grundläggande förutsättning för att personer med beroende eller skadligt bruk i kombination med psykisk sjukdom ska kunna ta till sig behandling och tillfriskna. En sådan problematik kan dock omvänt göra det svårt att upprätthålla en stabil boendesituation, vilket innebär att det behövs personcentrerade och ibland intensiva insatser för att det ska kunna uppnås.

Personellt boendestöd som är anpassat stöd i den enskildes hem syftar enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer, till att förhindra vräkning och stödja möjligheten till kvarboende.[30]

För personer som saknar bostad är insatsen Bostad Först, en av två rekommendationer i nationella riktlinjerna. Bostad Först innebär kortfattat att personen får ett hyreskontrakt och sedan de vård- och stödinsatser för beroende och psykisk ohälsa som behövs. Den andra rekommenderade insatsen är vårdkedja. Boendeinsatser i form av vårdkedja innebär i stället att bakomliggande problematik behandlas först och att personen därefter erbjuds en bostad.

[28] SBU 2020, Individanpassat stöd till arbete (IPS) för personer med psykisk funktionsnedsättning.
[29] Socialstyrelsen 2019 och 2020, Öppna jämförelser, Personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri.
[30] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.

Hälso- och sjukvårdsinsatser

Sådana insatser som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av den som biträder legitimerad personal i vården av en deltagare i verksamheten är att betrakta som hälso- och sjukvårdsinsatser.[31] Skadligt bruk och beroende är tillstånd som kan diagnostiseras enligt vedertagna medicinska diagnossystem och som kan behandlas med metoder som har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Liksom flera andra psykiatriska tillstånd kan de i många fall behandlas med såväl läkemedel som med psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder. Målgruppen som är aktuell för insatser i verksamheten har ofta även behov av annan psykiatrisk vård vilket kan ges samordnat i verksamheten. Behandlingen som ges i verksamheten kan bestå av medicinsk behandling, omvårdnadsinsatser, psykologiska och psykosociala behandlingar, fysioterapi, arbetsterapi, samt viss somatisk undersökning och behandling. Huvudsakligen är dock det somatiska uppdraget att stödja den enskilde att beskriva sina besvär, redogöra för iakttagelser som gjorts och med stöd av detta kunna remittera patienten till primärvården eller specialiserad somatisk vård. Vi bedömer att ett sådant arbetssätt gynnas av att det finns rutiner för samarbete mellan vård- och stödverksamheten och primärvården. Att det finns en fast läkare i primärvården utsedd för patienten kan vara en del av ett sådant samarbete.

Utredning och diagnostik kan ske inom ramen för verksamheten eller genom att verksamheten initierar att det sker inom en annan verksamhet. Samordning och viss behandling kan behöva ske i deltagarnas hemmiljö vilket kräver mobilitet.

Att psykiatriker, psykolog och sjuksköterskor arbetar gemensamt med hälso- och sjukvårdsinsatser i verksamheten kan bidra till en mer personcentrerad behandling genom att farmakologisk behandling och omvårdnadsinsatser kan kombineras med psykologisk behandling, samtidigt som somatiska hälsoproblem kan uppmärksammas och hanteras.

LARO kan erbjudas inom ramen för verksamheten. Om det inte erbjuds inom ramen för verksamheten ska det finnas rutiner för hur personer med underhållsbehandling kan få insatser i verksamheten, och för hur personer som finns i verksamheten ska kunna aktualiseras för LARO när personen bedöms ha behov av en sådan behandling.

[31] Motsvarar definition av vem som hälso- och sjukvårdspersonal i 1 kap. PSL (2010:659.

För hälso- och sjukvårdsinsatser gäller regler om vårdgaranti enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen.

11.4.3 Samordnade insatser

Vi föreslår att alla personer som tillhör målgruppen och som får insatser i verksamheten ska tilldelas en vård- och stödsamordnare. Vård- och stödsamordnaren har en koordinerande funktion som ansvarar för att utredning, planering och insatser genomförs både i verksamheten och i andra verksamheter. Detta innebär inte att samordnaren själv behöver utföra insatsen. En viktig del i vård- och stödsamordnarens roll är att kalla till möte om upprättande av en individuell plan (SIP) och hålla i kontakter med andra verksamheter som kan erbjuda insatser som deltagaren har behov av. Den samordnade vård- och stödverksamheten behöver upprätta rutiner hur samarbetet med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst ska gå till på övergripande nivå, för att samordningen kring enskilda individer ska underlättas.

Vård- och stödsamordnaden ska också ha ett ansvar för att diskutera personernas egna mål för insatser i verksamheten och för att följa upp målen efter hand. Vård- och stödsamordnaren är kontaktperson för deltagaren och ser till att det finns en uppdaterad plan för deltagares insatser och följer upp deltagaren över tid. Samordnaren har också kontakt med anhöriga om deltagaren inte motsätter sig det.

Funktionen kan jämställas med en Case manager. Case Management (CM) är, som berörts ovan i avsnitt 11.1, ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller som syftar till att integrera olika typer av insatser. Regioner och kommuner kan välja att använda metoden och begreppet CM för vård- och stödsamordnarens roll i verksamheten.

Vård- och stödsamordnare ska anses som en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen även om samordnaren ansvarar för att planera och säkerställa utförandet av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser. Ett skäl till att betrakta samordnaren som en sådan insats är att rätt diagnostik och tillgång till samordnade insatser för alla medicinska tillstånd är avgörande för att insatsens målgrupp ska få så god hälsa som möjligt. Det innebär inte att det måste vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som till exempel sjuksköterskor som utför uppgiften som samordnare, utan också andra yrkeskate-

gorier som till exempel socionomer och mentalskötare kan vara vård- och stödsamordnare.

En möjlig organisering är att alla medarbetare i verksamheten dels utför insatser utifrån sin profession och särskilda kompetens och dels har uppdrag som vård- och stödsamordnare.

Som framgått ovan ska enligt patientlagen en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Att den enskilde fått en vård- och stödsamordnare ska betraktas som att en fast vårdkontakt utsetts enligt patientlagen.

Vård- och stödsamordnare kommer behöva arbeta mobilt och kunna besöka deltagarnas i deras hem och erbjuda stöd. Det bör även utses en ersättare till varje vård- och stödsamordnare, som också är väl insatt i deltagarnas mående och livssituation och kan kliva in vid behov. Vård- och stödsamordnaren kommer många gånger behöva ha kontakt med andra aktörer såsom Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Kriminalvården, och kan behöva följa med vid olika besök hos myndigheter.

Vård- och stödsamordnaren kan också arbeta med att upprätta kontakter och arbeta tillsammans med civilsamhället för att deltagarna ska få bästa möjliga sociala stöd. Civilsamhället är en viktig aktör för många personer med beroende och andra psykiatriska tillstånd och det är viktigt att denna kompetens tas tillvara som en resurs i samhället insatser till målgruppen. Civilsamhället kan även bidra med viktig kunskap och kompetens kring särskilda behov hos utsatta grupper som hemlösa, våldsutsatta kvinnor eller ensamkommande barn och unga.

Heldygnsomhändertagna eller frihetsberövade personer som är eller bör bli deltagare i verksamheten

Verksamheten behåller ett övergripande ansvar för deltagaren i verksamheten även under tillfällen han eller hon är heldygnsomhändertagen till exempel i psykiatrisk eller somatisk heldygnsvård, vistas i ett hem för vård eller boende (HVB) eller vårdas enligt någon av de särskilda tvångslagarna lagen (1988:870) om vård av missbrukare i

vissa fall, förkortad LVM,[32] lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, eller avtjänar ett fängelsestraff. Heldygnsomhändertagandet ska ses som en tillfällig förändring av insatserna i den samordnande vård- och stödsamordningen. Vid utskrivning från vård eller efter avtjänat straff återupptas insatserna i den samordnade vård- och stödverksamheten. Detta innebär att överlämnandet till och från heldygnsomhändertagandet, och till och från den samordnade vård- och stödverksamheten behöver planeras och ske i ordnade former. Med övergripande samordningsansvar avses inte att verksamheten som regel utför insatser i heldygnsvården utan fokuserar på att samordningen ska fungera under tiden, och efter vården.

Insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten kan även initieras under ett heldygnsomhändertagande för en person som inte tidigare varit deltagare i verksamheten. Risken för glapp och avbrott vid avslut av sådana insatser är särskilt stor och samordnade insatser är därför av stor betydelse.

Lag om samverkan vid utskrivning

Enligt lag (2017:162) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (samverkanslagen) ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter inom socialtjänst, kommunalt finansierad hälso- och sjukvård eller regionfinansierad öppen vård. Samverkanslagen beskrivs närmare i kapitel 9. Om en person som är deltagare i vård- och stödverksamheten skrivs in för sluten vård ska inskrivningsmeddelandet skickas från slutenvården till den samordnade verksamheten, eftersom verksamheten ska anses vara en berörd enhet. Deltagarens vård- och stödsamordnare blir då fast vårdkontakt för personen i enlighet med 2 kap. 5 § samverkanslagen. Under vårdtiden genomförs en samordnad individuell planering där patienten, berörda i dennes nätverk, den psykiatriska slutenvården och den samordnade vård- och stödverksamheten deltar.

På samma sätt kan inskrivningsmeddelandet skickas till vård- och stödverksamheten om patienten i slutenvården inte har, men bedöms ha behov av, insatser inom ramen för verksamheten. Anser inte verk-

[32] Utredningen fick i tilläggsdirektiv den 28 oktober 2021 i uppdrag att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för LVM och LPT. Uppdraget ska utgå från den analys vi gör i kapitel 14 (Dir. 2021:96).

samheten att personen har behov av insatser som den tillhandahåller ska verksamheten vidarebefordra meddelandet till rätt enhet. Då behövs dock samtycke från den enskilde eftersom vård- och stödverksamheten inte automatiskt kan anses vara en berörd enhet.

Enligt samverkanslagen får regionen och kommunen också komma överens om annan tidpunkt för kommunens betalningsansvar samt vilket belopp som ska betalas. Sådana avtal kan också behöva innehålla överenskommelser om hur och när utskrivning ska ske för personer som har insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten och tillfälligt vårdas i sluten- eller institutionsvård och hur kostnader ska regleras mellan verksamheterna. Avtalet kan också innehålla överenskommelse om hur ett meddelande skickas till verksamheten och rutiner för hur situationen att personen inte anses ha behov av sådana insatser ska hanteras.

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Den enskilde kan ha rätt till insatser av socialtjänsten vid permission från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Detta avgörs, som i andra fall, av den enskildes behov av bistånd för att uppnå skäliga levnadsvillkor. Exempelvis kan det handla om att personen behöver en boendeinsats i en utslussningsfas. På samma sätt kan personen få insatser från den samordnade vård och stödsamordningen under en permission. När den enskilde har permission pågår fortfarande den slutna psykiatriska tvångsvården eller rättspsykiatriska vården. Bestämmelserna om betalningsansvar i samverkanslagen gäller inte. Däremot är dessa bestämmelser tillämpliga när patienten är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård.

Liksom vid övrig slutenvård gäller vid tvångsvård av en person som kan bli deltagare i verksamheten, att slutenvården kan skicka inskrivningsmeddelandet till vård- och stödverksamheten, som avgör om den enskilde har ett sådant behov som ska tillgodoses inom ramen för verksamheten. Om personen redan är deltagare ska vård- och stödverksamheten ses som en berörd enhet i enlighet med samverkanslagen och inskrivningsmeddelande ska skickas till verksamheten. Personer med skadligt bruk och beroende, som har eller har haft en sådan allvarlig psykisk störning att tvångsvård beslutats, har i många fall behov av insatser inom ramen för verksamheten. Det gäller särskilt

personer som är vårdas i rättspsykiatrisk vård. Vi menar att, inför en utskrivning av en sådan patient, ger ett arbete tillsammans med den samordnade verksamheten påtagligt bättre förutsättningar för sammanhållen planering av samtliga insatser från socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården i kommunen och regionen, än vad om finns i dag. Den samordnade verksamheten kan dels planera de hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser som ska ges inom ramen för verksamheten, dels stödja planering med olika vårdgivare och myndigheter som behöver ge insatser utanför verksamheten. Det kan till exempel handla om att verka för att det fattas erforderliga beslut om boende som behövs under den öppna rättspsykiatriska vården och efter utskrivning. Den planering som görs mellan den psykiatriska eller rättspsykiatriska vården och den särskilda vård- och stödsamordningen ska för tvångsvårdade patienter genomföras enligt bestämmelserna enligt 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård och 16 b § lagen om rättspsykiatrisk vård.[33] Att den enskilde tar emot insatser av den samordnade vård- och stödsamordningen kan vara ett sådant särskilt villkor som chefsöverläkaren kan besluta att patienten måste iaktta under den öppna psykiatriska tvångsvården eller öppna rättspsykiatriska vården.

Personer som döms till fängelse

Personer som avtjänar ett fängelsestraff och har en samsjuklighet kan vara i behov av insatser från den särskilda verksamheten. I synnerhet gäller det personer med en längre historia av beroende, kriminalitet och psykisk sjukdom som lett till olika insatser från vård och socialtjänst. I samband med det villkorliga frigivandet kan den samordnade verksamhetens insatser vara av stor betydelse för sådana personers rehabilitering. Att den enskilde ska vara deltagare i den särskilda verksamheten kan framgå av verkställighetsplanen och vara en del av de särskilda regler som Frivården beslutar att den enskilde ska följa.

Även i de fall där ett fängelsestraff ersatts med kontraktsvård kan detta verkställas genom kontakt med den samordnade vård- och stödverksamheten. Insatsen ska då framgå av kontraktet mellan den enskilde och Kriminalvården och kan kombineras med andra insatser

[33] Samverkanslagen 4 kap. 1 § 2 stycket.

som till exempel att personen ska delta i Kriminalvårdens behandlingsprogram.

I de fall en deltagare avtjänar ett fängelsestraff är det nödvändigt med ett fungerande samarbete mellan vård- och stödsamordnaren och Frivården.

Deltagare som har rätt till insatser enligt LSS

Vissa deltagare i vård- och stödverksamheten kan ha rätt till insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till funktionshindrade, förkortad LSS. Den samordnade vård- och stödverksamheten ska inte ersätta sådana insatser. Men inget hindrar att en enskild som omfattas av den samordnade vård- och stödverksamhetens målgrupp erbjuds insatser i verksamheten, samtidigt som han eller hon får LSS-insatser. Inom ramen för den samordnade verksamheten kan utredning genomföras för att sätta diagnos och bedöma funktionsförmåga och verksamheten kan stödja den enskilde att ansöka om insatser enligt LSS.

11.4.4 Kompetenser

Regioner och kommuner har möjligheter att själva anpassa vilka yrkeskategorier som arbetar i verksamheten men verksamhetens syfte förutsätter att arbetet sker multiprofessionellt utifrån både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Att en kompetens finns att tillgå inom verksamheten innebär inte att alla personalkategorier behöver vara anställda i verksamheten även om det kan underlätta kontinuitet och samarbete. Förslaget reglerar inte heller vilken tjänstgöringsgrad olika kompetenser ska ha i verksamheten, utan det är möjligt att endast tjänstgöra en viss tid i verksamheten.

Att det ges utrymme för regioner och kommuner att själva avgöra vilka kompetenser som ska finnas i verksamheten, innebär också att det kan skilja sig mellan olika verksamheter hur mycket insatser som ges i verksamheten och vad som behöver utföras inom ramen för andra verksamheter. För att syftet med den sammanhållna vård- och stödinsatser ska kunna uppnås, behöver dock så stor del av insatserna som möjligt ske inom verksamheten. Vård- och stödsamordnaren ansvarar

för att hålla ihop insatser som ges inom ramen för andra verksamheter och myndigheter.

Tillgång till psykiatriker behöver alltid finnas i verksamheten för att till exempel kunna ordinera läkemedel, ställa diagnos och bedöma olika hälsotillstånd. Om det är möjligt bör sjuksköterskor i verksamheten ha specialistkompetens inom psykiatri eller annat relevant område. Läkare och sjuksköterskor kan också göra initiala somatiska bedömningar, remittera patienten rätt vid somatisk sjukdom och upprätthålla ett fungerande samarbete med primärvården där patienten kan ha en fast läkare.

Verksamheten behöver också ha tillgång till kompetens inom beroendemedicin. Även om skadligt bruk och beroende är en psykiatrisk sjukdom, finns det skäl till att ha specialiserad kompetens inom detta område när det är möjligt, för att rätt diagnos och rätt insatser ska kunna säkerställas. För personer med skadligt bruk och beroende behövs ofta även andra former av medicinsk behandling såsom exempelvis kompetens kring LARO.

Verksamheten behöver vidare ha kompetens om insatser som syftar till att främja sysselsättning och en stabil boendesituation. Med kompetens för att skapa en meningsfull vardag och trygga boendeförhållanden avses till exempel socionomer och arbetsterapeuter. För att främja hälsa kan till exempel fysioterapeuter vara en viktig kompetens.

Genom att olika kompetenser arbetar ihop med vård och stöd till personer i verksamheten kan olika perspektiv tas tillvara. Genom att arbeta teambaserat finns ett inbyggt kollegialt stöd, vilket är viktigt då det många gånger kan vara psykisk krävande att arbeta med målgruppen. Möjligheten till att gemensamt kunna diskutera när något gått fel men också kunna dela med sig av goda erfarenheter och arbetssätt, kan bidra till att personalen får en bättre arbetsmiljö. I den samordnade vård- och stödverksamheten kommer personalen ha ett större utrymme att erbjuda personcentrerad vård och omsorg och att anpassa det till vad individen har för egna mål.

Brukarspecialister/peer support

Metoden att anställa personer med egen erfarenhet av sjukdom och återhämtning har använts inom psykiatrin och benämns ofta som brukarspecialister, professionella mentorer eller peer support. Inom

beroendevården har personer med sådan erfarenhet funnits i roller som alkohol- och drogbehandlare. Åtgärden ger en viss positiv effekt på självrapporterad grad av återhämtning. Alkohol- och drogbehandlare används inom tolvstegsbehandling, som har stark evidens i Socialstyrelsens riktlinjer för missbruk och beroende. Brukarspecialister (peer support) har däremot begränsat vetenskapligt stöd i annan psykiatrisk vård enligt Socialstyrelsens riktlinjer vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.

Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (CEPI) har utvärderat Regions Skånes projekt med att införa professionella mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne.[34] Utvärderingen utgick från djupintervjuer med patienter, mentorerna, personal och chefer. Utvärderingen visar på en positiv men komplex bild av införandet av mentorer inom psykiatrin. Bland nackdelarna fanns att rollen var oklar och att det finns en risk för överbelastning hos mentorerna, då efterfrågan från patienterna var stor. När det gäller positiva resultat visade utvärderingen bland annat att mentorn hjälper patienten mot personlig återhämtning och att patienten upplever mer hoppfullhet inför att må bättre.

Det också finns en del internationell forskning på området som till exempel visar på en ökad återhämtning och en känsla av hopp och kontroll samt ökad upplevelse av social inkludering och tillfredställelse med livet men det behövs fler studier för att säkert kunna påvisa en effekt. Förutom CEPI:s utvärdering saknas det i princip studier av metoden i en svensk kontext.

Vi kan efter samtal med personer med egen erfarenhet och deras anhöriga konstatera att de i många fall upplever att vården och socialtjänsten brister just när det gäller att stödja personlig återhämtning och förmedla hopp. Vi har också genom kontakt med verksamheter som har brukarspecialister/peer support kunnat konstatera att de bidrar till att utjämna maktförhållanden mellan professionella och patienter/klienter, samt bidrar till verksamhetsutveckling ur ett medborgarperspektiv. Även om effekten på det kliniska sjukdomsförloppet är oklar, så är vinsterna med en upplevd ökad hoppfullhet, samt minskat stigma tillräckliga skäl för att metoden bör kunna utvecklas inom ramen för den samordnade verksamheten. Men med tanke på den oklara evidensen och att införandet kan behöva ske

[34] CEPI. Slutrapport 2017-03-01, Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne.

stegvis föreslår vi att bestämmelsen i lagen utformas som att verksamheten på lämpligt sätt ska ta till vara kompetens hos personer med erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning. Det innebär att det finns ett utrymme för verksamheten att tillvarata sådana personers särskilda kunskap även på andra sätt. Det kan till exempel ske i former av brukarråd[35] och liknande.

11.5 Verksamhetens målgrupp

Förslag: Verksamhetens målgrupp är personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

Förslaget innebär att det finns två kriterier som beskriver den målgrupp som verksamheten riktar sig till. Det handlar om personer som

1. har behov av både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser samt, att
2. behovet föreligger på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

Som framgår av avsnitt 11.1 har inte den enskilde en rätt till insatsen i den samordnade verksamheten utan det är regioner och kommuner som har en skyldighet att bedriva verksamheten för en viss målgrupp. Avsikten är inte att kriterierna ska prövas i detalj för varje enskild person, utan det är verksamhetens uppdrag att bedöma om person tillhör målgruppen. Hur den enskilde initieras i verksamheten och hur bedömningen görs av vilka insatser han eller hon behöver, beskrivs i 11.6.

Det är huvudsakligen vuxna personer som kommer att få insatser i verksamheten. Det främsta skälet till det är att barn bör få insatser i verksamheter som är särskilt anpassade efter barns särskilda behov och där det finns personal med särskild kompetens att möta barn och

[35] Socialstyrelsen 2013, Att ge ordet och lämna plats – Vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård.

unga. I enstaka fall kan det dock finnas skäl till att personer under 18 år erbjuds insatser i verksamheten. Då behöver det säkerställas att det finns rätt kompetens om barns särskilda behov, samt en bedömning göras om huruvida det är lämpligt att vårda barnet med vuxna.

Unga personer över 18 år som uppfyller kriterierna i lagen kan få insatser i verksamheten. Tidiga insatser kan innebära att svår sjukdom och social utsatthet förhindras.

Behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst

Det första kriteriet för att tillhöra målgruppen är behovet av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser. I många fall kommer det vara personer som har eller har haft sådana insatser, men där målen med insatserna inte uppnåtts eller där insatsen har avbrutits. I andra fall är det personer som inte tidigare har haft sådana insatser men har behov av det. Vi vill återigen påpeka att det som här beskrivs är vilka verksamheten riktar sig till. Bedömningen av vilka insatser man har behov av sker i varje enskilt fall i enlighet med det regelverk som styr hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet.

Psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det nödvändigt med särskild samordning under längre tid

Det andra kriteriet anger att verksamheten vänder sig till personer som har en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

Psykisk funktionsnedsättning

Begreppet *psykisk funktionsnedsättning* motsvarar begreppet psykiska funktionshinder som används i SoL 5 kap. 7 och 8 §§. Enligt förarbetena till 5 kap. 8 § avses med psykisk funktionsnedsättning en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller ett annat tillstånd[36]. I den bestämmelse vi föreslår används begreppet psykisk funktionsnedsättning i samma

[36] Prop. 2008/09:193 s. 31.

betydelse. Vi inkluderar alla psykiatriska diagnoser inklusive skadligt bruk och beroende i de diagnoser som kan leda till en psykisk funktionsnedsättning. Det skiljer sig från den definition som togs fram av Nationell psykiatrisamordning 2006, där psykiatriska tillstånd som innebär missbruk/beroende av alkohol eller andra droger, utan annan psykiatrisk samsjuklighet, inte ansågs kunna ge konsekvensen psykiskt funktionshinder.[37] Vi menar dock att sedan dess har det blivit mer etablerat att betrakta skadligt bruk och beroende som en sjukdom, och diagnosen finns med i internationella diagnossystem som tillämpas i svensk hälso- och sjukvård. Att leva med ett beroende under lång tid kan innebära att förmågan att interagera med andra människor och utföra vardagliga aktiviteter minskar. Även substansers påverkan på hjärnan kan ha negativ betydelse för funktionsförmågan. Mot den bakgrunden finns det inte argument för att uteslutna just de psykiatriska diagnoserna skadligt bruk och beroende från sådana tillstånd som kan leda till en psykisk funktionsnedsättning. Att beroende kan vara ett tillstånd som likställs med funktionshinder överensstämmer också med förarbetena till socialtjänstlagen 5 kap. 7 §. Av dessa framgår att paragrafen som har rubrik *personer med funktionshinder* inte bara tar sikte på ”rörelsehindrade, syn eller hörselskadade” utan också på ”psykiska handikapp” och ”de som har missbruksproblem”[38] Det innebär inte att merparten av personer med skadligt bruk eller beroende kommer anses ha en psykisk funktionsnedsättning, men att tillstånden liksom för andra psykiatriska sjukdomar kan få sådana konsekvenser. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som till exempel adhd, autism och aspberger omfattas också av begreppet psykiska funktionsnedsättningar i detta sammanhang och personer med sådana diagnoser kan, om övriga kriterier är uppfyllda, tillhöra verksamhetens målgrupp.

Vårt uppdrag är att lämna förslag som säkerställer samordning för personer med samsjuklighet. Vår inriktning var därför inledningsvis att avgränsa målgruppen för verksamheten till personer som har skadligt bruk, beroende och en annan psykiatrisk sjukdom. Fortfarande är det huvudsakliga syftet med vårt förslag att personer som har en sådan problematik, i kombination med sådana samordningsbehov att de inte kan tillgodoses på annat sätt än genom en integrerad verk-

[37] Nationell psykiatrisamordning 2006. Vad är psykiskt funktionshinder. Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. 2006:5.
[38] Prop. 1979/80:1 Del A s. 534.

samhet, ska få sina behov tillgodosedda. Vi har dock fått synpunkten från flera av de verksamheter som i dag driver integrerade verksamheter och från den vetenskapliga referensgruppen att om avgränsningen sker utifrån samsjuklighet uppstår svårigheter. Argumentet är bland annat att det kan vara svårt att i början av en kontakt avgöra om en person, med en mycket utsatt livssituation, uppenbar psykisk ohälsa och stora samordningsbehov, även har ett skadligt bruk eller beroende. Personen kan befinna sig i miljöer där många personer med sådan problematik ofta vistas, sakna bostad och utsätta sig för fara på grund av den psykiska funktionsnedsättningen. Personens situation kan bero enbart på den psykiska sjukdomen, på att personen ofta är påverkad eller på ett samspel mellan dessa faktorer. Hur den samlade orsaksbilden ser ut kan med säkerhet konstateras först efter att utredning och adekvat diagnostik genomförts. Om ett konstaterat skadligt bruk och beroende skulle vara ett avgörande kriterium för att få vara deltagare i verksamheten är risken att de personer med samsjuklighet som har de största samordningsbehoven inte blir aktuella för insatser, eftersom det inte är möjligt att identifiera problematiken.

En annan svårighet med en sådan avgränsning är att personer kan gå ut och in i ett skadligt bruk. I vissa fall kan det skadliga bruket också upphöra kort tid efter att psykiatriska insatser satts in och den sociala situationen stabiliseras. Det förefaller inte rimligt att personer snart efter att de blivit deltagare i verksamheten inte längre ska anses tillhöra målgruppen.

Därför drar vi slutsatsen att för att vi ska kunna lämna förslag som säkerställer samordning, för de personer med samsjuklighet som har de största behoven, måste målgruppskriterierna utgå från funktionsförmågan i kombination med nödvändigheten av en samordning som ges i en integrerad verksamhet. Det bör betonas att varken majoriteten personer med psykisk funktionsnedsättning eller majoriteten personer med samsjuklighet ingår i målgruppen, eftersom den ska vara av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att genomföra insatserna, något som utvecklas nedan.

Exempel på när en person kan tillhöra målgruppen, utan att ha ett skadligt bruk eller beroende, kan vara när han eller hon har en allvarlig psykiatrisk problematik, i kombination med till exempel våldsamt beteende, hemlöshet eller annan påtaglig social utsatthet.

Vår föreslagna avgränsning stämmer också överens med rekommendationerna i nationella riktlinjer, där det är graden av komplexitet i individens livssituation, och inte samsjukligheten i sig, som är avgörande för om det bedöms vara effektivt att erbjuda insatsen.

Som framgår ovan motsvarar begreppet psykisk funktionsnedsättning som används i vårt förslag begreppet psykiskt funktionshinder i socialtjänstlagen 5 kap. 7 och 8 §§. Detta medför att målgruppen för vård- och stödverksamheten motsvarar den kring vilken det är tillåtet att inrätta en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, enligt det förslag som utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (SOU 2021:04) lämnat. Att förslaget som beskrivs närmare i avsnitt 11.9 genomförs bedöms vara nödvändigt för att den samordnade vård- och stödverksamheten ska få rätt förutsättningar att erbjuda samordnade och integrerade insatser till deltagarna i verksamheten.

… av sådan art att det nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras

Det räcker inte med att personen har en psykisk funktionsnedsättning för att denne ska anses tillhöra verksamheten utan den ska också vara av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid. Det gäller till exempel en person som har ett skadligt bruk eller beroende och ett annat psykiatriskt tillstånd som gör det svårt ta emot insatser i ordinarie strukturer där personen behöver komma till en viss plats, vid en viss tid, och däremellan förväntas följa råd och anvisningar. En typisk omständighet som utmärker målgruppen är bristande förutsättningar att själva samordna insatserna. Vård- och stödverksamheten är därför till för personer, där det för att behoven ska tillgodoses inte är tillräckligt med de samordningsmöjligheter som finns enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, såsom överenskommelser mellan huvudmännen, SIP och fast vårdkontakt. För dessa personer krävs det i stället att merparten av insatser utförs i samma verksamhet och hålls ihop av en utpekad funktion som följer och samordnar insatserna över längre tid.

Det räcker inte med att en person kan ha nytta av det arbetssätt som tillämpas av vård- och stödverksamheten utan det ska vara nödvändigt för att insatserna ska kunna genomföras (nödvändighetskriteriet). Det kan till exempel vara att en stabil boendesituation inte

kan uppnås utan att psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingsinsatser ges integrerat i kombination med boendestöd eller liknande insatser.

Målgruppen upplever ofta negativa attityder från omgivningen, har bristande tillit till vården och omsorgen eller ifrågasätter sin egen rätt till vård och stöd. I många fall har personer som tillhör målgruppen tidigare fått insatser som avbrutits av dem själva eller av verksamheterna som ansvarat för dem. Försök till samordning har i många fall gjorts utan att den enskildes hälsa och levnadsvillkor förbättrats.

Personer som är föremål för rättspsykiatrisk vård, varav 70 procent har ett skadligt bruk och beroende, kan i många fall tillhöra målgruppen. Det gäller också personer som flera gånger vistats på HVB-hem, vårdats enligt LVM och personer som, förutom vårdtillfällen inom psykiatri, socialtjänst och beroendevård, dömts till fängelse eller andra ingripande straffrättsliga påföljder. En person som tillhör LSS målgrupp kan också tillhöra målgruppen för den samordnande verksamheten. Exempelvis kan så vara fallet om personen förutom den funktionsnedsättning som berättigar till LSS också har en eller flera psykiatriska diagnoser som till exempel skadligt bruk och beroende, och på grund av den sammansatta problematiken, har uppenbara svårigheter att ta emot insatser inom ramen för ordinarie strukturer.

Det finns inget krav på att behovet av särskild samordning ska ha funnits under en längre tid. I målgruppen finns till exempel yngre personer med en neuropsykiatrisk diagnos som upprepade gånger söker akut i psykiatri och beroendevård, drabbas av narkotikaförgiftningar, gör upprepade självmordsförsök eller råkar ut för olycksfall, och där de insatser som sätts in avbryts eller inte leder till nödvändig stabilitet för att fortsatt kunna ge den behandling eller det stöd som behövs. När är en sådan situation uppstår kan vård- och stödverksamhetens insatser och arbetssätt behövas sättas in så snart som möjligt.

Däremot ska behovet av den särskilda samordningen anses föreligga en längre tid framöver för att personen ska tillhöra målgruppen. Med det avses att det ska kunna vara möjligt att under tiden göra nödvändig utredning, sätta in och följa upp behandling samt vidta åtgärder som bidrar till en stabil social situation. I nästa avsnitt konstateras att åtminstone ett år kan behövas för att en situation ska anses vara stabil.

En person behöver inte ha en diagnos för att tillhöra målgruppen. Ett sådant krav skulle utesluta den som tidigare inte haft kontakt med

hälso- och sjukvården. I vård- och stödverksamhetens uppdrag ligger att verka för att den enskilde får rätt diagnos och bedömning av hälsotillstånd och funktionsförmåga, så att rätt insatser kan sättas in.

Målgruppens storlek

Det är framförallt nödvändighetskriteriet, det vill säga kravet på att den psykiska funktionsnedsättningen ska vara av *sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning,* som avgör vilka som kommer anses tillhöra målgruppen. Vi bedömer att maximalt 33 000 personer kan komma att beröras av förslaget. Detta är en uppskattning som ligger till grund för kostnadsberäkningarna i kapitel 15, och som bygger på erfarenheter av FACT-team ifrån bland annat Nederländerna. En skillnad mellan FACT-teamens målgrupp och den vi föreslår är dock kravet på att det ska vara nödvändigt med särskild samordning. Vi bedömer därför att vår uppskattning till 33 000 personer är högt räknat.

Antalet kan jämföras med andra beräkningar som gjorts av grupper med behov av vård och stöd på grund av en psykisk funktionsnedsättning, skadligt bruk eller beroende.

Socialstyrelsen har, i samband med psykiatrireformen, inventerat målgruppen personer med en psykisk funktionsnedsättning, genom att titta på hur många som hade kontakt med psykiatrin och socialtjänsten på grund av en psykisk funktionsnedsättning. Det rörde sig om 40 000–46 000 personer, vilket med dagens folkmängd skulle motsvara 49 000–57 000 personer.[39] Vi har i kapitel 4 bedömt att cirka 250 000 personer har en samsjuklighet i skadligt bruk, beroende och annat psykiatriskt tillstånd.

Målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten är därför en mindre grupp bland de personer med psykisk funktionsnedsättning och skadligt bruk och beroende som behöver insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst.

[39] Socialstyrelsen 2012, Att inventera behov- Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning.

11.6 Påbörjande och avslutande av insatser i verksamheten

Förslag: Lagen om vård- och stödsamordning reglerar en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en samordnad verksamhet. Vilka insatser den enskilde ska ges avgörs i det enskilda fallet av bedömningar som görs med stöd i hälso- och sjukvårds- och socialtjänstlagstiftningen.

Patientavgiften i hälso- och sjukvården avskaffas för deltagare i den samordnade vård- och stödverksamheten.

Det är regionen och kommunerna som avgör hur den enskilde får kontakt med verksamheten. Som framgått ovan ska verksamheten bedriva uppsökande verksamhet och den enskilde kan även själv ta kontakt med verksamheten. Regionerna och kommunerna kan skapa rutiner för hur andra verksamheter som de bedriver aktualiserar personer i den samordnade verksamheten.

Det är verksamheten själv som bedömer om den enskilde ska få insatser inom ramen för den särskilda verksamheten. Det görs genom en bedömning av om det är nödvändigt med särskild samordning och om personen har behov av en vård- och stödsamordnare. Grunden för den bedömningen är den enskildes behov, verksamhetens syfte enligt den särskilda lagen och hälso- och sjukvårdslagens prioriteringsbestämmelser.

Om den enskilde vänder sig till socialtjänsten för att få en vård- och stödsamordnare bör denne hänvisas till den samordnade vård- och stödverksamheten där bedömningen görs om den enskilde har sådana behov som ska tillgodoses genom verksamheten. Enligt grunderna i socialtjänstlagen har man dock alltid rätt att ansöka om insatser som bistånd och få ett avslagsbeslut som är överklagbart till domstol. En ansökan om vård- och stödsamordnare kan komma att avslås eftersom behovet av insatser kan tillgodoses i den samordnade vård- och stödverksamheten, vilket kan överklagas. Däremot är en bedömning av den samordnade vård- och stödverksamheten, att den enskilde inte har sådana behov som ska tillgodoses där, inte ett beslut som är överklagbart.

Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som deltagaren ska få, förutom vård- och stödsamordnaren, bedöms utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och hälso- och sjukvårdens regelverk i övrigt.

På samma sätt bedöms socialtjänstinsatserna utifrån socialtjänstlagen. En insats som är biståndsbeprövad i den kommun där den enskilde är bosatt måste vara det i verksamheten också enligt gällande regelverk. Biståndsprövning kan ske inom ramen för verksamheten av medarbetare med delegation från den kommun där den enskilde är bosatt. Vi bedömer att det kommer vara vanligt och är lämpligt när det gäller till exempel boendestöd och sysselsättning men när det gällerandra mera kostnadskrävande insatser som exempelvis HVB-placeringar kommer sannolikt många kommuner välja att beslutsbefogenheten ligger utanför verksamheten. Det behöver då finnas rutiner om hur samverkan ska gå till mellan vård- och stödsamordningen och socialtjänsten, när deltagaren söker en sådan insats.

Deltagare i verksamheten ska när det gäller socialtjänstens insatser anses ansöka om bistånd enligt socialtjänstlagen genom att samtycka till insatserna i den individuella planen. Ansökan prövas, som framgått ovan, enligt delegationsordningen i den kommun där den enskilde är bosatt. Den enskilde kan naturligtvis, som andra personer, ansöka om annat bistånd än det som finns med i planen. Ansökan ska också då prövas på vanligt sätt i kommunen och ett avslag är överklagbart till domstol. Vi bedömer att det kommer vara ovanligt att så sker eftersom den enskilde får vara delaktig i planering och genomförande av insatser och insatserna utgår från dennes behov, resurser och individuella mål. Det kan dock inte uteslutas att det kan bli aktuellt när det gäller mer kostnadskrävande insatser.

En deltagare i verksamheten ska erbjudas insatser så länge denne har behov av det. Det innebär att deltagandet inte avslutas i verksamheten förrän en långvarigt förbättrad livssituation och stabilt mående har uppnåtts. Med långvarigt avses som regel åtminstone ett år. Deltagarna behöver ha en stabil livssituation när det gäller boende, ekonomi och sysselsättning och hälsa. Vill en deltagare avsluta sina insatser i verksamheten tidigare bör verksamheten försöka förmå personen att kvarstanna i vård och stöd. Eftersom insatserna är frivilliga har den enskilde dock alltid rätt att avsluta vård- och stödinsatserna. I många fall behöver annan vård eller andra sociala stödinsatser initieras när deltagande avslutas i verksamheten. Det kan till exempel vara att personen behöver fortsatt vård och behandling men att detta kan till-

godoses i andra delar av hälso- och sjukvården. Det är viktigt att den samordnade vård- och stödverksamheten har ett nära samarbete med att andra vård- och omsorgsinstanser som deltagarna kan ha behov av. Det möjliggör att deltagare som inte längre har behov av insatser, kan skrivas över till andra verksamheter, vilket skapar ett effektivt utflöde från verksamheten.

Vi föreslår att patientavgiften avskaffas för personer som får insatser i verksamheten. Skälet till detta är att underlätta att personerna får insatser enligt två lagstiftningar parallellt och att det annars kan vara svårt att avgöra när det rör sig om ett hälso- och sjukvårdsbesök som ska vara avgiftsbelagt.

11.7 Deltagarnas inflytande och delaktighet

Förslag: Vid planering, samordning och genomförande av insatser i verksamheter ska hänsyn tas till deltagarnas individuella mål, behov och resurser. Deltagarna ska ha inflytande över vilka insatser som ges.

Som framgått ovan är syftet med den föreslagna verksamheten att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

De verksamheter som vi har varit i kontakt med som arbetar integrerat betonar att detta också måste vara utgångspunkten för hur insatserna planeras, samordnas och genomförs.

Det innebär bland annat att man arbetar med insatser som tränar förmågan att fungera i sammanhang som deltagaren är angelägen om att kunna befinna sig i. Det kan till exempel vara hemma hos familjen eller på ett arbete. Med utgångspunkt från individens mål uppmärksammas inte bara dennes behov utan också styrkor och resurser, vilket kan ge den enskilde tilltro till att det går att bli bättre.[40] En viktig del är också att skapa ett fungerade socialt stödsystem och hållbara relationer.

Vi föreslår att detta synsätt uttrycks i lagstiftningen och att det anges att deltagarna ska ha inflytande över insatserna. I avsnitt 11:3

[40] FACT, Vision, tillämning och organisation, J.R Van Veldhuizen och M. Bähler, CEPI.

har vi beskrivit att det kan kräva ett långsiktigt arbete och att mål som är skadliga inte kan vara en del av planen.

11.8 Uppföljning

Förslag: Verksamheten ska löpande följas upp mot syftet med verksamheten. Deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att delta i uppföljningen

Verksamheten ska löpande följas upp mot syftet med verksamheten i avsnitt 11.3. Resultatet på individnivå, det vill säga för deltagarna, ska vara i centrum för uppföljningen Det kan handla om objektiva förbättringar i hälsa och livssituation för respektive individ som minskade symptom, fungerande boendesituation, minskat bruk av substanser och minskat behov av sluten vård. Uppföljningen bör också ske mot de enskilda mål som verksamheten och deltagaren har satt upp tillsammans. Hur deltagaren uppfattar sin livssituation, trygghet, mening i vardagslivet, relationer och självbild behöver ges stor betydelse.

Uppföljningen ska även ske på verksamhetsnivå och kan till exempel omfatta hur många deltagare som minskat sin slutenvårdskonsumtion, fått ett eget boende eller givits möjlighet till egen sysselsättning och arbetsträning. Uppföljningen som föreslås i detta avsnitt är utöver det ansvar verksamheter har enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:).

Hur brukarna uppfattar verksamheten och vad de anser är värdeskapande är andra viktiga delar. Det kan till exempel följas genom brukarstyrda revisioner. Vad som avses med detta beskrivs i kapitel 13. Uppföljningen kan också avse hur resurserna används i relation till verksamhetens lagstadgade syfte.

Nedan beskriver vi förslag som utredningen för vård- och omsorgsdokumentation har lämnat och som vi menar gör det möjligt med gemensam uppföljning av de hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser som ges i verksamheten.

11.9 Informationsdelning och sekretess

Bedömning: Förslaget i Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (SOU 2021:04), som innebär att det ska var 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.

11.9.1 Om förslagen i Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg

Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg föreslår en ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning. Det ska enligt förslaget vara frivilligt för vårdgivare och omsorgsgivare att använda sig av de utökade möjligheterna att elektronisk dela dokumentation som lagen medger. Men om de gör det, så måste de följa de integritetsstärkande bestämmelser som finns i lagen. Förslaget innebär att vård- och omsorgsgivare får göra dokumentation om patienter och omsorgsmottagare elektronisk tillgänglig mellan dem, så länge den enskilde inte motsätter sig det. Den enskilde ska aktivt lämna sitt samtycke till att en vård- eller omsorgsgivare tar del av personuppgifter som en annan vård- eller omsorgsgivare gjort tillgängliga innan det kan ske. Tillgången till personuppgifter genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation får bara avse personuppgifter som behandlas för vårddokumentation eller för att ansvara för eller utföra insatser för äldre eller för personer med funktionsnedsättningar eller administration eller dokumentation av sådana insatser. Med insatser för äldre eller personer med funktionsnedsättningar avses insatser enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlagen som dels beskrivs i 3 kap. 6 § första stycket socialtjänstlagen och lämnas till äldre och personer med funktionsnedsättningar,

dels beskrivs i 5 kap. 5 och 7 §§ socialtjänstlagen samt insatser enligt 4 kap. 2 a § socialtjänstlagen och insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vidare föreslår utredningen bestämmelser som ger möjlighet att samla in och annars behandla personuppgifter från flera vårdinstanser och omsorgsgivare för kvalitetsuppföljning avseende en regions eller kommuns ansvarsområde. Avsikten med de föreslagna bestämmelserna är att en vårdinstans eller omsorgsgivare, med hjälp av personuppgifter som samlas in från andra vårdinstanser eller omsorgsgivare, ska kunna följa upp kvaliteten i den verksamhet som en region eller en kommun ansvarar för. Det kan till exempel handla om att en region eller kommun behöver följa upp en vård- och omsorgsprocess för grupper av patienter eller omsorgsmottagare som rör sig mellan olika vårdinstanser eller omsorgsgivare med hjälp av personuppgifter från alla berörda vårdinstanser och omsorgsgivare. Som vi konstaterat ovan ger bestämmelserna stöd för integrerad uppföljning av socialtjänst och hälso- och sjukvårdsinsatserna i den samordnade vård- och stödverksamheten.

Skäl för bedömningen

Behoven av sammanhållen dokumentation i den samordnade vård- och stödverksamheten

I den samordnade verksamheten kommer personal arbeta både utifrån socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Vi har haft dialog med flera integrerade verksamheter, som lyfter att möjligheten att få tillgång till information i respektive dokumenthanteringssystem skulle kunna bidra till en säkrare och mer effektiv vård och omsorg för den enskilde. I samordnade vård- och stödverksamheten ska personalen arbeta under gemensam ledning, mot gemensamma mål för att förbättra deltagarnas livssituation. Det kräver ett nära samarbete mellan olika professioner i verksamheten för att syftet med lagstiftningen ska uppnås.

Målgruppen för den särskilda vård- och stödverksamheten är personer med en psykisk funktionsnedsättning av en viss art. Vi har ovan konstaterat att en sådan funktionsnedsättning kan bero på olika psykiska sjukdomar som till exempel beroende. Detta innebär att målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten ingår i den målgrupp – personer med funktionsnedsättning – som

föreslås omfattas av förslagen om en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation och kvalitetsuppföljning.

Genom att den samordnade vård- och stödverksamheten får möjlighet att använda en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, möjliggörs för personalen att arbeta personcentrerat och gemensamt, utifrån deltagarens behov, resurser och individuella mål.

Om en persons inställning till en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation inte är känd, så får verksamheten inte använda sig av undantaget. Det innebär att verksamheten kommer behöva ha rutiner för hur dokumentation och sekretess ska hanteras för en person som hänvisats till verksamheten av annan verksamhet eller liknande, men som ännu inte är deltagare i verksamheten och därför inte kunnat samtycka till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. I undantagsfall kan de sekretessbrytande bestämmelserna i 25:12 OSL och 26:9 OSL vara tillämpliga, som innebär att sekretess för uppgifter inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvård inte hindrar att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel.

Möjligheten till kvalitetsuppföljning underlättar för den samordnade vård- och stödverksamheten att följa upp verksamheten och säkerställa att målet och syftet med verksamheten uppfylls.

Integritetsaspekterna är väl avvägda

Utredningen om sammanhållen information i vård och omsorg konstaterar att risken för integritetsintrång inte helt och hållet kan elimineras när vård och omsorg får ökad tillgång till personuppgifter. Trots det kan det vara motiverat att göra det möjligt för vård- och omsorgsgivare att ta del av varandras uppgifter genom direktåtkomst, om nyttan med en sådan ordning överväger risken för intrång i enskildas personliga integritet. Avvägningen påverkas av syftet med integritetsintrånget och om integritetsstärkande åtgärder kan vidtas för att förhindra och försvåra intrång i den personliga integriteten. Patienten

och omsorgstagaren har möjlighet att spärra att uppgifterna kan göras tillgängliga genom direktåtkomst. När det gäller vård- eller omsorgsgivarens möjlighet att ta del av uppgifter om en patient eller omsorgsmottagare i en senare vård- eller omsorgssituation genom sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation föreslår utredningen att det ska krävas ett informerat samtycke från patienten eller omsorgsmottagaren. Vi bedömer att integritetsaspekterna av förslaget i Utredningen om sammanhållen information i vård och omsorg är väl avvägda. Det finns starka skäl ur ett patient- och omsorgssäkerhetsperspektiv att alla kompetenser i verksamheten har tillgång till uppgifterna om deltagarna, oavsett vilken lagstiftning de arbetar utifrån, så länge deltagaren inte motsätter sig det.

11.10 Styrning och ledning av verksamheten

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.

Vi har valt att föreslå att skyldigheten för huvudmännen att bedriva en gemensam verksamhet ska regleras men regleringen omfattar inte hur verksamheten ska organiseras. För att syftet med den föreslagna lagen ska uppnås bedömer vi dock att det behöver finnas en gemensam styrning och ledning. En miniminivå av integration av verksamheten för att uppnå lagens syfte, är att den samlokaliseras och att insatser planeras, koordineras och genomförs gemensamt. Det behöver dessutom finnas ett gemensamt ansvarstagande för att mål sätts upp och följs upp och för utvecklingen av verksamheten.

En integrerad verksamhet kräver även att det finns någon form av gemensam styrgrupp eller liknande med representanter för båda huvudmännen, som har mandat att fatta beslut kring verksamhetens inriktning och utveckling. Det behöver också finnas en daglig gemensam ledning i verksamheten. Det kan underlätta organisering och drift om regionen och kommunerna har ett gemensamt avtal för alla aktörer i länet.

Utifrån de möjligheter som finns att organisera verksamheten i form av kommunalförbund, gemensam nämnd etc. så kan anställnings-

förhållandena för personalen se olika ut för olika verksamheter. I ett kommunalförbund är det möjligt att anställa personal. Rättsläget är dock oklart om det även avser hälso- och sjukvård och socialtjänst, som enligt lag ska bedrivas av endera huvudmannen. Om verksamheten bedrivs i en gemensam nämnd kan medarbetarna vara anställda i den region eller kommun som är värdkommun för nämnden. Detta gäller också om verksamheten bedrivs inom ramen för en sådan avtalssamverkan som vi nedan föreslår ska vara möjlig i syfte att bedriva verksamheten. I många fall kommer personalen dock vara anställd hos respektive huvudman. Vem som har ansvaret för personalens arbetsmiljö och hur ansvaret ska bedrivas i praktiken behöver tydliggöras i avtal som vi i avsnitt 11.13 föreslår att huvudmännen ska upprätta mellan sig. Det huvudsakliga ansvaret för de anställdas arbetsmiljö är i den organisation där den arbetstagaren är anställd. Även arbetsledning finns i den organisation där den anställde är anställd. Om möjligt bör verksamheten begränsa antalet deltidsanställningar av den personal som arbetar mest intensivt med deltagarna. Många deltidsanställda medarbetare kan göra att det tar lång tid att rapportera om deltagarna och att lämna över arbetsuppgifter som ska utföras.

11.11 Utökad möjlighet till kommunal samverkan

Förslag: En bestämmelse införs i lagen om en samordnad vård- och stödverksamhet som innebär att en kommun eller region får träffa avtal om att en uppgift, som omfattas av den samordnade vård- och stödverksamhetens uppdrag, helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller ett annan region. Genom ett sådant avtal får en kommun eller region utföra uppgifter åt en annan region eller kommun utan hinder av vad som anges i 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) angående att kommuner och regioner inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, en annan region eller någon annan ska ha hand om.

Kommuner och regioner får vidare komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller regionen att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (extern delegering).

Som framgår ovan föreslår vi inte att lagen om en samordnad vård- och stödverksamhet ska reglera vilken organisationsform regioner och kommuner ska välja för att bedriva verksamheten. Nedan ger vi exempel på möjliga organisationsformer, men konstaterar också att det finns behov av att ytterligare utvidga huvudmännens möjligheter att lämna över uppgifter till varandra för att bedriva verksamheten. Därför föreslår vi en bestämmelse i lagen om samordnad vård- och stödverksamhet som utökar möjligheten till avtalssamverkan.

11.11.1 Möjligheter till kommunal samverkan i nuvarande regelverk

Det finns både offentligrättsliga och privaträttsliga former för kommunal samverkan. I kommunallagen (2017:725), KL finns bestämmelserna om de offentligrättsliga formerna för samverkan samlande i kapitel 9. De offentligrättsliga formerna som regleras i KL är gemensam nämnd, kommunalförbund och avtalssamverkan. Privaträttsliga former är företag, stiftelser och ideella och ekonomiska föreningar. En integrerad verksamhet kan även bedrivas som separata verksamheter som regleras i avtal eller oreglerat.[41] Då bedrivs inte verksamheten i en gemensam organisation men det kan finns rutiner för hur samarbetet ska ske i verksamheten.

Nedan följer en genomgång av de former för offentligrättsliga formerna för kommunal samverkan som finns enligt nuvarande regelverk.

Gemensam nämnd

Kommuner och regioner kan samverka i gemensam nämnd enligt bestämmelserna i 9 kap. 19–36 §§ kommunallagen (2017:725), förkortad KL. En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller regionerna och benämns som värdkommun. Den gemensamma nämnden ingår i värdkommunens organisation och är, till skillnad från kommunalförbund, ingen egen juridisk person. En gemensam nämnd har beskrivit som en mellanform mellan avtalsbaserad samverkan och kommunalförbund.[42] Med undantag av upp-

[41] Anell, Anders och Mattisson, Ola: Samverkan i kommuner och landsting, – en kunskapsöversikt, 2009.
[42] Bet. 1995/96:KU10. Sjukvårdssamverkan mellan landsting.

gifter som faller inom ramen för fullmäktiges exklusiva beslutsform enligt 5 kap.1 § KL, kan en gemensam nämnd samverka om i princip alla kommunala angelägenheter.

Genom lagen (2003:192) om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet möjliggjorde lagstiftaren för en region och en eller flera kommuner att i en särskild form av gemensam nämnd samverka kring uppgifter inom kommunen och regionens område. Den kommunala kompetensutredningen menade att mängden tillskjutna uppgifter kan variera mellan parterna men att det inte bör vara möjligt att skapa en gemensam nämnd enbart för att möjliggöra för en kommun eller region att sköta arbetsuppgifter till andra kommuner eller regioner, eftersom det då saknas inslag av gemensam uppgift för nämnden.[43]

Bakgrunden till lagen om gemensam nämnd är att genom huvudmannaskapsreformerna – Ädel- och Psykiatrireformen – under 1990-talet fick kommunerna ett ansvar för hälso- och sjukvården för dem som bor i särskilda boendeformer liksom för dem som vistas i dagverksamheter. Speciellt utsatta ansågs personer med omfattande behov av stöd från flera olika verksamheter, till exempel individer med flera funktionshinder eller personer med såväl missbruksproblematik som psykiskt funktionshinder, vara. Brister i samverkan hade också uppmärksammats när det gäller insatser för barn och ungdomar med psykiska problem, där insatser från såväl socialtjänst som psykiatri behövs.[44]

Avsikten med införandet av lagen om gemensam nämnd var att stödja och stimulera en fortsatt kvalitetsutveckling av samverkan på vård- och omsorgsområdet. En bättre samordning skulle förbättra kvaliteten och servicen till de enskilda samtidigt som samhällets resurser används effektivare. Enligt förarbetena varierade förutsättningarna för samverkan mellan olika kommuner och olika regioner. Regeringen menade dock att det varken var möjligt eller ens lämpligt att försöka finna rikstäckande modeller för hur samverkan ska organiseras. I stället innebär möjligheten att bilda en gemensam nämnd att samarbetsformerna kan anpassas efter lokala behov och förutsättningar.[45]

Den gemensamma nämnden möjliggör samverkan i en offentligrättslig form som tillåter att huvudmannaskapet och det politiska

[43] SOU 2007 :72 s. 302, Kommunal kompetens i utveckling.
[44] Prop. 2002/03 :20 s. 20
[45] Prop. 2002/03:20 s. 24.

inflytandet ligger kvar hos respektive part. Möjligheter ges också att avgränsa ansvarsområdet för den gemensamma nämnden så att nämnden inte behöver vara totalansvarig för ett helt område såsom all hälso- och sjukvård. En del av ansvaret för hälso- och sjukvården kan således ligga kvar hos huvudmännen i andra nämnder. Vidare möjliggör den gemensamma nämnden att personalen även fortsättningsvis kan vara anställd av respektive samverkande huvudman.[46] Den gemensamma nämnden ingår i värdkommunens eller värdlandstingets organisation, men kan ses som en företrädare för de samverkande parterna. Den är inte en egen juridisk person vilket bland annat. innebär att den gemensamma nämnden inte själv kan anställa personal.[47] Personalfrågan kan dock, enligt förarbetena, ordnas på flera sätt. En lösning kan vara att samtlig personal anställs av värdkommunen eller värdlandstinget. Finansieringen av den gemensamma nämndens verksamhet bestäms i den överenskommelse som träffas mellan huvudmännen.[48] De samverkande huvudmännen avgör vilka områden, inom ramen för de i lagen uppräknade ansvarsområdena, nämnden ska ansvara för.

Vid samverkan i en gemensam nämnd har de samverkande parterna fortfarande kvar huvudmannaskapet för sina respektive områden. En bestämmelse i en annan författning som rör en kommun eller en region gäller således även om kommunen eller regionen bildat en gemensam nämnd på området.[49]

En gemensam nämnd får, utöver vad som anges i 7 kap. 5 §, även under samma förutsättningar uppdra åt en anställd i någon av de samverkande kommunerna eller regionerna att besluta på nämndens vägnar. Delegering får inte ske av ärenden som rör myndighetsutövning mot enskild, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt.

En gemensam nämnd är framförallt lämplig för samverkan mellan ett färre antal parter på grund av att den gemensamma nämnden ekonomiskt sorterar in under värdkommunen. Det innebär att värdkommunen är ansvarig för all ekonomisk redovisning.[50]

[46] Prop. 2002/03:20 s. 24.
[47] Prop. 2002/03 :20 s. 24.
[48] Prop. 2002/03:20 s. 25.
[49] Prop. 2002/03 :20 s. 41.
[50] Mattisson & Thomasson, Interkommunal samverkan – En kunskapsöversikt, 2019, s. 17.

Kommunalförbund

Enligt 3 kap. 8 § KL får kommuner och regioner bilda kommunalförbund och lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till sådana förbund. Kommunalförbund är en för kommuner och regioner tillskapad fristående juridisk person av offentligrättslig natur. Förenklat kan man säga att kommunalförbund är ett slags specialkommun för den eller de kommunala uppgifter som medlemmarna har gett förbundet. Huvudregeln är att vilken kommunal angelägenhet som helst, med vissa undantag till exempel beredskapsorganisationen, får anförtros åt ett kommunalförbund. Det finns alltså enligt huvudregeln inte anledning att i detta sammanhang skilja mellan frivilliga och obligatoriska kommunala uppgifter.

En uppgift behöver inte vara gemensam för medlemmarna för att få överlämnas till ett av dem bildat kommunalförbund. Om en av medlemmarna skulle driva en verksamhet som inte alls förekommer hos någon av de andra finns det alltså inget hinder för att anförtro den verksamheten åt kommunalförbundet, om de övriga medlemmarna går med på det. Denna ordning har praktisk betydelse framför allt i de fall där några av medlemmarna önskar anförtro en uppgift åt kommunalförbundet även om uppgiften framstår som gemensam bara eller mest för dem. Ett kommunalförbund får ha hand om hela verksamheter eller geografiskt, funktionellt eller på annat sätt avgränsade uppgifter

KL:s regler om kommunalförbund är främst av organisatorisk art. Frågorna om vad samarbetet ska avse och hur det bör bedrivas är i allt väsentligt överlämnat till den kommunala självstyrelsen. Ett kommunalförbund har att under de lagar som kan gälla för olika verksamheter självständigt sköta de uppgifter som medlemmarna har lämnat till förbundet. I samarbetsavtalets – förbundsordningens – natur ligger att medlemmarna avstår från att var för sig direkt befatta sig med de överflyttade uppgifterna.

Ett avgörande skäl till att samverka i kommunalförbund är att detta upplevs ligga utanför lagen om offentlig upphandling, LOU och att det därför är möjligt för kommuner och regioner att lämna uppdrag och föra över pengar till förbundet utan föregående upphandling.[51] Det innebär att vid inköp ska kommunalförbundet tillämpa LOU medan köp mellan förbundsmedlem och kommunalförbundet

[51] Mattisson, O. & Thomasson, A., Interkommunal samverkan – en kunskapsöversikt, 2019, s. 16.

är undantagna från regelverket i LOU. Det är vanligast att kommunalförbund ägnar sig åt en specifik verksamhet. För mindre uppgifter kan kommunalförbund upplevas som otymplig och administrativt betungande.[52]

Avtalssamverkan

Av 9 kap. 37 § första stycket KL (jfr 2 kap. 5 § SoL) framgår att en kommun eller en region får ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). Sådan avtalssamverkan hindras inte av kravet i 2 kap. 1 § KL på anknytning till kommunens eller regionens område eller dess medlemmar.

Avtalssamverkan är enklare form av kommunal samverkan vid sidan av kommunalförbund och gemensamma nämnder. Denna samverkan är undantagen från lokaliseringsprincipen i 2 kap. 1 § KL. I annat fall hade inte en kommun eller en region kunnat utföra uppgifter åt en annan region eller kommun utan att det funnits en tydlig anknytning till den egna kommunens område eller dess medlemmar. Avtalssamverkan i stadgandets mening avser bara samverkan mellan kommuner och regioner och inte privata aktörer eller staten. Uppdragsgivaren behåller huvudmannaansvaret för de uppgifter som avtalssamverkan avser. Kommuner och regioner får vidare överenskomma att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller det andra landstinget att besluta på kommunens eller landstingets vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (extern delegering). Avtalssamverkan är ofta inte möjligt mellan en region och en kommun. Det beror på att en förutsättning för avtalssamverkan mellan kommuner och regioner är att det är en fråga om en uppgift som faller inom de befogenheter som samtliga samverkande parter har. Detta följer av 2 kap. 2 § KL.

En kommun får inte med stöd av nuvarande bestämmelse om avtalssamverkan i kommunallagen utföra uppgifter som ankommer på en region och vice versa. Detta begränsar i praktiken möjligheten att ingå samverkansavtal mellan kommuner och region.[53] Den generella regeln om avtalssamverkan i 9:37 KL ska inte tillämpas om det

[52] Anell & Mattisson, 2009.
[53] Prop. 2017/18:151 s. 33.

finns avvikande bestämmelser om avtalssamverkan i annan lag eller författning.

Regleringen kring avtalssamverkan innebär inte ett undantag från upphandlingsreglerna och unionsrätten. Flera undantag i upphandlingsregelverket möjliggör dock vissa undantag från upphandlingsreglerna vilket ökar möjligheterna till avtalssamverkan mellan kommuner och regioner i vissa fall. Till exempel är tjänster som är förenade med utövande av offentlig makt under vissa förutsättningar undantagna från unionsrätten. Tjänster av icke ekonomisk allmänt intresse, vilken myndighetsutövning vanligtvis anses vara, omfattas som regel inte heller av unionsrätten. Av särskilt intresse är det undantag som skapades genom Hamburgdomen från EU-domstolen.[54] Med Hamburgundantaget avses det undantag från reglerna i LOU som under vissa förutsättningar gäller för upphandling mellan två och flera upphandlande myndigheter. För att undantaget ska vara tillämpligt ska upphandlingen syfta till att upprätta eller reglerna formerna för ett samarbete mellan myndigheterna, att tjänsterna tillhandahålls för att uppnå myndigheternas gemensamma mål, att samarbetet bara styrs av överväganden som hänger samman med allmänintresset samt att myndigheterna på den öppna marknaden utövar mindre än 20 procent av den verksamhet som berörs av samarbetet.[55] Kommuner och regioner som ingår avtalssamverkan behöver själva bedöma om avtalet är förenligt med upphandlingsreglerna.

Samordningsförbund

Den 1 januari 2004 trädde lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (2003:1210) i kraft (Finsam). Lagen gör det möjligt för Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommun och region att samverka finansiellt genom att bilda samordningsförbund. I samordningsförbundet beslutar de fyra aktörerna hur samarbetet ska utformas utifrån lokala förutsättningar och behov. Ett mål för den finansiella samordningen är att föra den enskilde närmare arbetsmarknaden och bort från ett långvarigt samhälleligt försörjningsbehov. Insatserna syftar ofta till att samlokalisera, utveckla gemensamma metoder och individanpassa insatser så att man når en ökad effektivitet.

[54] C-480/06 Kommissionen mot Tyskland (Hamburgdomen), EU:C:2009:357.
[55] SKR. Kommunal avtalssamverkan I – Prövning och tillsyn, 2019.

Skäl för förslaget

Vikten av en fungerande samverkan mellan huvudmännen

För att syftet med den föreslagna samordnade vård- och stödverksamheten ska uppnås, behöver det finnas väl fungerande samverkan mellan huvudmännen. Vi har valt att inte styra formen för samverkan i lagstiftningen, för att underlätta för huvudmännen att anpassa samverkan efter lokala behov och förutsättningar. Vi bedömer dock att den samordnade vård- och stödverksamheten behöver bedrivas som en verksamhet med en gemensam styrning och ledning. Det innebär att det kan behövas någon form av gemensam organisation för verksamheten men om regionerna och kommunerna i länet, bedömer att den föreslagna lagens krav kan uppfyllas genom någon annan form samarbete, så finns det inga hinder mot det i lagstiftningen.

I den samordnade vård- och stödverksamheten kommer endast delar av en kommuns socialtjänst respektive delar av en regions hälso- och sjukvård bedrivas inom ramen för verksamheten. Det innebär att samma uppgifter som regel kommer bedrivas både i den samordnade vård- och stödverksamheten och i kommunens eller regionens övriga verksamhet för personer som inte omfattas av den samordnade vård- och stödverksamhetens uppdrag. Vi bedömer att kommunalförbund, gemensam nämnd eller samordningsförbund kan vara en möjlig lösning för samverkan och organisering av den samordnade vård- och stödverksamheten. Verksamheten bör även kunna bedrivas genom avtal vilket är fallet för flera integrerade verksamheter som redan existerar.

Behovet av en utvidgad möjlighet till avtalssamverkan

Att samverka i en gemensam nämnd eller kommunalförbund innebär att en relativt omfattande administrativ överbyggnad behöver skapas.[56] Vår bedömning är därför att det utöver de samverkansformer som finns också behöver finnas större möjlighet för regioner och kommuner att samverka genom avtal. I 2 kap. 2 § KL föreskrivs att kommuner och regioner inte får utföra uppgifter som ankommer på andra. Det innebär i praktiken att nuvarande bestämmelser om avtalssamverkan inte är tillämplig mellan region och kommun. Kommuner

[56] Prop. 2017/18:151 s. 24.

kan träffa avtal om att en uppgift, som omfattas av den samordnade vård- och stödverksamhetens uppdrag, helt eller delvis ska utföras av en annan kommun, men det är inte möjligt att genom avtalssamverkan bestämma att endast en huvudman ska vara ansvarig för den samordnade vård- och stödverksamhet.

Fördelar med samverkan är många gånger möjligheten till stordriftsfördelar. Till exempel har vissa mindre och medelstora kommuner i studier visat sig ha svårt att klara sina uppdrag.[57] Kommunal samverkan kan leda till fördelar när det gäller både effektivitet, kompetensförsörjning och ökad kvalitet.

Vi har bedömt att det kan uppstå svårigheter för framförallt små och medelstora kommuner att klara kompetensförsörjningen när verksamhet ska bedrivas både i den samordnade vård- och stödverksamheten och i kommunen för övriga medborgare. Att bedriva en verksamhet i samverkan mellan regionen och alla kommuner i länet kan också innebära utmaningar, då det krävs att många parter har en samsyn över tid i hur verksamheten ska bedrivas. Vi ser därför fördelar med att ett undantag införs som möjliggör avtalssamverkan, även då det rör en uppgift som ligger utanför mottagande kommun eller regions angelägenhet.

Förslaget om ökade möjligheter till avtalssamverkan kan även underlätta för regioner och kommuner att samverka i upphandlingsfrågor.[58]

Förslaget innebär att det kommer vara möjligt för en kommun eller region att överlåta uppgifter, som ingår i verksamhetens uppdrag, till annan region eller kommun även om uppgiften inte ingår i den mottagande kommunen eller regionens uppdrag. Den överlämnande kommunen eller regionen har fortfarande kvar ansvaret för uppgiften och det är den ansvariga nämnden i hemkommunen sin svarar för att verksamheten bedrivs enligt lag samt riktlinjer i kommunen respektive regionen. Det är viktigt att påpeka att de utökade möjligheterna till avtalssamverkan inte i sig innebär ett undantag från upphandlingsrättsliga bestämmelser och att den överlämnande kommunen eller regionen fortfarande måste ta hänsyn till om ett avtal är förenligt med upphandlingsreglerna.

[57] Mattisson & Thomasson, Interkommunal samverkan - en kunskapsöversikt, 2019, s. 18.
[58] Prop. 2017/18:151. s. 31.

Eventuella risker med att utöka möjligheterna till avtalssamverkan

Alla offentligrättsliga former för samverkan kan ha en negativ påverkan på demokratiska värden och minska möjligheten till ansvarsutkrävande för medborgarna. Om mycket verksamhet bedrivs genom avtalssamverkan kan det bli svårt för enskilda att överblicka vilken verksamhet som bedrivs i kommunen. Samtidigt ska detta ställas mot att forskning visar att politisk legitimitet snarare många gånger påverkas av utbud och kvalitet på de offentliga tjänsterna och den offentliga tjänsteutövningen som det politiska systemet kan leverera.[59] De invändningar som ofta lyfts utifrån ett demokratiskt perspektiv kring offentligrättsliga samverkansformer tycks vara mindre starka när det gäller avtalssamverkan jämfört med kommunalförbund och gemensam nämnd.[60] Inom hälso- och sjukvårdsvårds- och socialtjänstområdet bedrivs vård och omsorg många gånger av privata aktörer. Jämfört med möjligheten till insyn i vården och omsorgen utförd av privata aktörer, bör utökade möjligheter till avtalssamverkan inte heller innebära en försämring för medborgarna. Vi bedömer att möjligheterna till samverkan mellan kommuner och regioner behöver underlättas för att en samordnad och jämlik vård och omsorg ska kunna bedrivas i de samordnade vård- och stödverksamheterna. Medborgarnas behov av få tillgång till fungerande insatser av hög kvalitet överväger i detta fall risken med minskad insyn i verksamheten.

11.12 Fördelning av kostnader

Förslag: Regionen och kommunerna i länet ska som huvudregel gemensamt stå för 50 procent vardera av kostnaden för verksamheten i länet, om inte regionen och kommunerna kommer överens om några annat.

[59] Rothstein, B. (2008) Creating political legitimacy: Electoral democracy versus quality of government. QoG Working paper series 2008:02.
[60] SOU 2017:77 s. 19.

Skäl för förslaget

Den samordnade vård- och stödverksamheten är ett gemensamt ansvar för regionen och kommunerna i respektive län. Personerna i verksamheten har behov av både socialtjänstinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och särskild samordning. Kommunerna ska stå för boendestöd och stöd till sysselsättning. Hälso- och sjukvårdsinsatserna ska regionen stå för. Vård- och stödsamordnarna är ett gemensamt ansvar.

Därför är vår bedömning att det är rimligt att kostnaderna för verksamheten fördelas jämnt mellan å ena sidan regionen och å andra sidan kommunerna i länet. Huvudregeln bör vara att kostnaderna mellan kommunerna fördelas utifrån befolkningsunderlaget men kommunerna bedömer själva om det ska frångås till exempel med hänsyn till kommuner med mycket litet befolkningsunderlag. En ytterligare faktor som kan tas hänsyn till är att det är vanligt att storstadslän har en större andel bosatta som tillhör målgruppen. Kostnaderna för verksamheten beskrivs närmare i kapitel 15 om konsekvenser men nedan följer en sammanfattning av de faktorer som vi valt att utgå ifrån i beräkningen av verksamhetens kostnader.

För kostnadsberäkningarna för en verksamhet och hur många verksamheter som kan behövas, så har vi valt att utgå ifrån utvärderingar och handböcker som finns för FACT-team. Skälet till det är att FACT-team är den metod som ligger närmast regelverket för den samordnade vård- och stödverksamheten. En verksamhet kan innehålla flera team. Vid beräkningar av kostnader har vi utgått ifrån team utifrån befolkningsunderlag, antalet anställda per team och övriga kostnader såsom lokaler med mera

En viktig faktor är att det verkar finns en övre gräns för hur många deltagare ett team kan ta hand om. Gränsen tycks gå vid 180–220 deltagare. Team som ansvarar för mer än 250 deltagare hinner inte skräddarsy behandlingen.[61]

En norsk utvärdering av ACT och FACT, visade att det fanns potential att införa ACT-team på orter med ett befolkningsunderlag på 40 000 personer och FACT-team på orter med ett befolkningsunderlag på 15 000 personer.[62] Erfarenheter av de första 100 FACT-teamen i Holland visar att i en landsbygdskommun med 50 000 invå-

[61] CEPI, van Veldhuizen, J.R. och Bähler, M., 2014, Flexibel Assertive Community Treatment Vision, tillämpning och organisation – FACT.
[62] CEPI, van Veldhuizen, J.R. och Bähler, M., 2014, Flexibel Assertive Community Treatment Vision, tillämpning och organisation – FACT.

nare kan man räkna med att ungefär 180–220 klienter skulle ha nytta av FACT. Därför är vår utgångspunkt att ett område med ett befolkningsunderlag på 50 000 personer över 18 år, har behov av ett team.

Ett FACT-team består vanligtvis av 11–12 heltidstjänster. Vi har valt att utgå ifrån team på 12 heltidstjänster för verksamheten. Kostnaderna redovisas i kapitel 15 tillsammans med konsekvenserna av våra förslag.

Vi föreslår att regioner och kommuner själva får avgöra hur många verksamheter eller team som behövs, antal anställda och var verksamheterna eller teamen ska vara lokaliserade med mera utifrån bestämmelserna i lagen, hur många som tillhör målgruppen i länet och andra lokala förutsättningar. Regionen och kommunerna i länet kommer att behöva avtala om verksamhetens budget.

11.13 Avtal om verksamhetens bedrivande

Förslag: Regionen och kommunerna i länet ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation.

Förutsättningarna för samarbetet kring den samordnade vård- och stödverksamheten ska regleras i ett avtal mellan regionen och kommunerna. Av avtalet bör det framgå hur många enheter som ingår, vilka tjänster som ska finnas, organisationsform, kostnadsfördelning och finansiering. Det bör också framgå vem som är verksamhetschef för den hälso- och sjukvård som bedrivs och vilka delegationer som finns för beslut enligt socialtjänstlagen. Avtalet ska också ange hur ansvaret för arbetsmiljön och övriga arbetsgivaruppgifter är fördelade. Av avtalet bör även framgå hur eventuella avvikelser och tvister ska hanteras.

11.14 Bemyndigande

Förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om kostnader, budget, uppföljning och övriga bestämmelser som behövs till skydd för enskilda.

Vi föreslår att regeringen ska få meddela vissa ytterligare föreskrifter kopplade till lagen om en samordnad vård och stödverksamhet. Vi lämnar inte några förslag på hur en sådan förordning ska utformas. Ytterligare föreskrifter kan komplettera bestämmelserna i lagen och ange mer detaljerat hur verksamheterna ska utformas för att säkerställa att syftet med lagen uppnås.

De samordnade vård- och stödverksamheterna ska kontinuerligt följa resultat i verksamheten samt deltagarnas hälsa och levnadsvillkor. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter kring verksamheternas kvalitetsuppföljning gällande till exempel vilka uppgifter som ska följas upp och med vilka intervaller uppföljningen ska genomföras.

12 Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning

Vi ska enligt vårt direktiv lämna förslag på hur vård- och omsorgspersonalens kunskap och kompetens när det gäller samsjuklighet ska kunna säkerställas i berörda verksamheter. Kunskap och kompetens om samsjuklighet kan inkludera kunskap om beroendetillstånd, andra psykiatriska tillstånd och hur de samspelar med varandra, kunskap om de sociala konsekvenser som kan vara förenade med beroendetillstånd och samsjuklighet samt kunskap om olika vård- och stödinsatser som kan vara aktuella. Det kan också inkludera kunskap och kompetens om hur vården och omsorgen bäst utformas och genomförs för att vara samordnad och personcentrerad, och vad en personcentrerad vård och omsorg innebär för personer med samsjuklighet. Sådan kunskap och kompetens kan inhämtas genom formellt lärande, som vanligtvis innebär någon form av utbildning. Men det kan också handla om informellt lärande, som sker integrerat med den dagliga verksamheten.

Våra förslag och bedömningar när det gäller kunskap och kompetens rör i första hand lärande inom ramen för en evidensbaserad praktik, kunskapsstyrning och systematisk uppföljning. Vi föreslår bland annat att uppföljningen ska förbättras genom nya registerdata, och genom att belysa de målbilder vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet.

En viktig förutsättning för möjligheten till lärande är regionernas och kommunernas kompetensförsörjning, det vill säga att de utbildar, rekryterar och behåller tillräckligt mycket personal med lämplig kompetens, och att de använder personalens kompetens på bästa sätt. Vi bedömer att olika insatser för att säkra kompetensförsörjningen behöver vidtas av berörda aktörer.

Kompetensförsörjningen är också avgörande för att kunna genomföra många av våra förslag i övriga kapitel, som till exempel den förändrade ansvarsfördelningen mellan huvudmännen vad gäller behandling vid skadligt bruk och beroende, och den samordnade vård- och stödverksamheten. Detta skriver vi också mer om i kapitel 16.

12.1 Det behövs långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom området

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.

Staten, regioner och kommuner har olika ansvar för kompetens

Den som bedriver hälso- och sjukvård ansvarar för att det finns den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL). För utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet (3 kap. 3 § SoL). För det ansvarar den som bedriver socialtjänstverksamhet. För HVB-hem finns särskilda krav på kompetens i socialtjänstförordningen. Regionerna och kommunerna har som huvudmän för verksamheterna det övergripande ansvaret för att dessa krav tillgodoses även om verksamheten bedrivs av någon annan.

Det är staten som ansvarar för den högre utbildningen, men varje lärosäte har relativt stort utrymme att utforma utbildningarnas innehåll inom ramen för examensordningen som reglerar vilka krav som studenterna ska uppfylla för respektive examen. Staten utfärdar legitimation och andra behörighetsbevis, och utövar också tillsyn över hälso- och sjukvården och socialtjänsten inklusive över den verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla statistik och analyser för personalförsörjningen inom ramen för det Nationella planeringsstödet. Myndigheten ansvarar också för det nationella vårdkompetensrådet, som långsiktigt ska sam-

ordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården.

Stora utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen

Varje år publicerar Socialstyrelsen ett underlag som syftar till att stödja kompetensförsörjning i regionernas hälso- och sjukvård. Rapporten bygger helt på regionernas egna bedömningar. Den senaste rapporten[1] visar att samtliga regioner redovisar brist på specialistsjuksköterskor, och 20 av 21 regioner redovisar brist på grundutbildade sjuksköterskor. I 19 av 21 regioner finns en brist på specialistsjuksköterskor i psykiatri. När det gäller både läkare och psykologer redovisar 18 regioner en sådan brist. Samtliga regioner redovisar en brist på allmänläkare och 18 regioner anser att det råder brist på specialister i psykiatri. Endast 4 redovisar brist på specialister i beroendemedicin. Resultatet från en enkät som ställts till privata vårdgivare visar enligt Socialstyrelsen liknande brister som de som finns i regionerna.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vård- och omsorgsanalys) har undersökt kompetensförsörjningen när det gäller handläggare i socialtjänstens myndighetsutövning.[2] Rapporten visar att bemanningsläget förbättrats mellan 2016 och 2019 och att det blivit lättare att rekrytera handläggare. Samtidigt har inte minst kommuner i glesbygd en lägre bemanning än förväntat. Myndigheten anser också att den generationsväxling den identifierat i svensk socialtjänst kommer att innebära stora utmaningar de närmaste åren.

SiS anger i myndighetens årsredovisning för 2019 att de fortsatt har stora utmaningar med att rekrytera behandlingsassistenter, som är den största personalgruppen i SiS verksamheter[3]. Det som framför allt påverkar rekryteringsläget är hur många sökande som uppfyller gällande kompetenskrav men också institutionernas geografiska läge. Myndigheten har även svårigheter att rekrytera bristyrken inom hälso- och sjukvårdsområdet som läkare, sjuksköterskor och psykologer.

[1] Socialstyrelsen 2019, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.
[2] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2019, Social kompetens, Om kompetensförsörjning av handläggare inom socialtjänsten.
[3] Statens institutionsstyrelse SiS 2019, Årsredovisning.

Varje aktör behöver ta sitt ansvar och samordna sina insatser

Vi konstaterar att bristen på personal med rätt kompetens utgör ett allvarligt hinder mot en god hälso- och sjukvård och mot insatser med god kvalitet inom socialtjänsten. Exempelvis påverkas väntetider och samverkan mellan huvudmännen när utredningar eller behandlingar inte kan genomföras eftersom det saknas personal med kompetens för uppgiften. Även kontinuiteten påverkas när exempelvis läkartjänster inte är besatta och vårdgivaren är beroende av bemanningspersonal eller andra tillfälliga lösningar. Det förtydligande av ansvaret som våra förslag innebär ställer ytterligare krav på en långsiktig kompetensförsörjning. Vi anser inte att dessa krav bäst tillgodoses genom förslag på nya särskilda uppdrag, utan genom att respektive huvudman och myndighet gör vad som ankommer på dem för att det ska ske en utveckling inom området. Initiativ på området behöver tas så snart det har fattats beslut om att genomföra våra förslag. Det är varje aktörs ansvar att samordna sina insatser med andras och bidra till att det sker ett nödvändigt samarbete inom området.

Lärosätena behöver säkerställa att respektive grund- och specialistutbildning har det innehåll som krävs för att kunna ge god vård och socialtjänstinsatser med god kvalitet till personer med samsjuklighet. Både huvudmännen och de som bedriver verksamheten behöver planera hur behovet av medarbetare med rätt kompetens ska tillgodoses på längre sikt och vidta åtgärder för att vara en attraktiv arbetsgivare. Det är av vikt att vårdgivare och den som ansvarar för socialtjänstverksamhet bemannar efter aktuell kunskap och med inriktningen att verksamheten ska utvecklas utifrån medarbetarnas kompetens och engagemang.

Socialstyrelsen har flera uppdrag för att stödja kompetensförsörjningen främst på hälso- och sjukvårdens område. Vi anser att det arbetet kan utvecklas så att man gör integrerade analyser över huvudmanna- och verksamhetsgränser inom ett område, exempelvis när det gäller hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till personer med samsjuklighet. Även det arbete som bedrivs inom ramen för vårdkompetensrådet skulle kunna ske över huvudmannagränserna. Myndigheten kan själv inom ramen för sitt uppdrag ta sådana initiativ i samband med genomförandet av våra förslag. Analyser och förslag måste utgå ifrån de kompetensförsörjningsbehov

som finns både i regioners och kommuners egna verksamheter och hos berörda aktörer.

Arbetet behöver bedrivas tillsammans med professionen

Vi anser att kompetensförsörjningen inom området behöver bedrivas i samarbete med de professionssammanslutningar och fackliga organisationer som finns inom området. Detta gäller både på regional, kommunal och nationell nivå. Genom att ta tillvara kunskapen och engagemanget som finns hos medarbetare och hos deras organisationer, ökar förutsättningarna för att hitta lösningar på hur medarbetare med rätt kompetens kan rekryteras och behållas. Men för att samarbetet ska bli framgångsrikt behöver organisationerna både företräda intressen hos sina respektive yrken, professioner och sektorer, och se till helhet och behovet av gemensamma lösningar.

12.2 Viktigt att de insatser som erbjuds är baserade på bästa tillgängliga kunskap

Bedömning: Utredningen *Framtidens socialtjänsts* förslag, att införa en bestämmelse i socialtjänstlagen om att verksamhet inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, bör genomföras.

Utredningen *Framtidens socialtjänst* föreslår att det ska införas en ny bestämmelse i socialtjänstlagen, som säger att verksamhet inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vår bedömning är att det förslaget bör genomföras.

I hälso- och sjukvårdslagen anges att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket inkluderar att vården ska vara av god kvalitet (5 kap. 1 § HSL). God kvalitet innebär enligt förarbetena bland annat att all vård och behandling ska ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.[4] Det finns också skrivningar om att vården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet i patientlagen (1 kap. 7 §) och i patientsäkerhetslagen (6 kap. 1 §).

[4] Prop. 1981/82:97 s. 116.

Motsvarande bestämmelser finns inte i socialtjänstlagen. Av socialtjänstlagen framgår att insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet (3 kap. 3 §), men det finns inget krav på att insatser, verksamhet eller kvalitetsarbete ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Däremot ska Socialstyrelsen enligt myndighetens instruktion bidra till att socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet[5], och den statliga kunskapsstyrningen syftar också till att bidra till det[6].

Framtidens socialtjänst beskriver vetenskap som kunskap som tagits fram med olika forskningsmetoder, medan beprövad erfarenhet bygger på goda exempel där kunskap från profession och brukare har synliggjorts, värderats och systematiserats. Beprövad erfarenhet förutsätter dokumentation, systematisk uppföljning och kritisk granskning.[7] Vetenskap och beprövad erfarenhet utgör en viktig del av en evidensbaserad praktik. Med en evidensbaserad praktik menas ett arbetssätt där man väger samman bästa tillgängliga kunskap, sin professionella expertis och den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser.[8]

Skäl för bedömningen

Kunskapsbaserade insatser viktigt både för individ och verksamhet

Socialtjänstens insatser kommer fortsatt vara avgörande för många personer med samsjuklighet, och insatserna behöver därför vara baserade på bästa tillgängliga kunskap. I avsnitt 9.3 beskriver vi fyra huvudsakliga områden för socialtjänstens insatser kopplade till skadligt bruk och beroende: 1) kartläggning av levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete, 2) sociala stödinsatser för försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang, 3) stöd till anhöriga, och 4) insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden. Vi anser att insatser inom alla dessa fyra områden behöver utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap, för att säkerställa att de insatser man erbjuder ger

[5] Förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.
[6] Förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
[7] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1, s. 533.
[8] Kunskapsguiden 2021, https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/verksamhetsutveckling/evidensbaserad-praktik/evidensbaserad-praktik/, hämtad 2021-09-14.

bästa möjliga resultat. Det är viktigt både ur ett individperspektiv, för att enskilda personer ska få bästa möjliga hjälp och stöd, men också på verksamhetsnivå, för att utnyttja befintliga resurser så effektivt som möjligt.

Reglering i lag kan stimulera till långsiktig utveckling och forskning

Arbetet med en evidensbaserad praktik har generellt inte kommit lika långt i socialtjänsten som i hälso- och sjukvården. Att tydliggöra att verksamheten ska baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet i lagstiftningen kan bidra till att skapa mer långsiktiga förutsättningar för att en sådan utveckling prioriteras inom socialtjänsten. *Framtidens socialtjänst* konstaterar, utifrån tidigare uppföljningar och sina egna dialoger, att statliga medel i form av överenskommelser om stöd till en evidensbaserad praktik har haft effekt, men att det inte har varit tillräckligt.[9]

En bestämmelse om vetenskap och beprövad erfarenhet i socialtjänstlagen kan också tänkas motivera och stimulera till mer forskning om sociala insatser, och till att förbättra uppföljningen av insatserna.

12.3 Effektivare kunskapsstyrning genom stärkt samverkan och stöd

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.

Kunskapsstyrning kan beskrivas som en process där kunskap sprids, resultat följs upp och ny kunskap skapas med stöd av uppföljning[10]. Det kan ske på nationell, regional och lokal nivå. Vår bedömning är att de olika nivåerna för kunskapsstyrning är viktiga för att säkerställa kunskap och kompetens i verksamheter som möter personer med samsjuklighet, men att de kan behöva stärkas och att samverkan mellan

[9] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag.
[10] SOU 2012:33, Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning, s. 137.

de olika nivåerna och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver förbättras.

En förutsättning för en hälso- och sjukvård och socialtjänst baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet är att verksamheterna har tillgång till bästa möjliga kunskap. Det finns flera myndigheter som har till uppgift att sammanställa sådan kunskap inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område, bland annat Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk- och social utvärdering (SBU), Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för delaktighet (MFD) samt Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Dessa myndigheter samverkar sedan 2015, tillsammans med ytterligare fyra myndigheter[11], i det nationella rådet för styrning med kunskap. Det nationella rådet för styrning med kunskap syftar till att myndigheternas kunskapsstyrning ska vara samordnad, effektiv och behovsanpassad och till stöd för huvudmän och profession. Kopplat till rådet finns också en huvudmannagrupp, bestående av politiska företrädare för regioner och kommuner, som ska informera rådet om huvudmännens behov av kunskapsstyrning, och hur den bör utformas och kommuniceras.[12] Flera av myndigheterna i rådet har tagit fram olika former av kunskapsstöd som är aktuella för verksamheter som möter personer med samsjuklighet. Ett exempel är de nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende som Socialstyrelsen har tagit fram.[13]

Vid sidan av den statliga kunskapsstyrningen finns en regional struktur för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Den syftar till att utveckla och sprida bästa möjliga kunskap, med målet att den ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.[14] Styrgruppen för den regionala strukturen (SKS) och några av myndigheterna i rådet för att styra med kunskap ingår tillsammans i ett partnerskap till stöd för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård. Inom regionernas system för kunskapsstyrning finns 26 nationella programområden (NPO), som bland annat ska omvärldsbevaka, följa upp och analysera, leda och samordna kunskapsstyrningen inom sitt

[11] E-hälsomyndigheten, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) samt Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
[12] Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.
[13] Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. 2019-1-16.
[14] SKR 2021, https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/systemforkunskapsstyrning.48276.html, hämtad 2021-09-15.

fält[15]. Ett av programområdena är psykisk hälsa, där det finns nationella arbetsgrupper för adhd, depression och ångest, schizofreni, självskadebeteende samt missbruk och beroende, som har tagit fram vård- och insatsprogram för respektive område. Vård-och insatsprogram är kunskapsstöd vars innehåll bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar, men som är utformade för att användas i eller inför mötet mellan personal och patienter eller brukare.[16] Personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa är representerade i programområdets organisation och har deltagit i framtagandet av insatsprogrammen.

Det finns också regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) på länsnivå som stödjer huvudmännen i samverkan kring frågor som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård. Det handlar både om samverkan mellan olika kommuner, och mellan kommuner och regionen i länet. Stödstrukturerna arbetar bland annat med att identifiera behov av kunskap, samla och sprida kunskap, samt att stödja systematisk uppföljning, förbättringsarbete och kompetensutveckling. De ger också stöd genom regionala representanter i Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S) och genom att delta i Partnerskapet mellan RSS, SKR och Socialstyrelsen till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänsten.[17] Kommuner deltar också allt oftare i regionernas system för kunskapsstyrning. Ledamöter från kommuner har till exempel deltagit i samtliga arbetsgrupper i det nationella programområdet för psykisk hälsa.

Skäl för bedömningen

Samverkan behövs för spridning av bästa tillgängliga kunskap

Kunskapsstyrning har beskrivits som en nyckelfaktor för att vården och omsorgen ska bli mer jämlik, nå bättre resultat och för att höja kvalitet och säkerhet för patienter och brukare på ett resurseffektivt

[15] Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård 2021, https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/omkunskapsstyrning/organisation/nationellaprogramomradennpo.56233.html, hämtad 2021-09-15.
[16] Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård 2021, https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/programomradenochsamverkansgrupper/nationellaprogramomraden/npopsykiskhalsa.56454.html, hämtad 2021-09-15.
[17] SKR 2021, https://skr.se/skr/integrationsocialomsorg/socialomsorg/nationell kunskapsstyrning socialtjanst/regionalsamverkanochstodstrukturrss.13267.html, hämtad 2021-09-16.

sätt.[18] På senare år har det skett en utveckling på alla nivåer, såväl nationellt som regionalt och lokalt, men det finns ännu inte tillräckligt med underlag för att dra några säkra slutsatser om vilket resultat den utvecklingen innebär.

När det gäller den nationella nivån har Statskontoret haft i uppdrag att utvärdera om syftet uppnås när det gäller förordningen om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. De konstaterar i den utvärderingen att myndigheterna i större utsträckning har samordnat sina kunskapsunderlag, vilket minskat risken för dubbelarbete och motstridiga budskap. Men samtidigt har myndigheterna utmaningar att nå ut med kunskap, framför allt till kommunerna, och är beroende av regional och nationell samverkan mellan kommunerna.

Statskontoret konstaterar också att det nationella rådet för kunskapsstyrning har arbetat för att integrera socialtjänst och hälso- och sjukvård, men att det fortfarande finns utmaningar.[19] När det gäller samsjuklighet finns det särskilt starka skäl att integrera kunskapsstyrningen, eftersom hälso- och sjukvården och socialtjänsten tillsammans bildar den helhet som möter många patienter och brukare med sådana tillstånd. Det är viktigt att de kunskapsstöd som tas fram inom området inkluderar relevanta insatser och blir ett bra stöd i den samverkan som behövs. Det kan till exempel finnas behov av att uppdatera och komplettera Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende utifrån våra förslag om förändrad ansvarsfördelning i kapitel 9 och den nya obligatoriska integrerade verksamhetsformen i kapitel 11.

Samverkan inom ramen för kunskapsstyrningen behöver också ske med patient-, brukar- och anhörigorganisationer eller genom att sådana erfarenheter inhämtas på andra sätt. Sådana erfarenheter är viktiga inte minst när man ska identifiera kunskapsluckor och bedöma hur kunskap som finns i olika verksamheter och kunskapsområden kan samordnas för att möta behoven hos personer som behöver insatser av både hälso- och sjukvård och socialtjänst. I kapitel 13 konstaterar vi också att kunskapsstyrningen behöver omfatta insatser som stärker tillgången till kunskap om delaktighet och inflytande för patienter, brukare och anhöriga.

[18] SOU 2012:33, Gör det enklare! Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.
[19] Statskontoret 2018, Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Slutrapport. 2018:23.

Särskilt behov av stöd för kommunerna och socialtjänsten

Flera tidigare utredningar och utvärderingar har pekat på behovet av att stärka och stödja kommunerna och socialtjänsten i arbetet med kunskapsstyrning och en evidensbaserad praktik.

Statskontoret konstaterar i sin utvärdering att kapaciteten att ta emot kunskapsstöd hos socialtjänsten och hälso- och sjukvården har förbättrats sedan 2015, och att arbetet inom RSS och inom partnerskapet mellan RSS, SKR och Socialstyrelsen upplevs som värdefullt. Men samtidigt har RSS betydligt mindre resurser för samverkan än vad regionerna har. Det skiljer sig också mellan RSS i olika län, och strukturen för att ta emot kunskapsstöd är svagare i mindre än i större kommuner[20]. Förutsättningarna för kunskapsstyrning har också belysts inom ramen för utredningen *Sammanhållen kunskapsstyrning.* Den rör dock endast hälso- och sjukvård. Den utredningen konstaterar att flertalet regioner tycks ha strukturer för stöd till implementering och en lärande organisation för hälso- och sjukvården, men föreslår att staten ska stödja kommunernas hälso- och sjukvård genom att förstärka RSS med medel som avsätts inom ramen för överenskommelser om en god och nära vård[21]. Även utredningen *Framtidens socialtjänst* bedömer att den regionala samverkans och stödstrukturen behöver stärkas, men då utifrån socialtjänstens perspektiv. De föreslår att regeringen ska tillsätta en utredning om hur man kan säkerställa samarbetet mellan kommunerna och mellan kommunerna och staten, för att säkerställa en fungerande och effektiv kunskapsstyrning på lång sikt[22].

Utöver att stärka de regionala samverkansstrukturerna har det också framförts andra förslag för att stärka socialtjänstens arbete med kunskapsstyrning och en evidensbaserad praktik. Statskontoret föreslår till exempel att det nationella rådet för styrning med kunskap ska fortsätta att arbeta för att systematisera beprövad erfarenhet inom socialtjänsten. Ett sätt att få underlag om beprövad erfarenhet är genom uppföljning. Både Statskontoret och *Framtidens socialtjänst* har också föreslagit att det bör utvecklas stöd till kommunerna för systematisk uppföljning av verksamhet i socialtjänsten. Systematisk

[20] Statskontoret 2018, Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Slutrapport. 2018:23.
[21] SOU 2020:36, Ett nationellt sammanhållet system för kunskapsbaserad vård – ett system, många möjligheter.
[22] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

uppföljning kan beskrivas som att man regelbundet och metodiskt beskriver och mäter enskilda individers problem och behov, insatser och resultat och sammanställer denna information på gruppnivå.[23]

Det pågår redan arbete för att stödja kommunerna i deras arbete med systematisk uppföljning. Bland annat har Socialstyrelsen tagit fram en webbutbildning om individbaserad systematisk uppföljning och ett datorbaserat verktyg som ger stöd i arbetet med systematisk uppföljning inom socialtjänsten (SU-pilot), och Socialstyrelsen och SKR har genomfört gemensamma utbildningar i systematisk uppföljning i socialtjänsten. Men samtidigt visar uppgifter från Socialstyrelsens öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården att endast 16 procent av kommunerna har genomfört systematisk uppföljning uppdelat på kön, och bara 4 procent har använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling för personer som är i behov av kontakt både med socialtjänsten och regionens beroendevård eller psykiatri.[24] Vård- och omsorgsanalys har i relation till den sociala barn- och ungdomsvården konstaterat att det pågående arbetet för att förbättra systematisk uppföljning kan behöva förstärkas ytterligare, för att få mer kraft och bli etablerat som en del i den ordinarie verksamheten. Hinder för systematisk uppföljning i socialtjänsten inkluderar bland annat gamla och komplexa it-system och mindre erfarenhet och kompetens vad gäller analys av kvantitativa data, men också problem med kompetensförsörjning och hög personalomsättning samt arbetssätt med korta tidsperspektiv.[25]

12.4 Bättre uppföljning en viktig del av kunskapsstyrning och förbättringsarbete

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.

[23] Socialstyrelsen 2014, Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel.
[24] Socialstyrelsen 2021, Öppna jämförelser 2021 – Missbruks- och beroendevården.
[25] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018, Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga. Rapport 2018:9; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016, Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapport 2016:2.

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.

En viktig del av kunskapsstyrning och en evidensbaserad praktik är uppföljning. Uppföljning är också en förutsättning för kvalitets- och förbättringsarbete, forskning och utvärdering.

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om kvalitet och uppföljning. Enligt 5 kap. 4 § HSL ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras, och enligt 3 kap. 3 § SoL ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet, och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. På nationell nivå har Socialstyrelsen, enligt 4 § Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen, bland annat till uppgift att följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier.

Dagens uppföljning av vården och omsorgen för personer med samsjuklighet har dock stora brister och saknar de mest grundläggande uppgifter som behövs för att beskriva vården på nationell nivå. Det går inte att säga hur många personer som får insatser, vilka insatser som erbjuds eller vad insatserna har för resultat. Förutsättningarna skiljer sig delvis åt när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men sammantaget saknas det förutsättningar för att ge en samlad bild av innehållet i och resultatet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för personer med samsjuklighet. Både Socialstyrelsen och utredningen *Framtidens socialtjänst* har dock lämnat förslag som kan förbättra förutsättningarna, i form av ett utvidgat nationellt patientregister som inkluderar primärvården[26] och en ny lag om socialtjänstdataregister[27]. Vår bedömning är att dessa förslag bör genomföras.

[26] Socialstyrelsen 2021, Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, 2021-2-7223.
[27] SOU 2020:47, Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Slutbetänkande av Utredningen Framtidens socialtjänst.

Utöver förbättrad tillgång till grundläggande uppgifter om vården och omsorgen är det är också viktigt att uppföljningen belyser det som personer med samsjuklighet själva tycker är viktiga områden. Vi föreslår därför att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att ta fram en struktur för uppföljning som omfattar de målbilder vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och deras anhöriga.

I kapitel 16 om ikraftträdande skriver vi också om uppföljning av vår föreslagna reform och om en särskild vetenskaplig utvärdering av den obligatoriska samordnade vård- och stödverksamheten vi föreslår i kapitel 11, och i kapitel 10 har vi ett förslag om förbättrad uppföljning av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO).

Skäl för bedömningar och förslag

Uppföljning viktig för att bedöma nyttan av de insatser som erbjuds

För enskilda personer med samsjuklighet är det viktigt att vården och omsorgen följer upp att de får de insatser de behöver och vad insatserna får för resultat, för att säkerställa att vården och omsorgen motsvarar behoven, är säker och av god kvalitet. Uppföljning på individnivå är också en förutsättning för att kunna sammanställa uppgifter på gruppnivå, som sedan kan användas i verksamhetsuppföljning och i nationell uppföljning. Uppföljning på verksamhetsnivå är viktigt som en grund för att identifiera eventuella brister, för lärande och förbättring, och för att säkerställa att resurserna används på bästa sätt. Det behövs även en samlad uppföljning på nationell nivå. En samlad nationell uppföljning kan både användas som underlag för jämförelser och lärande mellan olika verksamheter, kommuner och regioner, som underlag för forskning och utveckling, och som underlag för styrning och ledning. Det kan också ge en bild av vården och omsorgen på systemnivå, till exempel vad gäller faktorer som tillgänglighet, effektivitet och jämlikhet, och ge oss alla som medborgare insyn i hur våra gemensamma resurser används.

Det behövs bättre tillgång till data för uppföljningen på nationell nivå

Vård- och omsorgsanalys har i en rapport analyserat den nationella uppföljningen av missbruks- och beroendevården[28]. I rapporten konstateras att förutsättningarna för uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser för personer med missbruk eller beroende är bättre än uppföljningen av socialtjänstens insatser, utifrån hälso- och sjukvårdens gemensamma koder för diagnoser och åtgärder och individuppgifter som rapporteras in till Socialstyrelsens hälsodataregister. Däremot omfattar uppgifterna inte personernas hela livssituation, och inkluderar inte heller alla delar av hälso- och sjukvården. I hälsodataregistren saknas uppgifter om insatser genomförda av andra yrkesgrupper än läkare i den specialiserade vården, och det finns inga uppgifter om primärvårdens insatser. Socialstyrelsen har föreslagit att bland annat uppgifter om diagnos och åtgärd för patienter i primärvården ska ingå i ett utvidgat nationellt patientregister[29], vilket skulle förbättra möjligheten att ge en samlad bild av hälso- och sjukvårdens insatser för personer med skadligt bruk och beroende.

Det finns också ett nationellt kvalitetsregister på området, *Bättre Beroendevård* (tidigare Svenskt Beroenderegister, SBR). I registret följs, förutom uppgifter om hälsa och alkohol- och drogkonsumtion, även uppgifter om till exempel boendesituation och sysselsättning. Registret inkluderar dock bara hälso- och sjukvårdens beroendevård, och täckningsgraden i form av andel individer som ingår i registret är fortfarande låg, även om det är en stor andel av verksamheterna som deltar[30].

När det gäller socialtjänsten innebär lagstiftningen som reglerar behandlingen av personuppgifter begränsningar för vad som får samlas in på nationell nivå, och förutsättningarna är därmed sämre än inom hälso- och sjukvården. För att möjliggöra uppföljning av socialtjänsten på nationell nivå förvaltar Socialstyrelsen ett antal register. Några av dessa register inkluderar barn, unga och vuxna med samsjuklighet, bland annat *Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM* och *Registret över insatser till barn och unga*. Utöver dessa register med personnummerbaserade uppgif-

[28] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016, Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapport 2016:2.
[29] Socialstyrelsen 2021, Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, 2021-2-7223.
[30] 2019 årsrapport Svenskt beroenderegister.

ter finns också annan statistik i form av mängduppgifter, till exempel om antal öppna socialtjänstinsatser till barn och unga och om antal insatser till vuxna personer med missbruk och beroende. Varken register eller övrig statistik gör det dock möjligt att särskilja personer med samsjuklighet, eller att beskriva vårdens och omsorgens innehåll på en mer detaljerade nivå. Det går inte heller att dra några slutsatser om vilka resultat vården uppnår. Både Socialstyrelsen[31], Vård- och omsorgsanalys[32] och ett flertal statliga utredningar[33], nu senast utredningen *Framtidens socialtjänst*[34], har lyft fram behovet av förbättrade möjligheter för uppföljning av socialtjänsten. I utredningen *Framtidens socialtjänst* föreslås en ny lag om socialtjänstdataregister, som skulle innebära att ett nytt socialtjänstregister regleras på motsvarande sätt som existerande hälsodataregister. Syftet är att stärka utvecklingen av och förutsättningarna för en kunskapsbaserad socialtjänst, genom att utöka den officiella statistiken inom socialtjänsten och ge Socialstyrelsen möjlighet att behandla personuppgifter.[35]

Uppföljningen behöver belysa personernas målbilder och uppfattning

Vård- och omsorgsanalys rapport om missbruks- och beroendevården bygger bland annat på intervjuer med personer med egen erfarenhet. Rapporten visar att det för personer med sådan erfarenhet ofta är viktigt med en sammanhållen uppföljning som omfattar hälsa, relationer och andra sociala och psykosociala faktorer, eftersom dessa faktorer påverkar varandra. Myndigheten menar att det saknas en gemensam struktur för en sådan uppföljning, och att den uppföljning som görs i dag utgår från olika myndigheters ansvarområden snarare än utifrån personens samlade behov. Myndigheten anser också att den uppföljning som görs på nationell nivå oftare fokuserar på struktur och processer, än på vilka resultat insatserna har för den enskilde.

[31] Bland annat för missbruks- och beroendevården i Förslag till en samlad statistik för missbruks- och beroendevården (2006).
[32] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016, Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapport 2016:2; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018, Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga. Rapport 2018:9.
[33] Bland annat Socialtjänstdatautredningen Socialtjänsten Integritet – Effektivitet SOU 2009:32 och Utredningen om rätt information i vård och omsorg Rätt information på rätt plats i rätt tid SOU 2014:23.
[34] Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. SOU 2020:47.
[35] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016, Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Rapport 2016:2.

Vi delar den bedömningen, och anser dessutom att uppföljningen för personer med samsjuklighet bör syfta till att styra verksamheterna mot det som personerna själva tycker är viktigt när de får stöd från samhällets olika aktörer. Det finns därför goda skäl att utgå ifrån de målbilder som vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och deras anhöriga. Målbilderna och hur vi har tagit fram dem beskrivs mer utförligt i kapitel 8. I korthet inkluderar målbilderna bland annat vård och stöd som är lätt att hitta och komma i kontakt med, tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån sina förutsättningar, vård och stöd som hänger ihop som en helhet och som omfattar både beroende och psykisk ohälsa, en fungerande vardag, att bli lyssnad på och stärkt i sin egen förmåga och stöd till personens nätverk. Några av målbilderna kan bara mätas och följas upp genom att fråga personerna själva om deras uppfattning, och för alla målbilder är det viktigt att följa upp hur de upplevs av dem det berör. Men det kan också handla om att bättre kunna beskriva vilka insatser som erbjuds och hur de hänger ihop, och hur strukturer och resurser för en samordnad vård och omsorg ser ut i kommuner och regioner.

Vi föreslår att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett förslag på en struktur för uppföljning av vården och omsorgen för personer med samsjuklighet. En sådan struktur bör beskriva vad som ska följas upp, vilka olika existerande datakällor som kan användas och på vilket sätt existerande datakällor behöver kompletteras och utvecklas för att bättre kunna belysa och utveckla vården och omsorgen för personer med samsjuklighet. Uppdraget bör inkludera att föreslå hur de målbilder vi tagit fram kan mätas och följas upp, och hur strukturen ska följa upp upplevelser och erfarenheter för personer med samsjuklighet. Det bör också särskilt fokusera på hur alla olika insatser inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten kan följas upp samlat, inklusive den vård som bedrivs inom de samordnade verksamheterna och på HVB. När det gäller barn och unga finns tidigare och pågående arbeten som kan vara relevanta att ta hänsyn till i uppdraget, bland annat ett förslag på en nationell struktur för uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården som Vård- och omsorgsanalys har tagit fram[36], samt ett pågående arbete

[36] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018, Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga. Rapport 2018:9.

där Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska tillgängliggöra och upprätta ett nationellt register över HVB för barn och unga[37].

[37] Regeringsbeslut. Uppdrag att tillgängliggöra och upprätta ett nationellt register över HVB och stödboenden för barn och unga samt särskilda ungdomshem. S2021/02373 (delvis).

13 Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering

Flera av våra förslag om ansvar och organisering av vård och stöd som lämnas i kapitel 9, 10 och 11 syftar till att insatserna i högre grad ska anpassas till den enskildes behov, resurser och individuella mål. I det här kapitlet redovisar vi förslag som utöver de långsiktiga strukturförändringar vi föreslår i andra kapitel, kan påskynda och förstärka ett ökat inflytande för personer med samsjuklighet och anhöriga.

Inledningsvis konstaterar vi att kunskapen om metoder och arbetssätt som stärker den enskildes inflytande över vård- och stödinsatser behöver öka samt implementeras i högre utsträckning. Därefter lämnas ett förslag om ett nationellt program för ökat kollektivt inflytande för och minskad stigmatisering av personer med samsjuklighet. Avslutningsvis beskriver vi ett förslag som syftar till att öka den enskildes möjlighet att få tillgång till ett oberoende stöd i kontakter med myndigheter och med vården. Detta ska ske genom att personer, med psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk eller beroende, i högre grad än i dag får tillgång till ett personligt ombud, att de medel som avsätts till personligt ombud ökar och att samarbetet mellan personligt ombud och civilsamhället förstärks.

13.1 Metoder som stödjer individers delaktighet och inflytande behöver utvecklas och stödjas

Bedömning: Kunskapen om metoder som stödjer den enskildes inflytande och delaktighet behöver öka och implementeras.

Vår bedömning är att det är avgörande för insatsernas resultat att enskilda upplever att de har inflytande och delaktighet över de insatser som ges. Hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen socialtjänstlagen, LVM och LPT innehåller också bestämmelser som understryker vikten av den enskildes delaktighet i vård, stöd och behandling. Om lagkraven uppnås eller inte beror på kulturen i verksamheterna och i samhället, och på i vilken mån det finns tillgång till metoder och arbetssätt som stödjer en sådan delaktighet.

Inom hälso- och sjukvården har konceptet personcentrerad vård utvecklats de senaste åren. Det innebär att vården ges med hänsyn inte bara till den enskildes behov, utan också med beaktande av resurser och individuella mål som kan beröra olika livsområden. Vårt förslag om en samordnad vård- och stödverksamhet utgår från ett sådant tankesätt. Det kommer bland annat till uttryck genom syftesbeskrivningens i 3 § i den föreslagna lagen om sådan verksamhet, där det anges att vård- och stödinsatserna ska utgå från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang.

Inom den psykiatriska vården har särskilda metoder som ska stödja den enskildes delaktighet utvecklats och utvärderats. I de nationella riktlinjerna för schizofreni och andra psykossjukdomar rekommenderas metoden Delat beslutsfattande.[1] Metoden används för att främja återhämtning genom att hjälpa individen att spela en aktiv roll i beslut som rör dennes hälsa, vård och stöd. Metoden innebär i korthet att förmedla information om olika alternativ (vanligtvis med hjälp av någon form av beslutsstöd), tydliggöra personens egna preferenser och därefter fatta gemensamma beslut om behandling eller stödinsatser.

Ytterligare ett exempel på arbetssätt som ökar individens inflytande är självvald inläggning. Modellen innebär att en patient som har kontakt med den psykiatriska vården själv kan bestämma att när

[1] Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, Stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen 2018.

patienten behöver vårdas i heldygnsvård. Möjligheten kan regleras i ett kontrakt och ibland omfatta ett visst antal vårddygn som patienten själv får ”hushålla” med. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utvärdera det vetenskapliga stödet för och den beprövade erfarenheten av insatsen.[2] En del av utvärderingen kommer belysa patienternas erfarenheter. I Norge har försök gjorts att implementera metoden även i beroendevården.[3] I den enkät som vi skickade ut till alla regioner angav 8 av regionerna att de erbjöd möjlighet till självvald inläggning för patienter med etablerad vårdkontakt inom beroendevården eller den allmänpsykiatriska specialistvården för mer än hälften av regionens befolkningsunderlag.

Vi anser att utvecklingen och implementeringen av arbetssätt som stärker den enskildes delaktighet i psykiatrisk vård inklusive beroendevård samt i socialtjänsten behöver fortsätta. Fler metoder behöver utvecklas och effekterna av metoderna studeras. Strukturer för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver omfatta insatser som stärker tillgången till kunskap inom området delaktighet och inflytande.

13.2 Det krävs fortsatt utveckling för att stärka gruppens inflytande och minska stigmatisering

Förslag: Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Delar av uppdraget föreslås genomföras tillsammans med Socialstyrelsen. Programmet ska genomföras i samverkan med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för delaktighet samt i samarbete med berörda patient, brukar- och anhörigorganisationer.

Vi föreslår att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för och att minska stigmatisering av personer med samsjuklighet. Programmet föreslås bestå av två delar. *Information och kunskaps-*

[2] Regeringsbeslut 2020-12-22, Regleringsbrev för Socialstyrelsen, p 9.
[3] Julius von Wright, Brukarstyrda platser ger makten tillbaka till patienten, Alkohol och Narkotika, 2019-09-02.

spridning som utgår från människors berättelser samt *Stöd för att skapa strukturer för systematiskt brukarinflytande*. Den del som rör stöd för att skapa strukturer för systematiskt brukarinflytande föreslås genomföras tillsammans med Socialstyrelsen.

Information och kunskapsspridning utifrån människors berättelser

Personer med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd möts ofta av negativa och stereotypa föreställningar om hur de är, eller vad man kan förvänta sig av dem. Ett sätt att motverka fördomar kan vara att tillgängliggöra berättelser som beskriver människor med sådana erfarenheter som vanliga personer med olika intressen, bakgrund och historia. Ett sådant angreppsätt användes när det gäller psykisk ohälsa i den nationella kampanjen Hjärnkoll, som numera är ett riksförbund som förmedlar tjänster där personer med egen erfarenhet berättar om psykisk ohälsa. Utredningen bedömer att erfarenheterna från Hjärnkoll kan vara användbara i utformningen av information som utgår från de berättelser som personer med skadligt bruk, beroende och psykiatriska tillstånd har. Samtidigt anser vi att det ska vara upp till Folkhälsomyndigheten och dess samarbetspartners att välja de metoder som har bäst effekt. Kunskap om vilka budskap och kanaler som kan förändra negativa attityder mot grupper och individer bör samlas in och beaktas inom ramen för programmet.

Syftet med att förmedla människors berättelser bör vara att normalisera och sakligt beskriva olika levnadsförhållanden. Enskildas väg till drogfrihet eller skrämmande berättelser om förfall som använts tidigare i andra kampanjer bör undvikas.

Vissa insatser inom ramen för programmet kan vara inriktade mot språkbruk. I dag förekommer ord som knarkare, missbrukare och psyksjuk till exempel i media. Missbrukare förekommer också i lagstiftningen, och i kapitel 9 föreslår vi att det begreppet byts ut mot skadligt bruk eller beroende i de lagar som reglerar hälso- och sjukvård och socialtjänst. De personer med samsjuklighet som vi har träffat beskriver att fördömande och skuldbeläggande begrepp kan påverka självbilden negativt och skapa en känsla av att man inte har rätt till vård och stöd. Inom ramen för programmet kan forskning om språkets betydelse för stigmatisering samlas in och spridas. Även

att öka kunskapen om hur personer med egen erfarenhet upplever och reagerar på vissa ord kan vara en del av programmet, liksom att ta fram rekommendationer om hur skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd, och personer med sådan ohälsa kan beskrivas på ett sakligt och neutralt sätt. I utformningen av programmet kan myndigheten beakta erfarenheter från Australien där liknande insatser genomförs vilket närmare beskrivs i kapitel 7.

Vi har valt att inte närmare definiera målgruppen för uppdraget. Syftet är att fortsätta det arbete som redan bedrivits för minskad stigmatisering av personer med psykisk ohälsa men att inkludera även personer med skadligt bruk eller beroende. Ytterst blir det en fråga för Folkhälsomyndigheten och de som myndigheten samverkar med i uppdraget att avgöra hur målgruppen ska avgränsas. Vi anser också att psykisk ohälsa i det här sammanhanget är bättre än sjukdom eftersom det är bredare och tar sikte på den enskildes hela livssituation och vardag, och inte bara på symtom.

Stöd för att skapa strukturer för systematiskt brukarinflytande

Vi anser att det behövs strukturer för systematiskt brukarinflytande. Med strukturer för systematiskt brukarinflytande avses att det återkommande sker en analys av hur patienter och klienters erfarenheter och kunskap kan bli en integrerad del verksamhetens styrning, utveckling och uppföljning. Brukarinflytande bör finnas kontinuerligt och tas med från början i olika förändrings- och förbättringsarbeten. Verksamheterna behöver pröva olika former av inflytande och utvärdera insatserna tillsammans med de som varit delaktiga. Det behöver vara klart vad inflytandet syftar till, på vilka nivåer det ska ske och hur det ska genomföras.

Kollektivt brukarinflytande kan utövas på flera olika sätt. Det kan till exempel ske genom ett råd som består av patienter eller brukare i en viss verksamhet eller gemensamt för flera verksamheter. Rådet kan till exempel vara delaktig i verksamhetsutveckling, förmedla erfarenhet från brukare och vara med och diskutera strategiska vägval för verksamheten. Rådet kan bestå av enskilda brukare och patienter ochav personer som företräder en viss organisation.

Ett annat sätt för brukare att utöva inflytande över verksamheten är genom brukarstyrda revisioner. Dessa genomförs av extern revisors-

grupp med egen erfarenhet från liknande verksamhet. Gruppen ansvarar för revisionen i allt från framtagande av enkätfrågor till analys av svaren och rapportsammanställning. Resultatet av revisionen återförs till personalen i verksamhet, ledningsfunktioner och ansvariga politiker. Genom att revisionernas genomförs av personer med egen erfarenhet blir svarsfrekvensen högre och de personer som genomför revisionerna växer i sitt tillfrisknande. Genom brukarstyrda revisioner kan därför brukare och patienter tydligare uppleva att deras synpunkter är viktiga för verksamheterna.

På senare tid har även andra former av inflytande utvecklats i vissa verksamheter. Ett sådant exempel är att anställa personer med patient- och brukarerfarenhet som peer support som ger vissa vård- och stödinsatser till personer i till exempel psykiatrin, vilket beskrivs närmare i kapitel 11. Arbetssättet är sedan tidigare en etablerad del i vissa behandlingsformer som riktar sig till personer med skadligt bruk och beroende. Till exempel finns sådana inslag i tolvstegsmetoden.

En annan modell som förekommer är att personer med egen erfarenhet anställs för att utveckla brukarperspektivet i verksamheten till exempel genom att samla in synpunkter från de som använder verksamheten och lyfta in dem i löpande förbättringsarbete. Ibland kallas sådana funktioner för brukarinflytandesamordnare (Bisam).

I kapitel 2 och kapitel 8 beskriver vi hur personer med egen erfarenhet kan involveras i utvecklingen av verksamheter genom modeller som bygger på användarbaserad tjänsteutveckling. Vår bedömning är att det arbetssättet ger större förutsättningar för faktiskt delaktighet i förbättring av organisation och arbetssätt, än att bara inhämta synpunkter till exempel genom någon form av råd. I kapitel 16 pekar vi på att sådana modeller kan användas i samband med införandet av den samordnade vård- och stödverksamheten.

Inom ramen för programmet som vi föreslår ska kunskap sammanställas om metoder för kollektivt brukarinflytande och metodernas effekter. Programmet ska stödja kommuner, regioner och patient- och brukarorganisationer att pröva, genomföra och följa upp metoder för kollektivt brukarinflytande. Ett långsiktigt mål med programmet är att det skapas strukturer för systematiskt brukarinflytande i alla kommuner och regioner.

Samarbete med berörda patient, brukar och anhörigorganisationer

Ett program av den karaktär som vi föreslår måste, utgå från erfarenheter och kunskap hos personer med erfarenhet av skadligt bruk, beroende och annan psykisk ohälsa och deras anhöriga. Därför behöver organisationer som företräder personer med sådana erfarenheter involveras tidigt och ha en roll i styrning och genomförande av projektet. Det finns ett antal föreningar som företräder personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiska sjukdomar samt anhöriga. Det bör vara upp till Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen att avgöra hur samarbetet med organisationerna ska bedrivas och vilka organisationer som ska omfattas. En avgränsning är dock att det ska handla om föreningar som organiserar personer med egen erfarenhet av skadligt bruk, beroende, psykisk ohälsa eller av att vara anhörig.

Skäl för förslaget

Stigmatisering kan påverka vården

Det finns betydande forskning inom området som undersökt förekomsten av stigmatisering både bland vårdpersonal och i befolkningen. Även effekterna av stigmatisering har studerats med vetenskapliga metoder[4]. En fallstudie som beskrev skadligt bruk hos unga vuxna beskrev stigma som en delorsak till att personer som dött i överdoser inte sökt vård för sitt beroende[5]. Även omgivningens attityder har studerats. Sådana studier visar bland annat att personer med skadligt bruk av narkotika bemöts med rädsla, avsky och avståndstagande. I forskningen har även konstaterats att terminologi kan vara stigmatiserande och påverka verksamhetens innehåll och personalens beteende. Bland annat använder kliniker mer bestraffande metoder om ”abuse” används som begrepp i stället för ”subastance use och disorders.[6]

[4] För en översikt, se t.ex. Kulesza, M. m.fl. Substance Use Related Stigma, What we know and the way forward, Journal of addictive behaviors, therapy and rehabilitation, publicerad online maj 2013.
[5] Hadland m.fl., 2018, Stigma associated with medication treatment for young adults with opiod use disorder; a case series, Addication science and clinic practise.
[6] Ashford m.fl., 2019, Biased labels: An experimental study of language and stigma among individuels in recovery and health professionels, Substannce use and Misuse, s. 1376–1284, april 2019.

Orsakerna till stigmatiseringen kan vara flera. Det kan det handla om att vissa beteenden kulturellt anses som dåliga eller att skadligt bruk och beroende betraktas som en svaghet som man ser ner på. Hur samhället sanktionerar vissa beteenden kan också ha betydelse. I kapitel 10 gör vi bedömningen att kriminaliseringen av eget bruk av narkotika behöver utvärderas bland annat utifrån hur det påverkar vård och behandling av personer med samsjuklighet och andra personer med skadligt bruk och beroende.

En annan orsak till stigmatisering kan vara att personer med skadligt bruk, beroende eller andra psykiatriska tillstånd kan ha beteenden som är kraftigt avvikande från normen, och som kan vara svåra att bemöta och i vissa fall farliga för personerna själva och för andra. Detta ställer särskilda krav på etisk reflektion, tillräckliga resurser och samarbete mellan olika kompetenser. En viktig del är att genom samtal med personer det berör ta reda på varför svåra situationer uppstår och hur de kan undvikas.

Även anhöriga som vi har varit i kontakt med har känt sig anklagade för den situation som familjen befinner sig i. Ofta uppfattar man också att man är i vägen som anhörig och att ens resurser inte tas tillvara.

Brukarinflytande behöver stärkas

Personer med samsjuklighet och andra personer med skadligt bruk eller beroende har ett begränsat inflytande på de verksamheter som de får insatser av. Exempelvis har antalet brukarråd minskat över tiden och i dag finns sådana endast i ungefär hälften av landets län.[7] I den enkät vi skickade ut till regionerna angav endast 6 att de hade ett särskilt brukarråd för verksamhet som rör personer med skadligt bruk och beroende och ytterligare 6 att de hade ett gemensamt brukarråd för all psykiatrisk verksamhet. Bara drygt hälften av kommunerna anger att de använder brukarnas uppfattningar för att utveckla verksamheten inom socialpsykiatrin[8]. Vi anser att brukarråd behöver finnas i alla verksamheter som möter personer med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd. Av särskilt intresse kan

[7] Verdandi, bilaga till förbundsstyrelsens verksamhetsberättelse, extrakongressen 2020.
[8] Öppna jämförelser, personer med funktionsnedsättning 2020.

vara att ha gemensamma råd över huvudmannagränserna som kan påverka helheten av de insatser som region och kommun ansvarar för.

Vi anser också att användarnas perspektiv behöver spela roll i uppföljning och utveckling av verksamheter. Här kan brukarstyrda revisioner vara ett användbart verktyg. Ungefär ett fyrtiotal kommuner uppger i öppna jämförelser att de genomfört sådana[9].

Som framgått i kapitel 2 och 8 har vi genom en kvalitativ metod undersökt vilka mål som personer med samsjuklighet och anhöriga anser är viktigast att samhällets samlade insatser uppnår. Vår bedömning är att sådana kvalitativa arbetssätt utvecklar verksamheterna underifrån och belyser behovet av förbättringar från användarnas perspektiv. Som framgår av kapitel 16 anser vi att vård- och stödverksamheterna ska utvecklas bland annat genom sådana kvalitativa metoder.

Det finns behov av en nationell motor

Strukturer för systematiskt brukarinflytande finns sällan i dag. I samband med implementeringen av den första versionen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk och beroende hölls utvecklingen av brukarinflytande samman genom insatser av Sveriges Kommuner och regioner (SKR).[10] Det bidrog till att antalet verksamheter som arbetade med brukarinflytande ökade och att det skedde en kontinuerlig metodutveckling. Den utvecklingen har avstannat och i viss mån gått bakåt, efter att den nationella stödstrukturen avvecklats. Vi konstaterar därför att det krävs en nationell motor för att driva på, utveckla och stödja strukturer för systematiskt brukarinflytande. Programmet vi föreslår anser vi kan vara en sådan motor för brukarinflytande.

Uppdragets fokus är förändring av attityder Vi har övervägt om Folkhälsomyndigheten eller Socialstyrelsen är den mest lämpliga myndigheten att ansvara för programmet. I den del som handlar stigmatisering bör Folkhälsomyndigheten med sitt befolkningsinriktade uppdrag få ansvaret för programmet. Socialstyrelsen har dock ansvar för att stödja användningen av vetenskap och beprövad erfarenhet i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den del som handlar om

[9] Socialstyrelsens Öppna jämförelser missbruk och beroende 2020.
[10] Dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting, SKL

brukarinflytande kan anses omfattas av det uppdraget. Samtidigt konstaterar vi att även den delen handlar om att förändra attityder i samhället genom att kunskap hos brukare och patienter i socialtjänst och hälso- och sjukvård tas tillvara. I det finns inte bara kvalitetsaspekter utan också starka demokratiaspekter. Vi ser också att metoder som användarbaserad tjänsteutveckling med fördel kan användas i verksamhetsutveckling. Sådana metoder tillämpas på ett övergripande plan och rör delaktighet och inflytande i samhället för olika medborgargrupper. Detta spelar också roll för hälsans utveckling i samhället. Vår slutsats blir därför att Folkhälsomyndigheten är bäst lämpad att ansvara för programmet i sin helhet men att det bör genomföras tillsammans Socialstyrelsen i den del som handlar om att skapa strukturer för systematiskt brukarinflytande. Därutöver ska Folkhälsomyndigheten samverka med flera andra myndigheter inom ramen för uppdraget.

13.3 Tillgång till oberoende stödfunktioner behöver öka

En viktig åtgärd för att stärka den enskildes ställning är tillgången till ett oberoende stöd i kontakten med hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra myndigheter. En sådant stöd utjämnar maktförhållande och stärker förutsättningarna för den enskilde att beskriva sina mål, behov och resurser. Vi konstaterar därför att personligt ombud är en viktig insats för personer som har en psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk eller beroende. Vi har också gjort iakttagelsen att organisationer i civilsamhället ofta spelar en viktig roll för målgruppen. Därför vill vi stärka samarbetet mellan personliga ombud och civilsamhället.

13.3.1 Personer med skadligt bruk och beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud

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

Socialstyrelsen bör, inom ramen för den årliga uppföljningen av statsbidraget, särskilt följa att personer med skadligt bruk och beroende som uppfyller kriterierna i förordningen, ges möjlighet till personligt ombud där insatsen erbjuds.

Personligt ombud vänder sig till personer från 18 år och uppåt som till följd av psykisk ohälsa har psykiska funktionsnedsättningar. Funktionsnedsättningen ska vara betydande och personen ska ha väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter inom olika livsområden. Verksamheten med personligt ombud syftar till att den enskilde ska:

- ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället,
- ha möjlighet att leva ett mer självständigt liv och få bättre livssituation och,
- ges möjligt att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor samt rättshjälp. Rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov.

Vidare syftar den till att få myndigheter, kommuner och regioner att samverka utifrån den enskildes önskemål och behov samt att de sammanställer ett underlag till åtgärder som kan förebygga brister när det gäller den enskildes tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service.

Enligt de uppgifter vi har tillgång till, ser målgruppen som erbjuds stöd i form av personligt ombud olika ut i landet, vilket troligtvis till stor del beror på hur begreppet psykisk funktionsnedsättning tolkas. Vi gör bedömningen att alla psykiatriska sjukdomar, inklusive skadligt bruk och beroende kan leda till en funktionsnedsättning, vilket vi utvecklar i kapitel 9 och 11. Det innebär att kommunerna inte längre ska kunna göra olika bedömningar av om personer med skadligt bruk och beroende ska kunna ingå i målgruppen för stödet.

Socialstyrelsen bör särskilt i sina årliga uppföljningar, följa att personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk och beroende, inte exkluderas om övriga villkor i förordningen är uppfyllda.

13.3.2 Höjning av statsbidrag avsatta för personliga ombud

Förslag: Staten höjer de permanenta medel som avsätts inom ramen för Förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar från 100 miljoner till 150 miljoner.

Skäl för förslaget

Personliga ombud inrättades som en del av psykiatrireformen.[11] Tio pilotverksamheter testade olika metoder och arbetssätt för att se hur man kunde arbeta som ett personligt ombud och utvärderingen av pilotverksamheterna visade att personernas konsumtion av psykiatrisk vård minskade och deras livskvalitet ökade. I utvärderingen förordade Socialstyrelsen att kommunerna ska ha ansvaret för verksamheten bland annat med tanke på att man alltid är kommuninvånare men inte alltid patient.[12] Regeringen beslutade år 2000 att verksamheter med personliga ombud skulle bli permanenta och landsomfattande.[13]

Under 2020 hade 247 av landets 290 kommuner verksamhet med personligt ombud, vilket är en minskning med 13 kommuner jämfört med föregående år. Under 2020 fanns det 340 personliga ombud i landet (317 heltidstjänster) vilket är en minskning med 10 personliga ombud, och en minskning med 12 heltidstjänster jämfört med föregående år. Även antalet klienter har minskat med 530 personer jämfört med 2019.[14]

Regeringen beslutade i höstbudgeten 2019 om en treårig höjning av anslaget till personligt ombud. Under perioden 2020–2022 är reger-

[11] Psykisk störda villkor, proposition 1993/94:218.
[12] Socialstyrelsen 2014, Personligt ombud för personer med psykisk funktionsnedsättning.
[13] Regeringsbeslut S98/7454/ST, S1999/4985/ST.
[14] Socialstyrelsen 2021, Lägesrapport om verksamhet med personliga ombud (S2019/00151/FST).

ingens avsikt att avsätta 130 miljoner kronor per år. Av kommunernas återrapporter till Socialstyrelsen för 2020 framgår att det finns en oro för vad som kommer att hända från 2023. Om kommunerna under perioden 2020–2022 etablerar fler verksamheter och statsbidraget minskar från 2023, medför det att kommunerna står utan en kostnadstäckning för delar av verksamheterna.

Vi gör bedömningen att personer som får insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten som vi föreslår i kapitel 11, vanligtvis inte kommer att ha behov av ett personligt ombud under tiden de är deltagare i verksamheten. Personligt ombud kan dock vara en förutsättning för att personer ska kunna slussas ut från den samordnade vård- och stödverksamheten till ordinarie vård och omsorg. I nuläget finns en högre efterfrågan, än vad det finns personliga ombud. 2020 redovisar 18 av 20 län att det är väntetider för att få ett personligt ombud.[15] I och med att vi tydliggör att personer som har en psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk och beroende omfattas av målgruppen kommer målgruppen utökas i de verksamheter som i dag utesluter gruppen. I dag bedriver merparten av kommunerna verksamhet med personligt ombud. Att inte alla kommuner gör det bidrar emellertid till ojämlikhet. Vi bedömer därför att regeringen bör avsätta ytterligare permanenta medel inom ramen för förordningen och att dessa medel från och med 2023 ska uppgå till 150 miljoner kronor årligen.

13.3.3 Medel avsätts särskilt för att stärka samverkan med civilsamhället

Förslag: Av det ökade anslaget till personliga ombud ska 10 miljoner avsättas för att stärka samverkan med civilsamhället. Förordningen ändras på så sätt att samverkan med civilsamhället framgår som ett frivilligt kriterium.

Civilsamhället är en viktig del i det stöd som ges till målgruppen, vilket också ofta påtalas i de kontakter vi haft med personer med egen erfarenhet. Ofta har fristående organisationer bättre förutsättningar att nå personer i social utsatthet än kommunen och andra myndigheter. Vi bedömer därför att civilsamhället bör kunna ha en

[15] Socialstyrelsen 2021, Lägesrapport om verksamhet med personliga ombud (S2019/00151/FST).

större roll i verksamheter med personligt ombud. Exempelvis kan det ske genom att personliga ombud finns i öppna verksamheter som möter personer med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd. Samarbetet kan också innebära att en frivilligorganisation får medel och utbildning för att ge enskilda råd och stöd i myndighetskontakter inom ramen för Personligt ombud-verksamheten. Ett sätt att samverka med civilsamhällesorganisationerna är genom så kallat Idéburet Offentligt Partnerskap (IOP). Vi anser att en del av medlen som avsätts inom ramen för förordningen bör fördelas till kommuner som verkar för samverkan med civilsamhället om personliga ombudsverksamheter. Detta är enligt vår bedömning mer förenligt med reglerna om statsstöd än till exempel direkta bidrag till frivilliga organisationerna.

Kommuner som vill ta del av de extra medlen som avsätts för samarbete med frivilligorganisationer bör redovisa i ansökan vilka organisationer de ska samarbeta med och hur samarbetet ska se ut.

14 En gemensam tvångslagstiftning

14.1 Bakgrund

Utredningens ska, enligt direktivet, föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Vad särskilt gäller tvångsvård uttalas i direktiven att det finns ett behov av att stärka vården för personer med samsjuklighet som vårdas utan samtycke med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Många människor med missbruks- eller beroendeproblem vårdas även inom den psykiatriska tvångsvården och många personer inom den psykiatriska tvångsvården har en samtidig missbruks- eller beroendeproblematik. Varken LPT-vården inom hälso- och sjukvården eller LVM-vården (enligt lagen [1988:870] om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM) inom socialtjänsten och på de statliga LVM-hemmen är organiserad på ett optimalt sätt för att behandla denna samsjuklighet. Enligt direktiven finns det därför skäl att överväga om *en mer integrerad lagstiftning* skulle kunna skapa förutsättningar för *en mer kontinuerlig vård* för personer med en *mer allvarlig samsjuklighetsproblematik*.

Utredaren ska *analysera för- och nackdelar* med en gemensam lagstiftning för personer utan samtycke enligt LVM och LPT och om möjligt lämna förslag på hur frågan kan hanteras vidare. Det ingår alltså *inte* i uppdraget att ta fram lagförslag.

I detta kapitel beskrivs nuvarande regelverk, Statens institutionsstyrelses uppdrag och vissa data kring personer som vårdas enligt LVM och LPT. Därefter redogör vi för vår analys av för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke. Avslutningsvis beskrivs inriktningen på en ny reglering av vård utan samtycke vid skadligt bruk eller beroende och ges förslag på hur frågan kan hanteras vidare.

Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar även för de särskilda ungdomshemmen som bedriver vård och behandling av ungdomar som är omhändertagna enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, och enligt lagen (1998:603) om verkställande av sluten ungdomsvård, förkortad LSU. Sluten ungdomsvård enligt LSU avser verkställighet för ungdomar som begått brott och det är en straffrättslig påföljd. Även frivilligt placerade ungdomar kan vårdas vid ungdomshemmen med stöd av socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL.

Våra direktiv är begränsade till att analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT. Vi menar ändå, att det är viktigt, inte minst från ett barnperspektiv, att beakta att en stor del av de intagna i ungdomsvården också har en samsjuklighetsproblematik. Hanteringen av detta får dock utredas och behandlas i annat sammanhang. I förevarande kapitel koncentreras framställningen på analysen av för- och nackdelar av en integrerad tvångslag vad gäller LPT och LVM i enlighet med direktiven.

14.2 Domstolsstatistik

De allmänna förvaltningsdomstolarna, 12 förvaltningsrätter och fyra kammarrätter, handlägger bland annat mål avseende LPT, LRV, LVM och LVU.

När det gäller psykiatrimålen avseende LPT och LRV ingår däri en rad olika ärendeslag som är föremål för förvaltningsrättens prövning. Det rör allt ifrån medgivande till fortsatt vård, beslut om övergång i öppen eller sluten vårdform och underställningsbeslut vid konvertering, till överklagande av chefsöverläkarens intagningsbeslut eller avslag till exempel på begäran om permission. I måltypen ingår

också rättens prövning i fråga om patienter som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning.

När det gäller LVM-målen ingår exempelvis förvaltningsrättens initiala beslut om tvångsvård, rättens prövning av underställningsbeslut efter ett omedelbart omhändertagande liksom olika överklaganden till exempel av förvaltningsrättens beslut om tvångsvård eller beslut av Statens institutionsstyrelse.

Domstolsstatistiken visar att *psykiatrimålen i förvaltningsrätterna* de senaste fem åren har varit relativt konstant (tabell 14.1), med cirka 14 000 inkomna mål per år. *LVU-målen* har däremot ökat med knappt 1 000 mål 2020 jämfört med 2016. *LVM-målen* har legat på i snitt 1 300 mål per år dock med en konstant nedgång från 1 402 mål 2016 till 1 253 mål 2020.

Tabell 14.1

Inkomna mål, förvaltningsrätter[1]	2016	2017	2018	2019	2020
Psykiatrimål	13 987	13 475	14 109	14 511	14 633
LVU-mål	4 490	4 674	4 835	5 280	5 401
LVM-mål	1 402	1 383	1 300	1 285	1 253

Inkomna mål till *kammarrätterna* (tabell 14.2) ger en indikation på hur många mål av respektive ärendeslag som överklagas. Det är endast i mål där Statens institutionsstyrelse (SiS) fattat beslut om vissa begränsningar och tvångsåtgärder enligt LVM som det krävs prövningstillstånd i kammarrätten, inte vid överklagande av förvaltningsrättens beslut om beredande av vård.

Tabell 14.2

Inkomna mål, kammarrätter[2]	2016	2017	2018	2019	2020
Psykiatrimål	1 544	1 528	1 744	1 889	2 116
LVU-mål	1 796	1 977	2 259	2 463	2 718
LVM-mål	313	324	349	370	368

[1] Domstolsverket, Domstolsstatistik 2020, Tabell 2.1.
[2] Domstolsverket, Domstolsstatistik 2020, tabell 2.7.

Det kan konstateras att LVM-målen i kammarrätterna är relativt få. Vi har inte undersökt vad som är skälet till det. Den enskilde ges i princip samma möjlighet att överklaga enligt LVM och LPT.

14.3 Statens institutionsstyrelse

Enligt 1 § förordning (2007:1132) med instruktion för Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar SiS för sådana hem som avses i 12 § LVU (särskilda ungdomshem) samt 22 och 23 §§ LVM (LVM-hem).

Myndigheten ska särskilt svara för 1. planering, ledning och drift av de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen, 2. anvisning av platser till hemmen, 3. ekonomisk styrning, resultatuppföljning och kontroll, 4. metodutveckling, forskning, uppföljning av vårdresultat samt utvecklingsarbete (2 §). Enligt 3 § får SiS utföra uppdrag åt kommuner och regioner i samband med avgiftning av missbrukare, utslussning, eftervård eller andra insatser som anknyter till verksamheten vid sådana hem som anges i 1 §.

Enligt 4 § instruktionen ska myndigheten utforma sin verksamhet så att den utgår från flickors och pojkars samt kvinnors och mäns villkor och behov, inför beslut eller andra åtgärder som kan röra barn bedöma konsekvenserna för barn och därvid ta särskild hänsyn till barns bästa. Myndigheten ska i sin verksamhet utgå från ett brukarperspektiv och ska, enligt 5 §, genom samverkan med andra myndigheter och övriga aktörer, verka för att brukarna får en sammanhållen vård.

Av 6 kap. 3 § första stycket SoL framgår att behovet av sådana hem som avses i 12 § LVU och sådana som avses i 22 och 23 §§ LVM, ska tillgodoses av staten och att det är SiS som leder verksamheten vid hemmen. SiS får, enligt 3 § andra stycket, om det finns särskilda skäl för det, genom avtal uppdra åt en region eller en kommun att inrätta och driva ett särskilt ungdomshem eller LVM-hem.

Staten får, enligt 6 kap. 3 § tredje stycket SoL, ta ut avgift av den kommun som begärt placeringen. Enligt 3 § Statens institutionsstyrelses författningssamling SiSFS 2020:2 är vårdavgiften vid vård enligt LVM 5 000 kronor per vårddygn. För vissa klienter, som har särskilda resursbehov, behövs extra insatser. För sådana insatser kan Statens institutionsstyrelse och socialtjänsten ingå avtal om förhöjd avgift. För ungdomar varierar avgiften, enligt 3 § SiSFS 2020:1 mel-

lan 5 100 och 13 800 kronor per vårddygn beroende på vilken insats som ges.

Definitionsmässigt betraktas SiS:s verksamhet som *socialtjänst* men myndigheten bedriver även viss hälso- och sjukvård och är anmäld som *vårdgivare* till Inspektionen för vård och omsorg i enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659). Definitionen ska ses mot bakgrund av regeringens resonemang kring begreppet socialtjänst i samband med att nu gällande socialtjänstlag infördes och där regeringen sökte ledning i då gällande sekretesslag, numera 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Enligt den bestämmelsen förstås med socialtjänst 1. verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst, 2. verksamhet enligt den särskilda lagstiftningen om vård av unga och av missbrukare utan samtycke, och 3. verksamhet som i annat fall enligt lag handhas av socialnämnd eller av Statens institutionsstyrelse.

Enligt regeringens mening skulle sålunda med socialtjänst bland annat förstås verksamhet enligt lagstiftningen om socialtjänst och anslutande särskild lagstiftning om vård av unga och av missbrukare utan samtycke och verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse.[3] Uppräkningen i propositionen av verksamheter m.m. som innefattas i begreppet socialtjänst ansågs vara uttömmande och omfattar även sådan verksamhet som bedrivs av enskilda. Med ”verksamhet” förstås inte enbart den verksamhet som utgörs av handläggning av ett ärende utan även rent faktisk verksamhet, som till exempel handlingar och uppgifter i övrigt som gäller uppsökande verksamhet, social hemhjälp, kommunal färdtjänst, behandlingshem och servicehus samt socialnämnds utredning och framställning enligt särskild lagstiftning om vård av unga och av missbrukare utan samtycke.[4]

[3] Prop. 2000/01:80 s. 136.
[4] Prop. 2000/01:80 s. 136 f. Utredningen Framtidens socialtjänst (SOU 2020:47) föreslår att det införs en ny bestämmelse i SoL som anger att med socialtjänst avses i lagen 1) verksamhet som bedrivs med stöd av lagen, 2) verksamhet som bedrivs med stöd av LVU och LVM, eller annan verksamhet som enligt lag eller förordning ska bedrivas av socialnämnd eller Statens institutionsstyrelse, s. 293 ff. särskilt s. 306.

14.4 Klienten och patienten i tvångsvården

14.4.1 LVM

Enligt SiS verksamhetsplan 2020 hade SiS 374 beslutade platser på 11 LVM-hem den 1 januari 2020.

Den 1 november 2019 tvångsvårdades 322 personer på institution enligt LVM, varav 33 procent var kvinnor. Det var en ökning med 6 procent av antalet personer som tvångsvårdades jämfört med samma datum 2018.

Samsjukligheten är betydande hos personer som vårdas enligt LVM. Drygt en tredjedel av klienterna har tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård och nästan två tredjedelar har erfarenhet av frivillig psykiatrisk vård. Kvinnor anger i större utsträckning än män att de har psykosociala problem. Hälften av kvinnorna anger att de någon gång avsiktligt försökt skada sig själva och 45 procent att de någon gång försökt begå självmord. En fjärdedel av dem som skrivs in i vården har upplevt hallucinationer eller tvångstankar under den senaste sexmånadersperioden. Hälften har utretts för adhd.[5] Enligt medarbetare på en SiS-institution för kvinnor har många av de intagna erfarenhet av trauman ofta i form av sexuella övergrepp.

De intagna i LVM-vården har också betydande sociala svårigheter. Bland annat saknar fem av tio egen bostad. Många har tidigare dömts för brott och har erfarenhet av våld både som offer och förövare. Enligt SiS har klienterna ofta behov av insatser som ökar förmågan att utföra vardagsaktiviteter som att handla, sköta hushåll och samspela med andra.

Under 2020 hade SiS totalt 947 intagningar på LVM-hem (889 individer), 311 kvinnor och 578 män.[6] 222 intagningar (23 procent) grundade sig på beslut enligt 4 § LVM, dvs. ett ordinärt beslutsförfarande om beredande av vård. 712 intagningar (75 procent grundade sig på ett omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM.

Medelåldern på de intagna var drygt 34 år för kvinnor och knappt 39 år för män. Maximiåldern var 80 år.

I 23 procent av intagningarna var registrerat ett alkoholmissbruk, i 29 procent ett narkotikamissbruk (vari ingår flyktiga lösningsmedel) och i 4 procent både alkohol och narkotika. Uppgifterna baseras på vad socialtjänsten har angett i ansökan om plats vid SiS. I 43 procent

[5] Socialstyrelsen, Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2021, s. 50 f.
[6] Statens institutionsstyrelse, SiS i korthet 2020.

av intagningarna hade dock inte något missbruksmedel registrerats.[7] Vid ett studiebesök som vi gjort på ett LVM-hem uppgav personalen att de uppfattade att majoriteten av klienterna har ett blandmissbruk. De menade också att det hade förändrats jämfört med tidigare då det var vanligare att klienternas bruk i högre grad var kopplade till en viss substans. Personalen uppgav också att bland klienterna, som vid det aktuella hemmet enbart var kvinnor, hade majoriteten erfarenhet av trauma och andra övergrepp.

Av antalet utskrivningar (829) där klienten vårdats enligt 4 § LVM hade 652 (79 procent) fått vård i annan form enligt 27 § LVM.

Vårdtiden i majoriteten av fallen (787) var >179 dygn. 35 procent av klienterna skrevs ut till HVB- eller familjehem (92 kvinnor, 252 män), 28 procent till eget boende (95 kvinnor, 184 män), 9 procent till inackorderingshem/träningslägenhet eller stödboende (23 kvinnor och 68 män). 3 procent (7 kvinnor, 20 män) skrevs ut till härbärge eller bostadslöshet.

14.4.2 LVU

Under 2018 togs 1 107 personer in på SiS ungdomshem. I SiS statistik för det aktuella året ingår uppgifter för 771 av dem, 243 flickor (32 procent) och 528 pojkar (68 procent). 71 procent av de intagna ungdomarna placerades på grund av missbruk. I direkt anslutning till intagningen på SiS kom 25 procent av ungdomarna från ett annat behandlingshem och 3 procent kom från avgiftningsklinik eller psykiatrisk klinik.

Många ungdomar uppger en psykiatrisk problematik. Månaden före intagning på SiS-institution hade bland annat 24 procent upplevt svår depression, 36 procent svår oro/spänning, 11 procent självmordstankar, 6 procent självmordsförsök och 14 procent hallucinationer.

I samtal med utredningen har kvinnor som vårdats enligt LVU-beskrivit att de uppfattar att hälsan generellt är nedsatt hos flickor intagna på de särskilda ungdomshemmen, att många har behov av stöd för förbättrad sexuell och reproduktiv hälsa och att många har erfarenhet av övergrepp och andra trauman.

[7] Statens institutionsstyrelse, SiS i korthet 2020 s. 14.

14.4.3 LPT och LRV

Under 2019 vårdades cirka 12 300 personer i sluten psykiatrisk tvångsvård.[8] Bland de personer som vårdades enligt LPT 2015–2019 hade två femtedelar en schizofreni eller annan psykossjukdom som huvuddiagnos. 3 procent av de tvångsvårdade enligt LPT hade också vårdats enligt LVM under samma tidsperiod.

Det är ungefär lika många män som kvinnor som tvångsvårdas. Av männen hade 36 procent en diagnos orsakad av psykoaktiva substanser vilket är en betydligt större andel än bland kvinnorna.

Vårdtiderna bland personer som tvångsvårdas enligt LPT är korta. Fler än hälften vårdas 2 veckor eller mindre.

Knappt 1 900 personer vårdades enligt lagen om rättspsykiatrisk vård under 2019. Bland dessa personer är skadligt bruk och beroende vanligt. Rapporter från det rättspsykiatriska kvalitetsregistret visar att 60–70 procent av patienterna har en sådan problematik.[9] Många har också en dålig somatisk hälsa och behov sociala stödinsatser som till exempel hjälp att sköta sin ekonomi.

14.5 Allmänt om LPT, LRV och LVM

Lagen (1991:1128 om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, infördes den 1 januari 1992. LPT innehåller föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) medan LRV reglerar tvångsvård beträffande psykiskt störda lagöverträdare.[10]

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, infördes den 1 januari 1982 och innehåller föreskrifter om vård av personer med missbruk av visst slag oberoende av den enskildes eget samtycke.

Både LPT/LRV och LVM ger lagstöd för att begränsa den enskildes fri-och rättigheter, dels genom frihetsberövandet i sig, dels genom att det i respektive lag ges utrymme för att, under särskilda förutsättningar, vidta också annat tvång[11] under frihetsberövandet som

[8] Tvångsvård enligt LPT, Socialstyrelsen, statistikrapport 2021.
[9] Rättspsyk, Årsrapport 2020.
[10] Den följande framställningen koncentreras till regleringen i LPT.
[11] Se 18–24 §§ LPT, 8 § LRV och 31–36 b §§ LVM, i den senare lagen benämnda särskilda befogenheter.

ytterligare inkräktar på fri- och rättighetsskyddet i regeringsformen, förkortad RF, och Europakonventionen, förkortad EKMR.[12]

En viktig utgångspunkt för LPT och LRV är att de utgör ett *komplement* till den grundläggande regleringen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL och till patientlagen (2014:821), förkortad PL vilket det erinras om i LPT:s inledande bestämmelse. Sålunda framgår av 1 § LPT att föreskrifterna i HSL och PL gäller *all* psykiatrisk vård, vilket gäller vid *såväl* psykiatrisk tvångsvård i enlighet med bestämmelserna i LPT som vid rättspsykiatrisk vård enligt LRV.[13] Syftet med bestämmelsen är att ge HSL:s och PL:s principer ökat genomslag och markera att även vid tvångsvård gäller de grundläggande kraven på hälso- och sjukvården, bland annat att vården ska vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig och tillgodose patientens behov av säkerhet i vården.

På motsvarande sätt utgör LVM en undantagslag inom socialtjänstlagstiftningen och är avsedd att *komplettera* den grundläggande regleringen i socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, i de fall en person med missbruk av visst slag inte kan beredas nödvändig vård i frivilliga former.[14] I 1 § LVM hänvisas till att de i 1 kap. 1 § SoL angivna målen för samhällets socialtjänst ska vara vägledande för *all* vård som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Vården ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde.

Fundamentalt för tillämpningen av alla tvångs- och kontrollåtgärder är att åtgärderna är *proportionerliga*. *Tvångsåtgärder vid vård* enligt LPT och LRV får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (2 a §). Av 2 b § framgår att *tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården* får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

[12] Se avsnitt 5.1.2.
[13] Prop. 1990/91:58 s. 293.
[14] Prop. 1981/82:8 s 1.

I 36 a § LVM finns en motsvarande *proportionalitetsprincip* enligt vilken tvångsåtgärder enligt 32–35 §§ får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Bestämmelsen har införts med proportionalitetsregeln i LPT och LRV som förebild och är avsedd att tillämpas vid varje tvångsåtgärd enligt de angivna paragraferna. Regeln anknyter till rättighetsskyddet i RF och innebär att skälen för att vidta en tvångsåtgärd inom ramen för LVM-vården ska ställas i relation till de olägenheter ingripandet innebär för den enskilde. En tvångsåtgärd ska stå i rimlig proportion till vad som står att vinna med åtgärden och den nytta som tvångsåtgärden kan ha för den enskilde. Regeln ger uttryck för att minsta möjliga tvång ska användas för att nå det avsedda syftet och innebär samtidigt en erinran om att tvånget får användas endast om syftet med åtgärden inte kan tillgodoses genom mindre ingripande åtgärder.[15]

LPT och LRV innehåller *inga åldersgränser* utan vård enligt dessa lagar kan ges till såväl barn som vuxna.[16] Inte heller LVM innehåller några åldersgränser. Från lagstiftarens sida har dock uttryckts att man i varje enskilt fall ska välja de behandlingsalternativ som är bäst lämpade att tillgodose den enskildes behov. Det betyder att handlar det om en ung person i behov av tvångsvård tillgodoses dennes behov i regel bäst med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.

Såväl LPT och LRV som LVM är *vårdlagar* vilket framgår uttryckligen av respektive lags rubrik. Av förarbetena till 1981 års LVM framgår att lagstiftningens *primära syfte* är att ge vård åt den som håller på att förstöra sig själv genom sitt missbruk.[17] Grundtanken är att det är främst *den enskildes behov* av vård som är av avgörande betydelse för lagens tillämplighet, inte samhällsskyddet, trots att detta i begränsad omfattning framträder i de grundläggande förutsättningarna för vård (jfr 4 § p. 3).[18]

I såväl LVM som LPT (och LRV) finns detaljerade bestämmelser om handläggningen i domstol. Båda lagarna stadgar ett *skyndsamhetskrav* (37 § LVM, 35 § LPT) och båda lagarna ger rätt till *muntlig förhandling* (39 § LVM, 36 § LPT). Ett *offentligt biträde* ska också för-

[15] Prop. 2004/05:123 s. 56.
[16] En annan sak är att enligt 1 kap. 6 § brottsbalken får, för brott som någon begått innan han fyllt 15 år, inte dömas till påföljd.
[17] Prop. 1981/82:8 s. 44.
[18] Prop. 1987/88:147 s. 38.

ordnas i enlighet med 42 § LVM och 38 a § LPT. Enligt LPT har dessutom patientens *stödperson* rätt att närvara vid förhandlingen och det ska vid den muntliga förhandlingen höras lämplig *sakkunnig* (37 §).

Vilka beslut som kan *överklagas* enligt LPT/LRV och LVM framgår i respektive lag. Förvaltningsrättens beslut om *beredande av vård* enligt 5 § LVM kan överklagas av den enskilde till kammarrätten och i sista hand till Högsta förvaltningsdomstolen. Det regleras inte uttryckligen i LVM, men följer av 33 § förvaltningsprocesslagen (1971:291), förkortad FPL, varför någon bestämmelse i LVM inte är nödvändig. Eftersom det inte är särskilt föreskrivet krävs inte prövningstillstånd i kammarrätten (34 a § FPL) men däremot i Högsta förvaltningsdomstolen. Ett beslut av socialnämnden eller nämndens ordförande/ledamot om *omedelbart omhändertagande* enligt 13 § första eller andra stycket LVM får, enligt 44 § femte stycket LVM *inte* överklagas. Detta på grund av ett sådant beslut alltid ska underställas förvaltningsrättens prövning som därmed prövar om omhändertagandebeslutet ska fastställas eller upphävas. En klient kan alltid klaga på SiS beslut att avslå en begäran om utskrivning (44 § första stycket LVM).

Enligt 32 § första stycket LPT får patienten till allmän förvaltningsdomstol överklaga *chefsöverläkarens beslut om intagning* för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §§. Ett sådant överklagande ska anses innefatta även en begäran om att tvångsvården ska upphöra. Patienten får även, enligt 32 § andra stycket, överklaga *chefsöverläkarens beslut enligt 26 a* § – dvs. chefsöverläkarens beslut att en patient i öppen psykiatrisk tvångsvård åter ska ges sluten psykiatrisk tvångsvård – vilket också anses innefatta en begäran om att den slutna psykiatriska tvångsvården ska upphöra. En patient kan när som helst under vårdtiden begära att tvångsvården ska upphöra. Avslås patientens begäran kan detta överklagas enligt 33 § p.1 LPT. Enligt 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska en uppgift om avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra noteras i patientens journal.

Både LPT/LRV och LVM ger patienten/klienten rätt att överklaga också andra beslut av chefsöverläkaren respektive SiS vilket närmare framgår i respektive lag (44 § LVM, 33 § LPT).

När LVM reviderades 1989 gjordes lagen *obligatoriskt tillämplig*. Tvångsvård *ska* beslutas om de i 4 § LVM uppräknade förutsättningarna föreligger. Dess tvingande karaktär framgår också av 2 § första

stycket där det stadgas att en person med missbruk *ska beredas vård* oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i lagen. Lagstiftarens utgångspunkt är att samhället har en *skyldighet att ingripa* om den enskilde eller närstående till denne befinner sig i en så utsatt situation som LVM anger och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på annat sätt (jfr 4 §). Det kan inte accepteras, anfördes i förarbetena, att man i de allvarliga situationer som avses i LVM kan avstå från att ansöka om eller besluta om tvångsvård med hänvisning till bristande resurser.[19]

LVM är alltså på en gång både tvingande och subsidiär vilket har sin bakgrund dels, i nödvändigheten att en person med skadligt bruk eller beroende bereds vård dels, därför att den enskildes frivilliga medverkan i vården ansetts så angelägen att man måste göra stora ansträngningar för att få till stånd en vård som hen inte motsätter sig.[20]

14.6 Gränsdragningen mellan psykiatrin och socialtjänsten

Frågan om ansvarsfördelningen mellan regionerna som ansvariga för psykiatrin och kommunerna som ansvariga för socialtjänsten har berörts i olika lagstiftningsärenden men några detaljerade riktlinjer i ämnet har inte lämnats i förarbetena till socialtjänst – eller hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

I förarbetena till LVM resonerades om vården av ”psykiskt svårt störda missbrukare.” Bland annat konstaterades att såväl socialtjänsten som psykiatrin i ökande omfattning kommer i kontakt med missbrukare med svåra psykiska störningar och att ingen vårdsektor i tillräcklig omfattning utvecklat vårdarrangemang som tar hänsyn till kombinationen missbruk och sådana störningar. Dessa personer riskerar därför i högre grad än andra att inte få sina vårdbehov tillgodosedda.

Det konstaterades vidare att socialtjänsten har huvudansvaret för vård och behandling av personer med missbruk men vissa uppgifter inom missbruksvården faller på psykiatrin. I förarbetena hänvisades till uttalanden från Socialstyrelsen i fråga om ansvarsfördelningen där det ansågs ha klargjorts att socialtjänsten hade att svara för hjälp

[19] Prop. 1987/88:147 s. 53.
[20] Prop. 1981/82:8 s. 1.

och stödinsatser till personer med missbruksproblematik varvid olika former av boende och service ansågs vara viktiga inslag, liksom individinriktade behandlingsinsatser och ansvar för den långsiktiga sociala rehabiliteringen. Vad gäller sjukvårdshuvudmännen uttalade Socialstyrelsen att de har ett vårdansvar för avgiftning, behandling av psykiska komplikationer till missbruk samt att även svara för vissa rehabiliteringsinsatser när missbruk kan ses som en komplikation till en psykisk störning.[21]

Socialstyrelsens uttalanden ansågs av lagstiftaren ge entydig vägledning i fråga om ansvarsfördelningen och psykiatrins ansvar för avgiftning och behandling av akuta psykiska komplikationer till missbruket. Ansvarsfördelningen i fråga om de långsiktiga rehabiliteringsinsatserna, i de fall missbruket kan ses som en komplikation till en psykisk störning, ansågs mer oklar. Detta hänger delvis samman med, anfördes det, att det kan vara svårt att avgöra om problematiken domineras av psykiska störningar eller av missbruk.[22]

I förarbetena till LVM konstaterades också att socialtjänsten och psykiatrin ofta hade skilda uppfattningar om vilken problematik som var den dominerande och att huvudmännen tenderade att göra så snäva gränsdragningar kring sina ansvarsområden att en relativt stor andel av de ”psykiskt störda missbrukarna” hamnade mellan stolarna i vårdsystemet. Regeringen menade att socialtjänstens och psykiatrins ansvarsområden måste klargöras genom en gemensam planering. Vidare uttalades att det inte får råda någon tvekan om att psykiatrin har ett självklart vårdansvar för patienter, där missbruket är en del av en tyngre psykiatrisk problematik.[23] I förarbetena gavs dock inga konkreta anvisningar för den praktiska hanteringen.

När LPT infördes framhölls i förarbetena till den lagen att det kan finnas särskilda problem med avgränsningen mellan psykiatrins och socialtjänstens ansvarsområden beträffande personer med missbruk av till exempel alkohol och narkotika. Det kan, anfördes det, gälla fall när missbruket leder till psykiska störningar av allvarlig natur såsom alkoholpsykoser, psykoser som orsakats av narkotika samt andra allvarliga förvirringstillstånd som uppenbart ger anledning till fara för den enskildes liv och hälsa. Det kan också gälla situationer

[21] Socialstyrelsen anser, 1980:2.
[22] Prop. 1987/88:147 s. 27.
[23] Prop. 1987/88:147 s. 28.

då en grundläggande psykisk störning föreligger i kombination med ett intensivt drogmissbruk.[24]

Allmänt gäller, anfördes det vidare i förarbetena till LPT, att *socialtjänsten har huvudansvaret* för vård- och behandling av personer med missbruk samtidigt som vissa uppgifter inom missbruksvården åvilar psykiatrin. *Till psykiatrins uppgifter hör otvetydigt att svara för avgiftning* och *behandling av akuta psykiska komplikationer* till ett missbruk. *Svårare* är att klargöra ansvarsfördelningen i fråga om mera *långsiktiga insatser* för vård och rehabilitering i sådana fall *då missbruket kan ses som en komplikation till psykisk störning*.[25]

I LPT:s förarbetena talades vidare om att en given utgångspunkt för den särskilda psykiatriska vårdlagstiftningen är att den utformas så att den främjar möjligheterna för en ”psykiskt störd missbrukare” att i varje särskilt fall få vård i den form som är bäst ägnad att ge behövlig hjälp. Föredraganden i lagstiftningsärendet menade att man måste hålla i minnet att missbruksvården i första hand är en angelägenhet för socialtjänsten. Det får självfallet inte bli så att den psykiatriska tvångsvården utnyttjas som ersättning för annan vård i fall när det *psykiatriska inslaget i missbrukssituationen inte har särskild tyngd*. När å andra sidan den psykiska störningen hos en person med missbruk kräver *större psykiatriska insatser* måste den psykiatriska verksamheten ta sitt fulla vårdansvar. Vad särskilt gäller den vård som inte kan ske på frivillig grund bör krävas att tillfredsställande utredning sker om den enskildes psykiska status och att en ingående bedömning görs i det särskilda fallet av psykiatrins respektive missbruksvårdens behandlingsmöjligheter. Därvid måste beaktas att kombinationen *primär psykisk störning* och ett till denna störning *sekundärt missbruk* är förhållandevis vanlig. Är den psykiska störningen i sådana fall tillräckligt svår bör behandlingsuppgiften falla inom psykiatrins ansvarsområde också om en kombinationsproblematik finns som tar sig uttryck i ett intensivt drogmissbruk. I nuläget, uttalades fortsättningsvis, är det till följd av bristande resurser för detta inom psykiatrin uppenbarligen inte sällan så att LVM-vård tillgrips som en utväg för att vissa personer med missbruk med allvarliga psykiska störningar över huvud taget ska kunna ges någon form av vård. Först om missbruket kan ses som det *grundläggande* i kombinationssituationen bör den psykiatriska tvångsvården i förhållande till tvångs-

[24] Prop. 1990/91 :58 s. 91.
[25] Prop. 1990/91 :58 s. 92.

vård inom socialtjänsten ses som en sistahandsutväg för att klara de allvarliga psykiska komplikationerna till missbruket.[26]

Av 4 § andra stycket LVM, i förutsättningarna för tvångsvård enligt den lagen, framgår att om någon för *kortare* tid ges vård med stöd av LPT hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt LVM. Bestämmelsen riktar sig till domstolen som alltså är oförhindrad att besluta om LVM-vård oaktat en pågående vård med stöd av LPT. Regleringen avser fall då den psykiatriska tvångsvården pågår upp till en *vecka* eller undantagsvis något längre. Behövs däremot psykiatrisk tvångsvård under längre tid bör, enligt förarbetena, LVM-vården upphöra genom utskrivning från LVM-hemmet.[27]

Vad gäller LPT i förhållande till lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, kan problemet i vissa fall vara likartat beträffande unga personer med ett skadligt bruk eller beroende och med allvarliga psykiska störningar. Enligt förarbetena till LPT bör det då vara naturligt att försöka göra avgränsningen efter det mönster som angetts i fråga om vuxna och vård enligt LVM. Psykiatrisk tvångsvård, sägs det, bör således förbehållas sådana situationer då någon annan utväg inte står till buds för att bemästra svåra psykiatriska inslag i till exempel ett missbruk. Den omständigheten att någon bereds vård enligt LVU utgör dock inte något formellt hinder för beslut om vård enligt LPT. Det kan i vissa situationer utgöra en förutsättning för att vårdpersonalen till exempel ska kunna hålla kvar en ung person som är i oundgängligt behov av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning mot dennes vilja.[28]

Som framgått av redogörelsen ovan har gränsdragningen mellan socialtjänsten och psykiatrin rörande personer med skadligt bruk eller beroende och någon form av psykisk sjukdom varit en källa till diskussion under långa tider.

Psykiatrilagsutredningen uppmärksammade att det i vissa situationer kan vara besvärligt att avgöra om den psykiska funktionsnedsättning som en person uppvisar faller in under begreppet allvarlig psykisk störning eller inte, bland annat i fråga om samsjukliga. Uppdelningen av ansvaret i förhållande till en samsjuklig person gav, enligt utredningen, upphov till *återkommande gränsdragningsproblem och olika tolkningar mellan huvudmännen* om vilket tillstånd hos den

[26] Prop. 1990/91:58 s. 93.
[27] Prop. 1983/84:174 s. 29, prop. 1990/91:58 s. 93.
[28] Prop. 1990/91:58 s. 94.

sjuke som först behöver åtgärdas. Utredningen menade att det inte är ovanligt att landstinget (numera region) nekar behandling av den psykiska sjukdomen med hänvisning till att kommunen först måste behandla missbruket eller beroendet och omvänt att kommunen nekar behandling av missbruket eller beroendet med hänvisning till att landstinget först måste behandla den psykiska sjukdomen. En annan svårighet i förhållande till de samsjukliga personerna är, menade utredningen, att det ibland är besvärligt att avgöra om det psykiska tillståndet beror på ett pågående missbruk eller om det psykiska tillståndet kvarstår efter en tid av avhållsamhet från skadligt bruk av alkohol m.m.[29]

Vi har gjort motsvarande iakttagelser. Det uppdelade ansvaret för en persons psykiatriska vårdbehov, dvs. skadligt bruk eller beroende och annan psykisk sjukdom, är inte ändamålsenligt i den praktiska verkligheten. Personer med en kombinerad problematik riskerar att falla, och faller, mellan ansvarsområdena. Bestämmelser om samverkan, organisatoriskt och i individuella fall, har inte fått önskat resultat. De uttalanden som gjorts i förarbetena är vällovliga men knappast klargörande utan de skapar snarare en osäkerhet i fråga om vilken huvudman som ska göra vad och i vilket skede. Detta har vi utvecklat i kapitel 9 i våra förslag att förtydliga huvudmännens ansvar.

14.7 Fördelar och nackdelar med en gemensam tvångslag

14.7.1 Sammanfattande slutsatser

Samsjuklighetsutredningen ser bland annat följande fördelar med att regleringen av tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende integreras i LPT:

- tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende och annan psykisk sjukdom regleras i samma lag och hanteras som annan psykisk sjukdom,
- vården inleds med automatik på sjukhus,
- hälso- och sjukvården ansvarar för alla behandlingsinsatser oavsett var patienten befinner sig,

[29] SOU 2012:17 s. 363 f.

- konverteringsreglerna från frivillig vård till tvångsvård blir tillämpliga,
- syftet med tvångsvården kopplas inte enbart till att den enskilde ska bli fri från sitt missbruk utan till nödvändig vård och till stöd på flera livsområden som kan variera från person till person och från situation till situation,
- intagningsreglerna med vårdintyg och intagningsbeslut inom 24 timmar blir tillämpliga,
- regleringen om öppen psykiatrisk tvångsvård blir tillämplig
- kontinuerlig domstolsprövning av förlängning av vårdtiden,
- den enskilde får rätt till stödperson och
- garanteras sakkunnig i domstolsprocessen.

En integrering i LPT kan bland annat medföra följande nackdelar:

- social problematik riskerar att tappas bort,
- vårdtiderna kan vara kortare i LPT vilket kan inverka menligt på förutsättningarna att lösa sociala behov och för att få behandling och rehabilitering att fungera,
- intagningskriterierna i LPT är inte anpassade för skadligt bruk och beroende,
- det är inte domstolen som fattar det initiala beslutet om tvångsvård vilket det är enligt LVM och
- vårdtiderna kan bli längre än enligt LVM eftersom vårdtiden i LPT är inte begränsade.

14.7.2 Inledning

Som framgått av avsnitt 14.5 företer tvångslagarna inom hälso- och sjukvårds- respektive socialtjänstområdet många likheter, inte minst vad gäller lagarnas strukturella uppbyggnad. Detta torde ha sin grund i att de har tillkommit under samma dekad där de olika lagarna har fått stå modell för varandra både vad gäller den grundläggande utformningen och senare förändringar.

Trots lagarnas relativa likhet tarvar en gemensam tvångslagstiftning, varvid här bortses från den särskilda lagstiftningen om vård av unga (LVU), särskilda överväganden. I detta avsnitt görs en genomgång avseende främst de skillnader som finns i regleringen enligt LVM och LPT och vad det kan innebära i fråga om en gemensam lagstiftning.

14.7.3 Reglering i LPT eller i en ny gemensam lag?

Våra direktiv ger uttryck för att det finns skäl att överväga om en mer integrerad lagstiftning skulle kunna skapa förutsättningar för en mer kontinuerlig vård för personer med samsjuklighetsproblematik. En viktig fråga är därför hur en integrerad reglering ska utformas. Ska det konstrueras en ny gemensam tvångslag eller finns det förutsättningar att inom ramen för befintlig lagstiftning tillskapa en reglering som tillgodoser kontinuitetskravet och högt ställda krav på rättssäkerhet?

Vi föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ha ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende (kapitel 9). Därmed torde det ligga närmast till hands att undersöka förutsättningarna för att integrera regleringen av tvångsvården vid skadligt bruk eller beroende i LPT som också faller under regionens ansvar. Det torde medföra minst ingrepp i lagstiftningen vilket i sin tur kan förväntas underlätta den praktiska tillämpningen.

Generellt kan sägas att det är en fördel om tvångsvård vid psykiatriska tillstånd, inklusive skadligt bruk och beroende, regleras i en och samma lag och att vården, i vart fall initialt, sker hos en och samma vårdgivare. Skälen för en sådan lösning är den stora samsjuklighet, både fysisk och somatisk, som finns hos personer som vårdas enligt LVM, LPT och LRV. Även de gränsdragningsproblem som redogjorts för upprepade gånger både i lagstiftningens förarbeten och i utredningar inom området, talar för en sådan lösning.[30]

En gemensam reglering bör utgå ifrån att det är hälso- och sjukvården som ansvarar för all tvångsvård. De huvudsakliga argumenten för detta är de samma som de vi i kapitel 9 anfört för att hälso- och sjukvården ska ha ansvar för behandlingen av allt skadligt bruk och beroende. Genomförs våra förslag blir hälso- och sjukvården ansva-

[30] Se avsnitt 14.6.

rig för alla behandlingsinsatser under hela vårdtiden oavsett om patienten befinner sig på vårdinrättningen, frivilligt eller med tvång, på någon form av behandlingshem eller SiS-institution eller i öppen vård. Det ger förutsättningar för behandling av såväl beroendeproblematik som annan psykiatrisk problematik samtidigt och samordnat.

En annan fördel är att LPT redan i dag i hög grad används för personer som har beroendediagnoser även om det inte är den huvudsakliga diagnosen. LPT innehåller också bestämmelser om patientens rättigheter, rättslig prövning och säkerhet i verksamheten som bör vara lika för alla tvångsvårdade. En integrering i LPT bedöms också underlätta tillämpningen då det är en fördel att bestämmelser om tvång finns i så få lagar som möjligt.

Det är också en fördel att den enskilde kommer att omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och den särskilda regleringen i patientlagen (2014:821), förkortad PL, med de rättigheter som regleras där såsom rätt till ny medicinsk bedömning och val av behandlingsalternativ.

En reglering i LPT medför också att konverteringsreglerna i 11–13 §§ LPT (övergång från frivillig vård till tvångsvård) blir tillämpliga exempelvis i svårbedömda fall eller om en farlighetssituation skulle uppstå under frivillig psykiatrisk vård.

Det finns emellertid också nackdelar. En sådan kan vara att eventuell social problematik riskerar att tappas bort eller inte bli tillgodosedd. Som framgår ovan saknar exempelvis personer som vårdas enligt LVM ofta egen bostad och kan också ha en kriminell livsstil. Den nuvarande regleringen i LVM tar i högre grad än LPT hänsyn till sådana omständigheter och det måste finnas incitament för socialtjänsten att tillgodose det sociala behovet.

Vårdtiderna enligt LPT är också betydligt kortare än enligt LVM vilket kan minska möjligheterna att ge personen stöd på flera livsområden samtidigt på ett sätt som förbereder den enskilde för ett självständigt liv. Vi har i våra kontakter med SiS fått beskrivet att de intagna ofta är personer, som på grund av sina erfarenheter och utsatta levnadsförhållanden, har behov av att öva på vardagliga situationer och samspel med andra människor. Det kan också handla om personer som behöver avbryta en kriminell livsstil och byta miljö under en längre tid.

14.7.4 Förutsättningar för tvångsvård

Nuvarande ordning

Förutsättningarna i LVM

Enligt 4 § första stycket LVM ska tvångsvård beslutas om

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
   a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
   b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
   c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Bland förutsättningarna i första stycket inryms en s.k. *generalindikation* med krav på ett *fortgående missbruk* av vissa angivna substanser och ett *vårdbehov* som inte ska kunna tillgodoses på annat sätt än genom tvångsvård. I detta senare delrekvisit ligger bland annat att om den enskilde avger ett *allvarligt menat samtycke* till vård i frivilliga former ska LVM inte tillämpas. Kan ett samtycke inte anses allvarligt menat och är den enskildes situation så allvarlig som beskrivs i 4 § *ska* socialnämnden också ansöka om beredande av vård, eftersom bestämmelsen är utformad som en skyldighetsregel.

Bestämmelsen innehåller också *tre specialindikationer* varav en, utöver generalindikationen, måste föreligga för ett beslut om vård. Specialindikationerna avses ange i vilka konkreta situationer lagen ska tillämpas, dvs. vilka omständigheter som ska föreligga i det särskilda fallet. Specialindikationerna är *alternativt tillämpliga*. Det är tillräckligt att förutsättningarna i en av indikationerna är uppfyllda – förutom de grundläggande kraven i generalindikationen.[31] De i indikationerna omtalade fare- eller risksituationerna ska dock föreligga *till följd av missbruket*, inte till följd av andra omständigheter.

[31] Prop. 1981/82:8 s. 75.

Ordalydelsen i hälsoindikationen visar att det är tillräckligt att den enskilde utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för *allvarlig fara*. Det krävs inte att påvisbara skador till följd av missbruket kunnat konstateras. På motsvarande sätt förhåller det sig med skadeindikationen. Det är för ett ingripande tillräckligt att det *kan befaras* att den enskilde kan komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Hälso- eller skaderisken ska dock vara av allvarligt slag. I förarbetena talas om att dessa indikationer främst utmärks av att den enskilde till följd av ett okontrollerat missbruk *har råkat i eller riskerar att råka i* en nödsituation som hotar den enskildes hälsa och välfärd vilket understryks genom kravet på allvarlig fara respektive allvarliga skada.[32]

I den sociala indikationen talas om en uppenbar risk att förstöra sitt liv. På samma sätt som i fråga om farebegreppet innebär detta att den enskildes liv inte behöver vara förstört för att ett ingripande med stöd av lagen ska kunna ske. Risken ska dock vara *uppenbar*, dvs. det ska vara en tydligt märkbar risk.[33] Det ska enligt förarbetena vara fråga om en utomordentligt allvarlig situation där missbruket uppenbarligen äventyrar, dvs. näst intill omintetgör, den enskildes möjligheter att under lång tid framöver leva ett människovärdigt liv.[34] Tanken med den sociala indikationen är, att LVM ska kunna användas i ett skede då det ännu är möjligt att bryta en destruktiv utveckling. Indikationen tar sikte på omständigheter som vid en helhetsbedömning närmast framstår som avgörande för den enskildes fortsatta liv.[35]

Den sociala indikationen är tänkt att kunna användas i fråga om *unga* personer i sådan tid att det finns en möjlighet att bryta en destruktiv utveckling och innan missbruket medfört allvarliga medicinska konsekvenser. Allvarliga sociala skadeverkningar ska dock vara nära förestående. Indikationen kan emellertid tillämpas även på *äldre* personer men behandlingsmålet för dessa kan vara annorlunda. Det kan bli fråga om att återföra den enskilde till ett mindre riskutsatt liv, främst i form av stödjande insatser och humanitär omvårdnad, men tvångsvård också kan vara nödvändig för att bryta ett pågående missbruk som kan leda till skadeverkningar av medicinsk natur. Det finns också äldre personer med missbruk med en bättre social förankring. Också vid bedömningen av äldres behov av vård måste man

[32] Prop. 1981/82:8 s. 76.
[33] Jfr prop. 1989/90:28 s. 62.
[34] Prop. 1987/88:147 s. 92.
[35] Prop. 1987/88:147 s. 92.

ta större hänsyn till de sociala skadeverkningarna av ett ökande missbruk. Man kan inte, framhölls i förarbetena, se enbart till faran för den fysiska eller psykiska hälsan. Om någon till följd av missbruket uppenbarligen äventyrar sina levnadsförhållanden, måste vård med stöd av LVM övervägas. LVM-vården framstår då som en sista utväg för att rädda det som alltjämt finns kvar av anknytning till arbetsmarknad, bostad och relationer till anhöriga och annan omgivning.[36]

Skadeindikationen avser två olika situationer, dels då den enskilde kan befaras komma att allvarligt skada *sig själv,* dels då han eller hon kan befaras komma att allvarligt skada någon *närstående*.

Vad gäller faran för att den enskilde kan komma att allvarligt skada *sig själv* åsyftas, enligt förarbetena, risken för självmord. Att detta nämnts särskilt beror på, att det från lagstiftarens sida tett sig främmande att hänföra självmord under hälsoindikationen. Det har dock ansetts uppenbart att ett ingripande måste kunna ske i sådana fall.[37]

Såvitt gäller *närstående* och frågan vad som ska förstås med allvarlig skada uttrycks endast i lagens förarbeten, att med skada avses inte bara fysisk skada. Även sådana psykiska lidanden som familjemedlemmar kan utsättas för genom ett hotfullt, pockande eller hänsynslöst uppträdande kan utgöra grund för ingripande. Enbart ekonomisk skada omfattas däremot inte.[38] Med närstående avses främst nära anhöriga, som står i ett sådant beroendeförhållande till den enskilde att de till exempel kan tveka att göra polisanmälan om hot eller misshandel. I regel, anfördes i förarbetena, torde som sådana anhöriga räknas make och varaktigt sammanboende, barn, föräldrar och syskon, i samtliga fall även om de inte längre har gemensam bostad med den som har ett skadligt bruk eller beroende.[39]

Förutsättningarna i LPT

Av 3 § *första stycket* LPT framgår att tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjuk-

[36] Prop. 1987/88:147 s. 47.
[37] SOU 1981:7 s. 40.
[38] Prop. 1981/82:8 s. 76.
[39] Prop. 1981/82:8 s. 76.

vårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

Enligt 3 § *andra stycket* är en förutsättning för vård enligt LPT att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Rekvisiten i bestämmelsen är *kumulativa*, dvs. samtliga förutsättningar ska vara uppfyllda *samtidigt* såväl i samband med intagningen som under tiden därefter.[40] I förarbetena har framhållits att även om förutsättningarna för tvångsvård kan variera i styrka under det att tvångsvården pågår är det av rättssäkerhetssynpunkt viktigt att hålla fast vid att *samtliga förutsättningar* ska vara uppfyllda för att tvångsvården ska få fortsätta. Så snart förutsättningarna brister i något hänseende ska beslut fattas om att tvångsvården ska upphöra.[41] Att det ibland kan uppstå svårigheter i den praktiska tillämpningen att avgöra om en vårdförutsättning brister har noterats i lagens förarbeten. Det kan till exempel i vissa fall vara svårt att ta ställning till innebörden av att patienten ger uttryck för att han eller hon ändrat sin tidigare negativa inställning till viss vård eller behandling. Som regel, sägs det, ska detta leda till att beslut fattas om tvångsvårdens upphörande. Det är emellertid nödvändigt att den ansvarige läkaren värderar *om ett samtycke är allvarligt menat* och verkligen inbegriper all den vård som, såvitt gäller sluten psykiatrisk tvångsvård, oundgängligen behövs. Med hänsyn till samtyckeskonstruktionen i 3 § andra stycket och till möjligheten att konvertera frivillig psykiatrisk vård till tvångsvård (jfr 11–13 §§), ansågs eventuella tillämpningsproblem av här antydd art kunna bemästras.[42]

Av 2 § LPT framgår att tvångsvård enligt lagen ges som *sluten* psykiatrisk tvångsvård eller, *efter sådan vård*, som öppen psykiatrisk tvångsvård. För att tvångsvård över huvud taget ska kunna komma i fråga måste sålunda alltid förutsättningarna för *sluten* psykiatrisk tvångsvård vara uppfyllda i inledningen av en tvångsvårdsperiod.

[40] Prop. 1990/91:58 s. 238.
[41] Prop. 1990/91:58 s. 268.
[42] Prop. 1990/91:58 s. 159.

För båda vårdformerna gäller, enligt 3 § tredje stycket, att tvångsvård inte får ges om patientens psykiska störning utgör *enbart en utvecklingsstörning* och patientens *farlighet* ska *beaktas* vid bedömningen av vårdbehovet i enlighet med fjärde stycket.

Tidigare utredningsförslag

Missbruksutredningen (SOU 2011:35) föreslog bland annat att LVM skulle utmönstras och att det i LPT skulle införas en ny paragraf (3 a §) som avsågs tydliggöra att som allvarlig psykisk störning avsågs *även* att patienten till följd av missbruk eller beroende av vissa uppräknade medel har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Det föreslogs också att i 16 § LPT, rörande vårdplan, skulle införas en bestämmelse om att man särskilt skulle uppmärksamma om patienten behöver insatser för missbruk eller beroende.[43]

Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17) föreslog ändringar i de grundläggande intagningsrekvisiten i LPT. Bland annat skulle det i stället för ett oundgängligt behov av vård krävas ett *påtagligt behov* av psykiatrisk vård. Vid bedömningen av patientens psykiska tillstånd skulle särskilt beaktas den psykiska störningens art och grad samt de konsekvenser tillståndet fått för patientens psykiska funktionsförmåga. Till skillnad från Missbruksutredningen föreslogs ingen särskild intagningsgrund vid skadligt bruk eller beroende i LPT. I stället föreslogs att 4 § LVM skulle kompletteras så att det tydliggjordes att för tvångsvård skulle vårdbehovet inte kunna tillgodoses enligt SoL *och inte heller enligt LPT*. Detta menade utredningen skulle kunna undanröja en del av de gränsdragningsproblem som finns mellan LVM och LPT i förhållande till samsjukliga personer.[44]

Psykiatrilagsutredningen anförde bland annat att enligt de föreslagna nya kriterierna för intagning till psykiatrisk tvångsvård skulle avgörande betydelse fästas vid den enskildes *psykiska funktionsförmåga*, varmed skulle förstås den enskildes *förmåga att kunna interagera med omgivningen på ett psykosocialt adekvat sätt*. I vissa fall ger ett missbruk eller ett annat beroendeförhållande upphov till följdreaktioner av sådan art och grad att dessa följdreaktioner självständigt är att hänföra till allvarlig psykisk störning (dessa reaktioner är

[43] SOU 2011:35 s. 325.
[44] SOU 2012:17 s. 49.

dock oftast av en mer kortvarig natur). Även när missbruket eller beroendetillståndet inte är av sådan omfattning att det sett isolerat når upp till nivån för allvarlig psykisk störning ansåg Psykiatrilagsutredningen att *förekomsten av missbruk eller beroende ska vägas in när man bedömer den enskildes samlade psykiska funktionsförmåga*. Missbruket eller beroendetillståndet sätter typiskt sett ytterligare ned den enskildes psykiska funktionsförmåga. Man ska alltså inte, som man lätt kan ges intrycket av är förhållandet för närvarande, anförde utredningen, bortse från missbruket utan tvärtom *väga in just det förhållandet när man bedömer om personen behöver bli föremål för psykiatrisk tvångsvård*. Utredningen bedömde att ett sådant hänsynstagande kan bidra till att en del av de gränsdragningsproblem som finns undanröjs och att möjligheten till att samsjukliga personer får behövlig psykiatrisk vård därmed ökar.[45]

Remissbehandlingen av Missbruksutredningens förslag att utmönstra LVM och införa en förtydligande bestämmelse i LPT fick ett varierat mottagande. *Förvaltningsrätten i Malmö*, *Kriminalvården* och *Region Kalmar* var positiva till förslaget. Kriminalvården menade att LPT har bättre effekt, eftersom det är en akutlag, och medger ett snabbare agerande med hjälp av vårdintyg. Region Kalmars slutsats var att detta område under alla omständigheter kommer att bli en uppgift för psykiatrin och att förslaget skulle kunna innebära mer flexibla lösningar än vad som finns i dag. *Socialstyrelsen* menade att på sikt förefaller det som en rimlig utveckling att överföra behandlingsansvaret till dåvarande landstingen.

Flertalet remissinstanser ställde sig emellertid negativa till förslaget, främst i fråga om den föreslagna bestämmelsen i LPT. *Justitieombudsmannen* (JO) menade att den föreslagna 3 a § i LPT var svårtolkad och utformad på ett alltför obestämt sätt. JO motsatte sig bestämt, om det var avsikten med förslaget, att det genom en lagteknisk konstruktion skulle bli möjligt att vårda personer enligt LPT i fall då den enskilde inte har en allvarlig psykisk störning som i dag motiverar sådan tvångsvård. Enligt JO kunde betänkandet inte heller ligga till grund för ett avskaffande av LVM. *Kammarrätten i Stockholm* menade bland annat att konsekvenserna av att LVM skulle upphöra inte hade belysts och att några situationer som utredningen menat skulle kunna föranleda tvångsvård svårligen kunde inrymmas i rekvisiten enligt LPT. *Förvaltningsrätten i Göteborg* påtalade att be-

[45] SOU 2012:17 s. 363 f.

greppet ”allvarlig psykisk störning” är förhållandevis väl definierat och har samma innebörd i såväl brottsbalken som LPT och LRV. En utvidgning skulle alltså påverka flera rättsområden. *Förvaltningsrätten i Uppsala* ifrågasatte utredningens bedömning att alla som i dag kan tas in för LVM-vård i fortsättningen kommer att kunna tas in för LPT-vård eftersom lagförslaget inte föreföll ge denna möjlighet. I stället sågs en risk att en vuxen person i behov av vård för att bryta ett pågående missbruk utan att ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, kommer att bli utan vård såvida inte denne söker frivillig vård. Samma invändningar hade *Statens institutionsstyrelse (SiS)*. SiS påpekade också att vård i annan form enligt 27 § LVM var ett bättre alternativ jämfört med den öppna tvångsvården enligt LPT eftersom det ger en tryggare ram i övergången mellan tvångsvård och eftervård.

Rikspolisstyrelsen avvisade förslaget då det inte presenterats övertygande skäl att integrera LVM och LPT skulle utgöra den bästa lösningen. *Rättsmedicinalverket* avstyrkte förslaget bland annat därför att det saknades en juridisk analys i fråga om begreppet allvarlig psykisk störning och kopplingen till brottsbalken.

Göteborgs universitet, institutionen för socialt arbete påtalade frågan om vilka tvångsåtgärder som tillåts enligt LVM respektive LPT och konstaterade att LVM inte tillåter medicinering eller någon annan form av behandling med tvång. Institutionen ifrågasatte också Missbruksutredningens påstående att den sociala indikationen i LVM skulle inrymmas i förutsättningarna för vård enligt LPT. *Lunds universitet, juridiska fakulteten* ansåg inte att utredningens argument var tillräckliga för att upphäva LVM. Fakulteten menade att lagförslaget begränsade möjligheterna att erhålla vård utan samtycke till personer med ett missbruk som på något sätt inte är knutet till en psykisk störning. Det finns andra vårdbehövande målgrupper som därmed inte kommer i fråga för denna typ av vård. Vidare påpekades att LVM är en skyddslag för närstående som lever otryggt på grund av en persons missbruk. Lagförslaget riskerade att begränsa möjligheterna att tillämpa en skyddsreglering för vissa personer som riskerar att skada sig själv eller deras närstående. Även *Malmö högskola* och *Uppsala universitet* ställde sig negativa till utmönstrandet av LVM och befarade icke önskvärda negativa effekter av förslaget.

Region Gotland ansåg inte att utredningen tydligt visat på vilket sätt som LPT skulle erbjuda större rättssäkerhet för personer med

missbruk och beroende. Undantaget ansågs vara rätten till stödperson som borde kunna skrivas in i LVM. LVM möjliggör ett ingripande innan omfattande fysiska och psykiska skador inträffat. Motsvarande bör införas i LPT om utredningens förslag skulle genomföras. *Region Halland* ansåg att LVM och LPT kompletterar varandra och ger förutsättningar för en differentierad vård och behandling. Regionen tog avstånd från förslaget att upphäva LVM. *Region Jämtland* ansåg att begreppet allvarlig psykisk störning behövde ges ett tydligare innehåll, antingen kompletteras eller omdefinieras. *Region Jönköping* avstyrkte förslaget att slå ihop LVM och LPT. En samlad lagstiftning vore olyckligt med tanke på att en person med missbruksproblem ofta behöver andra insatser än den som har en svår psykisk störning. LVM och LPT kompletterar varandra. Vidare ansågs att SiS-hemmen borde finnas kvar i statlig regi för att säkra att regionala skillnader inte leder till skillnader i vården. Målsättningen med tvångsvården borde vidare utvidgas till att omfatta inte bara motivation till frivillig vård, utan också till utredning av förekomst av annan diagnos eller funktionsnedsättning. *Region Kronoberg* avvisade förslaget då LVM utgör ett potent instrument i kommunernas behandlingsarsenal. LVM utgör inget hinder för en förändring inom LPT-lagstiftningen så att den även ska gälla för personer med missbruk och beroende.

Kammarrätten i Stockholm, Domstolsverket, Rikspolisstyrelsen, Rättsmedicinalverket och Region Jönköping efterlyste konsekvensanalyser i olika avseenden.

Bedömning

Som framgått ovan finns en rad fördelar med att integrera regleringen av tvångsvård vid skadligt bruk och beroende med LPT, men det finns också nackdelar. En sådan kan vara att intagningskriterierna i LPT inte självklart motsvarar de skäl som kan finnas för att behöva omhänderta någon med tvång på grund av skadligt bruk eller beroende. Det gäller även, enligt vad remissinstanserna anförde och enligt chefsöverläkare som vi haft kontakt med, om hänsyn tas till de justeringar som Missbruksutredningen föreslog. Särskilda svårigheter förefaller det finnas med att begreppet allvarlig psykisk störning skulle omfatta även skadligt bruk och beroende. Det begreppet spelar en central roll inte bara för LPT och LRV utan även för

bedömning av ansvar och påföljder när det gäller psykisk störda lagöverträdare. En ändring av dess innebörd måste alltså noga övervägas och konsekvensbedömas också utifrån straffrättsliga aspekter.

Man kan heller inte bortse från att förutsättningarna för vård enligt LVM i dag ger möjlighet till tvångsvård *innan* den enskildes hälsa är allvarligt skadad, *innan* det sociala livet är helt raserat och *innan* en närstående blivit allvarligt skadad. En annan sak är att den praktiska tillämpningen visar att LVM kommer in i ett mycket sent skede, oftast efter ett beslut om omedelbart omhändertagande. LPT ger inte möjlighet till ingripande innan förutsättningarna för vård är uppfyllda varför det noga måste övervägas vilka hänsyn som ska tas och hur intagningsrekvisiten ska vara utformade vid skadligt bruk eller beroende. Vidare måste noga utredas om det finns en risk att den som i dag kan vårdas enligt LVM och som *inte* lider av en allvarlig psykisk störning riskerar att falla utanför LPT:s tillämpningsområde. Närståendeskyddet i LPT är heller inte lika tydligt då det endast ska *beaktas* i vårdbehovsbedömningen.

Det bör också diskuteras hur tvångslagstiftningen, i likhet med vad som till exempel gäller i Norge, ska kunna tillämpas i fråga om gravida. Regelverket i dag ger enbart förutsättningar att tvångsvårda en gravid kvinna med skadligt bruk eller beroende om förutsättningarna för vård är uppfyllda i relation till kvinnan själv, inte i relation till väntade barnet.[46]

14.7.5 Syftet med tvångsvården

Nuvarande ordning

Syftesbestämmelser har en handlingsdirigerande funktion som ger vägledning om bland annat i vilka syften tvångsåtgärder får vidtas och vilken inriktning behandlingsåtgärderna ska ha.

Enligt 3 § LVM ska tvångsvården syfta till att genom behövliga insatser *motivera* den enskilde så att han eller hon kan antas vara *i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling* och ta emot stöd *för att komma ifrån* sitt missbruk. Detta innebär enligt förarbetena både ett *långsiktigt mål* – frihet från missbruk – och ett *kortsiktigt mål*

[46] Gustafsson, E., Fostret i fokus? – om rättssäkerhet och tvångsvård av gravida missbrukare. Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten. Red. Lotta Vahlne Westerhäll. Norstedts Juridik AB, Stockholm 2002.

som direkt gäller för LVM-vården – motivation till frivillig vård.[47] Genom vården uppnår man dessutom den *effekten* att ett fortgående missbruk avbryts.[48]

Enligt 20 § LVM ska tvångsvården upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i *sex månader* (vårdtid).

Tvångsvården enligt LPT ska, enligt 2 § andra stycket, syfta till att sätta patienten *i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård* och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Tanken bakom syftesbestämmelsen är enligt förarbetena till 1991 års lag, då endast sluten psykiatrisk tvångsvård kunde komma i fråga, att det psykiska tillfrisknandet så långt möjligt bör bygga på en aktiv medverkan av patienten. Därför måste nödvändiga vårdinsatser som sker utan klart stöd från patientens sida syfta till att ”skapa förutsättningar för en tillfredsställande behandlingskontakt i frivillig form så snart det låter sig göra.” Därav följer att tvånget i anslutning till omhändertagande och behandling, i princip, ska ses som en undantagsföreteelse av temporär art.[49] Syftet bör vara att tillgodose ett helt oundgängligt behov av sådan psykiatrisk vård som ges efter intagning på en vårdinrättning och därigenom göra det möjligt för patienten att medverka till fortsatta psykiatriska stöd- och behandlingsinsatser på frivillighetens grund. Tvångsanvändning i reglerade former måste således, anfördes i förarbetena, anses nödvändig i vissa fall för att säkerställa att psykiatrisk vård och behandling ska komma igång och ges rimliga förutsättningar för att kunna genomföras.[50]

Antingen man vårdas i den öppna eller slutna psykiatriska tvångsvården så är syftet med vården densamma. Syftesbestämmelsen hänger också samman med *behandlingsåtgärder* och andra insatser som behövs under tvångsvården.

Bestämmelsens handlingsdirigerande funktion kommer också till explicit uttryck i 16 och 17 §§ LPT (6 § LRV) där det framgår att vårdplanen ska ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå (16 §). Enligt 17 § ska behandlingsåtgärderna anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket. Syftesbestämmelsen anger

[47] Prop. 1987/88:147 s. 90.
[48] Prop. 1987/88:147 s. 90.
[49] Prop. 1990/91:58 s. 70.
[50] Prop. 1990/91 :58 s. 71.

därvid inom vilken ram psykiatrisk behandling får ske under tvångsvård och preciserar ändamålet med och inriktningen av tvångsvården.[51]

Bedömning

Det kan konstateras att syftesbestämmelserna i LVM och LPT företer vissa likheter. Båda bestämmelserna ger uttryck för att den enskilde ska sättas i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård respektive fortsatt behandling. LVM har dock som ett yttersta syfte att den enskilde ska komma ifrån sitt missbruk.

Vi menar att det är en fördel om syftet med tvångsvården vid skadligt bruk och beroende är detsamma som vid psykiatrisk tvångsvård i övrigt. Det är också en fördel att syftesbestämmelsen i LPT är begränsad till att den enskilde ska sättas i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot stöd utan att det anges ett yttersta syfte – att komma ifrån missbruket – eftersom det kan variera mellan olika personer och i olika situationer. Att få en förbättrad fysisk och psykisk funktionsförmåga och livskvalitet och en stabilare social situation torde kunna anses som mer adekvata mål.

14.7.6 Initiativ till tvångsvård

Nuvarande ordning

Ett LVM-ärende kan initieras på olika sätt, exempelvis efter anmälan från anhörig eller i övrigt genom socialtjänstens arbete. Det kan också anhängiggöras till följd av den anmälningsskyldighet som regleras i 6 § första stycket LVM enligt vilken *myndigheter* som *i sin verksamhet* regelbundet kommer i kontakt med personer med missbruk har skyldighet att *genast anmäla* till socialnämnden om de får kännedom om att någon kan antas vara i behov av vård enligt LVM.

Anmälningsskyldigheten vad avser *läkare* regleras i 6 § andra stycket LVM som *genast* ska göra anmälan till socialnämnden, om han eller hon *i sin verksamhet* kommer i kontakt med någon som kan antas vara i behov av *omedelbart omhändertagande* enligt 13 § *eller vård* enligt LVM *och* läkaren bedömer att den enskilde inte kan be-

[51] Prop. 1990/91:58 s. 136.

redas tillfredsställande vård eller behandling genom läkarens egen försorg eller i övrigt inom hälso- och sjukvården.

Anledningen till läkares begränsade anmälningsskyldighet är att anmälningsplikten inte får medföra att den enskilde avhåller sig från att söka medicinsk eller psykiatrisk vård.[52] Anmälningsskyldigheten åvilar enbart läkare, inte exempelvis en sjuksköterska eller annan vårdpersonal. Däremot omfattas både privat- och offentligt verksamma läkare.[53]

Socialnämnden har enligt 5 kap. 9 § SoL skyldighet att aktivt sörja för att en enskild person med ett missbruk får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden ska i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

Socialnämnden har också, enligt 7 § LVM, *skyldighet att inleda utredning*, när den genom anmälan enligt 6 § eller på något annat sätt har fått kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård. Av 37 § LVM framgår att utredningen ska handläggas skyndsamt.

När utredning inletts ska socialnämnden, om det inte är uppenbart obehövligt, besluta om *läkarundersökning* (9 §) samt utse läkare för undersökningen. Läkaren ska i intyget ange den enskildes aktuella hälsotillstånd och, enligt förarbetena, hens allmänna behov av vård. Däremot ska inte anges huruvida det finns förutsättningar för vård enligt LVM eftersom läkaren oftast inte har tillgång till alla de uppgifter som socialnämnden har i sin utredning. Undersökande läkare kan därför inte göra den helhetsbedömning av den enskildes prognos och fortsatta riskexponering som behövs för att bedöma behovet av vård enligt LVM, en fråga som ankommer på förvaltningsrätten (5 § LVM).[54]

Anser socialnämnden efter utredning att det finns skäl att bereda någon tvångsvård, *ska* nämnden ansöka om sådan vård hos förvaltningsrätten (11 §).

[52] SOU 1981:7 s. 59.
[53] Prop. 1981/82:8 s. 105.
[54] Prop. 1987/88:147 s. 59. Se även JO 1987/88 s. 156 ff. som uttalat att kravet på läkarintyg har tillkommit i den avsikten att komplettera utredningen med en redogörelse för den enskildes aktuella hälsotillstånd främst med avseende på hens behov av somatisk eller psykiatrisk vård. Däremot har avsikten inte varit att läkaren på det begränsade utredningsmaterial som står till buds ska göra en fullständig bedömning av om förutsättningarna för vård enligt LVM föreligger.

Bedömning

Även om hälso- och sjukvården kommer att ha ansvaret för behandlingsinsatserna vad gäller skadligt bruk eller beroende betyder inte det att man kommer att ha kännedom om alla personer som skulle behöva vård. Det kan därvid noteras att LPT inte, så som i LVM, innehåller någon bestämmelse om anmälningsskyldighet vilket kan ses som en nackdel.

14.7.7 Beslut om tvångsvård

Nuvarande ordning

Det är, enligt 5 § LVM, *förvaltningsrätten* som beslutar om beredande av tvångsvård. Domstolens prövning är en legalitetsprövning och avser huruvida förutsättningar för vård enligt lagen föreligger eller inte och om sådan vård ska beredas den enskilde.[55]

Beslutar rätten om tvångsvård ska socialnämnden se till att beslutet *verkställs* genom att en enskilde bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus. Enligt 22 § LVM lämnas tvångsvård genom hem som är särskilt avsedda att lämna vård enligt lagen. För personer som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn ska det finnas LVM-hem som är anpassade för sådan tillsyn (23 §). Behovet av LVM-hem ska, enligt 6 kap. 3 § SoL tillgodoses av staten och det är Statens institutionsstyrelse (SiS) som leder verksamheten vid hemmen.

Vården *ska*, enligt 24 § första stycket LVM, *inledas på sjukhus*, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt. Om någon behöver sjukhusvård under vårdtiden ska hen, enligt 24 § andra stycket, ges tillfälle till sådan vård. Bakgrunden till bestämmelsen är, att den som ska beredas vård med stöd av LVM ofta är i dålig fysisk och psykisk kondition. Många gånger är hen i behov av avgiftning och behöver medicinsk hjälp för att lindra abstinensbesvär och minska risken för komplikationer.

Enligt förarbetena är huvudprincipen att den enskilde ska vara tillförsäkrad rätt till sjukhusvård, vilket ska ses som ett erbjudande och inte ett tvång. För vård på sjukhus måste HSL:s regelverk vara

[55] Prop. 1981/82:8 s. 77.

tillämpligt. Det är inom ramen för den lagstiftningen som man får bedöma om sjukvård bör ges den enskilde i inledningsskedet av LVM-vården. All vård som meddelas med stöd av HSL är frivillig. Motsätter sig den enskilde sjukhusvård kan vården inte genomföras mot den enskildes vilja såvida inte förutsättningar för vård enligt LPT föreligger eller fråga är om nöd.[56]

Av 24 § tredje stycket framgår att verksamhetschefen för den sjukhusenhet där den enskilde vistas ska se till att socialnämnden eller Statens institutionsstyrelse (SiS) genast *underrättas*, om den enskilde önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. Verksamhetschefen *ska* besluta att den enskilde ska *hindras från att lämna sjukhuset* under den tid som behövs för att säkerställa att den enskilde kan föras över till ett LVM-hem.

Det är SiS som efter anmälan av socialnämnden anvisar plats i ett LVM-hem (25 §). SiS har skyldighet att fortlöpande hålla socialnämnden underrättad om hur vården framskrider och samråda med nämnden i alla frågor av vikt. Före överflyttning till ett annat hem och före utskrivning ska samråd *alltid* ske.

Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård enligt LPT får, enligt 4 §, inte fattas utan att ett *vårdintyg* har utfärdats. Av detta ska det framgå att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.

Ett initiativ till en läkarundersökning, för eventuellt utfärdande av ett vårdintyg, kan komma till stånd på olika sätt. En läkare kan ha fått anledning att göra undersökning till exempel på grund av en kontakt med patienten i den öppna vården eller på grund av en begäran av en annan läkare. En hemställan om undersökning kan också komma från socialtjänsten eller någon annan i den sjukes omgivning.

Enligt 6 b § LPT ska frågan om intagning för sluten psykiatrisk tvångsvård avgöras *skyndsamt efter undersökning* av patienten, senast 24 timmar efter dennes ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar. Beslut om intagning fattas av en *chefsöverläkare* vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får *inte* fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget.

Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård *utöver fyra veckor* från dagen för beslutet om intagning, ska chefsöver-

[56] Prop. 1981/82:8 s. 85.

läkaren före utgången av fyraveckorstiden ansöka hos *förvaltningsrätten* om medgivande till sådan vård (7 § LPT).

Vård enligt LPT ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region (15 § LPT).

Bedömning

LPT är väl etablerad och lagen tillhandahåller en rad bestämmelser för att garantera den enskildes rättigheter. Om tvångsvården vid skadligt bruk och beroende i fortsättningen regleras i LPT skulle ett flertal bestämmelser gälla som generellt skulle gagna den enskildes rättssäkerhet. Så kan till exempel nämnas tvåläkarprövningen och ett vårdintyg som innehåller en bedömning av sannolika skäl för tvångsvård samt chefsöverläkares intagningsbeslut inom 24 timmar.

Ett vårdintyg torde enligt vår mening ge bättre underlag för ett beslut om tvångsvård än vad en läkarundersökning enligt 9 § LVM ger i dag som endast ska anges den enskildes aktuella hälsotillstånd. Läkarundersökningen enligt LVM kan dessutom underlåtas om det är uppenbart obehövligt, till exempel om ett aktuellt läkarintyg redan finns i ärendet.[57] Ett vårdintyg ger en annan dimension i beslutsprocessen än ett intyg där det endast ska framgå ett allmänt behov av vård.

Om tvångsvården vid skadligt bruk eller beroende regleras i LPT vinns dessutom den fördelen att tvångsvården per automatik kommer att inledas på sjukhus och den enskilde garanteras de medicinska insatser som är nödvändiga.[58] Därmed kommer också den problematik som Justitieombudsmannen (JO) framhållit angående tolkningen av kvarhållningsrätten i 24 § LVM att vara överspelad.[59]

Det skulle kunna anses vara en nackdel att det inte är förvaltningsrätten som fattar det initiala beslutet om tvångsvård vilket inom ramen för LVM är avsett att vara en rättssäkerhetsgaranti för den enskilde. Det skulle också kunna vara en nackdel att chefsöverläkaren kommer att få fatta beslut om tvångsvård sannolikt på nya intagningsgrunder vilket kan medföra en risk ur rättssäkerhetssynpunkt. Dock kan ett intagningsbeslut alltid överklagas och rättens uppmärksamhet därmed påkallas varför dessa omständigheter inte torde vara avgörande argument mot en integrering i till LPT.

[57] Prop. 1987/88:147 s. 96.
[58] I vilken omfattning vården i dag inleds på sjukhus framgår inte av SiS redovisning.
[59] JO, Dnr 5238-2018.

14.7.8 Omedelbart omhändertagande

Nuvarande ordning

Som ett *undantag* från ordinarie utrednings- och beslutsordning som redogjorts för ovan får *socialnämnden*, enligt 13 § första stycket LVM, besluta att en person med missbruk *omedelbart ska omhändertas* om 1) det är *sannolikt* att den enskilde kan beredas vård med stöd av LVM, och 2) *rättens beslut om vård inte kan avvaktas* på grund av att den enskilde kan antas få sitt *hälsotillstånd allvarligt försämrat*, om han eller hon inte får omedelbar vård, *eller* på grund av att det finns en *överhängande risk* för att den enskilde till följd av sitt tillstånd kommer att *allvarligt skada sig själv eller någon närstående*.

Kan inte heller socialnämndens beslut om omhändertagande avvaktas, får beslut om omhändertagande fattas av *nämndens ordförande* eller någon annan ledamot som nämnden förordnat. Beslutet ska anmälas vid nämndens nästa sammanträde (13 § andra stycket LVM).

Nämndens beslut om omedelbart omhändertagande ska utan dröjsmål, och senast dagen efter beslutet, *underställas förvaltningsrätten* (15 § LVM). Fastställer rätten socialnämndens beslut (17 §) ska socialnämnden *ansöka* om tvångsvård inom en vecka från det att förvaltningsrätten meddelade beslut (18 § LVM).

Socialnämnden ska, enligt 19 § LVM, se till att den som är omhändertagen enligt 13 § utan dröjsmål bereds vård i ett hem som avses i 22 § eller, i fall som avses i 24 § första stycket, på sjukhus.

I LPT finns inte motsvarande regelverk. I 47 § första stycket LPT har i stället införts en bestämmelse om att om det finns *skälig anledning* att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning *och* är farlig för annans personliga säkerhet *eller* eget liv *eller* i övrigt behöver omedelbar hjälp, får Polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom eller henne *i väntan på* att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom eller henne sådan hjälp. Den omhändertagne *får föras till en sjukvårdsenhet* som kan ge stöd och behandling.

Enligt förarbetena kan ett omhändertagande tänkas bli aktuellt för att förhindra ett självmord eller för att avvärja att någon i personens omgivning blir skadad. Det kan också föreligga en omedelbar

fara för personens egen hälsa och därför ett överhängande behov av hjälp.[60]

Den omhändertagne får inte förvaras under någon längre tid på polisstationen utan endast kvarhållas tillfälligt under kortast möjliga tid i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge nödvändig hjälp. I förarbetena framhålls att Polismyndigheten bör därför genast kontakta en sjukvårdsinrättning, eller den öppna psykiatriska verksamheten, för att den enskilde ska få erforderlig hjälp snarast möjligt och i första hand utan inslag av tvång. Det förutsätts i lagens förarbeten att vårdpersonalen tar över den omhändertagne så snart som möjligt. Polisen kan också föra den som tagits om hand till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling.[61]

Eventuellt kan det finnas behov av handräckning från Polismyndigheten för att genomföra en undersökning för vårdintyg i enlighet med 47 § andra stycket p. 1.

Bedömning

LVM är tänkt att användas i ett sådant skede att det finns möjlighet att bedriva en utredning och fatta beslut i enlighet med det ordinära utredningsförfarandet som regleras i 6–11 §§ LVM. Endast i fall då rättens beslut om vård inte kan avvaktas har socialnämnden befogenhet att omedelbart omhänderta den enskilde för vård (13 §). Ett omedelbart omhändertagande är alltså en undantagsåtgärd inom ramen för LVM-lagstiftningen.

I praktiken är det dock så att LVM – redan före dess revision 1989 – utvecklats till en akutlag där ett omedelbart omhändertagande snarare är regel än undantag. 72 procent av intagningarna på LVM-hem 2019 och 75 procent 2020 föregicks av ett omedelbart omhändertagande.

Som skäl för att 13 § tillämpas i denna utsträckning har företrädare för socialtjänsten bland annat uppgett att om den enskilde samtycker till vård ska LVM inte tillämpas och att man försöker med frivillig vård så länge att det till sist inte finns någon annan utväg. En sådan tillämpning är emellertid inte korrekt. Socialnämnden ska vid bedömningen av rekvisitens förhandenvaro bland annat ta ställning

[60] Prop. 1990/91:58 s. 286.
[61] Prop. 1990/91:58 s. 286.

till om vårdbehovet kan tillgodoses enligt SoL eller på annat sätt och därmed om ett samtycke till frivilliga insatser kan anses allvarligt menat.[62] Bedöms inte så vara fallet och förutsättningarna för tvångsvård i övrigt är uppfyllda har man skyldighet att ingripa och ansöka om vård i enlighet med ordinarie utredningsförfarande.

När LVM trädde i kraft 1982 var det enbart Polismyndigheten som hade befogenhet att besluta om omedelbart omhändertagande för att möjliggöra ett snabbt ingripande och eftersom polismyndigheten i allmänhet ändå måste anlitas för att genomföra omhändertagandet.[63] Först 1989 fick även socialnämnden denna beslutsbefogenhet. Den praktiska tillämpningen hade visat att en ordning där enbart Polismyndigheten kunde fatta beslut medförde olägenheter av skilda slag. Dels hade polisen, i tämligen stor utsträckning, beslutat om omhändertagande på initiativ från socialnämnden vilket ansågs betänkligt ur sekretessynpunkt, dels ansåg anhöriga till personer med missbruk det otillfredsställande att inte kunna få hjälp av socialnämnden i en akut situation.[64] Av dessa skäl förändrades reglerna så, att också socialnämnden fick möjlighet att fatta erforderligt beslut.

Sedan den 1 juli 2005 är det enbart socialnämnden som har befogenhet att fatta beslut om omedelbart omhändertagande enligt LVM. Orsaken härtill är bland annat att den praktiska tillämpningen visat att andelen beslut som fattats av socialnämnden succesivt ökat medan polisens andel minskat i motsvarande omfattning. Dessutom angavs som skäl i förarbetena, behovet att renodla LVM som en vårdlag och socialnämndens grundläggande ansvar för vård och behandling vid missbruk enligt SoL.[65]

Att LPT inte innehåller någon reglering om omedelbart omhändertagande skulle kunna ses som en nackdel. Å andra sidan är LPT en akutlag och lagen innehåller bestämmelser om Polismyndighetens befogenhet att under vissa förutsättningar tillfälligt omhänderta en person och föra denne till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling. Detta torde vara tillräckligt även i fråga om personer med skadligt bruk eller beroende.

[62] Se avsnitt 14.7.4.
[63] Prop. 1981/82:8 s. 80.
[64] Prop. 1987/88:147 s. 61 ff.
[65] Prop. 2004/05 :123 s. 27.

14.7.9 Öppna vårdformer

Nuvarande ordning

Vårdtiden i LVM om maximalt sex månader är satt utifrån förutsättningen att den enskilde ska kunna slussas ut i öppnare vårdformer under tvångsvårdstiden. SiS ska, enligt 27 § LVM, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne ska beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för *vård i annan form.* Härmed avses såväl institutionsvård som öppen vård. Klienterna kan under LVM-tiden, vårdas i institutioner med enskild huvudman, i öppenvård, familjehem eller eget hem. Det måste dock alltid ingå en adekvat behandling i sådan vård. Det får enligt förarbetena inte förekomma att någon bereds möjlighet att vistas utanför LVM-hemmet utan att han eller hon ingår i något vårdprogram.[66] Vård i annan form är ett led i LVM-vården, en försöksplacering, då LVM-hemmet fortfarande har det formella ansvaret för beslut enligt lagen.

Det är socialnämnden som ska se till att vård i annan form anordnas. Innan vård i annan form påbörjas ska socialnämnden, i samråd med den intagne och SiS, upprätta en plan för den fortsatta vården (28 §). Om det inte längre finns förutsättningar för vård i annan form, får SiS besluta att den enskilde ska hämtas tillbaka till hemmet (27 § tredje stycket).

Vård enligt LPT ges i sluten respektive öppen form. I 2 § LPT definieras vårdformerna. Vård som ges när patienten är *intagen på en sjukvårdsinrättning* benämns *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Annan vård enligt LPT benämns *öppen* psykiatrisk tvångsvård (ÖPT). En patient som vårdas i den öppna tvångsvården är *inte* att anse som *intagen* vid en sjukvårdsinrättning trots att patienten fortfarande är *inskriven* som patient vid inrättningen under hela vårdtiden.[67]

Förutsättningarna för sluten respektive öppen psykiatrisk tvångsvård enligt LPT är i grunden desamma. Vårdformerna är alternativa i förhållande till varandra. Antingen är man i ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård eller så behöver man iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

[66] Prop. 1987/88:147 s. 105.
[67] Däremot är en patient som har permission från den slutna vården, eller såvitt gäller LRV frigång, fortfarande att anse som intagen i den slutna vården. Se prop. 2007/08:70 s. 144.

Av 2 § LPT följer att vården *alltid* måste inledas i form av sluten psykiatrisk tvångsvård. De förutsättningar som gäller för sluten tvångsvård måste alltså alltid – i ett inledande skede – först vara uppfyllda. Det är inte möjligt att inleda vård enligt LPT i form av öppen tvångsvård. Har patienten inte först uppfyllt förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård saknas laglig grund för vård enligt LPT. Någon närmare tidsgräns för hur lång tid den sjukhusbaserade vården måste pågå innan patienten kan överflyttas till öppen tvångsvård finns inte.

Den som ges öppen psykiatrisk tvångsvård får vistas utanför sjukvårdsinrättningen (26 § LPT). Ett beslut om ÖPT fattas av förvaltningsrätten (7 § LPT) som ska föreskriva de särskilda villkor som ska gälla för vården. Rätten får också överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. De särskilda villkoren får, enligt 26 § LPT, till exempel avse skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling eller skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling, förbud mot att använda berusningsmedel eller annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

Under vissa förutsättningar som anges i 26 a § LPT får chefsöverläkaren besluta att en patient i ÖPT åter ska ges sluten psykiatrisk vård.

Bedömning

Nära 80 procent av de intagna på LVM-hem får någon gång under vårdtiden vård i en annan form enligt 27 § LVM.[68] I LVM regleras inte under vilka förutsättningar som den enskilde ska kunna vårdas i annan form eller vad som gäller för att den enskilde ska kunna hämtas tillbaka till LVM-hemmet. Det framgår endast att så får ske om förutsättningar för vård i annan form inte längre finns och att SiS därvid kan begära handräckning (45 § p. 4 LVM).

Den öppna vårdformen i LPT har, så som Missbruksutredningen anförde,[69] en tydligare reglering vilket måste ses som en fördel. Det är förvaltningsrätten som får medge en övergång till öppen tvångsvård där bland annat en samordnad vårdplan utgör beslutsunderlag. Det är också rätten som föreskriver villkoren som den enskilde är

[68] Statens institutionsstyrelse, SiS i korthet 2020.
[69] SOU 2011:35 s. 303 f.

skyldig att underkasta sig. Vidare är det särskilt reglerat under vilka förutsättningar chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges ÖPT åter ska ges sluten vård (26 a § LPT).

Det skulle kunna hävdas att en nackdel med en reglering i LPT är att det finns en risk, i jämförelse med vad som gäller enligt LVM, att den enskilde får stanna kvar i den öppna psykiatriska tvångsvården under längre tid än vad som behövs – vilket gäller även i övrigt inom den psykiatriska tvångsvården. Detta uppvägs dock av en kontinuerlig domstolsprövning vilket torde borga för att tvångsvården upphör när förutsättningarna för vård inte längre föreligger. Å andra sidan är det en nackdel med vårdtiden i LVM att tvångsvården måste upphöra efter sex månader antingen syftet med vården är uppnått eller inte.

14.7.10 Vårdtid

Nuvarande ordning

Beslut om tvångsvård enligt LVM fattas av *förvaltningsrätten* (5 §) och det är SiS som, efter anmälan av socialnämnden, anvisar plats i ett LVM-hem (25 § LVM).

Tvångsvården enligt LVM ska, enligt 20 §, upphöra så snart *syftet* med vården enligt 3 § LVM är uppnått och *senast* när vården har pågått i sex månader. Vårdtiden om sex månader utgör en *längsta tid*. Tvångsvården ska upphöra när syftet med vården – motivation till frivillig vård – är uppnått. Uppnås inte syftet tidigare, får hela sexmånadersperioden utnyttjas för motivationsarbete.[70] Tvångsvården upphör genom SiS beslut om utskrivning (25 § LVM).

Beslut om tvångsvård enligt LPT fattas av *chefsöverläkare* vid en enhet för psykiatrisk vård (6 b § LPT) och får på grundval av detta beslut pågå i *fyra veckor*. Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård *utöver* fyra veckor från dagen för beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren före utgången av fyraveckorstiden ansöka hos *förvaltningsrätten* om medgivande till sådan vård (7 § LPT). Rätten ska enligt 8 § besluta i frågan om fortsatt vård i form av sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan, får vården pågå under *högst fyra månader*, räknat från dagen för beslutet om intagning.

[70] Prop. 1987/88:147 s. 72.

Bedömer chefläkaren att tvångsvården behöver pågå *utöver fyra månader* måste ny ansökan till förvaltningsrätten göras om medgivande till fortsatt vård (9 § LPT). Medgivande får då lämnas för *högst sex månader åt gången*, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan.

Av 27 § LPT framgår att när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, ska chefsöverläkaren genast besluta att tvångsvården ska upphöra. Frågan om tvångsvårdens upphörande ska enligt bestämmelsen *övervägas fortlöpande*, vilket gäller vid såväl öppen som sluten tvångsvård och även om frågan om tvångsvård är föremål för domstolsprövning.[71]

Vårdtider genom tiderna

Åsikterna om vilken vårdtid som är erforderlig och lämplig vid tvångsvård av vuxna personer med skadligt bruk eller beroende har gått starkt isär såväl innan som efter det att LVM trätt i kraft. Det har funnits förespråkare både för att tvångsvården ska begränsas till det akuta avgiftningsskedet och för att tvångsvården ska möjliggöra genomförandet av hela det långa behandlingsprogram som kan behövas för att någon ska komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende.

Nykterhetsvårdslagen (1971:307), som upphörde genom socialtjänstreformen och som enbart medgav tvångsvård vid missbruk av alkohol[72] innehöll, i förhållande till LVM, långa vårdtider. Den enskilde fick kvarhållas i en allmän vårdanstalt under ett år. Hade klienten förut varit intagen i en sådan anstalt, och ett nytt beslut om tvångsvård fattades inom fem år från senaste utskrivning, var vårdtiden två år. Vårdtiden kunde dessutom under vissa förutsättningar förlängas med ytterligare två år, dock med högst sex månader i sänder.

Enligt 1981 års LVM[73] skulle vård med stöd av lagen, som huvudregel, upphöra så snart syftet med vården var uppnått och senast *två månader* efter det att vården påbörjades. Tanken var, att ett beslut om vård inte skulle innebära att vården under lång tid bedrevs oberoende av den enskildes samtycke. Vården var avsedd som ett medel

[71] Prop. 1990/91:58 s. 268.
[72] Lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård, förkortad LSPV, medgav vård oberoende av patientens samtycke i fall av narkotikamissbruk som tog sig uttryck som psykisk sjukdom.
[73] SFS 1981:1243.

att bryta en destruktiv utveckling och ge den enskilde motivation och realistisk möjlighet att själv fortsätta att arbeta med problemen. Så snart det fanns förutsättningar för en fortsatt vård i frivilliga former skulle utskrivning ske.[74] Detta avsågs ge uttryck för en allmän strävan att nedbringa vårdtiderna för vård i sluten institution eftersom längre vårdtider i sluten miljö i sig ansågs vara ägnade att orsaka problem vid återanpassningen till det normala samhällslivet. Vård utan samtycke skulle vara begränsad till vad som erfordrades för att ge den enskilde incitament till en fortsatt vård i frivilliga former. 1981 års LVM gav emellertid även utrymme för *förlängning* av vårdtiden med *högst två månader* om klienten, till följd av sitt hälsotillstånd, behövde ytterligare vård eller om det fanns andra synnerliga skäl (16 §).

Som framgått av avsnitt 14.7.5 är syftet med tvångsvården enligt LVM ytterst, att den enskilde ska *komma ifrån* sitt missbruk (3 §). Syftet är dock på kort sikt mera begränsat, nämligen att skapa motivation för och reella möjligheter till fortsatt vård i frivilliga former.[75] I förarbetena till nu gällande bestämmelse, som alltså medger en vårdtid på maximalt sex månader, ansågs det viktigt att slå fast detta synsätt eftersom det är en långsiktig och genomgripande process att upphöra med ett tungt missbruk. Så långtgående förändringar kan inte påtvingas den enskilde; han eller hon måste välja dem själv.[76] Enligt förarbetena bör den enskildes vårdbehov över en längre tidsrymd beaktas i större utsträckning än vad som skett tidigare. LVM-vården ska ses som *utgångspunkt för motivationsarbete* och planering av vård- och stödinsatser, som i de flesta fall måste fortgå efter det att vården enligt LVM har avslutats.[77] Den i förhållande till 1981 års lag längre vårdtiden är också avsedd att i högre utsträckning än vad som gällde tidigare kunna utnyttjas för *utslussning till andra vårdformer* (jfr 27 § LVM), vilket var det främsta motivet för att förlänga vårdtiden. Det befanns också styrkt att den kortare vårdtiden inte alltid räckte för att klara LVM:s uppgift att motivera till frivillig vård.[78]

[74] SOU 1981:7 s. 43.
[75] Jfr prop. 1981/82:8 s. 45.
[76] Prop. 1987/88:147 s. 70.
[77] Prop. 1987/88:147 s. 70.
[78] Prop. 1987/88:147 s. 70.

Bedömning

Som framgått ovan har syftesbestämmelser en handlingsdirigerande funktion som ger vägledning om bland annat i vilka syften tvångsåtgärder får vidtas och vilken inriktning behandlingsåtgärderna ska ha. Syftesbestämmelsen i LVM hänger också samman med hur länge tvångsvården får pågå; den ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården pågått i sex månader (20 §). Enligt 27 § LPT ska tvångsvården upphöra när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård vilket ska övervägas fortlöpande. I LPT finns ingen längsta vårdtid utan fortsatt vård ska i stället, efter ansökan av chefsöverläkaren, prövas kontinuerligt med vissa lagstadgade mellanrum.

Missbruksutredningen gjorde bedömningen att vård inom missbruks- och beroendevården i normalfallet ska vara frivillig. Vård utan samtycke ska endast ges i undantagsfall och under förutsättning att insatsen ingår som en länk i en sammanhängande vårdkedja. Tvångsinsatser, i synnerhet i form av inlåsning, ska tillgripas under kortast möjliga tid i så öppna former som möjligt och innebära att de mest effektiva metoderna tillämpas. Utredningen menade vidare att behandlingen måste planeras med ledning av en tillräcklig diagnostisk och social utredning. Tvång som livräddande insats ansågs mer acceptabelt än tvångsvård som medel att mer långsiktigt skapa motivation och förändra livshållningen. Samtidigt identifierade utredningen ett behov av att behålla vissa människor i vård utan samtycke under mer utsträckta tidsperioder, då i syfte att till exempel förhindra snabbt och allvarligt återfall. Tvång skulle även kunna vara motiverat – vanligen i öppen tvångsvård – för att initiera och under en period färdigställa utredningen och vidmakthålla behandlingsinsatser, särskilt av psykosocial natur. Inlåsning ska enligt utredningen alltid minimeras. Vid samsjuklighet kan läkemedelsbehandling under tvång vara aktuellt för vissa personer. Behandling under tvångsvård ska alltid erbjudas den enskilde enligt bästa tillgängliga metoder och ett fortsatt stöd ska finnas sedan tvångsvården upphört med en sömlös övergång mellan tvång och frivillighet.[79]

SiS statistik visar att vårdtiden i majoriteten av fallen under 2020 var >179 dygn[80] vilket inte betyder att klienterna generellt vistats på

[79] SOU 2011:35 s. 301 f.
[80] Statens institutionsstyrelse, SiS i korthet 2020 s. 14.

LVM-hem under hela den tiden utan cirka 80 procent har också fått vård i annan form enligt 27 § LVM.

Om tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende regleras i LPT kommer de kontinuerliga omprövningarna av fortsatt vård att ankomma på förvaltningsrätten vilket kan vara till gagn för den enskildes rättssäkerhet. Det kan å andra sidan, ur rättssäkerhetssynpunkt, vara en nackdel att tvångsvården kan komma att pågå under längre tid än de sex månader som i dag är stipulerad i LVM, men det kan också vara en fördel om den enskilde har behov av en längre vårdtid. I allmänpsykiatrin har man länge arbetat med att försöka nedbringa vårdtiderna i tvångsvården. Huruvida det skulle krävas ett annat förhållningssätt i förhållande till patienter med beroendesyndrom är en fråga som bör beaktas i en fortsatt utredning. Även den omständigheten att ett skadligt bruk eller beroende kan ha ett svängande förlopp bör föranleda noggranna överväganden bland annat i fråga om vilka kriterier som ska gälla för att en patient ska kunna hållas kvar i tvångsvård sedan den akuta berusningen klingat av.

14.7.11 Stödperson

Patienter som är intagna med stöd av LPT har enligt bestämmelser i 30–31 a § LPT rätt att få en stödperson, vars uppgift är att ge patienten ett personligt stöd och bistå patienten i personliga frågor så länge patienten ges tvångsvård. I förhållande till patienten har stödpersonen dock inte någon självständig ställning och kan alltså inte i denna egenskap överklaga chefsöverläkarens eller förvaltningsrättens beslut. Stödpersonen har däremot rätt att besöka patienten på vårdinrättningen och har även rätt att närvara vid muntlig förhandling i förvaltningsrätten.

LVM saknar en motsvarande reglering. Enligt 1981 års LVM (8 §) skulle emellertid socialnämnden utse en tjänsteman hos nämnden – en *kontaktperson* – som hade att svara för kontakterna med den enskilde och med olika vårdgivare och följa den enskilde under hela vårdtiden. Bestämmelsen syftade inte till att utse någon som skulle vara ansvarig för själva utredningen. Tanken var att den utsedda tjänstemannen skulle följa den enskilde under hela vårdtiden, informera om vilka regler som gäller, ansvara för eventuellt frivilliga insatser efter LVM-vården och, under förutsättning av samtycke, för-

medla kontakt med andra som kan bistå den enskilde.[81] I händelse av beslutad tvångsvård skulle kontaktpersonen kunna bistå den enskilde om han eller hon mötte problem eller kom i motsättning med SiS eller dess personal. Kontaktpersonen skulle vara en viktig länk utanför institutionen.[82]

Bestämmelsen om kontaktperson togs emellertid bort den 1 juli 2005 (SFS 2005:467). Såväl Justitieombudsmannen (JO) som LVM-utredningen (SOU 2004:3) hade uppmärksammat att i praktiken användes i princip inte bestämmelsen om kontaktperson. Det var i stället handläggaren i det enskilda ärendet som svarade för kontakterna med den enskilde och olika vårdgivare. Bestämmelsen ansågs därför inte fylla någon funktion då kontaktpersonens uppgifter fullföljdes utan att en kontaktperson formellt utsetts. Regeringen framhöll att det är en central uppgift för socialtjänsten att hålla kontakt med den enskilde under både utredningstiden och vårdtiden. Det utgör själva förutsättningen för en meningsfull insats. Däremot ansågs det vara mindre lämpligt att i lag föreskriva hur socialtjänsten väljer att fullgöra denna uppgift, varför bestämmelsen togs bort.[83]

En fördel med en reglering av tvångsvården vid skadligt bruk och beroende i LPT är att patienten därigenom får tillgång till en stödperson på premisser enligt lagen, ett uppdrag som dessutom under vissa förutsättningar kan övergå till en s.k. kontaktperson enligt SoL när tvångsvården enligt LPT upphör.

14.7.12 Sakkunnig i domstolsförhandlingen

Som framgått av avsnitt 14.5 präglas både LVM och LPT av ett skyndsamhetskrav i domstolsprocessen och den enskilde ges rätt att begära muntlig förhandling och få förordnat ett offentligt biträde. Om det inte är uppenbart obehövligt ska förvaltningsrätten dessutom, enligt 37 § andra stycket LPT (21 b § LRV), i ett mål enligt lagen höra lämplig *sakkunnig* vid den muntliga förhandlingen vilket inte motsvaras av regleringen i LVM.

Vi gör bedömningen att det är en rättssäkerhetsgaranti för den enskilde att en annan läkare än den som har det yttersta behandlingsansvaret och beslutsbefogenheten får lämna sin uppfattning i målet.

[81] Prop. 1987/88 :147 s. 95.
[82] Prop. 1981/82 :8 s. 89.
[83] Prop. 2004/05 :123 s. 34.

Regleras tvångsvården vid skadligt bruk eller beroende i LPT blir hörandet av den sakkunnige del av processen, vilket torde vara en fördel för den enskilde.

14.8 Förslag

Förslag: Utifrån genomförd analys av för- och nackdelar med en gemensam tvångslag krävs det en fortsatt utredning om hur lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård kan utformas för att omfatta personer med skadligt bruk och beroende.

14.8.1 Inriktning på förslag till ny reglering av vård utan samtycke vid skadligt bruk och beroende

Vi föreslår att behandling vid, skadligt bruk och beroende ska bli en uppgift för hälso- och sjukvården. I linje med detta ligger att tvångsvården blir ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.

Reglering i LPT

Vi konstaterar att det finns goda skäl för att reglera förutsättningar för tvångsvård vid skadligt bruk och beroende i LPT. Syftet med tvångsvården enligt LPT är väl anpassat för att omfatta även vård utan samtycke vid skadligt bruk och beroende. Ett långsiktigt syfte behöver enligt vår mening inte vara att komma ifrån det skadliga bruket eller beroendet. Det handlar snarare om, ungefär som Psykiatrilagsutredningen anförde, att den enskilde ska få hjälp att återfå sin psykiska funktionsförmåga. En förbättrad funktionsförmåga och livskvalitet och en förbättrad fysisk och/eller psykisk hälsa och en stabilare social situation kan vara adekvata mål. Vilka målen ska vara i varje enskilt fall bör avgöras av den som ansvarar för behandlingen utifrån klinisk erfarenhet, tillgänglig kunskap och patientens preferenser och livssituation.

Genom att vård för skadligt bruk och beroende ges med stöd av samma lagstiftning som också reglerar övrig psykiatrisk vård utan samtycke, ges förutsättningar för en kontinuerlig, integrerad vård utifrån en helhetssyn. Detta är särskilt viktigt med hänsyn till den

stora samsjuklighet som finns hos personer som vårdas enligt LPT och LVM. Reglerna om tvåläkarprövning är relevant även vid vård för skadligt bruk och beroende eftersom den garanterar medicinskt kvalitet och rättssäkerhet. Genom en reglering i LPT blir regler i patientlagen, hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen tillämpliga. Detta innebär att bestämmelser om patientens rättigheter, vårdens organisation, kvalitet och personal blir tillämpliga vid all tvångsvård.

Vi bedömer också att bestämmelserna om öppen psykiatrisk tvångsvård är relevanta när det gäller vård av personer med skadligt bruk eller beroende, eftersom de möjliggör att tvångsvården bedrivs utifrån en vårdplan och med vissa villkor för patienten som beslutas av förvaltningsrätten.

Intagningskriterier för tvångsvård

I fråga om intagningskriterierna bedömer vi att de ska vara särskilt anpassade efter situationen att tvångsvården sker på grund av skadligt bruk eller beroende och att begreppet allvarlig psykisk störning sannolikt inte ska användas. Hur grunden för intagning ska utformas i dessa fall behöver utredas i särskild ordning. Det kan till exempel övervägas om det ska finnas olika intagningsgrunder om det föreligger en samsjuklighetsproblematik, om det enbart föreligger en allvarlig psykisk störning eller om det enbart är fråga om skadligt bruk eller beroende.

En annan fråga rör vilket slags skadligt bruk eller beroende som ska kunna föranleda tvångsvård. I dag kan tvångsvård enbart komma i fråga vid ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel. Det behöver övervägas om detta kan vara överförbart till en framtida reglering eller om det ska formuleras annorlunda så att till exempel även spel om pengar ska innefattas.[84]

En skillnad mellan LPT och LVM är att den senare är obligatoriskt tillämplig – LVM *ska* tillämpas om förutsättningarna i lagen är uppfyllda. Det kan diskuteras om ett sådant obligatorium är ändamålsenligt i en framtida reglering. LVM ger emellertid också möjlighet att ingripa i ett tidigare skede, innan det skadliga bruket eller beroendet medfört allvarliga medicinska eller sociala skadeverkningar.

[84] Jfr Gustafsson, E. Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare. Norstedts Juridik AB, Stockholm 2001.

Hur detta kan hanteras vid en anpassning av LPT till vård på grund av skadligt bruk och beroende behöver utredas vidare.

Detta gäller också om det, vid ett förändrat huvudmannaskap, fortfarande ska finnas en reglerad anmälningsskyldighet om någon myndighet i sin verksamhet bedömer att en person är i behov av tvångsvård, hur den i så fall ska vara formulerad och var den ska regleras eller om det är tillräckligt med möjligheten att ta initiativ till en läkarundersökning för vårdintyg.[85]

Eftersom LPT redan innehåller en bestämmelse om Polismyndighetens befogenhet att under vissa förutsättningar tillfälligt omhänderta en person och föra denne till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling, borde denna reglering vara tillräckligt även i fråga om skadligt bruk och beroende. Rekvisiten för polisens befogenhet kan dock behöva ses över liksom, vilket torde gälla generellt, om bestämmelser om samverkan och samordning med socialtjänsten behöver tydliggöras.

Vårdens bedrivande

Vi anser, som framgår ovan, att tvångsvården vid skadligt bruk och beroende bör bedrivas enligt LPT. Det innebär att vården i många fall enbart bedrivs på sjukhus men den kan också bedrivas som öppen psykiatrisk tvångsvård, till exempel på behandlingshem, innan utskrivning sker. Vårdtidernas längd är inte reglerade i LPT men tvångsvården ska med vissa tidsintervaller prövas i domstol. En viktig fråga är om det är lämpligare att ha andra differentierade vårdtider vid skadligt bruk och beroende än vad som gäller enligt LPT i dag.

Vi gör, till skillnad från Missbruksutredningen, i nuläget bedömningen att statliga institutioner för tvångsvård vid skadligt bruk och beroende inte helt kan eller bör upphöra.[86] Inte minst mot bakgrund av att vissa personer med skadligt bruk och beroende ofta har en mycket komplex problematik som kräver insatser på flera fronter samtidigt är det är sannolikt att en patient kan behöva en längre tids vård som omgärdas med tvång i en annan miljö än en sjukvårdsinrätt-

[85] Se avsnitt 14.7.6.

[86] Missbruksutredningen ansåg att vårdplatserna inom psykiatrin kunde behöva förstärkas, samtidigt som Statens institutionsstyrelses behov av dåvarande 11 särskilda behandlingshem för LVM-vård skulle upphöra. Ett alternativ kunde enligt utredningen vara att dessa institutioner skulle bestå i en eller annan form i varje fall under en övergångsperiod, SOU 2011:35 s. 325.

ning och där ÖPT inte kan komma i fråga. Därvid är LVM-institutionerna och SiS långa erfarenhet av behandling vid problematiken en viktig resurs. Hur och i vilken lag detta ska regleras är en fråga som behöver utredas vidare. Klart är att lagstöd är nödvändigt för att kunna bedriva vård utan samtycke och för de särskilda tvångsåtgärder, till exempel kroppsvisitation, som under vissa förutsättningar kan vara nödvändiga.

Vi menar dock att vården vid SiS ska bedrivas utifrån en vårdplan som beslutats av chefsöverläkaren och i samråd med denne som har att överväga när tvångsvården ska upphöra eller om tvångsvården ska övergå i öppen form. Det krävs en fördjupad analys av vilka krav på hälso- och sjukvården och på SiS det ställer och hur samrådet i praktiken ska utformas.

Man kan vidare tänka sig att likväl som SiS kan ha klienter som vårdas på frivillig väg enligt SoL bör SiS även kunna bedriva öppen psykiatrisk tvångsvård med stöd av LPT.

Som framgår ovan måste verksamheten på SiS lagregleras eftersom det är fråga om vård utan samtycke med möjligheter till tvångsåtgärder. Det behöver utredas i särskild ordning på vilket sätt det bäst sker.

Rätt till stödperson

Vi gör bedömningen att i en sluten vårdsituation som dessutom sker med tvång är det av största vikt för den enskilde att ha någon som står fri från vårdorganisationen och beslutsfattandet att bistå i olika frågor. En fördel med en gemensam tvångslag och ett införlivande i LPT är att patienten därigenom får rätt till en stödperson på premisser enligt lagen, ett uppdrag som dessutom under vissa förutsättningar kan övergå till en s.k. kontaktperson enligt SoL när tvångsvården upphör.

Samordnad vård- och stödverksamhet

I kapitel 11 föreslår vi att det ska vara obligatoriskt för regioner och kommuner att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Den verksamheten kommer att ha stor betydelse i samband med

tvångsvård eftersom insatser som behövs när vården har avslutats kan planeras och genomföras på ett samordnat sätt.

DEL 4

Konsekvenser och ikraftträdande

15 Konsekvenser

I det här kapitlet redovisas kostnadsberäkningar och andra konsekvenser av utredningens förslag. Enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) ska en utredning redovisa vilka konsekvenser som utredningens förslag får för kostnader och intäkter för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda. När det gäller kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner ska utredningen föreslå en finansiering. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser ska även dessa redovisas.

Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen, ska detta också beskrivas.

15.1 Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende och annan psykiatrisk sjukdom

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

En utredning ska redovisa konsekvenserna för den målgrupp som förslagen berör. Vi har i betänkandet konstaterat att det finns stora brister i nuvarande system som innebär att personer med samsjuklighet inte får samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser av socialtjänst och hälso- och sjukvård. Förslagen vi lämnar, som syftar till att åtgärda dessa brister, bedömer vi sammantaget får posi-

tiva konsekvenser för personer med samsjuklighet och övriga personer med skadligt bruk och beroende. I vilken grad beror emellertid till viss del på omständigheter som ligger utanför utredningens uppdrag. Till exempel kan resultaten påverkas av resursfördelning till området på statlig, regional och lokal nivå. Kommuner och regioner står inför stora ekonomiska utmaningar de närmaste åren och behoven är stora även inom andra välfärdsområden. Förslagens konsekvenser påverkas därför av hur insatser till personer med samsjuklighet prioriteras i framtiden. Förslagens konsekvenser påverkas också av hur den långsiktiga kompetensförsörjningen i vård- och omsorg utvecklas. I dag finns brist på kvalificerade medarbetare i både hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att våra förslag ska få positiva konsekvenser krävs därför att hälso- och sjukvården och socialtjänsten styrs och utvecklas på ett sätt så att det blir attraktivt för personal med rätt kompetens att arbeta i dessa verksamheter. Det krävs också att lärosäten och berörda myndigheter tar sin del av ansvaret för kompetensförsörjningen. I kapitel 12 utvecklar vi vad ett sådant ansvarstagande kan innebära. Det är också av yttersta vikt att förändringar vi föreslår sker strukturerat och att regionerna tar ansvar för sådan stegvis vård som beskrivs i kapitel 9. Om ansvaret för behandling av skadligt bruk och beroende tydliggörs för exempelvis primärvården och barn- och ungdomspsykiatrin, utan tillräckliga resurser, och utan tillräckliga förutsättningar för samverkan med, och få stöd av andra verksamheter, kan förslagen få negativa konsekvenser. För att minska riskerna för att utvecklingen sker utan analys och förberedelser föreslår vi i kapitel 16 att det ska gå två år mellan riksdagsbeslut och ikraftträdande, att det ska utgå vissa stimulansmedel, och att staten ska ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) för att stödja implementeringen.

Våra förslag förtydligar huvudmännens ansvar för vård och stöd till personer med psykisk sjukdom inklusive skadligt bruk och beroende. Vi anser att det finns stora fördelar med att samla ansvaret för behandling av skadligt bruk och beroende hos en huvudman. Bland annat ger det bättre förutsättningar att hålla ihop olika behandlingsinsatser som läkemedelsbehandling och psykologisk och psykosocial behandling.

Vi har också bedömt att ett samlat behandlingsansvar hos regionernas hälso- och sjukvård förbättrar förutsättningarna för ett bredare och mer jämlikt utbud av evidensbaserade behandlingsmetoder.

Men det starkaste argumentet för förändringen är att det ger förutsättningar för att samordna behandlingen av skadligt bruk och beroende med behandlingen av andra psykiatriska tillstånd. För att säkerställa att förslaget om ett samlat behandlingsansvar får de positiva konsekvenser som är syftet, vill vi också att kraven på samordning inom hälso- och sjukvården ska uttryckas i lag. Det kan få den negativa konsekvensen att regleringen upplevs detaljerad och svårförenlig med hur hälso- och sjukvården i övrigt är reglerad. Mot bakgrund av de stora bristerna i dag, som innebär att personer med skadligt bruk och beroende inte får sina psykiatriska hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda, anser vi dock att den konsekvensen är försvarlig.

En annan eventuell risk med flera av våra förslag är att de skapar nya gränsytor och därmed nya problem med samordning, när en persons helhet och olika behov av stöd och behandling ska tillgodoses hos olika huvudmän. Utifrån den uppdelning av ansvarsuppgifter som gäller generellt mellan regioner och kommuner är en sådan gräns svår att undvika. Vi menar att fördelarna med att hålla samman olika behandlingsinsatser hos en och samma huvudman överväger riskerna.

Vi anser även att förtydligandet av socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende i 5 kap 9 § socialtjänstlagen leder till ökade möjligheter för den enskilde att få ett socialt stöd som stärker resurser och utvecklar funktionsförmågan. att ansvaret skulle vara fortsatt otydligt om paragrafen kvarstod i sin nuvarande lydelse.

Tillgången till hälso- och sjukvård för personer som är placerade på HVB bedöms öka genom vårt förslag att regionen ska ha ett särskilt betalningsansvar för sådana insatser. I dagsläget är det svårt att fullt ut bedöma om förslaget också kan ha negativa konsekvenser. Det är en ny modell som inte tidigare prövats, och det kan inledningsvis finnas risk för nya gränsdragningsproblem och konflikter mellan huvudmännen som drabbar den enskilde. Vi har dock vägt den risken mot de stora brister i hälso- och sjukvårdsinsatser under HVB-placering som finns i dag, och de svårigheter huvudmännen har att ta gemensamt ansvar med stöd av nuvarande reglering. Slutsatsen blir utifrån den avvägningen att risken för negativa konsekvenser är försvarbar.

En annan konsekvens av att regionen blir ansvarig för all behandling för skadligt bruk och beroende innebär att det inte längre är möjligt att överklaga ett avslagsbeslut om behandling för sådana tillstånd. Vi har därför gått igenom cirka 125 slumpvis utvalda biståndS-

beslut avseende vård och behandling vid missbruk. Drygt 80 procent av målen avsåg att den enskilde nekats vård på behandlingshem och i stället erbjudits annan vårdform. Cirka 10 procent avsåg kontraktsvård som också ofta handlar om heldygnsomhändertaganden. Drygt 75 procent av överklagandena avslogs av förvaltningsrätten med den huvudsakliga motiveringen att den enskilde genom det beviljade biståndet uppnådde en skälig levnadsnivå. I cirka 7 procent återförvisades ärendet till beslutande socialnämnd för fortsatt utredning. I 8 kap. 1 § SoL anges att stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär inte medför kostnadsansvar för den enskilde. Det innebär att behandlingar som tidigare erbjöds utan kostnad av kommunen, nu omfattas av regleringen kring patientavgifter. Högkostnadsskyddet för regionens öppenvård innebär dock att den enskilde bara behöver betala patientavgift upp till ett visst belopp. Vi gör bedömningen att även om det kan innebära en försämring för den enskilde att behandlingarna blir avgiftsbelagda, så vägs det upp av de positiva konsekvenser som förslaget innebär för målgruppen. För de med störst behov, som kommer att erbjudas insatser i den föreslagna samordnade vård och stödverksamheten, får inte patientavgift tas ut.

Vi har också konstaterat att insatserna i socialtjänsten, trots rättighetsregleringen, ofta ges utifrån ett begränsat behandlingsutbud och begränsas av resurser. Förändringen bedöms därför inte innebära stora negativa konsekvenser för den enskilde, särskilt som rättigheten att ansöka om HVB och överklaga ett avslagsbeslut kvarstår.

För personer där särskild samordning av behandlings- och stödinsatser är nödvändig för att insatserna ska kunna genomföras föreslår vi en ny, obligatorisk samordnad vård- och stödverksamhet. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Vår bedömning är att förslaget kommer få positiva effekter för personer som tillhör målgruppen och deras anhöriga, och att det har förutsättningar att påtagligt öka tillgången till integrerade och personcentrerade insatser för den berörda målgruppen. Att mer detaljerat föreskriva hur huvudmännens verksamheter ska organiseras kan emellertid riskera att minska handlingsutrymmet när det gäller bemanning och kompetensförsörjning av verksamheterna. Genom att vi möjliggör avtalssamverkan mellan region och kommun, utökas dock möjligheten till flexibilitet och stordriftsfördelar för de

samordnade vård- och stödverksamheterna. I merparten av fallen bedöms dessutom personerna som blir deltagare i verksamheten på sikt vara i behov av färre kostnadskrävande insatser som till exempel HVB-hem, psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård. Detta kan leda till personella och ekonomiska besparingar i andra delar av regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet och kommunens socialtjänstverksamhet.

En annan risk är att målgruppen för vård- och stödverksamheten kommer att bedömas olika i landet. Därför har vi utförligt beskrivit i kapitel 11 vilka personer verksamheten avses att vara till för. Vi lägger också förslag i kapitel 16 som ska stödja implementeringen på ett sätt som kan bidra till en mer enhetlig tillämpning.

Vi bedömer att det tydliga syftet och den särskilda lag vi föreslår, i kombination med förslagen att motverka hinder som i dag finns för integrerade verksamheter, i tillräcklig grad balanserar riskerna med att införa förslaget. Liksom med övriga förslag kan dock en negativ konsekvens bli att nya gränser skapas mellan olika verksamheter och att personer erbjuds vård och omsorg av olika kvalitet beroende på i vilken verksamhet denne får insatserna. Vår bedömning är att övriga förslag, som syftar till att bidra till en bättre vård och bättre sociala stödinsatser för alla personer med skadligt bruk och beroende, minskar risken för att personer som inte erbjuds insatser i verksamheten inte får den hjälp de behöver.

Vi föreslår även att möjligheten till personligt ombud tydliggörs för målgruppen och att civilsamhället får en större roll i dessa verksamheter. Syftet med förslaget är att målgruppen ska få möjlighet att påverka sin livssituation och kunna blir mer delaktiga i samhället. Konsekvenserna av detta kan bli att fler personer med samsjuklighet får stöd i återhämtning och i kontakten med myndigheter. Civilsamhället som spelar en viktig roll för målgruppen får något bättre förutsättningar att bedriva verksamhet, även om den förändringen får anses som liten.

Vi gör bedömningen att värderingar och attityder kring psykisk sjukdom, skadligt bruk och beroende spelar roll för samhällets insatser till och bemötande av målgruppen. Det handlar om föreställningar om problemens karaktär och vilka insatser som har effekt. Vi lämnar två förslag som ska minska stigma och öka målgruppens delaktighet och samhället kunskap. Dels föreslår vi att Folkhälsomyndigheten delvis tillsammans med Socialstyrelsen får i uppdrag att genomföra

ett program för stärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering, som ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer, dels föreslår vi att en sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån mål som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga. Dessa åtgärder kan förändra negativa attityder och bidra till en stärkt ställning för personer med samsjuklighet. Insatserna måste emellertid kombineras och följas av andra förändringar i samhället för att konsekvenserna ska bli positiva även på längre sikt. Vi bedömer att en viktig del av förslaget är att patient-, brukar- och anhörigorganisationer ska delta i arbetet då det kan skapa kraft och engagemang för förbättringar i samhällets syn på och insatser till personer med samsjuklighet.

Personer med skadligt bruk och beroende av narkotika har sämre somatisk hälsa än befolkningen i övrigt och överdödligheten i gruppen är stor. Vi föreslår att sprututbytesverksamheter ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och att alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet. Det bedömer vi kommer ha en positiv effekt på hälsan hos personer som har ett skadligt bruk och beroende av narkotika. Även förslaget att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att stödja kunskapsutveckling och uppföljning av LARO kan, om syftet att öka tillgång till behandling och minska läckage uppnås, få konsekvensen att narkotikarelaterad dödlighet minskar. Men också här har även andra faktorer än bara vårt förslag betydelse för vilka konsekvenser det får. Exempelvis påverkas det av verksamheternas resurser, arbetssätt och attityder i samhället.

15.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamheten 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.

15.2.1 Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet

Förslaget innebär en minskad frihet för huvudmännen att välja hur de ska organisera verksamheten, vilket är en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Vi anser dock att den inskränkningen är proportionerlig i relation till de omfattande svårigheter den avser att lösa. Som vi visat i kapitel 4 är överdödligheten, ohälsan och den sociala utsattheten omfattande i den målgrupp som den samordnade verksamheten föreslås vara till för, och de insatser som regioner och kommuner ger i dag till dessa personer är inte tillräckligt samordnade för att förändra det förhållandet. Vi har också konstaterat att nuvarande lagkrav på samverkan som exempelvis individuell plan eller fast vårdkontakt inte tillämpas på ett sätt som gör att målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten får tillräckligt samordnade insatser. I kapitel 11 har vi visat på att trots att det finns starkt forskningsstöd för att integrerade insatser är av avgörande betydelse för hälsa och levnadsförhållanden hos målgruppen, erbjuds sådana insatser i relativt liten utsträckning. Lagstadgade krav på samverkan genom till exempel överenskommelser på området psykisk hälsa eller starka rekommendationer i nationella riktlinjer, har inte heller ökat tillgången till sådana verksamheter. Vi har övervägt om det finns mindre ingripande alternativ till den lagstiftning vi föreslår. Bland annat har vi prövat om det skulle var tillräckligt att endast ställa krav på samordning av hälso- och sjukvårdens insatser, för att undgå en tvingande reglering kring form för samverkan och arbetssätt mellan båda huvudmännen. Vi har dock kommit fram till att, eftersom den målgrupp verksamheten riktar sig till, har behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, är sådan form av reglering inte tillräckligt.

Vi anser också att det kan vara resurseffektivt att kommuner och regioner agerar gemensamt kring personer som har behov av omfattande insatser från båda huvudmännen. Ovan framgår också att regioner och kommuner redan i dag har skyldigheter att samarbeta och samverka, och det finns stort stöd i föreskrifter och forskning för att integrerade insatser kan bidra till att vård och stöd ges på ett mer ändamålsenligt sätt. Vi anser därför att den föreslagna lagen inte innebär ett väsentligt avsteg från föreskrifter och annan praxis för hur regionen och kommunen bör arbeta med personer som har omfattande behov av stöd och vård. Förslaget innebär endast en skärp-

ning av kraven på samordning mellan region och kommun och fastslår hur denna samordning ska gå till för en begränsad målgrupp med mycket stora behov. De utvärderingar som finns av liknande verksamheter och den samhällsekonomiska analys som vi tagit fram i avsnitt 15.8.4 visar på att en organisationsform som utredningen föreslår kan leda till minskade kostnader på sikt.

15.2.2 Förslaget om förtydligat och förändrat huvudmannaskap

Förslaget om att regionen ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende påverkar endast fördelningen av uppgifter mellan kommuner och regioner och har därför inga konsekvenser för den kommunala självstyrelsen. Förslaget om att regioner ska behandla olika psykiatriska tillstånd samordnat innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Eftersom den endast styr att vården ska organiseras på ett sådant sätt så att det sker samordnat, men inte anger på vilket sätt det ska utföras, anser vi att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är liten och att inskränkningen är proportionerlig i förhållande till sitt syfte.

Förslagen att förtydliga kommunernas ansvar enligt 5 kap. 9 § SoL gör det klart att kommunen inte har ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende. Det övriga ansvar följer av bestämmelsen förtydligar vad som gäller i dag och påverkar därför inte självstyrelsen. Detta gäller också förtydligandet i 5 kap. 10 § SoL.

15.2.3 Förslag som innebär nya åtaganden

När staten genom lag reglerar ett nytt åtagande för huvudmännen ska en bedömning göras om en föreslagen reglering medför att finansieringsprincipen ska tillämpas. Vi föreslår att regionerna ska vara skyldiga att bedriva sprututbytesverksamheter och att syftet med verksamheten inte bara ska vara att förhindra smittspridning utan också att främja psykisk och fysisk hälsa. Eftersom det innebär att staten ställer krav på regionerna att bedriva en viss verksamhet bedömer vi det som ett nytt åtagande som regionerna ska ersättas för enligt finansieringsprincipen.

Förslaget som innebär att patientavgifter avskaffas i den samordnade vård- och stödverksamheten, innebär en minskad intäkt för regionerna som ska ersättas i enligt med finansieringsprincipen.

15.3 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Bedömning: Förslagen bedöms endast ha marginella konsekvenser för sysselsättning och offentlig service.

15.3.1 Sysselsättning

Vi bedömer att förslagen får marginella konsekvenser för sysselsättningen. Sysselsättningen påverkas inte av att en ny funktion införs i hälso- och sjukvården och socialtjänsten i form av vård- och stödsamordnare eftersom dessa personer som regel redan har en anställning i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Sysselsättningen påverkas dock på så sätt att personella resurser kan behöva överföras från kommuner till regioner på grund av förslaget att regionen blir ensamt ansvarig för behandling av skadligt bruk och beroende. Förslagen bedöms inte påverka det totala antalet sysselsatta.

Förslaget som innebär att det bli obligatoriskt för regionen att bedriva sprututbytesverksamhet och att dessa får ett utvidgat syfte kan påverka sysselsättningen något genom ökat behov av personal i verksamheten. Men eftersom merparten av regionerna redan i dag bedriver sprututbytesverksamheter, och det även med vårt förslag handlar om verksamheter i mycket liten skala, blir detta endast marginellt.

15.3.2 Offentlig service

Att regionerna blir ensamt ansvariga för behandling av skadligt bruk och beroende kan innebära att tillgängligheten till sådan behandling som tidigare erbjudits av kommunerna försämras. Det kan dels handla om att regionerna endast kommer att erbjuda behandling vid centralorter, och inte nå ut till små, geografiskt avlägsna kommuner där det

finns personer med behov av sådan behandling. Men det kan även röra väntetider och tydligare prioriteringar inom hälso- och sjukvården jämfört med socialtjänstens yttersta ansvar. Att samla behandlingsansvaret hos regionerna bedöms dock kunna leda till bättre förutsättningar för samordnad och integrerad behandling, bredare och mer jämlikt utbud av evidensbaserad behandling. För att offentlig service i olika delar av landet inte ska försämras, krävs dock att regionerna tar ansvar för att utveckla en stegvis vård, där både barn- och ungdomspsykiatri, primärvård, psykiatri och specialiserad beroendevård ingår och där mobila verksamheter kan behöva vara en del av behandlingsutbudet, för att säkerställa tillgängligheten.

Förslagen om att det blir obligatoriskt för regionerna att bedriva sprututbytesverksamhet och samordnad vård- och stödverksamhet innebär en utökad offentlig service i de delar av landet där denna form av verksamhet inte funnits tidigare.

15.4 Konsekvenser för brottsligheten och brottsförebyggande arbete

Bedömning: Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet har vissa positiva effekter på brottslighet och det brottsförebyggande arbetet, genom att adekvata insatser sätts in för personer som till exempel har ett skadligt bruk eller beroende och samtidigt är kriminellt belastade. Det gäller också förslaget om obligatoriskt sprutbyte och uppdraget till Socialstyrelsen att verka för ökad tillgång till LARO-behandling samtidigt som vidareförmedlingen av preparat från programmen minskar.

Brottslighet innebär förutom stora ekonomiska kostnader för samhället och enskilda, andra konsekvenser såsom fysiska och emotionella skador. Den rättspsykiatriska vården och kriminalvårdens verksamhet kostar samhället över 13 miljarder kronor per år. Det saknas data som kan användas för att specifikt beskriva kopplingen mellan samsjuklighet och brottslighet. Det finns emellertid sådana uppgifter för psykisk sjukdom respektive skadligt bruk och beroende. När det gäller narkotikaanvändning är kopplingen naturligtvis särskilt stark eftersom användningen och distribution i sig är kriminaliserad. Det finns också en koppling mellan försäljning av narkotika och gäng-

relaterad brottslighet. En stor del av Kriminalvårdens klienter är dömda för narkotikabrott. Bland dem som var inskrivna på en anstalt den 1 oktober 2019 var våldsbrott det vanligaste huvudbrottet (31 procent) följt av narkotikabrott (27 procent). Bland nyintagna på anstalter under 2019 var dock narkotikabrott det vanligaste huvudbrottet (34 procent). Skadligt bruk och beroende kan även öka risken för återfall i brott.

Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet kan bidra till en minskad brottslighet genom att personer skadligt bruk och beroende som samtidigt är kriminellt belastade, erbjuds adekvata insatser i rätt tid. Verksamhetens uppsökande uppdrag kan innebära att personer med behov av vård och stöd, men av olika skäl är ambivalenta till att själva söka hjälp, kan erbjudas insatser i ett tidigare skede. Den samordnade vård- och stödverksamheten kan underlätta utslussning från Kriminalvården, vilket kan förebygga återfall i brottslighet. När det gäller personer som planeras att få öppen rättspsykiatrisk vård eller skrivas ut från sådan vård, bedömer vi att förslaget påtagligt förbättrar möjligheten till en samordnad planering och samordnade insatser, vilket kan bidra till minskad risk för återfall i brott.

Även våra förslag att öka tillgängligheten till sprututbyte och utvidga verksamhetens syfte, samt att ge Socialstyrelsen i uppdrag att verka för ökad tillgång till LARO-insatser samtidigt som vidareförmedling av preparat från programmen minskar, berör personer som har ett skadligt bruk av eller beroende av narkotika. Ökade och förbättrade insatser till den målgruppen kan leda till minskad brottslighet.

Övriga förslag bedöms inte påverka brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

15.5 Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration

Bedömning: Förslagen bedöms ha en viss positiv påverkan på de jämlikhets- och integrationspolitiska målen.

Förslagen bedöms direkt och indirekt marginellt kunna påverka jämställdhet mellan könen.

15.5.1 Jämlik vård

Förslaget att regionen ska ha ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende kan bidra till en mer jämlik vård, genom att insatserna som målgruppen erbjuds blir mer likvärdiga i landet om det är färre huvudmän som tillhandahåller dem. Även de förtydliganden som görs av kommuners och regioners ansvar i övrigt bidrar till att skillnaderna mellan hur ansvaret delas upp mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst blir mindre och insatserna mer lika.

Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet kan bidra till en ökad jämlikhet i utbud och kvalitet av vård- och stödinsatser eftersom det blir obligatorisk för alla regioner och kommuner att bedriva den här formen av verksamhet. I nuläget ser det olika ut om integrerade insatser eller verksamheter erbjuds för målgruppen trots att det finns stöd för det i till exempel Socialstyrelsens riktlinjer.

Förslaget om att det blir obligatorisk för regionen att bedriva sprututbytesverksamheter och att bosättningskravet tas bort, innebär att alla medborgare som har behov av insatsen kommer kunna erbjudas den i den region man befinner sig.

Förslaget om uppföljning som är baserad på de målbilder vi tagit fram tillsammans med personer med egen erfarenhet, kan på sikt leda till en mer jämlik vård och omsorg genom att det blir tydligare vad olika verksamheter bidrar med och på vilket sätt de jämförs.

15.5.2 Integration och hälsa

Målet för folkhälsopolitiken är att minska och förebygga ojämlik hälsa i befolkningen. Ur ett internationellt perspektiv är folkhälsan i Sverige god och den blir generellt sett allt bättre. Men enligt till exempel en rapport från Folkhälsomyndigheten 2019 finns det skillnader i hälsa mellan personer födda i andra länder och personer födda i Sverige. Till exempel var självrapporterad psykisk ohälsa generellt vanligare bland utrikes födda. Livsvillkor påverkar hälsa i hög utsträckning, vilket man tydligt kan se i socialt och ekonomiskt utsatta områden. Andelen personer med bakgrund utanför Norden, är generellt högre i socialt och ekonomiskt utsatta områden. Dessa skillnader i hälsa och svårigheterna att nå grupper har blivit särskilt tydligt när det gäller arbetet med att bekämpa covid-19. Folkhälsomyndighetens rapport visar att utrikesfödda i Sverige har drabbats hårdare än svenskfödda

av covid-19. Utrikesfödda har en högre incidens av covid-19, av IVA-vård och högre dödlighet. Vaccineringen av covid-19 har visat att vissa grupper är svårare att nå med information om hälsoinsatser.

När det gäller skadligt bruk, beroende och annan psykisk sjukdom kan det finnas skillnader mellan olika grupper i samhället av stigma kring sjukdomarna, vilket också kan påverka enskildes förmåga att själv söka hjälp

Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet har ett tydligt uppsökande uppdrag, vilket gör att man lättare kan nå grupper som annars är svåra att nå. Det kan bidra till förbättrad hälsa hos grupper, som i dag har sämre hälsa än övriga befolkningen. Förutsättningar för en god hälsa och möjligheterna att etablera sig i samhället är tätt sammankopplade. Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet kan därför påverka integrationen positivt.

Övriga förslag bedöms inte påverka integrationen.

15.5.3 Jämställdhet mellan kvinnor och män

Vi bedömer att förslagen inte har några negativa konsekvenser för jämställdhet mellan kvinnor och män.

Som beskrivs i kapitel 4 så förefaller det som kopplingen mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende är starkare hos kvinnor än hos män. En omständighet som tyder på det är att bland personer som avlidit av förgiftning av narkotikaklassade substanser är det vanligare bland kvinnor än bland män att orsaken klassificeras som självmord eller oklar orsak. Kvinnor med samsjuklighet befinner sig många gånger i en utsatt situation som ökar risken för att utsättas för våld. Samtidigt tycks de ha svårare än andra våldsutsatta att få stöd och hjälp. Förslagen om att utredning och behandling av skadligt bruk och beroende ska samordnas med utredning och behandling av andra psykiatriska tillstånd kan bidra till jämställhet genom att vården förbättras för personer med samsjuklighet, då kopplingen mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende är mer markant hos kvinnor. Förslagen om en samordnad vård- och stödverksamhet kan bidra till ökad jämställdhet, genom att verksamheternas uppsökande arbete ger möjlighet att hitta och erbjuda insatser till exempel till våldsutsatta kvinnor med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd.

Även indirekt kan förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet leda till vissa positiva konsekvenser för jämställdheten. Det finns uppgifter som tyder på att kvinnor tar ett större ansvar för att vårda närstående. Till exempel finns statistik från Försäkringskassan som visar att kvinnor oftare ansöker om närståendepenning, som kan beviljas för personer för att vårda en svårt sjuk närstående. Enligt Socialstyrelsen finns flera studier som visar att kvinnor i högre grad än män drabbas av negativa konsekvenser för studier, arbete och ekonomi av att vårda närstående. Vi bedömer att förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet kan innebära att anhöriga i lägre grad behöver ansvara för samordningen av deras närståendes vård och omsorg, vilket indirekt och marginellt kan leda till en förbättrad jämställdhet mellan kvinnor och män.

Socialtjänstens förtydligade uppdrag att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena för personer med skadligt bruk eller beroende skapar förutsättningar att särskilt uppmärksamma behov och skillnader på grund av kön och könsidentitet. Det kan exempelvis handla om att kartlägga situationen för kvinnor som har ett skadligt bruk och beroende och saknar bostad. I dag förekommer det att kommunen bara erbjuder ett sorts boende där inte tillräcklig hänsyn tas till kvinnors trygghet och säkerhet.

15.6 Konsekvenser för företag

Bedömning: Sammantaget bedöms förslagen på sikt leda till ett minskat behov av placering på institution, vilket leder till färre upphandlingar av institutionsvård av privata aktörer.

Förslagen om förtydligande av huvudmannaskap och kostnadsfördelning för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB), kan innebära att företag som bedriver HVB-verksamheter behöver anpassa resurser och kompetenser efter det nya regelverket.

I övrigt bedöms förslagen inte få några särskilda effekter för företagen. Övriga ekonomiska effekter för företagen beror på hur kommuner och regioner anpassar sina ersättningssystem i förhållande till utredningens förslag.

Förslaget om att regionerna får ett förtydligat ansvar för behandling bör innebära att utbudet av psykiatrisk heldygnsvård för skadligt bruk och beroende ökar. På sikt får det konsekvensen att behovet av annan institutionsvård minskar. Även den samordnade vård- och stödverksamheten har förutsättningar att leda till minskad institutionsvård. Eftersom institutionsvård är en insats som ofta utförs av privata aktörer kan det påverka företag negativt. Samtidigt kan de föreslagna förändringarna ha positiv påverkan för företag som kan konkurrera med integrerade insatser till exempel på HVB.

Förslagen som tydliggör ansvaret för hälso- och sjukvård på HVB och fördelning av kostnaderna för sådan hälso- och sjukvård, kommer troligtvis innebära att fler HVB än i dag behöver vara vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen och därmed arbeta utifrån både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. De förslagen kan medföra vissa kostnader för företagen. Eventuella kostnader som kan uppstå för företagen regleras dock mellan regionen och kommunen och företagen i enlighet med gällande rätt. Övriga förslag påverkar företag på samma sätt som det påverkar hälso- och sjukvårds- och socialtjänstverksamheter.

Förslagen påverkar inte möjligheterna för kommun och region att upphandla de vård- och omsorgsinsatser som förslagen omfattar.

Förslagen innebär inga förändringar när det gäller konkurrensförhållanden eller villkor i övrigt mellan regionala, kommunala och enskilda vård och omsorgsverksamheter. Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet är utformat så att verksamheten, med undantag för myndighetsutövning, kan överlåtas till enskild. Detta kan innebära att företag kan erbjuda tjänster på en ny marknad om regioner och kommuner väljer att upphandla verksamheten.

15.7 Konsekvenser för EU-rätten

Bedömning: Förslagen innebär inga konsekvenser för EU-rätten.

Skäl för bedömningen

Vi bedömer att förslagen överensstämmer med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Socialtjänst och hälso- och sjukvård är en nationell behörighet och medlemsstaterna finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem och sociala omsorgssystem.

Förslagen är inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område och de författningsändringar som föreslås gäller svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och socialtjänstlagstiftning.

Förslaget om utökat ändamål och utökade medel för personliga ombud enligt förordning (2013:522) om statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar, har i samband med beslut om förordningen bedömts vara i enlighet EU:s statsrättsliga regler. Vi bedömer vidare att förslagen inte berör Europeiska unionens inre marknad eller på annat sätt medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet.

15.8 Ekonomiska konsekvenser

Utredningar ska bedöma ekonomiska konsekvenser av de förslag de lämnar. Ekonomiska konsekvenser avser till exempel bedömningar av intäkter och kostnader för förslagen men kan också avse samhällsekonomiska bedömningar.

Beräkningarna har gjorts för statlig, regional och kommunal verksamhet. Däremot har vi inte beräknat eventuella kostnader och intäkter för privata företag. Förslagen kan leda till att regioner och kommuner ser behov av att omforma sina modeller för ekonomisk ersättning till företagen, men det är i nuläget inte möjligt att veta om och i så fall hur modellerna kommer att utformas.

15.8.1 Kostnader och andra konsekvenser för staten

Bedömning: Förslagen får ekonomiska konsekvenser för staten. De består av ersättning för ett nytt åtagande för regioner att bedriva sprututbytesverksamheter, kompensation till regioner och kommuner för utebliven patientavgift samt vissa uppdrag till myndigheter. Ytterligare kostnader består av stimulansbidrag som föreslås betalas ut till regioner och kommuner för att stötta regioners och kommuners uppbyggnad av samordnade vård- och stödverksamheter och för implementering av de förslag som rör förtydligat huvudmannaskap, samt vissa kostnader som följer av en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om stöd till implementering av reformen.

Statens kostnader efter beslut om införande av förslagen bedöms vara mellan 464–586 miljoner kronor årligen under fem år. Statens permanenta kostnader bli 172 miljoner kronor/år.

Med hänsyn till de stora brister som finns på området samt de positiva effekter förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet har på individuell och samhällsekonomisk nivå, bedömer vi också att staten bör överväga att avsätta ytterligare medel till inrättande och genomförande av vård- och stödverksamheten. Detta trots att den inte bedöms vara nytt åtagande för regioner och kommuner. Om staten avsätter en miljard per år under fem år står staten för hälften av kostnaderna under denna period.

Statens kostnader för förslagen består av tre delar:

- kostnader för nya åtaganden,
- kostnader för uppdrag eller liknande till myndigheter, och
- kostnad för stimulansbidrag för införande av förslagen till region och kommuner

Kostnader för nya åtaganden

Vi bedömer att förslaget om att det blir obligatoriskt för regioner att bedriva sprututbytesverksamheter som har ett utvidgat syfte blir ett nytt åtagande för regionerna som ska ersättas i enlighet med finansieringsprincipen. Nytt åtagande för regionerna är även att patient-

avgift avskaffas för den samordnade vård- och stödverksamheten. Kostnaderna för sprututbytesverksamheterna bedöms vara cirka 88 miljoner kronor per år och avskaffande av patientavgiften bedöms kosta regionerna cirka 38 miljoner kronor per år. Kostnaderna för sprututbytesverksamheten har beräknats utifrån vad verksamheterna kostar i dag men hänsyn har också tagits till att syftet utvidgas. Regionerna ska ersättas för de nya åtagandena i enlighet med finansieringsprincipen genom en justering av de generella statsbidragen till kommuner och regioner. Ekonomiska konsekvenser av förslagen behandlas i avsnitt 15.8.5.

Förslagen om förtydligande av huvudmannaskapet bedöms inte innebära ett nytt åtagande som ska finansieras av staten, utan rör sig om en överföring av uppgifter mellan kommun och region. Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser för förslaget framgår av avsnitt 15.8.2.

Förslaget om en ny samordnad verksamhet bedöms inte vara en ny uppgift för regioner och kommuner, utan uppgifterna som ska utföras inom verksamheten är ordinarie hälso- och sjukvård- och socialtjänstuppgifter som följer av hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Detta utvecklas i avsnitt 15.8.4 där även kostnadsberäkningar och konsekvensanalyser för förslaget framgår. Där visar vi också att förslaget bedöms ha positiva samhällsekonomiska effekter vilket ligger till grund för vår bedömning att staten bör överväga att tillföra ytterligare medel till verksamheten än de som beräknats här.

Kostnader för uppdrag till myndigheter och liknande

Vi visar nedan på kostnader för fem uppdrag till myndigheter, som vi bedömt är nödvändiga för genomförandet av reformen. Vi har inte tagit ställning till om uppdragen ska finansieras inom myndigheternas befintliga budgetram eller om ytterligare medel bör tillföras. Det bedömer vi är en fråga som lämpligast hanteras i dialog mellan Regeringskansliet och myndigheterna.

Vi föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att öka kunskapen om och förbättra uppföljningen av LARO-behandling. Syftet är att bidra till att öka tillgången till behandlingen och minska vidareförmedling av preparat från programmen. En viktig uppgift blir att samverka med forskning och profession inom ramen för uppdraget. Uppdraget be-

döms kosta 1 miljon om året under en treårsperiod och vi bedömer att uppdraget kan starta tidigast 2022.

Vi föreslår också att Folkhälsomyndigheten delvis tillsammans med Socialstyrelsen ska bedriva ett särskilt program för att öka brukarinflytande och minska stigmatisering. Programmet ska genomföras i nära samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer. Programmet som föreslås vara femårigt bedöms kosta fem miljoner om året och kan starta tidigast 2022.

Vi föreslår att lämplig myndighet får i uppdrag att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet. Uppdraget beräknas kosta 3 miljoner kronor per år under 3 år. Uppdraget kan starta tidigast år 2022.

Vi föreslår att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att följa upp reformen samt initiera en vetenskaplig utvärdering av den särskilda vård- och stödverksamheten. Uppdraget att följa upp reformen beräknas kosta 2 miljoner kronor per år under 3 år mellan åren 2025–2027, och uppdraget att initiera den vetenskapliga utvärderingen 2 miljoner kronor per år under 5 år mellan åren 2025–2029.

Kostnader för stimulansbidrag till kommuner och regioner

Vi bedömer att statliga stimulansmedel bör fördelas till regioner och kommuner under en femårsperiod för implementeringen av våra förslag. Stimulansbidraget kan fördelas genom att en myndighet får i uppdrag att fördela statsbidrag för ändamålet eller genom överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Vi bedömer att 200 miljoner kronor bör fördelas i syfte att planera, inrätta och utveckla den samordnade vård- och stödverksamheten och ytterligare minst 200 miljoner kronor i syfte att underlätta omställningen som krävs på grund av det förändrade huvudmannaskapet. Vi bedömer vidare att stimulansmedlen för den samordnade vård- och stödverksamheten bör fördelas på så sätt att ett grundbidrag utgår till alla län med samma summa och övriga medel fördelas utifrån befolkningsunderlag. Medlen bör fördelas till regioner och kommuner när riksdagen fattat beslut om regeringens proposition och bör fördelas ut under fem år, varav två år före och tre år efter införandet.

Vi föreslår att staten ingår en överenskommelse med SKR för att stödja implementeringen av reformen. Överenskommelsen föreslås omfatta 5 miljoner kronor under fem år.

Förslaget om utökad finansiering till statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud, innebär att statens kostnader för ändamålet ökar med 50 miljoner kronor årligen. De ökade kostnaderna omfattas av ändamålet i anslag 1:8, Bidrag till Psykiatri och kan därför finanserias inom ramen för anslaget.

Staten bör överväga att avsätta ytterligare medel till den samordnade vård- och stödverksamheten

I avsnitt 15.8.3 beskriver vi de samhällsekonomiska effekterna av att införa en samordnad vård- och stödsamordning. Den samlade bedömningen är att insatsen kan motiveras ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, förutom de starka motiv som hänför sig till ökad hälsa och livskvalitet för en grupp med stora behov. Vi gör bedömningen att staten bör överväga att avsätta ytterligare medel till verksamheten trots att den inte bedöms vara nytt åtagande för regioner och kommuner. Detta med hänsyn till de stora brister som finns på området samt de positiva effekter som vi har visat att förslaget har på individ- och samhällsekonomisk nivå.

Tabell 15.1 Sammanställning av statens totala kostnader för införande av förslagen

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	Permanent
Uppdrag till myndigheter									
Program mot Stigma	5	5	5	5	5				
LARO	1	1	1						
Uppföljning av området	3	3	3						
Uppföljning av reformen				2	2	2			
Vetenskaplig studie				2	2	2	2	2	
Totalt uppdrag	9	9	9	9	9	4			0
Stimulansmedel									
Statsbidrag vård- och stödverksamheten		200	200	200	200	200			
Statsbidrag förslag huvudmannaskap		200	200	200	200	200			
Överenskommelse SKR		5	5	5	5	5			

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6	År 7	År 8	Permanent
Statsbidrag Personlig ombud		50	50	50	50	50	50	50	50
Totalt stimulansmedel	0	453	453	453	453	453	50	50	50
Finansiering nya åtaganden									
Sprututbytesverksamhet				84	84	84	84	84	84
Patientavgifter				38	38	38	38	38	38
Totalt nya åtaganden				122	122	122	122	122	122
Totalt kostnader	**9**	**464**	**464**	**586**	**586**	**581**	**174**	**174**	**172**

15.8.2 Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om förtydligat huvudmannaskap

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.

Vi har valt att i detta avsnitt endast redovisa beräkningar som gäller vuxna. När det gäller barn och unga är det svårare att avgränsa hur stor del av socialtjänstens insatser som kommer att flyttas över till regionernas hälso- och sjukvård. I den statistik som finns tillgänglig särredovisas inte heller uppgifter om insatser kopplade till skadligt bruk och beroende på samma sätt som för vuxna. Många av de insatser som erbjuds inom socialtjänsten vid skadligt bruk och beroende hos barn och unga kan vara aktuella även vid andra typer av sociala problem, och det kan i vissa fall också vara svårt att avgränsa de olika problemen från varandra. Det är bland annat av den anledningen som vi i kapitel 9 bedömer att det behöver finnas fler integrerade verk-

samheter, där socialtjänst och hälso- och sjukvård arbetar tillsammans. Mot bakgrund av den stora osäkerheten i statistiken, och de förhållandevis låga summor som sannolikt skulle bli föremål för eventuell justering av statsbidrag eller skatteväxling, har vi valt att inte genomföra några sådana beräkningar för barn och unga.

Inledning

En samlad kvantitativ beskrivning av områdets direkta kostnader är en viktig del i en kalkyl som brukar kallas Cost-Of-Illness (COI). En sådan kalkyl är en beskrivning av ett sjukdomstillstånds samlade kostnader för samhället. Även andra delar, som indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, ingår i en COI. Men det är de direkta kostnaderna, i det svenska fallet huvudsakligen verksamhetskostnaderna för kommuner och regioner, som anger den direkt påtagliga resursuppoffringen för samhället som faller på kommunerna och regionerna.

Det finns ingen statistik över området som samlat beskriver kostnader i kommuner och regioner som hänger direkt samman med skadligt bruk och beroende. Det har dock gjorts studier av myndigheter och forskare som bidrar till förståelsen för delar av de sammantagna direkta kostnaderna i kommuner och regioner.

Efter överväganden har vi bestämt att som allmän utgångspunkt för beräkningarna ha de räkenskapssammandrag för kommuner och regioner som SCB varje år ställer samman. Utifrån olika delar av den kommunala verksamheten och med olika indelningar av verksamheten ges där den bästa grunden för beräkningarna enligt vår bedömning. Det ska dock sägas att räkenskapssammandragen inte räcker till för en exakt bestämning av nuvarande och, efter reform, framtida kostnader.

En beskrivning som så långt som möjligt motsvarar de nuvarande direkta kostnaderna för kommuner och regioner är ett första steg i analysen av de ekonomiska konsekvenserna av förslagen om förändrad ansvarsfördelning mellan region och kommun. För att kunna genomföra konsekvensbedömningen är det viktigast att kommunernas kostnader är i överensstämmelse med faktiska förhållanden. Som framgår nedan är räkenskapsstatistiken också av sådan karaktär att våra skattningar troligen har högre precision vad gäller kommunernas förhållanden än vad som gäller för regionerna.

Kommunernas och regionernas räkenskapssammandrag

För att analysera kommunernas kostnader för verksamheten avseende vuxna med skadligt bruk och beroende har vi använt oss av de uppgifter SCB redovisar om kostnaderna för individ- och familjeomsorgen i kommunerna för år 2020. Kommunernas räkenskapssammandrag inom individ- och familjeomsorgen gällande vuxna med skadligt bruk och beroende är indelat i och beskriver kostnaderna för fem delområden:

- institutionsvård,
- familjehemsvård,
- öppna insatser, bistånd som avser boende,
- öppna insatser, individuellt behovsprövade insatser,
- öppna insatser, övriga insatser.

För att analysera regionernas kostnader för verksamheten avseende vuxna med skadligt bruk och beroende har vi använt oss av regionernas räkenskapsuppgifter för år 2020. Enligt vår bedömning återfinns kostnader för vård för skadligt bruk och beroende främst inom delområdena primärvård och specialiserad psykiatrisk vård. Vid beräkningarna har vi därför utgått från dessa delområden. Svårigheten med regionernas kostnader är att kostnaderna för behandling av skadligt bruk och beroende ingår som en okänd del av kostnaderna för primärvård och specialiserad psykiatrisk vård. Det är bestämningen av hur stor del som utgör den egentliga svårigheten.

Det förekommer olika uppgifter om hur stor andel av primärvårdens kostnader som avser behandling av skadligt bruk och beroende. Dels beror skillnader på vilka former av skadligt bruk och beroende som ingår i beräkningarna, dels beror skillnader på enkla funktionsantaganden i förhållande till besöks- och personalvolymer. I en rapport från Socialstyrelsen redovisas resultatet av en enkät till landets regioner om primärvårdens insatser. Enkäten ger vid handen att 0,9 procent av samtliga patienter år 2019 fick insatser för riskbruk av alkohol. Det kan antas att åtgärder till följd av andra former av skadligt bruk och beroende förekommer. Som ett resultat av en sammanvägd bedömning gör vi antagandet att 1,4 procent av primärvårdens kostnader är relaterade till behandling av skadligt bruk och beroende.

Det är ännu svårare att bestämma andelen av kostnaderna inom den specialiserade psykiatriska vården som har sin bakgrund i skadligt bruk och beroende. Det är dock rimligt att anta att det är en väsentligt större andel än den som angivits för primärvården i stycket ovan. I en rapport från SKR redovisas en mängd nyckeltal avseende vuxenpsykiatrins verksamhet. Tre nyckeltal ur rapporten bildar grunden för vår skattning av kostnadsandelen. De är antalet vårddagar för diagnosgruppen beroendesjudomar, samt samlat antal vårddagar för kvinnor respektive män. Våra beräkningar visar att 17 procent av det samlade antalet vårddagar för kvinnor och män kan föras till diagnosgruppen beroendesjukdomar. Det kan visserligen inte påvisas att det råder ett entydigt samband mellan andelen vårddagar och kostnadsandelar för den specialiserade psykiatriska vården, men av de möjliga nyckeltalen bedömer vi att de valda bäst speglar det sökta sambandet. En sammantagen bedömning har lett fram till att vi bedömer att 17 procent av den specialiserade psykiatriska vårdens kostnader har sin bakgrund i skadligt bruk och beroende.

Samlade bedömda kostnader

Med grund i det som beskrivits ovan gör vi bedömningen att kostnader för hälso- och sjukvård och socialtjänst på grund av skadligt bruk och beroende i kommuner och regioner år 2020 var sammanlagt knappt 13,8 miljarder kronor, varav cirka 8,4 miljarder kronor i kommunerna och cirka 5,4 miljarder kronor i regionerna.

Överförbara kostnader

De samlade bedömda kostnaderna ovan avser kostnaderna innan den reform av ansvarsfördelningen mellan kommuner och regioner som vi föreslår. Det medför rimligen överförande av kostnader mellan kommuner och regioner. Till saken hör också att de kostnader som i princip skulle kunna föras över i samtliga fall handlar om överförande från kommuner till regioner. I detta avsnitt redogör vi för hur vi har gjort dessa beräkningar.

Vi har genom en enkät till kommunerna strävat efter att klargöra vilken typ av verksamhet kommunerna genomfört för vuxna med skadligt bruk, beroende och andra psykiatriska tillstånd. Dessvärre

var det interna bortfallet i enkäten stort och svaren ofta för oprecisa för att kunna ligga till grund för slutsatser om volymer för olika delar av kommunernas verksamhet kopplad till skadligt bruk och beroende. Vi har därför i stället genomfört dialoger med ett urval kommuner och med privata vård- och omsorgsgivare, för att bedöma hur stor andel inom relevanta delområden som till följd av vårt förslag i stället bör bedrivas av regionerna.

När det gäller delområdena familjehemsvård för vuxna med skadligt bruk och beroende och öppna insatser som inte är individuellt behovsprövade (det vill säga boendestöd och det som i räkenskapssammandraget kallas för övrigt) bedömer vi att det inte ska överföras någon verksamhet. De två andra delområdena, individuellt behovsprövade insatser och institutionsvård, är sådana som till delar övergår från kommunerna till regionerna.

För de individuellt behovsprövade insatserna bedömer vi utifrån våra dialoger med kommuner att omkring 40 procent är behandling för skadligt bruk och beroende, som framöver ska vara ett ensamt ansvar för regionerna. Resterande insatser utgörs av sådant psykosocialt stöd som även fortsättningsvis ska vara socialtjänstens ansvar. Det inkluderar stöd till boende och andra former av stöd, bland annat för en fungerande vardag i och utanför hemmet och för samordning av kontakter med myndigheter.

När det gäller delområdet institutionsvård ingår både frivillig institutionsvård enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, i räkenskapssammandraget, där det sistnämnda inte är en del av vårt nuvarande förslag. Det finns inga uppgifter om hur stor andel av kostnaderna som utgörs av tvångsvård, men sett till antal vårddygn utgör tvångsvården omkring 20 procent av institutionsvården. Vi har därför valt att beräkna kostnaderna för delområdet institutionsvård på 80 procent av de kostnader som redovisas i räkenskapssammandraget.

En viss del av institutionsvården utgör redan i dag sådan hälso- och sjukvård som är regionernas ansvar, men som kommunerna i många fall har betalat för. Hur stor del skiljer sig från fall till fall. I våra dialoger med kommuner och privata vårdgivare framkommer också olika skattningar på en övergripande nivå. Kommunerna bedömer som regel att omkring 20–30 procent av vården på hem för vård eller boende (HVB) i dag utgör hälso- och sjukvård, medan flera privata

vårdgivare bedömer att hälso- och sjukvårdsinsatserna utgör omkring 10 procent av deras verksamhet.

Vi föreslår i kapitel 9 ett förtydligande av regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB. Det förslaget bör innebära minskade kostnader för kommunerna och ökade kostnader för regionerna. Men eftersom ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB inte är ett nytt åtagande är det inte något som regionerna bör kompenseras för. De medel som kan vara aktuella att föra över från kommuner till regioner handlar i stället om den andel av kostnaderna som utgörs av psykosocial behandling vid skadligt bruk eller beroende, som i dag kan ges av båda huvudmännen.

Skattningen av hur stor andel av institutionsvården som utgörs av psykosocial behandling är dock mycket osäker. I våra dialoger med kommuner och privata vårdgivare varierar bedömningarna av den totala andel som kommer att utgöra hälso- och sjukvård framöver, det vill säga inklusive psykosocial behandling, mellan 35–50 procent. Mot bakgrund av den stora osäkerheten och variationen i skattningarna har vi valt att räkna på tre olika alternativ:

1. 10 procent av kostnaderna för institutionsvården förs över till regionerna.
2. 20 procent av kostnaderna för institutionsvården förs över till regionerna.
3. 30 procent av kostnaderna för institutionsvården förs över till regionerna.

Våra beräkningar ger för de tre olika alternativen överförbara kostnader på:

1. 777 miljoner kronor vid 10 procent.
2. 1 043 miljoner kronor vid 20 procent.
3. 1 309 miljoner kronor vid 30 procent.

Beräkningarna är osäkra och kostnadsfördelningen ser olika ut över landet

Beräkningarna över kommunernas kostnader är osäkra eftersom kommunerna inte redovisar kostnader på så sätt att det tydligt framgår vad som består av psykosocial behandling av personer med beroende och skadligt bruk.

Vissa regioner och vissa kommuner har tagit ett större ansvar för personer med skadligt bruk eller beroende än andra, vilket kan påverka kommunernas kostnader för behandling och kostnadsfördelningen mellan huvudmännen.

Regionala och lokala skillnader samt bristen på tillförlitlig kostnadsstatistik medför att beräkningarna inte ska ses som exakta. Detta innebär att det finns svårigheter att räkna summor för överföring från respektive kommun till region i länen.

Justering av statsbidrag ett alternativ till skatteväxling

Eftersom vi har konstaterat att siffrorna är osäkra samt det finns stora skillnader i kostnadsfördelningen över landet, är det svårt att föreslå en justering av statsbidrag till kommuner och regioner. Därför gör vi bedömningen att en skatteväxling som förhandlas och beslutas på lokal nivå är det sätt som bäst kan säkra att kostnadsöverföring motsvarar faktiska förhållanden. Nackdelen med en skatteväxling är dock att det är en administrativt betungande process för kommunerna och regionerna. Ytterst är det regeringen, regionerna och kommunerna som måste komma överens vilken metod för kostnadsförändringar som ska användas.

En teoretisk växling

I tabellen nedan redovisas kostnadsutfallet för kommuner och regioner vid överföringar enligt de tre alternativen ovan.

Tabell 15.2 Förändrad kostnadsbild vid överföringar enligt de tre alternativen, miljoner kronor och skatteören

	Ursprunglig kostnadsbild	Kostnadsbild enligt alternativ 1	Kostnadsbild enligt alternativ 2	Kostnadsbild enligt alternativ 3
Kommuner	8 406	7 629	7 363	7 097
Regioner	5 386	6 163	6 429	6 695
Skatteören	–	**3,3**	**4,5**	**5,6**

15.8.3 Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om schablonavgifter för HVB

Bedömning: Förslaget att om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs under HVB-placeringen inträder betalningsansvar för en viss del av kostnaden enligt en schablon, innebär ökade kostnader men inte ett ökat åtagande för regionen, utöver de kostnader för utökat behandlingsansvar för skadligt bruk och beroende som i avsnitt 15.8.2 föreslås ersättas genom en överföring av medel från kommunerna till regionerna.

Genom vårt förslag att hälso- och sjukvården ansvarar för all behandling av skadligt bruk och beroende kommer heldygnsbehandling för sådana tillstånd oftare än i dag att ske i psykiatrisk slutenvård. Detta innebär emellertid inte att sådana heldygnsinsatser som socialtjänsten bedriver inom ramen för hem för vård eller boende (HVB) inte kan komma att behövas även fortsättningsvis. Men det är regionernas hälso- och sjukvård som ska ansvara för den hälso- och sjukvård som ges under vistelsen på HVB. När det gäller de psykosociala behandlingsinsatserna, vilka i nuläget är ett delat ansvar mellan region och kommun, innebär det ett ökat åtagande och ökade kostnader för regionerna. För denna del föreslås regionerna kompenseras genom att medel förs över från kommunerna, vilket beskrivs i avsnitt 15.8.2.

Regionerna har enligt nuvarande regelverk en skyldighet att bedriva hälso- och sjukvård även för personer som tas emot i annat hem än det egna. Men vi har i kapitel 9 konstaterat att regionerna endast i

undantagsfall tar det ansvaret, vilket innebär att kommunerna ofta beställer och finansierar hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB-hem. Vårt förslag innebär ett förtydligande av regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB. Det kan innebära ökade kostnader men är inte ett nytt åtagande för regionen. Om regionen inte inom ramen för en samordnad individuell plan planerar för hälso- och sjukvårdsinsatserna och anger hur de ska genomföras är den skyldig att stå för en andel av kostnaden av HVB-placeringen. Baserat på dialoger med kommuner och privata vårdgivare har vi bedömt att den andelen bör utgöra 40 procent av den genomsnittliga dygnskostnaden för HVB-placeringar, under den tid som placeringen pågår eller fram till dess att regionen tar sitt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna på det sätt som anges i lagen.

Regeln om betalningsansvar syftar främst till att tydligt peka ut regionernas ansvar för hälso- och sjukvård också under en HVB-placering. I praktiken bör den komma till användning endast i undantagsfall. Eftersom det inte är möjligt att bedöma hur behovet av institutionsvård kommer att påverkas av våra övriga förslag, och eftersom det är svårt att förutsäga hur regionerna kommer att välja att uppfylla kravet på tillhandahållande av hälso- och sjukvård på HVB, har vi inte räknat på regionernas totala kostnader för hälso- och sjukvård på HVB.

Det vi kan beskriva är regionernas kostnader i form av schablonen av en genomsnittlig dygnskostnad i förhållande till en genomsnittlig vistelsetid på HVB. Enligt statistik från Socialstyrelsen avseende frivillig institutionsvård för vuxna på grund av skadligt bruk och beroende är det genomsnittliga antalet beviljade vårddygn på HVB 93 dagar per person, och det totala antalet vårddygn uppgår till 614 227 dygn. Enligt SCB:s räkenskapssammandrag uppgick kostnaden för institutionsvård till omkring 3,3 miljarder 2020. Men då ingår även tvångsvård enligt LVM. Det finns inga uppgifter om hur stor andel av kostnaderna som utgörs av tvångsvård, men sett till antalet vårddygn utgör tvångsvården omkring 20 procent av all institutionsvård. Vi har därför valt att beräkna kostnaderna på 80 procent av de kostnader som redovisas i räkenskapssammandraget. Den genomsnittliga kostnaden per vårddygn blir då 4 298 kronor. Med en genomsnittlig vårdtid på 93 dagar och en schablon på 40 procent av kostnaden innebär det en kostnad för en region på omkring 160 000 kronor per person

och år. För barn och unga är det inte möjligt att beräkna motsvarande kostnad utifrån de uppgifter som finns tillgängliga i statistiken.

Det bör också återigen påpekas att de kostnader som redovisas här bygger på att regionen inte fullgör sina åligganden och därför får betala enligt schablon. Kostnadsberäkningarna tar inte heller hänsyn till att antalet placeringar i institutionsvård på sikt bedöms minska genom de förslag vi lägger på andra områden.

15.8.4 Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet

Bedömning: Förslaget om att det blir obligatoriskt att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet bedöms inte innebära något nytt åtagande eller ökade kostnader för regionen eller kommunerna som ska ersättas i enlighet med finansieringsprincipen.

Kostnader för verksamheten

Vi bedömer inte att förslaget om samordnad vård- och stödverksamhet innebär ett nytt åtagande för kommuner och regioner. Dessa aktörer har redan i dag ansvaret för insatser och vård av skadligt bruk och beroende, och för stöd till personer med psykisk funktionsnedsättning, samt för samordning av dessa insatser. Förslaget innebär inte något ansvar för insatser som regioner och kommuner inte har ansvar för i dag, men ett ansvar att organisera insatserna på ett annat sätt. Målgruppen består av personer som i dag får många insatser i öppen och sluten vård i hälso- och sjukvård och socialtjänst, vilket innebär att verksamheten inte heller genererar nya kostnader eftersom vård- och stödsamordningen kan ersätta befintliga insatser.

Vissa uppstarskostnader kan dock initialt uppstå när verksamheterna ska komma igång och etableras.

Enligt FACT-manualen ansvarar i genomsnitt ett FACT-team med 12 heltidsanställda för ungefär 200 deltagare (se om FACT i kapitel 11). Målgruppen är alla personer med allvarlig psykisk sjukdom i ett upptagningsområde med 40–50 000 invånare. Enligt manualen kan ett team bestå förslagsvis av följande personalsammansättning:

- 1 psykiatriker (läkare) på heltid,
- 1 teamleader på heltid,
- 7 casemanagers på heltid (6 sjuksköterskor, 1 socionom),
- 1 psykolog på heltid,
- 1 brukarspecialist på halvtid,
- 1 IPS-specialist på halvtid.

Nedanstående beräkningsexempel visar vad ett vård- och omsorgsteam, med FACT-metodiken som utgångpunkt, kostar per år. Exemplet ligger till grund för vår bedömning av storleken på de resurser som i dag finns i den ordinarie hälso- och sjukvården och socialtjänsten, som enligt vårt förslag behöver samlas i den samordnade vård- och stödverksamheten. Vi föreslår dock inte att lagen ska ställa krav på anställningsförhållanden eller tjänstgöringsgrad utan huvudmännen kan kontrollera resurserna på ett sätt som är anpassat efter lokala förhållanden. De professioner som är utgångspunkt i beräkningsexemplet kan vara andra i praktiken. Exempelvis kan de funktioner som kallas case-manager ha olika yrkesbakgrund. Målgruppen i exemplet är personer med allvarlig psykisk sjukdom. Vårt förslag ställer krav på att det ska vara nödvändigt med särskild samordning vilket innebär att merparten av deltagarna kommer ha ett skadligt bruk, beroende och annat psykiatriskt tillstånd. Detta kan innebära att kraven på socionomkompetens blir större. I kapitel 11 konstaterar vi också att en möjlig organisering är att alla medarbetare i vård- och stödsamordningen har uppdrag som vård- och stödsamordnare för några deltagare.

Kostnaderna i exemplet består främst av personalkostnader och overhead. Månadslönerna är hämtade från Statistiska centralbyråns lönestrukturstatistik (år 2020).

Beräkningarna vad gäller lönebikostnader (personalomkostnadstillägg) bygger på uppgifter från SKR. Lönebikostnaderna består av arbetsgivaravgifter, avtalsförsäkringar och kollektivavtalad pension.

De totala overheadkostnaderna (inklusive lokaler) för en verksamhet är svåra att beräkna men bygger nedan på en rapport från Ekonomistyrningsverket (ESV 2003) uppräknat till 2021 års prisnivå. Den högra kolumnen sista raden i tabellen visar en kostnad på cirka 12 miljoner kronor per år för ett samordnat vård- och stödteam.

Tabell 15.3 Beräknad kostnad för ett samordnat vård- och omsorgsteam

Kronor

	Månadslön	Lönebikostnad, månad	Overhead, månad	Kostnad per anställd/år	Kostnad per team/år
Psykiater 100 %	79 200	43 100	30 000	1 827 000	1 827 000
Teamleader 100 %	47 000	19 100	30 000	1 153 000	1 153 000
Casemanagers 100 %					
Sjuksköterska 100 %	40 000	14 900	30 000	1 018 300	6 109 600
Socialarbetare 100 %	36 100	13 400	30 000	954 100	954 100
Psykolog 100 %	42 200	15 700	30 000	1 054 500	1 054 500
Brukarspecialist 50 %	15 000	5 600	15 000	426 900	426 900
IPS-specialist 50 %	18 050	6 700	15 000	477 000	477 000
Summa	**277 550**	**118 500**	**180 000**	**6 910 800**	**12 002 100**

Källa: egna beräkningar, SCB, SKR och ESV.

Tidigare studier och erfarenheter från främst Nederländerna visar att ett upptagningsområde på omkring 50 000 invånare innebär ungefär 200 deltagare med allvarlig psykisk funktionsnedsättning. Detta innebär att omkring 0,4 procent av befolkningen som är 18 år eller äldre beräknas ingå i målgruppen för den föreslagna insatsen. I totalt antal deltagare motsvarar detta nästan 33 000 personer i riket eller 164 vård- och omsorgsteam. Den beräknade kostnaderna för dessa verksamheter blir totalt omkring 2 miljarder kronor.

Målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten enligt vårt förslag har en annan sammansättning är den i exemplet. De flesta personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning ingår inte i målgruppen eftersom det ska vara nödvändigt med särskild samordning för att insatserna ska kunna genomföras. Samtidigt tillkommer en grupp som har en psykisk funktionsnedsättning som huvudsakligen beror på skadligt bruk och beroende. Detta är emellertid bara en mindre grupp av alla personer med skadligt bruk och beroende. Vår bedömning är därför att räkneexemplet relativt väl speglar de faktiska kostnader som verksamheten kan komma att ha. Samtidigt konstaterar vi att det sannolikt är högt räknat eftersom

rekvisiten för att tillhöra målgruppen är tydligt avgränsade enligt vårt förslag. Kostnaden ska därför ses som ett högsta möjligt belopp när verksamheten är fullt utbyggd.

Samhällsekonomiska konsekvenser av samordnad vård- och stödverksamhet

Att en person blir marginaliserad på grund av till exempel beroende och annan psykisk sjukdom skapar flera typer av kostnader för samhället. En sådan kostnad är det produktionsbortfall, dvs. den BNP-förlust, som uppstår till följd av att personen inte arbetar och inte bidrar till det gemensamma. Denna kostnad brukar benämnas som en real kostnad och beräknas som den lönekostnad en arbetsgivare är beredd att betala för att anställa personen.

Det uppstår även kostnader för olika åtgärder som personen kan tänkas behöva. Det handlar om insatser från kommunen såsom boendestöd, dagverksamhet och institutionsvård för vuxna med skadligt bruk och beroende eller vårdinsatser inom psykiatrin. Staten, som har det huvudsakliga ansvaret för kriminalvården, får kostnader för personer i häkte eller på anstalt. Staten och kommunerna har även utgifter för människor som inte kan försörja sig eller sitt hushåll. Det kan handla om försörjningsstöd, sjukpenning och sjukersättning eller arbetslöshetsersättning. Dessa utgifter brukar definieras som finansiella kostnader (eller transfereringar) och ingår inte i den samhällsekonomiska kalkylen.[1] I den samhällsekonomiska kostnadsbedömningen är det de så kallade reala kostnaderna – det vill säga produktionsbortfallet och kostnaderna för olika insatser som ska inkluderas i analysen.[2] För individen, anhöriga och brottsoffer kan även ytterligare välfärdsförluster (kostnader) uppstå i form av sämre livskvalitet, kortare livslängd och försämrad psykisk hälsa.

I en komplett samhällsekonomisk beräkning av en social investering, exempelvis av att införa samordnad vård- och stödverksamhet, är det viktigt att försöka kvantifiera och värdera insatsens konsekvens för alla invånares välfärd. Effekterna ska även summeras över tid. Analysen bör inkludera vad en viss insats kostar i dag och hur

[1] Om medborgare A betalar en kommunal inkomstskatt som används till att ge medborgare B ett kommunalt försörjningsstöd så är detta från samhällsekonomisk synpunkt varken en kostnad eller en intäkt utan en omfördelning.
[2] Se Hultkrantz (2015) för olika metoder för att genomföra en samhällsekonomisk analys av sociala investeringar.

den påverkar framtida offentliga kostnader. Åtgärdens lönsamhet kommer därför i hög grad att vara beroende av i vilken utsträckning kortsiktiga effekter är bestående.

I den samhällsekonomiska analysen behövs även insikt om effektsamband, det vill säga orsakssamband som visar hur relevanta utfallsvariabler påverkas av en viss åtgärd. Det finns evidens från den internationella forskningen som visar att FACT-team leder till lägre vårdkonsumtion i form av färre inneliggande vårddagar inom psykiatrin. Till exempel visade utvärdering av FACT-team från Norge att antalet inneliggande vårddagar minskade med 33 procent efter införande av FACT. En samhällsekonomisk kalkyl som innebär en komplett kartläggning av målgruppens situation ”i dag” och vad som kan förväntas enligt forskningen ”imorgon” summerat över hela samhället kan emellertid inte genomföras.

Det saknas data och forskning om orsakssamband som visar effekter av FACT-metodiken eller andra liknande arbetssätt i en svensk kontext. Nedan har därför typfallsberäkningar tagits fram som visar potentiella offentligfinansiella utgifter och inkomster för en deltagare i en vård- och stödverksamhet. De positiva effekterna bygger på den evidens som bland annat finns från Norge, USA och Nederländerna.

I ett system med många aktörer finns risk för suboptimering. Statliga myndigheter och enskilda kommuner har egna budgetar och egna mål som kan skapa snäva budgetperspektiv på insatser. Insatser som för offentlig sektor innebär ett plus ekonomiskt kan för den egna verksamheten innebär ett minus. I tabellerna nedan presenteras därför potentiella vinster av insatsen fördelat per sektor inklusive finansiella transfereringar (omfördelande skatter och bidrag). Eftersom storleken på de finansiella transfereringarna har betydelse för den egna budgeten kan transfereringar i sig ha betydelse för hur lyckad en insats kan tänkas bli.

Individ 1 i tabell 15.4 har försörjningsstöd från kommunen (110 160 kronor per år) och bistånd som avser boende[3] enligt 4 kap. 1 § SoL (251 091 kronor per år). Individ 1 har även haft två besök och ett vårdtillfälle inom psykiatrin. De sammantagna kostnaderna för offentlig sektor vad gäller insatserna uppgår till 456 000 kronor, fördelat på 361 000 för kommunen och 95 000 kronor för regionen.

[3] Bistånd enligt 4 kap. 1 § SoL omfattar följande boendeformer: gruppboende, kategoriboende, inackorderingshem, korttidshem, jourlägenhet, härbärge, träningslägenhet, försökslägenhet, övergångslägenhet, hotell samt hyreskontrakt där socialtjänsten är kontraktsinnehavare, det vill säga ”sociala kontrakt” eller liknande.

Kostnaderna som presenteras i tabellerna är genomsnittliga kostnader per individ med insats enligt data från Socialstyrelsen, SKR, SCB osv.

Intäktssidan från en social investering består av de kostnader som upphör eller reduceras och de intäkter som tillkommer. Efter insatsen har individen beviljats sjukersättning på garantinivå från Försäkringskassan på halvtid. Försörjningsstödet har halverats. Sjukersättning är en skattepliktig förmån vilket medför skatteintäkter för kommun och region. Individen har haft ett besök i stället för två inom psykiatrin och ett vårdtillfälle där antalet inneliggande dygn har halverats.[4] Behovet av boendestöd från kommunen har sjunkit med 25 procent. Deltagarens förändrade situation innebär en vinst för den offentliga sektorn på 116 000 kronor. Staten får emellertid ökade utgifter för sjukersättning, medan kommunen och regionen går plus. Om de positiva utfallen för deltagaren håller i sig i tre år innebär det en vinst för offentlig sektor på 348 000 kronor.

Tabell 15.4 Typfallsberäkning individ 1. Ekonomisk konsekvens för offentlig sektor

Kronor per år

Innan intervention		Efter intervention		
Utgifter		**Utgifter**		**Vinst**
Försörjningsstöd	110 160	Försörjningsstöd	55 080	55 080
Sjukersättning	0	Sjukersättning	60 000	-60 000
Besök psykiatri	6 168	Besök psykiatri	3 084	3 084
Vårdtid psykiatri	88 493	Vårdtid psykiatri	44 246	44 246
Bistånd boende	251 091	Bistånd boende	188 318	62 773
Inkomster		**Inkomster**		
Arbetsgivaravgifter	0	Arbetsgivaravgifter	0	0
Inkomstskatt K	0	Inkomstskatt K	6 931	6 931
Inkomstskatt R	**0**	**Inkomstskatt R**	**3 869**	**3 869**
Offentlig sektor	455 912	Offentlig sektor	339 929	115 983
Stat	0	Stat	60 000	-60 000
Kommun	361 251	Kommun	236 467	124 784
Region	94 661	Region	43 462	51 199
ÅP-systemet	0	ÅP-systemet	0	0
Offentlig sektor	**455 912**	**Offentlig sektor**	**339 929**	**115 983**

Källa: egna beräkningar, SKR, Försäkringskassan, Socialstyrelsen och SCB.

[4] Enligt SKR är kostnaden för ett vårdtillfälle inom vuxenpsykiatrin 88 493 kronor. Medelvårdtiden är 10 dagar.

Individ 2 är en person med psykisk funktionsnedsättning som har försörjningsstöd och boendestöd[5] samt dagverksamhet[6] från kommunen. Personen har besökt psykiatrin två gånger under året. Efter att personen har deltagit i den nya insatsen har personen fått en subventionerad anställning (lönebidrag) via Arbetsförmedlingen. Detta är en reguljär anställning på arbetsmarknaden där staten subventionerar arbetsgivarens lönekostnad med 70 procent upp till taket på 20 000 kronor per månad. Deltagaren har halverat boendestödet och deltar inte längre i dagverksamhet. En reguljär anställning innebär skatteintäkter för kommun och region. Staten får intäkter i form av arbetsgivaravgifter och ålderspensionssystemet gynnas när individen tjänar in inkomstrelaterade pensionsrätter. Även i detta exempel får staten ökade utgifter i och med den subventionerade anställningen. Om anställningen i stället är utan subvention skulle staten gå plus med 43 000 kronor. Sammantaget är vinsten för offentlig sektor 218 000 kronor för ett år, eller 654 000 kronor för tre år.

[5] Boendestöd i den dagliga livsföringen riktat till personer med psykiska funktionsnedsättning i eget boende. Boendestöd kan vara ett såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka en persons förmåga att klara vardagen i bostaden och ute i samhället.
[6] Bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden.

Tabell 15.5 Typfallsberäkning individ 2. Ekonomisk konsekvens för offentlig sektor

Kronor per år

Innan intervention		Efter intervention		
Utgifter		**Utgifter**		**Vinst**
Försörjningsstöd	110 160	Försörjningsstöd	0	110 160
Lönebidrag	0	Lönebidrag	168 000	-168 000
Boendestöd	70 791	Boendestöd	35 395	35 395
Dagverksamhet	81 697	Dagverksamhet	0	81 697
Besök psykiatri	6 168	Besök psykiatri	3 084	3 084
Inkomster		**Inkomster**		
Arbetsgivaravgifter	0	Arbetsgivaravgifter*	94 260	94 260
Inkomstskatt K	0	Inkomstskatt K	39 276	39 276
Inkomstskatt R	0	Inkomstskatt R	21 924	21 924
Offentlig sektor	**268 815**	**Offentlig sektor**	**51 019**	**217 796**
Stat	*0*	*Stat***	*125 370*	*-125 370*
Kommun	*262 647*	*Kommun*	*-3 881*	*266 528*
Region	*6 168*	*Region*	*-18 840*	*25 008*
ÅP-systemet	*0*	*ÅP-systemet*	*-51 630*	*51 630*
Offentlig sektor	**268 815**	**Offentlig sektor**	**51 019**	**217 796**

Anm.*10,21 procentenheter av arbetsgivaravgiften är ålderspensionsavgift. **Staten finansierar skattereduktionen för den allmänna pensionsavgiften som tillfaller ålderspensionssystemet.
Källa: egna beräkningar, SKR, Socialstyrelsen, SCB, Skatteverket och Arbetsförmedlingen.

Den tredje och sista typfallsberäkningen visar en individ med allvarlig psykisk funktionsnedsättning som döms för ett våldsbrott med rättspsykiatrisk vård som påföljd. Individen har även korttidsvård.[7] Rättspsykiatriska undersökningar och tid i häkte innebär kostnader för staten. Rättspsykiatrisk vård finansieras av regionerna. Våldsbrott kan även betyda samhällskostnader i form av produktionsbortfall, ökade vårdkostnader och sämre livskvalité för brottsoffer och anhöriga (kvantifieras ej i tabell). Tabell 15.6 visar effekten för offentlig sektor om individen inte hade begått våldsbrottet. I alternativscenariot genomgick även personen i stället behandling inom vuxenpsykiatrin. Region och stat får betydande lägre kostnader för individen i ett sådant scenario. Sammantaget minskar den offentliga sektorns kostnader med 1,8 miljoner, eller med 5,4 miljoner under en period på tre år.

[7] Korttidsvård är bistånd i form av bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt. Boendet förenas med behandling, rehabilitering, omvårdnad, växelvård och avlösning av anhörig.

Tabell 15.6 Typfallsberäkning individ 3. Ekonomisk konsekvens för offentlig sektor

Kronor per år

Innan intervention		Efter intervention		
Utgifter		**Utgifter**		**Vinst**
Försörjningsstöd	110 160	Försörjningsstöd	110 160	0
Korttidsvård	257 443	Korttidsvård	257 443	0
Besök psykiatri	3 084	Besök psykiatri	6 168	-3 084
Vårdtid psykiatri	0	Vårdtid psykiatri	88 493	-88 493
Rättspsykiatri*	5 217	Rättspsykiatri*	0	5 217
Rättspsykiatri**	494 200	Rättspsykiatri**	0	494 200
Våldsbrott¤	8 171	Våldsbrott¤	0	8 171
Häkte 30 dagar	99 278	Häkte 30 dagar	0	99 278
Rättspsykiatri***	1 321 187	Rättspsykiatri***	0	1 321 187
Inkomster		**Inkomster**		
Arbetsgivaravgifter	0	Arbetsgivaravgifter	0	0
Inkomstskatt K	0	Inkomstskatt K	0	0
Inkomstskatt R	0	Inkomstskatt R	0	0
Offentlig sektor	**2 298 740**	**Offentlig sektor**	**462 264**	**1 836 476**
Stat	*601 649*	*Stat*	*0*	*601 649*
Kommun	*367 603*	*Kommun*	*367 603*	*0*
Region	*1 329 488*	*Region*	*94 661*	*1 234 828*
ÅP-systemet	*0*	*ÅP-systemet*	*0*	*0*
Offentlig sektor	**2 298 740**	**Offentlig sektor**	**462 264**	**1 836 476**

Anm.*Besök, **Undersökning, ¤Handläggning, ***Vårdtid. *Källa*: egna beräkningar, SKR, Socialstyrelsen, Kriminalvården, Åklagarmyndigheten, Rättsmedicinalverket, SCB och Skatteverket.

Tabellerna visar endast beräkningsexempel på hur utfall av samordnad vård- och stödverksamhet kan påverka offentliga sektorns utgifter och inkomster. En del av vinsterna är direkta, konkreta och tydliga. Andra vinster är indirekta och svårfångade, till exempel för anhöriga och brottsoffer. Förbättrad livskvalitet eller psykisk hälsa för anhöriga är svåra att kvantifiera i monetära termer. Sådana aspekter ingår heller inte i typfallsberäkningarna ovan. I den totala samhällsekonomiska bedömningen av en insats bör de sammantagna effekterna för alla invånare och alla konsekvenser över tid inkluderas. En sådan heltäckande kalkyl är svår att genomföra. Men för att de samordnade vård- och stödverksamheterna *inte* ska kunna motiveras samhällsekonomisk måste de nya verksamheterna ge ett *sämre* utfall för individ och samhälle än befintliga verksamheter som finns i dag.

Om endast ett fåtal ytterligare personer kommer i arbete (med eller utan subvention), eller att ett antal ytterligare brott kan förhindras blir insatsen samhällsekonomiskt lönsam. Den internationella litteraturen visar att metodiken kring FACT-team i flera avseenden fungerar. Den samlade bedömningen är därför att insatsen kan motiveras ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Vinster kan emellertid fördela sig på olika sätt mellan olika delar av den offentliga sektorn. Samtidigt kommer de största vinsterna, och förmodligen de viktigaste potentiella välfärdsvinsterna, bättre livskvalitet, längre livslängd och överlag bättre hälsa, tillfalla den enskilde individen själv.

Förbättrad livskvalitet

Ekonomiska beräkningar, också samhällsekonomiska, ska ge stöd för prioriteringar och val. Genom ekonomiska beräkningar kan värdet av till exempel en ändrad behandling ställas mot kostnaderna för att åstadkomma denna ändrade behandling. I den mån kostnaderna för att åstadkomma förändringen i någon mening är små kan det motivera förändringen.

Ett numera vanligt sätt att resonera om nyttan av en förändrad behandling, eller liknande, är med hjälp av begreppet QALY:s (*Quality Adjusted Life Years*). Måttet är en sammanvägning av antalet levnadsår för en individ och med vilken kvalitet dessa levnadsår levs. Ett liv med till exempel full hälsa skattas högre än ett lika långt liv med sjukdom och nedsatt livskvalitet.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) använder QALY:s i sin myndighetsutövning. Måttet ”kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår” utgör ett kriterium, av flera, vid beslut om i vilken mån ett nytt läkemedel ska ingå i förmånssystemet för läkemedel eller inte. Enligt uppgifter från myndigheten anses nära nog alltid kostnader per vunnet levnadsår på mellan 500 000 kronor och 1 000 000 kronor utgöra gränsvärde för rimliga kostnader per vunnet levnadsår, delvis beroende på allvaret i det tillstånd som behandlingen avser. Belopp under gränsvärdet betraktas som rimliga och anses utgöra grund för att inkludera läkemedlet i förmånssystemet.

Det som gäller för läkemedel borde enligt vår mening också kunna tillämpas på bedömningar vad gäller vård och stöd vid skadligt bruk och beroende. Vi lägger ett antal förslag som påverkar de insatserna.

Det skulle föra väldigt långt att göra beräkningar av ovan beskrivet slag för alla förlagen men för förslaget om samordnad vård- och stödverksamhet är sådana beräkningar, åtminstone i princip, möjliga.

Förslaget innebär en omorganisation på så sätt att redan befintliga verksamheter hos flera huvudmän (kommuner och regioner) slås samman till en verksamhet med gemensamt ansvar. Syftet med förslaget är att den samlade verksamheten ska bli såväl mer ändamålsenlig som effektivare.

Måttet ”kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår” utgör kvoten mellan kostnader för en genomsnittlig individ för åtgärden och antal vunna kvalitetsjusterade levnadsår för en genomsnittlig individ. Den kostnad som är underlag för måttet är differensen mellan den kostnad som tillkommer i den nya organisatoriska ramen och den kostnad som bortfaller som ett resultat av den nya organisatoriska ramen. Vunna kvalitetsjusterade levnadsår är differensen mellan antal friska levnadsår på grund av den nya organisatoriska ramen och friska levnadsår i den tidigare organisatoriska ramen.

Beräkningarna i det tidigare avsnittet antyder att de samhälleliga nettokostnaderna för den samordnade verksamheten i vart fall är låga eller kanske till och med negativa (det vill säga innebärande nettointäkter). Vi har inga uppgifter om i vilken mån, och i så fall hur mycket, organisationsförändringen medför förbättrad livskvalitet. Men med utgångspunkt i de tidigare kostnadsberäkningarna är det mycket troligt att ett vunnet kvalitetsjusterat levnadsår har en kostnad väl under det gränsvärde som TLV använder sig av vid bedömningar om i vilken mån ett läkemedel ska ingå i förmånssystemet eller inte. Detta talar starkt för att reformen avseende den samordnade verksamheten är motiverad.

15.8.5 Kostnader för nya åtaganden för regioner och kommuner

Bedömning: Regioner bedöms få nya åtaganden avseende att bedriva sprututbytesverksamhet samt att hälso- och sjukvården inom den samordnade vård- och stödverksamheten ska vara avgiftsfri för deltagarna i verksamheten.

Kommuner bedöms inte få några nya åtaganden som ska ersättas i enlighet med finansieringsprincipen.

Obligatorisk bedriva sprututbytesverksamheter

Vi har valt att utgå ifrån Region Stockholms kostnader för existerande sprututbytesverksamhet och räknat ut vad motsvarande kostnader blir för övriga regioner i förhållande till befolkningsunderlaget. Skälet till att vi valt just den regionen är att det är den region som har störst befolkning och en av de regioner som har en väl utbyggd sprututbytesverksamhet. Att utgå ifrån Region Stockholms kostnader innebär att de flesta regioner bedöms ha högre kostnader för det nya åtagandet att bedriva sprututbytesverksamhet än de har för existerande verksamheter. Det beror på att vårt förslag bedöms vara ambitionshöjande mot den verksamhet som många regioner bedriver i dag. Vi har valt att inte ta hänsyn till att mindre regioner kan ha procentuellt färre personer som tillhör målgruppen, än storstadsregionerna. Detta beror på att det behöver finnas en viss grundbemanning och nivå på verksamheten, för att den ska kunna uppnå resultat för målgruppen.

Tabell 15.7 Kostnader sprututbytesverksamhet

Län	18 + Befolkning	Kostnad
Stockholms län	1 869 079	19 085 000
Uppsala län	306 321	3 127 817
Södermanlands län	234 089	2 390 262
Östergötlands län	370 201	3 780 090
Jönköpings län	285 192	2 912 070
Kronoborgs län	158 155	1 614 907
Kalmar län	197 280	2 014 409
Gotlands län	49 042	500 764
Blekinge län	126 911	1 295 877
Skåne län	1 089 620	11 126 013
Hallands län	263 716	2 692 781
Västra Götalands län	1 371 115	14 000 334
Värmlands län	227 753	2 325 566
Örebro län	241 574	2 466 691
Västmanlands län	218 785	2 233 994
Dalarna län	229 202	2 340 361
Gävleborgs län	229 958	2 348 081
Västernorrlands län	195 514	1 996 376

Avskaffande av patientavgifter

Vi föreslår att patientavgiften avskaffas för deltagarnas vårdbesök i den samordnade vård- och stödverksamheten. Med patientavgifter avses i detta regelverk avgifter som patienten betalar för besök i öppen vård samband med vård, behandling eller utredning. Grundläggande bestämmelser om regionens rätt att ta ut vårdavgifter finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. I hälso- och sjukvårdslagen regleras även hur mycket en enskild behöver betala till regioner under en tolvmånadersperiod. Högkostnadsskyddet gäller för besök i öppenvård och innebär att en patient inte ska behöva betala mer än 1 150 kronor i vårdavgifter för besök i öppen vård under en tolvmånadersperiod.

Vi har bedömt att cirka 33 000 personer har behov av insatser i den föreslagna samordnade vård- och stödverksamheten. Vi gör bedömningen att merparten av det uppskattade deltagarantalet på 33 000 kommer ha behov av ett flertal hälso- och sjukvårdsinsatser per person

under en tolvmånadersperiod, vilket innebär att de skulle nå upp till högkostnadsskyddet om de skulle betala patientavgift.

33 000 personer som skulle betala patientavgifter, upp till högkostnadsskyddet, innebär en intäkt för regionerna på 37 950 000 kronor enligt nuvarande nivå på högkostnadsskyddet. Vi föreslår att regionerna ska ersättas för detta genom en justering av de generella statsbidragen kommuner och regioner. Justeringen av statsbidrag föreslås finansieras genom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

16 Ikraftträdande, förberedelser och stöd till införande

16.1 Förslagen träder i kraft 1 januari 2025

Förslag: Samsjuklighetsutredningens förslag ska träda i kraft 1 januari 2025.

16.2 Införandet av utredningens förslag ska förberedas

Förslag: Införandet av förslagen ska genomföras så att huvudmännen och berörda myndigheter ges förutsättningar att planera förändringarna i respektive uppdrag och ha möjlighet att vidta nödvändiga utvecklingsinsatser gemensamt och var för sig. Medel bör avsättas inom ramen för anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri* för omställning och implementering av förslagen. Stödet föreslås utgå två år innan och tre år efter ikraftträdandet. Staten ska ingå en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner, SKR om implementeringsstöd till regioner och kommuner. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås få i uppdrag att följa upp reformen utifrån dess syfte, samt att initiera en oberoende vetenskaplig utvärdering av den samordnade vård- och stödverksamhet.

Förslagen som vi lägger innehåller betydande förändringar i nuvarande ansvarsfördelning mellan huvudmännen. De innehåller också förändringar som utvecklar insatsernas organisering, samordning och innehåll som till exempel det obligatoriska kravet på en samordnad vård- och stödverksamhet, och att det blir obligatorisk för regionerna

att tillhandahålla sprutbyten och att dessa utvecklas till en lågtröskelverksamhet där det erbjuds flera olika hälsoinsatser.

Som framgår ovan föreslår vi att de nya bestämmelserna träder i kraft 1 januari 2025. Förslaget bygger på antagandet att det då blir mer än två år mellan riksdagsbeslut och ikraftträdande. Den tiden behövs för att planera förändringen och vidta nödvändiga utvecklingsinsatser. Dessa behöver även pågå en tid efter att bestämmelserna trätt i kraft.

Vi har också beräknat tiden så att förslag till en ny tvångsvårdslagstiftning kan omfattas av reformen.

Nedan beskrivs regioners och kommuners gemensamma ansvar för förberedelser, och det ansvar regioner och kommuner har var för sig. Som framgår nedan krävs dialog, samspel och kompetensöverföring även i de delar som respektive huvudman ansvarar för.

16.2.1 Gemensamma förberedelser

En särskild uppgift för regioner och kommuner blir att tillsammans planera och etablera den samordnade vård- och stödverksamhet som föreslås i kapitel 11. Huvudmännen behöver inventera vilken organisationsform som bäst tillgodoser behoven i deras region, bestämma hur verksamheten ska bemannas och ingå avtal enligt 9 § lagen om vård och stödverksamhet samt i övrigt fatta de beslut som krävs. I dialog med regioner och kommuner som vi har haft, har det framkommit att ett vägval som behöver göras är om det ska vara en centrerad verksamhet eller om den ska delas upp i lokala kluster. Respektive samordningsverksamhet behöver få sitt uppdrag definierat utifrån den särskilda lagstiftningen.

Inom ramen för utvecklingen av den samordnade vård- och stödverksamheten kan regioner och kommuner även skapa forum för dialog om hur samverkan i övrigt ska se ut när ansvarsfördelningen förändras. Genom våra förslag tydliggörs ansvaret mellan huvudmännen, men flera processer och arbetsformer behöver fortsatt vara gemensamma för att tillgodose samlade behov hos individen. De överenskommelser som regioner och kommuner ska ingå enligt 5 kap. 9 a § SoL respektive 16 kap. 3 § HSL kan behöva revideras.

Regioner och kommuner behöver också komma överens om hur hälso- och sjukvårdsbehovet vid HVB-placeringar ska tillgodoses.

De kan komma överens om att regionernas betalningsansvar för hälso- och sjukvård på HVB ska utformas på ett annat sätt än enligt regleringen i lagstiftningen. De kan också bedöma att det finns behov av att göra gemensamma upphandlingar av HVB där både socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser ingår.

16.2.2 Användarbaserad tjänstedesign kan användas i utvecklingen

Utvecklingen av den samordnade vård och stödverksamheten behöver ske tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga för att få önskat resultat.

Som framgått i kapitel 2 och 8 har vi använt användarbaserad tjänstedesign för att ta fram målbilder för verksamheter som ger insatser till personer med samsjuklighet. Våra erfarenheter är att metoden skapar goda förutsättningar att utifrån människors berättelser om hur man agerat i vård- och stödsystemet, och hur det fungerat, utveckla nya arbetssätt och mer användaranpassade organisatoriska strukturer. Särskilt betydelsefullt förefaller det vara att medarbetare, patienter, brukare och anhöriga gemensamt skapar och testar verksamheten utifrån en strukturerad metod.

Vi anser att metoden kan vara ett användbart verktyg för att säkerställa att den samordnade vård- och stödverksamheten redan från början utvecklas från ett användarperspektiv. Här kan erfarenheterna från regioner och kommuner som samarbetat inom ramen för Experiolab vara en lämplig utgångspunkt.

16.2.3 Regionernas förberedelser

Regionerna behöver planera för att ta ett samlat behandlingsansvar för skadligt bruk och beroende inklusive psykosociala behandlingsinsatser. En viktig del av detta är att tillvarata den kunskap om sådana insatser som finns i kommunerna och hos privata vård- och omsorgsgivare. Regionerna kommer behöva implementera kunskap i sina ledningsstrukturer om uppdraget att ansvara för alla behandlingsinsatser inklusive psykosocial behandling och hur det uppdraget ska komma till uttryck i styrning, ledning och uppföljning av verksamheten.

Regioner behöver utveckla en stegvis vård inom sin verksamhet och besluta om uppdragen till specialistverksamheter inom beroende, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och allmänmedicin när det gäller skadligt bruk och beroende (se kapitel 9). Ett sätt att göra det är att beskriva processer och vårdförlopp där det framgår vilket tillstånd som tas om hand var, hur samarbete ska ske och hur övergångar ska hanteras.

Ytterligare en viktig uppgift för regionerna blir att organisera verksamheten på så sätt att den tillgodoser kravet att psykiatrisk behandling ska ske samordnat. Det kan kräva både organisationsutveckling och implementering av ny kunskap. Berörda professioner behöver ha samsyn om vilka utredningar och insatser som kan ges i olika skeden när en person har ett skadligt bruk eller beroende, och samtidigt en annan psykiatrisk sjukdom. Verksamheterna kommer behöva diskutera hur de bäst samarbetar och stödjer varandra för att lyckas med samordningen och lokala riktlinjer behöver ses över.

16.2.4 Kommunernas förberedelser

Socialtjänsten står inför en perspektivförskjutning där uppdraget inriktas på det som är socialtjänstens kärnuppdrag och huvudsakliga kompetens. Detta innebär att levnadsförhållanden och gruppers och individers behov av stöd till boende, sysselsättning och sociala sammanhang kommer i fokus.

Som en del av detta behöver kommunerna utveckla sina arbetssätt för att genomföra kartläggningar av behov och levnadsförhållanden hos personer med skadligt bruk och beroende. Kartläggningarna bör ligga till grund för utveckling och planering av det sociala stödet inom området. En viktig del av detta blir att planera för den kompetensväxling som kommer att behöva ske inom kommunerna, och från kommunerna till regionerna. Inom kommunerna handlar det bland annat om att analysera vilken kompetens som finns och behövs, för att det ska kunna ske en fortsatt implementering av insatser för socialt stöd som rekommenderas i nationella riktlinjer, exempelvis IPS och Bostad först. Kommunerna kommer också behöva samarbeta med regionerna för att föra över sin kompetens om psykosociala behandlingsinsatser. Kommunerna kan också behöva uppdatera rutiner och stöd för hur behov hos personer med skadligt bruk eller beroende

ska dokumenteras och bedömas när de sociala stödinsatserna ska vara i fokus.

En annan del av förberedelserna för kommunerna blir att se över uppdragen till olika verksamheter och inom vilken förvaltning sociala insatser till målgruppen ska organiseras. Innehållet i olika verksamheter kan behöva anpassas efter det förtydligade uppdraget, som visserligen inte är nytt, men som syftar till att utveckla de sociala insatserna. En utmaning kan exempelvis vara att kunna erbjuda både lågtröskelverksamheter, utan krav på nykterhet och drogfrihet, och miljöer där sådana krav finns för att kunna garantera trygghet och säkerhet för de som behöver insatserna. Ytterligare ett ställningstagande kan vara att formulera uppdraget till den kommunala hälso- och sjukvården när det gäller personer med skadligt bruk och beroende, i den mån det inte är tydligt sedan tidigare.

16.2.5 Myndigheternas förberedelser

Berörda statliga myndigheter ges, under tiden mellan beslut och genomförande, förutsättningar att göra sådana förändringar i författningar, nationella riktlinjer eller andra dokument om de bedömer att de nya bestämmelserna kräver det.

16.2.6 Förberedelser när det gäller kompetensförsörjning

I kapitel 12 skriver vi om de särskilda förberedelser som krävs av huvudmännen, berörda myndigheter och lärosäten när det gäller kompetensförsörjningen. Vi konstaterar att initiativ på området behöver tas så snart det har fattats beslut om att genomföra våra förslag. Det är varje aktörs ansvar att samordna sina insatser med andras och bidra till att det sker ett nödvändigt samarbete inom området.

16.2.7 Stimulansmedel

Vi bedömer att medel bör avsättas för omställning och implementering av våra förslag. Stödet bör utgå mellan 2023–2027, det vill säga två innan och tre år efter reformen. Medel bör i första hand avsättas från anslag 1:8 *bidrag till psykiatri* och fördelas till regioner och

kommuner i form av statsbidrag. Fördelning kan ske via Socialstyrelsens fördelning av statsbidrag alternativt genom en överenskommelse mellan regeringen och SKR. I nuvarande överenskommelse mellan regeringen och SKR inom området psykisk hälsa fördelas 200 miljoner kronor till länen för att skapa goda förutsättningar för samverkan för personer med samsjuklighet. Vi bedömer därför att 200 miljoner kronor bör avsättas årligen under fem år, för att förbereda, starta upp och utveckla samordnade vård- och stödverksamheter. Vidare bedömer vi att ytterligare 200 miljoner bör avsättas till regioner och kommuner för att underlätta omställningen som krävs på grund av det förtydligade huvudmannaskapet.

16.2.8 Nationellt stöd till implementering

Vi anser också att det behövs en nationell funktion som stödjer implementeringen av reformen. Vi har övervägt om detta bäst utförs genom stöd från en myndighet, främst Socialstyrelsen, eller genom att staten och SKR ingår en överenskommelse. Det finns vissa argument som talar för att det ska vara en myndighet. Statens styrning genom överenskommelser med regioners och kommuners intresseorganisation SKR, har kritiserats för att vara otydlig och ske utan insyn. Socialstyrelsen har också enligt instruktionen i uppdrag att genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Uppdraget är närliggande till att ge implementeringsstöd till en sådan reform som här föreslås. Trots det anser vi att en överenskommelse med SKR är det mest lämpliga. Förberedelserna som beskrivs ovan är i hög grad inriktade på lokal och regional styrning, organisation och finansiering. Det är frågor som bäst hanteras av huvudmännen själva eftersom stödet på dessa områden måste ta hänsyn till att regioner och kommuner är självständiga demokratiska organisationer. SKR har också mångårig erfarenhet av att bygga ut gemensamma nätverk för regioner och kommuner till exempel kring barn-, beroende- och psykiatrifrågor. Organisationen har också tillsammans med sina medlemmar prövat nya arbetssätt inom ramen för utvecklingen av god och nära vård. Vissa delar av detta arbete har skett med stöd av sådan användarbaserad tjänstedesign, som vi ovan menar kan användas vid införande av den samordnade vård- och verksam-

heten. Sammantaget leder det till slutsatsen att SKR har den erfarenhet och upparbetade organisation som krävs för att stödja införandet av reformen.

16.2.9 Uppföljning

I kapitel 12 gör vi bedömningar och lämnar förslag om ett sammanhållet system för uppföljning av området skadligt bruk och beroende. Vi anser att de målbilder vi tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga ska vara utgångspunkt för modellen. Men vi anser också att själva reformen ska följas upp utifrån dess syfte att insatserna till målgruppen ska vara samordnade, personcentrerade och behovsanpassade. Vår bedömning är att Myndigheten för vård- och omsorgsanslys är mest lämpad för ett sådant uppdrag. Myndigheten bör dels få ett uppdrag att följa upp reformen, dels att initiera en oberoende vetenskaplig utvärdering av effekterna av den samordnade vård- och stödverksamheten.

17 Författningskommentarer

17.1 Förslaget till lag om samordnad vård- och stödverksamhet

1 §

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 är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

Lagen är ny och behandlas i kapitel 11.

Paragrafen anger en skyldighet för regionen och kommunerna i länet att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Lagen reglerar inte vilka rättigheter den enskilde har gentemot huvudmännen och verksamheten.

Med *gemensamt bedriva* avses att det finns en samlad ledning och styrning i verksamheten och att medarbetarna i verksamheterna arbetar, planerar och följer upp verksamheten tillsammans. I 9 och 10 §§ regleras hur regionerna och kommunerna kan sluta avtal om verksamheten. En gemensam ledning och styrning kan utformas på olika sätt. Anställningsförhållanden eller hur personalansvar ska fördelas regleras inte i lagen. Regionerna och kommunerna ansvarar för att det finns en verksamhetschef för den hälso- och sjukvård som bedrivs och att det finns erforderliga delegationsbeslut från berörda socialnämnder, samt att övriga lagstadgade krav på verksamheten är uppfyllda. Lagen styr inte vilka metoder eller modeller för integrerad vård som ska användas i verksamheten.

Paragrafen anger inte hur många enheter verksamheten ska bestå av och var de ska placeras men regionen och kommunerna i länet ansva-

rar för att säkerställa att de som tillhör målgruppen och har behov av insatserna erbjuds det.

Med *psykisk funktionsnedsättning* avses att målgruppen har en nedsatt psykisk funktionsförmåga på grund av skadligt bruk, beroende och/eller annan psykisk sjukdom. Psykisk funktionsnedsättning motsvarar begreppet psykiskt funktionshinder i socialtjänstlagen 5 kap. 7 § och 8 §. Alla psykiatriska diagnoser inklusive skadligt bruk och beroende kan leda till en psykisk funktionsnedsättning.

Det är inte tillräckligt att den enskilde har en psykisk funktionsnedsättning för att denne ska anses tillhöra verksamheten. Funktionsnedsättningen ska också vara *av sådan art* att det är *nödvändigt med särskild samordning under längre tid*. Det gäller till exempel en person som har ett skadligt bruk eller beroende och ett annat psykiatriskt tillstånd som gör det svårt ta emot insatser i ordinarie strukturer där personen behöver komma till en viss plats, vid en viss tid, och däremellan förväntas följa råd eller handla efter vissa anvisningar. En typisk omständighet som utmärker målgruppen är bristande förutsättningar att själva samordna insatserna. Vård- och stödverksamheten är därför till för personer där det, för att behoven ska tillgodoses, inte är tillräckligt med de samordningsmöjligheter som finns enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen, såsom överenskommelser mellan huvudmännen, individuell plan (SIP) och fast vårdkontakt. Med att behovet av den särskilda samordningen ska föreligga under en *längre tid*, avses att det ska kunna vara möjligt att under tiden göra nödvändig utredning, sätta in och följa upp behandling samt vidta åtgärder som bidrar till en stabil social situation. En person behöver inte ha fått en diagnos för att få insatser men verksamheten ska i sådana fall verka för att den enskilde får rätt diagnos och bedömning av hälsotillstånd och funktionsförmåga.

Med att det ska vara *nödvändigt med särskild samordning* avses till exempel att en stabil boendesituation inte kan uppnås utan att psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingsinsatser ges integrerat i kombination med boendestöd eller liknande insatser.

2 §

Verksamheten ska bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.1.

I paragrafen anges att verksamheten ska bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst, vilket innebär att de ska bedriva verksamhet enligt hälso- och sjukvårds- och socialtjänstlagstiftningen. De krav på hälso- och sjukvården och socialtjänsten som finns i lag och annan författning gäller således även för den samordnade vård- och stödverksamheten. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2001:453) finns hänvisningar till lagen om en samordnad vård- och stödverksamhet.

Insatserna ska ske i öppen form och med samtycke från den enskilde. I enskilda fall kan dock vissa insatser utföras under tiden personer befinner sig i heldygnsomhändertagande inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.

3 §

Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagarens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.3.

Paragrafen anger syftet med verksamheten. Med *samordnade och kontinuerliga* insatser avses ett multiprofessionellt arbete där en eller flera personer i ett team har kontakt med deltagaren minst en till två gånger i veckan. Insatserna ska bidra till en förbättrad hälsa och förbättrade levnadsvillkor för deltagarna när det till exempel gäller boendesituation, vardagsinnehåll, funktionsnivå, bruk av substanser och/eller spelande och symtombelastning på det psykiska och fysiska hälsotillståndet. För att uppnå detta syfte krävs att personalen arbetar gemensamt med deltagarna i verksamheten och, när det inte är olämpligt, tillsammans med anhöriga.

Att insatserna ska utgå från *personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang* bygger på ett personcentrerat synsätt och understryker att det är den enskildes situation och mål som

är utgångspunkten för insatserna. Med individuella mål avses det som personen själv vill sträva mot och som den enskilde upplever är möjligt att uppnå. Inledningsvis kan målen vara begränsade till att få kontakten mellan personen och verksamheten etablerad och tillitsfull. Verksamheten ska dock inte arbeta utifrån mål som kan vara skadliga för den enskilde eller någon annan, oavsett om den enskilde uttrycker en sådan vilja. Att insatserna utgår från den enskildes behov förutsätter att medicinska och sociala behov blir tillräckligt utredda och att det finns tillgång till de insatser som krävs för att möta behoven. Med socialt sammanhang avses anhöriga och andra personer som är viktiga för den enskilde. Verksamheten kan till exempel tillämpa ett nätverksorienterat arbetssätt. Med en persons resurser avses till exempel dennes egenskaper, erfarenheter, kunskaper och relationer som den enskilde kan använda för att uppnå återhämtning.

Insatserna ska bidra till trygghet för deltagarna genom kontinuitet och genom att bidra till att de insatser som krävs kommer till stånd oavsett om det sker inom ramen för verksamheten eller i andra verksamheter.

Med *levnadsvillkor* kan till exempel avses boendesituation, sysselsättning och arbete.

4 §

Den samordnade vård- och stödverksamheten ska innehålla

1. uppsökande arbete,

2. socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser, och

3. samordning av insatser.

Verksamheten ska på lämpligt sätt ta tillvara kompetens hos personer med egen erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.4.

I paragrafen anges vilket innehåll verksamheten ska ha. Den samordnade vård- och stödverksamhetens uppdrag för *uppsökande arbete* är begränsat och riktar sig enbart till personer som kan tillhöra målgruppen. Det kan till exempel röra sig om personer som socialtjänsten mött i sin ordinarie uppsökande verksamhet och som tros ha behov av samordnade insatser. Uppsökande verksamhet kan också initieras av en anhörig som önskar att vård- och stödverksamheten

erbjuder insatser till en närstående som bedöms kunna tillhöra målgruppen. Både hälso- och sjukvårds- och socialtjänstpersonal kan arbeta uppsökande i verksamheten. Det uppsökande arbetet ska bedrivas med respekt för den enskildes självbestämmande och integritet och med hänsyn till regler om sekretess.

Med att verksamheten ska innehålla *socialtjänstinsatser* avses utredning och bedömning av sociala behov som boende och sysselsättning. Även nätverks- och relationsskapande arbete är relevant. Beroende på vilka biståndsbeslut som fattas i verksamheten och vilka som fattas utanför, måste det ske med olika grad av samarbete med berörd kommun. Socialtjänstinsatser är också att stödja den enskilde i boendet, till exempel när det gäller att ha struktur på vardagen och följa dagliga rutiner. Insatser för att få en meningsfull vardag, ökad arbetsförmåga och möjlighet att pröva arbete är också att betrakta som sådana insatser.

Med hälso- och sjukvårdsinsatser avses sådana insatser som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av den som biträder legitimerad personal även om den som biträder inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den samordnade vård- och stödverksamheten ska liksom annan hälso- och sjukvårdsverksamhet utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet samt erbjuda insatser som fokuserar på att bota eller stabilisera och förbättra deltagarens hälsa. Utredning och diagnostisering kan ske inom verksamheten. För hälso- och sjukvårdsinsatser gäller bland annat regler om vårdgaranti enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen.

Vad som avses med *samordnande insatser* beskrivs närmare i kommentaren till paragraf 5 §.

Enligt *andra stycket* ska verksamheten på lämpligt sätt ta tillvara kompetens hos personer med egen erfarenhet av att leva med psykisk funktionsnedsättning. Deras erfarenheter kan användas för att förmedla hopp och skapa förtroende hos personer som får stöd i verksamheten. De kan också bidra till att belysa frågor om bemötande och maktförhållanden inom och utom verksamheten. Med att det ska ske på lämpligt sätt avses att det finns ett utrymme för verksamheten att tillvarata sådana personers särskilda erfarenhet på olika sätt. Det kan till exempel ske genom att anställa peer support/brukarspecialister i verksamheten.

5 §

Deltagare i verksamheten ska tilldelas en vård- och stödsamordnare som ansvarar för att samordna insatserna.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.4.3.

Personer som erbjuds insatser i verksamheten ska benämnas deltagare. Begreppet avses tydliggöra att individens deltagande utifrån sina egna mål, behov och resurser är en avgörande del för tillfrisknande.

Alla deltagare ska tilldelas en vård- och stödsamordnare vilket ska anses som en insats enligt hälso- och sjukvårdslagen även om samordnaren ansvarar för att planera och säkerställa utförandet av både hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser. Det innebär inte att det måste vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som till exempel sjuksköterskor som utför uppgiften som samordnare, utan också andra yrkeskategorier som till exempel socionomer och mentalskötare kan vara vård- och stödsamordnare.

Vård- och stödsamordnaren har en koordinerande funktion och ansvarar för att utredning, planering och insatser genomförs både i verksamheten och i andra verksamheter. Det betyder inte att samordnaren själv alltid ska utföra insatserna. En viktig del i vård- och stödsamordnarens roll är att kalla till möte om upprättande av en individuell plan och hålla i kontakter med andra verksamheter som kan erbjuda insatser som deltagaren har behov av. Vård- och stödsamordnaren är kontaktperson för deltagaren och ser till att det finns en uppdaterad plan för deltagares insatser och följer upp deltagaren över tid. Samordnaren har också kontakt med anhöriga om deltagaren inte motsätter sig det.

Att den enskilde fått en vård- och stödsamordnare ska betraktas som att en fast vårdkontakt utsetts enligt patientlagen (2014:821).

Vård- och stödsamordnaren behåller det övergripande samordningsansvaret för deltagare som är heldygnsomhändertagna. Med övergripande samordningsansvar avses vanligtvis inte utförande insatser, utan dessa sker inom heldygnomhändertagandet, utan fokuserar på att samordningen ska fungera under tiden, och efter vården. Detta innebär inte ett minskat ansvar för den verksamhet som ansvarar för heldygnsomhändertaget.

6 §

Vid planering, samordning och genomförande av insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten ska hänsyn tas till deltagarnas individuella mål, behov och resurser. Deltagarna ska ha inflytande över vilka insatser som ges.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.7.

I paragrafen anges att deltagarna ska ha inflytande över insatserna och att planering, samordning och genomförande av insatserna ska utgå från deltagarens mål, behov och resurser.

Se även kommentaren till 3 § om vad som avses med individuella mål, behov och resurser.

7 §

Avgift får inte tas ut för hälso- och sjukvård som bedrivs enligt denna lag.

Avgift inte får tas ut för hälso- och sjukvård som erbjuds till deltagarna enligt denna lag. Det innebär att bestämmelserna om avgifter i kapitel 17 i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) inte är tillämpliga för denna verksamhet.

8 §

Kostnaderna mellan en region och kommunerna i länet ska fördelas så, att regionen står för hälften av kostnaderna och kommunerna i länet för den andra hälften, om inte annat avtalats enligt 9 §.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.12.

Paragrafen anger hur kostnaderna ska fördelas mellan regioner och kommuner och att huvudregeln är att regionen ska stå för hälften av kostnaderna och kommunerna i länet för den andra hälften.

Se även kommentaren till 9 §.

9 §

Regionen och kommunerna i länet ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation. Om en region och kommunerna i länet kommer överens om det, får avtalas om annan kostnadsfördelning än vad som anges i 8 §.

Regionerna och kommunerna kan sluta avtal med annan att utföra uppgifter enligt denna lag. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till enskild.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.12 och 11.13.

Paragrafen anger i *första stycket* att regionen och kommunerna i länet ska förhandla och avtala om formerna för samverkan, budget och organisation. *Former för samverkan* kan till exempel vara kommunalförbund och gemensam nämnd. Verksamheten ska organiseras så att det finns en gemensam styrning och ledning oavsett hur huvudmännen väljer att i rättslig mening driva den gemensamma verksamheten. En miniminivå för integration av verksamheten för att uppnå lagens syfte, är att den samlokaliseras och att insatser planeras, koordineras och genomförs gemensamt. En gemensam ledning och styrning kan utformas på olika sätt. Hur anställningsförhållanden ska vara eller hur personalansvar ska fördelas regleras inte i lagen.

Första stycket andra meningen innebär att det kan göras undantag från den kostnadsfördelning som anges i 8 §. Om regionerna och kommunerna i länet kommer överens om det, får de besluta om en annan kostnadsfördelning än den som anges i lagen.

Av *andra stycket* framgår att utförande av uppgifter som omfattar delar eller hela verksamheten kan överlämnas till annan genom avtal med stöd av lagen. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till enskild. Detta innebär att delar eller hela verksamheten kan läggas ut på entreprenad. Av avtalet behöver då de särskilda villkor som gälla för överlämnandet framgå.

10 §

En kommun eller en region får ingå avtal om att någon av dess uppgifter enligt denna lag helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). Sådan avtalssamverkan hindras inte av kravet i 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) att kommuner

och regioner inte får ha hand om sådana angelägenheter som en annan kommun eller en annan region ska ha hand om.

Kommuner och regioner får komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller den andra regionen att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (extern delegering).

Förslaget behandlas i avsnitt 11.11.

I *första stycket* stadgas ett undantag från kommunallagens (2017:725), förkortad KL, reglering av offentligrättslig samverkan. I 9 kap. 37 § KL regleras en generell möjlighet till avtalssamverkan. Av tredje stycket samma paragraf framgår att ”om det i annan lag eller författning finns bestämmelser som avviker från denna paragraf, tillämpas de bestämmelserna.” 10 § innebär att kommuner och regioner får ingå avtal om att uppgifter enligt lagen ska utföras av en annan kommun eller annan region, så kallad avtalssamverkan. Avtalssamverkan får också enligt 10 § ske utan hinder av 2 kap. 2 § i kommunallagen som anger att kommuner och regioner inte får ta hand om sådana angelägenheter som en annan kommun eller annan region ska ta hand om. Avtalssamverkan enligt paragrafen avser bara samverkan mellan kommuner och regioner inte privata aktörer eller staten. Uppdragsgivaren behåller huvudmannaansvaret för de uppgifter som avtalssamverkan avser. Paragrafen ger kommuner och regioner möjlighet att avtala om utförande av uppgifter, som normalt inte tillhör mottagande kommun eller regions ansvarsområde. Bestämmelsen innebär dock inget undantag från upphandlingsrättsliga regler. Med stöd av bestämmelsen kan en kommun lämna över vissa uppgifter som ankommer på den inom ramen för vård- och stödverksamheten till en region, och tvärtom.

Av *andra stycke*t framgår att kommuner och regioner får komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller den andra regionen att besluta på kommunens eller regionen vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden, extern delegering. I fråga om vem som ska anses som anställd ska den allmänna innebörden av anställningsbegreppet tillämpas, vilket till exempel innebär att en konsult inte är att beakta som anställd. Vid extern delegering av ärenden gäller bestämmelserna i kommunallagen om delegering, jäv, begränsningar av möjligheten till delegering, vidaredelegering, brukarmedverkan och anmälan av beslut.

11 §

Verksamheten ska löpande följas upp mot syftet i 3 §. Deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att medverka i uppföljningen.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.8.

Paragrafen avser verksamhetens egen uppföljning och att uppföljningen ska göras mot syftet i 3 § denna lag.

Resultatet för deltagarna ska vara i centrum för uppföljningen. Det kan handla om objektiva förbättringar i hälsa och livssituation för respektive individ. Exempelvis minskade symptom, fungerande boendesituation, minskat bruk av substanser och minskat behov av slutenvård. Uppföljningen bör också ske mot de enskilda mål som verksamheten och deltagaren har satt upp tillsammans.

Uppföljningen ska också ske på verksamhetsnivå och kan till exempel omfatta hur många deltagare som minskat sin slutenvårdskonsumtion, fått ett eget boende eller getts möjlighet till egen sysselsättning och arbetsträning.

Deltagarna ska ges möjlighet att medverka i uppföljningen, vilket till exempel kan ske genom brukarstyrda revisioner.

Uppföljningen som beskrivs i paragrafen är utöver det ansvar verksamheter har enligt 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen och 3 kap. 3 § socialtjänstlagen att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna.

12 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om mål och kriterier för uppföljning, fördelning av kostnader mellan region och kommuner samt meddela ytterligare föreskrifter som behövs till skydd för enskilda.

Förslaget behandlas i avsnitt 11.14.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela ytterligare föreskrifter som kan komplettera bestämmelserna i lagen och till exempel ange mer detaljerat hur verksamheterna ska utformas för att säkerställa att syftet med lagen uppnås.

17.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

3 §

Vård ska också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom skadligt bruk eller beroende av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård ska också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1 och ändringarna är endast redaktionella. Begreppet missbruk i *första stycket* ändras till skadligt bruk och beroende.

Syftet är att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter ska regleras genom gemensamma och värdeneutrala begrepp.

16 §

Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för bruk av, eller annan befattning med, narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, ska den omhändertas.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1 och ändringen är endast redaktionell. Begreppet missbruk i nuvarande lag ersätts i paragrafen med *bruk* av, eller annan befattning med narkotika.

Se även kommentaren till 3 §.

20 §

Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 16 eller 19 § eller har sådan egendom påträffats inom ett hem för särskilt noggrann tillsyn utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska Statens institutionsstyrelse låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma ska gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för bruk av, eller annan befattning med, narkotika.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1 och ändringen är endast redaktionell. I *andra stycket* ändras begreppet missbruk till *bruk*.

Se även kommentaren till 3 och 16 §§.

17.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

21 §

En patient får inte inneha

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor,

2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,

3. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen,

4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för bruk av, eller annan befattning med, narkotika, eller

5. annan egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, ska den omhändertas.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1. Ändringen är endast redaktionell.

Begreppet missbruk i *första stycket* 4 ändras till *bruk* av narkotika. Syftet är att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter ska regleras genom gemensamma och värdeneutrala begrepp.

24 §

Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter intagits för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagen egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för bruk av, eller annan befattning med, narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1 och ändringen är endast redaktionell. I *första stycket* ändras begreppet missbruk till *bruk* av, eller annan befattning med, narkotika.

Se även kommentaren till 21 §.

17.4 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap. Kommunens ansvar

8 §

I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva sådan verksamhet.

Förslaget behandlas i kapitel 11.

Paragrafen är ny och är endast en erinran om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet enligt den särskilda lagen.

3 kap. Vissa uppgifter inom socialtjänsten m.m.

6 b §

Socialnämnden får utse en särskild person (kontaktperson) eller en familj (kontaktfamilj) med uppgift att hjälpa den enskilde och hans eller hennes närmaste i personliga angelägenheter, om den enskilde begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

Om en person som inte har fyllt 21 år har behov av särskilt stöd och särskild vägledning för att motverka en risk för skadligt bruk eller beroende av beroendeframkallande medel, för brottslig verksamhet eller för något annat socialt nedbrytande beteende, får nämnden utse en särskilt kvalificerad kontaktperson för den unge om denne begär eller samtycker till det. För barn som inte har fyllt 15 år får en sådan kontaktperson utses endast om barnets vårdnadshavare begär eller samtycker till det. Har barnet fyllt 15 år får en särskilt kvalificerad kontaktperson utses endast om barnet självt begär eller samtycker till det.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1 och ändringen är endast redaktionell. Begreppet missbruk i *andra stycket* ändras till skadligt bruk eller bero-

ende. Syftet är att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter ska regleras genom gemensamma och värdeneutrala begrepp.

7 §

Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk eller beroende av alkohol och andra beroendeframkallande medel och spel om pengar.

Socialnämnden ska genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet sprida kunskap om skadligt bruk eller beroende och om de hjälpmöjligheter som finns.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1 och ändringarna är endast redaktionella.

Ordet missbruk i *första och andra stycket* har ändrats till skadligt bruk eller beroende.

Se även kommentaren till 3 kap. 6 b §.

5 kap. Särskilda bestämmelser för olika grupper

1 §

Socialnämnden ska

1. verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden,

2. i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga,

3. bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa,

4. aktivt arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk eller beroende bland barn och unga av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel,

5. aktivt arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk eller beroende av spel om pengar bland barn och unga,

6. tillsammans med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs, uppmärksamma och verka för att barn och unga inte vistas i miljöer som är skadliga för dem,

7. med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och unga som har visat tecken till en ogynnsam utveckling,

8. i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om barnets eller den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet,

9. i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan ett mål eller ärende om vårdnad, boende, umgänge eller adoption har avgjorts, och

10. i sin omsorg om barn och unga tillgodose det särskilda behov av stöd och hjälp som kan finnas sedan vård och fostran utanför det egna hemmet upphört eller sedan verkställighet av sluten ungdomsvård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård upphört.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1. Ändringarna i 4 och 5 är endast redaktionella och innebär att begreppet missbruk ändrats till skadligt bruk eller beroende.

Se även kommentaren till 3 kap. 6 b §.

Personer med skadligt bruk eller beroende

9 §

Socialnämnden ska verka för att människor som på grund av skadligt bruk eller beroende möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Förslaget behandlas i kapitel 9.

Rubriken närmast före bestämmelsen föreslås ändras till ”Personer med skadligt bruk eller beroende”.

Paragrafen avses tydliggöra att socialtjänsten inte längre har något ansvar för behandling av personer med skadligt bruk eller beroende utan det ansvaret avser genom förslaget sociala stödinsatser.

Med betydande svårigheter i *första stycket* avses att svårigheterna drabbar den enskilde på olika livsområden såsom boende, studier, arbete, sysselsättning, social gemenskap, relationer och fritid. En svårig-

het kan vara betydande därför att den drabbar den enskilde på ett livsområde som är betydelsefullt för honom eller henne, även om denna svårighet utifrån sett kan te sig som relativt lindrig.

Sysselsättning och boende är basala behov och socialtjänsten ska enligt *andra stycket* bidra till att personer med skadligt bruk och beroende får en meningsfull sysselsättning och boende, som anpassas efter personens behov av särskilt stöd. Med att socialtjänsten ska verka för meningsfull sysselsättning menas insatser för arbete eller annan sysselsättning och kan till exempel vara stöd till arbete i form av IPS-modellen (individual placement and support). Genom att använda ordet meningsfull sysselsättning framgår att insatser ska sättas in även för personer inte kan eller vill arbeta eller studera och som behöver någon annan form av sysselsättning. Stöd för att få ett boende kan innebära bostad först eller vårdkedja, som har stöd i Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Olika former av stödinsatser kan behövas sättas in för att en boendesituation ska fungera såsom stöd i boendet, case management och social färdighetsträning.

I socialnämndens ansvar för att den enskilde får bo på ett sätt som är anpassat till hans eller hennes behov ligger också att erbjuda boende med särskild service för den som behöver det. Det kan vara grupp- eller servicebostad som erbjuds till exempel personer med omfattande samsjuklighet eller äldre personer med skadligt bruk och beroende. Kommunens skyldighet att inrätta sådana bostäder för personer som möter betydande svårigheter i sin livsföring följer av 5 kap. 7 §.

9 a §

Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om samarbete i fråga om personer med ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Ändringarna i *första stycket* är endast redaktionella och behandlas i avsnitt 9.1. Begreppet missbruk har ändrats till skadligt bruk eller beroende. Se även kommentaren till 3 kap. 6 b §.

10 §

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder eller skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Ändringarna i paragrafen behandlas i kapitel 9 och innebär att socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende tydliggörs.

Innebörden av ”alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel” är densamma som i 5 kap. 9 a §. Av förarbetena till den bestämmelsen framgår att exempel på andra beroendeframkallande medel är vissa flyktiga lösningsmedel, såsom thinner och lim. Ett beroendeframkallande medel kan också vara sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att en sådan vara är beroendeframkallande. Det kan också dyka upp nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande. När det gäller läkemedel och dopningsmedel omfattas alla sådana medel av paragrafen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte. Se regeringens proposition 2012/13:77 s. 50 f.

6 kap. Vård utanför det egna hemmet

1 §

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett

1. familjehem,

2. hem för vård eller boende, eller

3. stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år (stödboende).

Barn i åldern 16–17 år får tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl.

Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

Regionen ansvarar, enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att den som tagits emot i ett hem för vård eller boende erbjuds en god hälso- och sjukvård.

Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön.

Förslaget behandlas i kapitel 9. *Fjärde stycket* är nytt och innebär endast en erinran om att regionen ansvarar för en god hälso- och sjukvård för den som tagits emot i ett hem för vård eller boende.

1 a §

När kommunen fattar beslut om placering i ett hem för vård eller boende ska kommunen samtidigt underrätta regionen om beslutet och kalla till möte om individuell plan enligt 2 kap. 7 §. En sådan plan ska upprättas om det inte är uppenbart obehövligt.

Paragrafen är ny. Förslaget behandlas i avsnitt 9.4.

När kommunen fattar beslut om placering i hem för vård eller boende ska kommunen samtidigt underrätta regionen om detta och kalla till möte om individuell plan.

Med *uppenbart obehövligt* avses till exempel att det redan finns en aktuell individuell plan eller att både de inblandade huvudmännen och den enskilde själv anser att hälso- och sjukvårdsinsatser inte behövs. Det kan också vara uppenbart obehövligt om den enskilde inte samtycker till hälso- och sjukvårdsinsatser. Bestämmelsen avses ge uttryck för att det endast blir i ett mycket fåtal fall som en individuell plan inte upprättas.

Den vårdplan och genomförandeplan som ska upprättas enligt 11 kap. 3 § kan integreras i den individuella plan som avses i 2 kap. 7 §.

Bestämmelsen får sekretessbrytande effekt i enlighet med 10 kap. 28 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.

Enligt bestämmelsen ska kommunen underrätta regionen om *beslutet* om placering i ett hem för vård eller boende och samtidigt kalla till möte om individuell planering. Underrättelseskyldigheten avser

endast begränsad information, beslutet om placering. Därtill måste som regel informeras om den enskildes namn, personnummer och folkbokföringsadress.

En underrättelse om placering i ett hem för vård eller boende är en viktig förutsättning för att den enskilde kan erbjudas den hälso- och sjukvård som regionen är skyldig att tillhandahålla i enlighet med 6 kap. 1 § fjärde stycket och 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Underrättelsen skickas alltså för att göra den efterföljande vården möjlig och syftar till att möjliggöra tillhandhållandet av en god hälso- och sjukvård vilket är mycket viktig för den enskilde. Det kan vidare konstateras att uppgifterna omfattas av sekretess hos den mottagande regionen. Vid en avvägning mellan det intrång i den enskildes personliga integritet som utlämnande av uppgifterna kan innebära och behovet av att möjliggöra den hälso- och sjukvård den enskilde kan behöva får inskränkningen av den enskildes integritet anses acceptabel.

För den individuella planeringen enligt 2 kap. 7 § och 16 kap. 4 § HSL krävs enligt dessa bestämmelser samtycke av den enskilde. Även sekretessbestämmelserna medför som regel att den enskilde måste ge sitt medgivande till att uppgifter lämnas från den ena huvudmannen till den andra. Planeringsskyldigheten enligt dessa bestämmelser syftar utvidgar alltså inte huvudmännens möjlighet att utbyta information, utan planeringen ska göras med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser. Se till detta prop. 2008/09:193 s. 25.

8 kap. Avgifter

1 §

Stöd- och hjälpinsatser av behandlingskaraktär medför inte kostnadsansvar för den enskilde vårdtagaren. Kommunen får dock, utom beträffande barn, ta ut ersättning för uppehället av en person med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller därmed jämförbara medel som får vård eller behandling i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem. Regeringen meddelar föreskrifter om den högsta ersättning som får tas ut för varje dag. För andra stöd- och hjälpinsatser får kommunen ta ut skälig ersättning.

Om ett barn genom socialnämndens försorg får vård i ett annat hem än det egna, är föräldrarna skyldiga att i skälig utsträckning bidra till

kommunens kostnader enligt grunder som regeringen föreskriver. Socialnämnden får i sådana fall uppbära underhållsbidrag som avser barnet.

Bestämmelserna i första stycket gäller inte i fråga om tjänster för vilka avgift har bestämts enligt 2 §.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Ändringen i *första stycket* är endast redaktionell som en följd av att begreppet missbruk utmönstras och ändras till skadligt bruk eller beroende. Se även kommentaren till 3 kap. 6 b §.

Eftersom regionerna ska ha ansvaret för behandling vid skadligt bruk eller beroende, gäller *första meningen i första stycket* inte för vuxna personer med skadligt bruk eller beroende.

12 kap. Behandling av uppgifter

9 §

Om socialnämnden i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för skadligt bruk eller beroende eller att ändringar sker i användningsmönstret av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Ändringarna är endast redaktionella som en följd av att begreppet missbruk utmönstras. Se även kommentaren till 3 kap. 6 b §.

16 kap. Övriga bestämmelser

10 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser

1. barn och unga,
2. äldre personer,
3. personer med funktionsnedsättning,
4. personer med skadligt bruk eller beroende, och
5. personer som anges i 5 kap. 11 och 11 a §§.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får också meddela sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet vid sådana hem som avses i 6 kap. 3 §.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Ändringen i *första stycket* 4 är endast redaktionell som en följd av att ordet missbrukare utmönstras och ersätts med personer med skadligt bruk eller beroende. Se även kommentaren till 3 kap. 6 b §.

17.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Inledande bestämmelse

1 §

I denna lag finns bestämmelser om verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler (sprututbytesverksamhet). Syftet med sådan verksamhet är att förebygga spridning av blodburna infektioner samt att främja fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Det som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

Förslaget behandlas i avsnitt 10.2.

Det i *första stycket* angivna syftet med sprututbytesverksamheten vidgas från att enbart ha omfattat förebyggande av smittspridning av blodburna infektioner till att även syfta till att främja fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Bestämmelsen i andra stycket i gällande lag, att motivera den enskilde för vård och behandling, tas bort. I stället anges i första stycket att ett syfte med verksamheten är att främja fysisk och psykisk hälsa. Det innebär ett ansvar för verksamheterna att erbjuda eller förmedla kontakt med de olika hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde kan vara i behov av. Stödinsatser som behöver ges för att den enskilde ska ta emot insatserna kan vara motiverande men kan också handla om helt andra insatser, vilka alla omfattas av uppdraget att främja fysisk och psykisk hälsa. Sprututbytesverksamheten blir starkare integrerat i hälso- och sjukvården och en stor del av de insatser som ges

kommer att vara hälso- och sjukvårdsinsatser. Själva utbytet av sprutor är emellertid alltjämt inte att betrakta som hälso- och sjukvård.

Övriga ändringar är redaktionella mot bakgrund av att begreppen missbruk och missbrukare utmönstras ur lagstiftningen på socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens område.

Sprututbytesverksamhet ska bedrivas av regionen

2 §

Sprututbytesverksamhet ska bedrivas av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård.

Förslaget behandlas i avsnitt 10.2.

Ändringen i paragrafen innebär dels att sprututbytesverksamheten blir obligatorisk för regionerna, dels att tillståndskravet för att bedriva sprututbytesverksamhet tas bort.

Eftersom tillståndskravet upphör och verksamheten blir obligatorisk ändras även rubriken närmast före 2 §.

3 §

Regionen ska planera för hur sprututbytesverksamheten ska göras tillgänglig och hur den ska främja psykisk och fysisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

I planeringen ska regionen samverka med kommuner och andra berörda aktörer.

Förslaget behandlas i avsnitt 10.2.

I *första stycket* införs ett planeringskrav på regionerna för att öka tillgängligheten. Planeringen ska göras utifrån behoven i befolkningen och målgruppen. Syftet med planeringen är få underlag för bedömningar om hur verksamheten kan göras tillgänglig för alla som behöver den. Med fördel kan personer som själva byter sprutor involveras. Det är viktigt att verksamheterna utformas så att personer inte väljer att avstå från besök till exempel därför att de upplever svårigheter av skilda slag såsom stigma eller att de inte har möjlighet att resa för att besöka verksamheten.

I behovsbedömningen och planeringen bör också ingå bedömningar av tillgången till andra viktiga insatser som naloxon, utbildning i hur naloxon används, utbildning i hur risker med olika preparat kan bedömas och hur droger kan intas med så liten skadeverkan som möjligt. Även hur tillgången till hälsoundersökningar, hepatitbehandling och annan somatisk vård kan tillhandahållas för målgruppen, samt hur fler bland dem som byter sprutor kan slussas in i LARO-behandling bör ingå i planeringen.

Enligt *andra stycket* ska regionen, i planeringen, samverka med kommuner och andra berörda aktörer.

Villkor för utbyte av sprutor och kanyler

6 §

En spruta eller en kanyl får lämnas ut av regionen endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut endast till den som har fyllt 18 år. Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Förslaget behandlas i avsnitt 10.2.

Bosättningskravet för att få delta i sprututbytesverksamhet i nuvarande lag tas bort. Personer som söker vård på grund av skadligt bruk eller beroende ska omfattas av samma rättigheter som andra patienter. Sjukdomsbördan och överdödligheten för målgruppen är hög. Det i lagen uttalade syftet att minska risken för blodburna infektioner och att främja fysisk och psykisk hälsa tillgodoses bäst med lättillgängliga verksamheter utan särskilda krav som utesluter vissa personer.

17.6 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

21 kap. Sekretess till skydd för uppgift om enskilds personliga förhållanden oavsett i vilket sammanhang uppgiften förekommer

1 §

Sekretess gäller för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, skadligt bruk eller beroende, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

Sekretessen gäller inte för uppgift

1. som avses i 35 kap. 1 § andra stycket andra meningen och 12 § femte stycket,

2. som förekommer i sådant mål eller ärende som anges i 36 kap. 1 §, eller

3. som tas in i ett beslut.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Ändringen i *första stycket* är endast redaktionell. Begreppet missbruk ändras till skadligt bruk eller beroende.

Syftet är att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter ska regleras genom gemensamma och värdeneutrala begrepp.

25 kap. Sekretess till skydd för enskild i verksamhet som avser hälso- och sjukvård, m.m.

12 §

Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. har ett fortgående skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Ändringen i *första stycket* 2 är endast redaktionell. Se kommentaren till 21 kap. 1 §.

26 kap. Sekretess till skydd för enskild inom socialtjänst, vid kommunal bostadsförmedling, adoption, m.m.

9 §

Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. har ett fortgående skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Ändringarna i *första stycket* 2 är endast redaktionell. Se kommentaren till 21 kap. 1 §.

17.7 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

6 kap. Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.

5 §

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 12–14 §§ och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,

3. har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol eller något annat beroendeframkallande medel, eller

4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Ändringen i *andra stycket* 3 är endast redaktionell och en följd av begreppet missbruk ändras till skadligt bruk eller beroende. Syftet är att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter ska regleras genom gemensamma och värdeneutrala begrepp.

17.8 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

6 kap. Fast vårdkontakt och individuell planering

1 §

Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Insatser till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel eller spel om pengar ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och behandlas i avsnitt 9.2.2.

I 8 kap. 11 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, framgår att regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende den vård som han eller hon behöver och att vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

I förevarande bestämmelse erinras om att insatser till personer med skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Se vidare kommentaren till 8 kap. 11 § HSL.

17.9 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

5 kap. Verksamheten

7 §

Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,

3. har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller

4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Ändringen i första stycket 3 är endast redaktionell och en följd av att begreppet missbruk utmönstras och ändras till skadligt bruk eller beroende. Syftet är att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter ska regleras genom gemensamma och värdeneutrala begrepp.

7 kap. Organisation, planering och samverkan

4 a §

I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om regionens skyldighet att gemensamt med kommunerna bedriva en sådan verksamhet.

Förslaget behandlas i kapitel 11.

Paragrafen är ny och är endast en erinran om regionens skyldighet att gemensamt med kommunerna bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet enligt den särskilda lagen.

8 kap. Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård

11 §

Regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver. Vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Förslaget behandlas i kapitel 9.

Paragrafen är ny och är en erinran om hälso- och sjukvårdens ansvar för behandling vid skadligt bruk och beroende och innebär inte ett nytt åtagande.

Innebörden av begreppen *alkohol*, *narkotika*, *andra beroendeframkallande medel*, *läkemedel*, *dopningsmedel* är densamma som i 16 kap. 3 §. Av förarbetena till den bestämmelsen framgår att exempel på andra beroendeframkallande medel är vissa flyktiga lösningsmedel, såsom

thinner och lim. Ett beroendeframkallande medel kan också vara sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att en sådan vara är beroendeframkallande. Det kan också dyka upp nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande. När det gäller läkemedel och dopningsmedel omfattas alla sådana medel av paragrafen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte. Se regeringens proposition 2012/13:77 s. 50.

Se även kommentaren till 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

12 §

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i ett sådant hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövligt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen.

Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 9.4.

I *första stycket* regleras regionens skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i sådana hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Hälso- och sjukvårdsinsatserna kan tillgodoses av regionen, alternativt kan regionen avtala om och ersätta en annan region, privat vårdgivare eller HVB-hemmet för sådana insatser. Det är dock alltid regionen som ansvarar för att insatserna ges och för uppföljningen av den upprättade vårdplanen.

Enligt *andra stycket* ska regionen, efter underrättelse från kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövligt. Med uppenbart obehövligt avses till exempel att det redan finns en aktuell individuell plan eller att både de inblandade huvudmännen och den enskilde själv anser att hälso- och sjukvårdsinsatser inte behövs. Det kan också vara uppenbart obehövligt om den enskilde inte samtycker till hälso- och sjukvårdsinsatser. Bestämmel-

sen avses ge uttryck för att det endast blir i ett mycket fåtal fall som en individuell plan inte upprättas. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter socialtjänstens underrättelse om beslut om vistelse i hem för vård eller boende.

Det ankommer, enligt *tredje stycket*, på regionen att se till att det av den individuella planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser den enskilde behöver och redovisa hur dessa ska genomföras och följas upp.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt tredje stycket kan regionen bli ersättningsskyldig i enlighet med 16 kap. 4 a §.

Se även kommentaren till 16 kap. 4 a §.

16 kap. Samverkan mellan huvudmän

3 §

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,

2. personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och

3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Förslaget behandlas i avsnitt 9. 1.

Ändringen i *första stycket* 2 är endast redaktionell och en följd av att begreppet missbruk ändras till skadligt bruk eller beroende.

Se även kommentaren till 5 kap. 7 §.

4 a §

Om regionen inte fullgjort sina åtaganden enligt 8 kap. 12 § tredje stycket, ska regionen, om inte annat avtalats, lämna ersättning till kommunen.

Ersättning ska lämnas med ett belopp som motsvarar 40 procent av genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i hem för vård eller boende

till dess regionen fullgjort sina åtaganden i 8 kap. 12 § tredje stycket, eller till dess placeringen upphör.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om den ersättning som avses i första stycket.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 9.4.

Bestämmelsen i *första stycket* innebär att om regionen inte svarar för att den enskildes hälso- och sjukvårdsbehov framgår av den individuella planen, liksom hur insatserna ska genomföras och följas upp, blir regionen ersättningsskyldig till kommunen, om inget annat avtalats.

Bestämmelsen syftar främst till att tydligt peka ut regionernas ansvar för hälso- och sjukvård också under en HVB-placering. Regioner och kommuner kan komma överens om hur hälso- och sjukvårdsbehovet vid HVB-placeringar ska tillgodoses vilket också kan innebära att ersättningsansvaret kan avtalas bort eller regleras på annat sätt. En överenskommelse om hälso- och sjukvård vid HVB-placeringar och ersättningsfrågor kan integreras i sådana överenskommelser som regioner och kommuner ska ingå om samarbete i fråga om personer med skadligt bruk och beroende enligt 5 kap. 9 a § socialtjänstlagen (2001:453 respektive 16 kap. 3 §. För barn och unga kan den också integreras i sådana överenskommelser som regioner och kommuner ska ingå om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet enligt 5 kap. 1 d § SoL respektive 16 kap. 3 §.

Enligt *andra stycket* ska ersättning lämnas med ett schablonbelopp med 40 procent av den genomsnittliga dygnskostnaden för HVB-placeringar, under den tid som placeringen pågår eller fram till dess att regionen fullgjort sina åtaganden enligt 8 kap. 12 § tredje stycket.

I *tredje stycket* bemyndigas regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om ersättningen enligt första stycket.

18 kap. Övrigt

Underrättelseskyldighet i fråga om skadligt bruk eller beroende

1 §

Om en nämnd som utövar ledning enligt 7 kap. 1 § eller 11 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för skadligt bruk eller beroende eller att ändringar sker i användningsmönstret av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1.

Rubriken närmast före paragrafen ändras. Ändringarna i rubriken och i paragrafen är endast redaktionella och en följd av att begreppet missbruk utmönstras och ändras till skadligt bruk eller beroende. Se även kommentaren till 5 kap. 7 §.

17.10 Förslaget till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)

3 kap. Vård utanför det egna hemmet

1 §

Med hem för vård eller boende avses ett hem inom socialtjänsten som, i förening med boende, ger stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt.

Enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) svarar regionen för den hälso- och sjukvård som ges till boende i ett sådant hem.

Som hem för vård eller boende räknas inte sådana särskilda boendeformer som avses i 5 kap. 5 § andra och tredje styckena eller 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453).

Förslaget behandlas i avsnitt 9.4.

Ändringen av definitionen av hem för vård eller boende i *första stycket* är en följd av att behandling av skadligt bruk och beroende är

hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Definitionen ändras därför så att den utgår ifrån socialtjänstens kärnuppdrag.

De insatser som avses med stöd och hjälp kan till exempel vara psykosocialt stöd, manualbaserade program med fokus på social färdighetsträning och självständighet, aktiviteter i dagliga livet (ADL), nätverksarbete, stöd i myndighetskontakter och planering av det fortsatta stödet i öppna former. Av stor betydelse är själva miljön i sig, som ska bidra till trygghet, drogfrihet och stabilitet på ett sätt som inte bedöms vara möjligt där den enskilde normalt vistas. När det gäller barn är möjligheter till en fungerande skolgång av avgörande betydelse, men också andra insatser som stödjer barnets utveckling och ger skydd och trygghet utifrån vad som är bäst för honom eller henne. Även olika nätverksinsatser kan ingå.

HVB i privat regi får enligt vårt förslag liksom nu bara bedrivas efter att IVO beviljat tillstånd till verksamheten. Avgörande för att beviljas tillstånd bör vara om verksamheten erbjuder stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv enligt en tydlig struktur och med tillräcklig kvalitet. Det behöver också stå klart att hemmet erbjuder en miljö som är trygg, säker och respekterar den enskildes rätt till självbestämmande och integritet.

Bestämmelsen i *andra stycket* är ny och är en erinran om att det är regionen som svarar för hälso- och sjukvård vid hem för vård eller boende.

4 §

Verksamheten ska bedrivas i fortlöpande samarbete med den socialnämnd som har det sammanhållande ansvaret för att den enskilde får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver och med den region som ansvarar för god hälso- och sjukvård.

Förslaget behandlas i kapitel 9 och är en följd av att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i sådant hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

6 §

Hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga ska ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.

Dessutom bör hem som avses i denna bestämmelse ha tillgång till psykologisk expertis.

Förslaget behandlas i kapitel 9.4.

Ändringen i *första stycket* är endast redaktionell.

Andra stycket i nu gällande lag, om tillgång till läkare i hem som ger vård och behandling åt missbrukare, upphör. Detta ska ses mot bakgrund av att regionen får ett lagreglerat ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna vid hem för vård eller boende. Om ett HVB bedriver hälso- och sjukvård ska hemmet vara anmält som vårdgivare till Vårdgivarregistret och uppfylla de krav som följer av detta enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL.

Se även kommentaren till 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen.

12 §

Om socialnämnden ansöker om inskrivning enligt 10 eller 11 §§ ska nämnden foga sin utredning i ärendet till ansökan, samt en sådan individuell vårdplan som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453). Om ansökan görs av någon annan ska den som beslutar om inskrivning höra socialnämnden, om det behövs.

Förslaget behandlas i kapitel 9 och är en följd av att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i sådant hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

8 kap. Vissa bemyndiganden

1 §

Socialstyrelsen får meddela sådana föreskrifter inom socialtjänsten som behövs till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa i verksamhet som avser

1. barn och unga,

2. äldre personer,
3. personer med funktionsnedsättning,
4. personer med skadligt bruk eller beroende, och
5. personer som anges i 5 kap. 11 och 11 a §§ socialtjänstlagen.

Förslaget behandlas i avsnitt 9.1. Ändringen i 4 är endast redaktionell och en följd av att begreppet missbruk ändras till skadligt bruk eller beroende. Syftet är att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter ska regleras genom gemensamma och värdeneutrala begrepp.

Referenser

Offentligt tryck

Betänkanden från riksdagens utskott

Socialutskottet bet. SOU 1979/80:44 *med anledning av proposition 1979/80:1 om socialtjänsten.*

Socialutskottet, *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr 2017/18: RFRS 2017.*

Propositioner

Prop. 1979/80:1 Del A-C *om socialtjänsten*.

Prop. 1981/82:8 *om lag om vård av missbrukare i vissa fall, m.m*.

Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1983/84:174 *om vissa socialtjänstfrågor*.

Prop. 1987/88:147 *om tvångsvård av vuxna missbrukare m.m.*

Prop. 1989/90:28 *om vård i vissa fall av barn och ungdomar*.

Prop. 1990/91:14 *om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m*.

Prop. 1990/91:58 *Psykiatrisk tvångsvård m.m.*

Prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*

Prop. 1993/94:218 *Psykiskt störda villkor*.

Prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*.

Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.

Prop. 1996/97:124 *Ändring i socialtjänstlagen.*

Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning*.

Prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande*.

Prop. 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*

Prop. 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m*.

Prop. 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.*

Prop. 2004/05:123 *Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.*

Prop. 2007/08:70 *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*.

Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m*.

Prop. 2017/18:151 *En generell rätt till kommunal avtalssamverkan.*

Prop. 2008/09:82 *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.*

Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m*.

Prop. 2009/10:57 *Behovsbedömning av annat än ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen.*

Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*.

Prop. 2010/11:49 *Ansvarsfördelningen mellan bosättningskommun och vistelsekommun*.

Prop. 2012/13:77 *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*.

Prop. 2013/14:106 *Patientlag*.

Prop. 2016/17:15, *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige*.

Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag*.

Prop. 2016/17:85 *Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk.*

Prop. 2016/17:94 *Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*

Prop. 2017/18:83 *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*.

Prop. 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.

Statens offentliga utredningar (SOU)

SOU 1981:7 *Lag om vård av missbrukare i vissa fall*.

SOU 1992:3 *Psykiskt störda situation i kommunerna – en problem-inventering ur socialtjänstens perspektiv.*

SOU 1995:5 *Vårdens svåra val.*

SOU 1997:154 *Patienten har rätt.*

SOU 2004:3 *Tvång och förändring - Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård.*

SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling*.

SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*

SOU 2007:72 *Kommunal kompetens i utveckling.*

SOU 2009:32 *Socialtjänsten Integritet – Effektivitet.*

SOU 2011:35 *Bättre insatser vid missbruk och beroende*.

SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*.

SOU 2012:33 *Gör det enklare!* Slutbetänkande av Statens vård- och omsorgsutredning.

SOU 2013:2 *Patientlag* – Delbetänkande av Patientmakts-utredningen.

SOU 2014:23 *Rätt information på rätt plats i rätt tid.*

SOU 2015:71 *Barn och ungas rätt till skydd och god vård.*

SOU 2018:32 *Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande social-tjänst.*

SOU 2018:39 *God och nära vård – en primärvårdsreform.*

SOU 2019:29 *God och nära vård – Vård i samverkan.*

SOU 2019:43 *Med tillit följer bättre resultat*.

SOU 2020:19 *En god och nära vård – en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.*

SOU 2020:36 *Ett nationellt sammanhållet system för kunskaps-baserad vård – ett system, många möjligheter*.

SOU 2020:47 *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*.

SOU 2021:4 *Informationsöverföring inom vård och omsorg.*

SOU 2021:6 *God och nära vård – rätt stöd till psykisk hälsa.*

SOU 2021:34 *Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga.*

Departementsserien

Ds 2004:6 *Sprutbytesverksamhet för injektionsmissbrukare*.

Ds 2015:56 *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamhet i Sverige*.

Ds 2019:23 *Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter*.

Utländskt offentligt tryck

Norge

NOU 2019:26, *Rusreform – fra straff till hjelp*.

Ot.prp. nr 91 L (2010–2011), *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m*. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Prop. 92 L (2020–2021) s. 81. *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m*. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.).

Prop. 1 S (2020–2021) *Proposisjon til Stortinget* (forslag til stortingsvedtak).

Myndighetspublikationer

Boverket, *Trösklar till bostadsmarknaden. Om hemlöshet som ett bostadsmarknadsproblem*, 2010.

Domstolsverket, *Domstolsstatistik* 2020.

Folkhälsomyndigheten, *Kunskapsstöd för att förebygga spelproblem*, *Spel om pengar är en folkhälsofråga*.

Folkhälsomyndigheten, *Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård*, 2018.

Folkhälsomyndigheten, *Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika*, 2019.

Folkhälsomyndigheten, *Suicidprevention*.se, 20 juli 2021.

Folkhälsomyndigheten, *Den svenska narkotikasituationen 2020*, 2021.

Inspektionen för vård- och omsorg – IVO, *Vad har IVO sett 2018?* Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018.

Kriminalvården, *Kriminalvård och Statistik 2019*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.* PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Rapport 2016:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården*. Rapport 2017:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Lag utan genomslag, Utvärdering av patientlagen 2014–2017*, Rapport 2017:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga*. Rapport 2018:9.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården.* Rapport 2018:11. 49

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Social kompetens, Om kompetensförsörjning av handläggare inom socialtjänsten*, 2019.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, *Fast kontakt i primärvården. Patienters uppfattning om tillgången till fast läkarkontakt och fast vårdkontakt i primärvården*. PM 2021:1.

Riksrevisionen, *Stödet till anhöriga omsorgsgivare*. RiR 2014:9.

Socialstyrelsen, *Socialstyrelsen anser, 1980:2*.

Socialstyrelsen, *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. Psykiatriuppföljningen 1999:1.

Socialstyrelsen, *Förslag till en samlad statistik för missbruks- och beroendevården*, 2006.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*, 2007-102-1.

Socialstyrelsen, *Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom*, 2011.

Socialstyrelsen, *Skylla sig själv, Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem*, 2011.

Socialstyrelsen, *Ekonomiskt bistånd, Handbok för socialtjänsten*, 2013.

Socialstyrelsen, *Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*, 2013-6-6.

Socialstyrelsen, *Systematisk uppföljning. Beskrivning och exempel*, 2014.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder*. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning, 2015-1-1.

Socialstyrelsen, *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende*. Slutsatser och förslag. 2015-3-35.

Socialstyrelsen, *Stöd till anhöriga, Vägledning till kommunerna för tillämpning av kap. 10 § socialtjänstlagen*, 2016.

Socialstyrelsen, *Narkotikarelaterade dödsfall, En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den nationella statistiken*, 2016.

Socialstyrelsen, *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet*, Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer, 2017.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)*. 2017-12-44.

Socialstyrelsen, *Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2017*.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Stöd för styrning och ledning, 2018.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*, 2018.

Socialstyrelsen, *Behandling av spelmissbruk och spelberoende. Kunskapsstöd med rekommendationer till hälso- och sjukvården och socialtjänsten*, 2018.

Socialstyrelsen, *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård*, 2019.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.* Stöd för styrning och ledning, 2019.

Socialstyrelsen, *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom* – Huvudrapport med förbättringsområden, 2019.

Socialstyrelsen, *Ändringar i lagen om sprutor och kanyler – förslag till systematisk och samordnad uppföljning av sprututbytesverksamhet i Sverige*, 2019.

Socialstyrelsen, *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*, 2019.

Socialstyrelsen, *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov*. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård, 2019.

Socialstyrelsen, *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga*. Öppna jämförelser 2019.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser, Personer med psykisk funktionsnedsättning – Socialpsykiatri 2019*, 2020.

Socialstyrelsen, *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.* Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst, 2020.

Socialstyrelsen, *Stärkt stöd till barn som anhöriga*. Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020. 2020-6-6851.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2020 – Personer med psykisk funktionsnedsättning*, Socialpsykiatri.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2020 – Motverka hemlöshet och utestängning från bostadsmarknaden*.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser missbruks- och beroendevården, 2020*.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2020 – Placerade barns utbildning och hälsa*, 2021.

Socialstyrelsen, *Lägesrapport om verksamhet med personliga ombud*, 2021.

Socialstyrelsen, *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2020*, 2021.

Socialstyrelsen, *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2020*, 2021.

Socialstyrelsen, *Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2021*.

Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser 2021 – Missbruks- och beroendevården*, 2021.

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Stöd för styrning och ledning, 2021.

Socialstyrelsen, *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård.* Deluppdrag I – Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården, 2021-2-7223.

Socialstyrelsen, *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar.* Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. 2021-4-7277.

Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära.* Underlag till en nationell strategi. 2021-6-7464.

Socialstyrelsen, *Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning* – Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden, 2021.

Socialstyrelsen, *Tvångsvård enligt LPT*, statistikrapport 2021.

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges kommuner och regioner, *Begrepp inom området psykisk hälsa*. Version 2020.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering – SBU, *Stödgrupper till barn och unga som lever i familjer med psykisk ohälsa eller substansmissbruk*. Svar från SBU:s upplysningstjänst nr ut201904. Diarienummer: SBU 2018/359. Datum: 2019-02-04.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering – SBU, *Individanpassat stöd till arbete (IPS) för personer med psykisk funktionsnedsättning*, 2020.

Statens folkhälsoinstitut, *Narkotikabruket i Sverige*, 2010.

Statens institutionsstyrelse, *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2018. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju.* Institutionsvård i fokus nr 2 2019.

Statens institutionsstyrelse SiS, *Årsredovisning 2019*.

Statens institutionsstyrelse, *Personer intagna på SiS LVM-hem 2019. En tabellsammanställning av DOK inskrivningsintervju.* Institutionsvård i fokus nr 3 2020.

Statens institutionsstyrelse, *SiS i korthet 2020*.

Statskontoret, *Remissvar på Effektiv vård* (SOU 2016:2), 2016.

Statskontoret, *Utvärdering av en samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Slutrapport. 2018:23.

Utländska myndighetspublikationer

Danmark

Socialstyrelsen Danmark, *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*.

Socialstyrelsen Danmark, *Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*.

Sundhedsstyrelsen 2019. *Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-stofbrug*. Inspirationskatalog.

Sundhedsdstyrelsen, *Vejledning nr 10375 af 28/12/2016, till læger der behandlar opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.*

Sundhedsstyrelsen, *Supplement till Vejledning nr 10375 af 28/12/2016, till læger der behandlar opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin*.

Sundhedsstyrelsen, *Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidavhængighed*.

Sundhedsstyrelsen, *Vejledning om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområdet*.

Kanada

Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2017). *The National Alcohol Strategy monitoring project*: a status report. Ottawa, Ontario.

Centre for Addiction and Mental Health. *Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder*. Published May 2021.

England

Department of health, National *Drug Strategy 2017-2026*: 2018 Annual report.

HM Government 2017 *Drug Strategy*.

Övriga referenser

Adamson, SJ., Sellman JD., Frampton CMA. (2009) *Patient predictors of alcohol treatment outcome*: a systematic review. J Subst Abuse Treat 36: 75–86.

Andersson, L., Johnson, B. *Valfrihet och egenmakt, En utvärdering av Region Skånes vårdval för LARO*. Malmö universitet, FOU Rapport 2018:1.

Anell A, *Vården är värd en bättre styrning,* 2020.

Antai-Otong D., Theis K, Patrick, D. (2016) *Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders*. Nurs Clin N Am 51 (2016) 237–247.

Ashford m.fl 2019, *Biased labels: An experimental study of language and stigma among individuels in recovery and health professionels, Substannce use and Misuse*, April 2019.

Association of Opioid Agonist Treatment, *With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence:* A Systematic Review and Meta-analysis Addiction Medicine JAMA Psychiatry JAMA Network.

Barnrättsbyrån (2021), *”… och jag kunde inte andas” – En granskning av våld mot barn på de statliga ungdomshemmen*.

Berlin, LJ., Shanahan, M., Appleyard Carmody, K. (2014), *Promoting supportive parenting in new mothers with substance-use problems: a pilot randomized trial of residential treatment plus an attachment-based parenting program*. Infant Ment Health J. 2014 Jan–Feb;35(1):81-5. doi: 10.1002/imhj.21427. Epub 2013 Dec 9.

Boyd, s. & NAOMI patients' association (2103) *Yet they failed to do so*: recommendations based on the experiences of NAOMI research survivors and a call for action. Harm Reduction Journal, 10:6.

Bråbäck, M., Nilssson, S., Isendahl, P., Troberg, K., Brådvik, L., Håkansson, A. (2015), *Malmö Treatment Referral and Intervention Study (MATRIS) – effective referral from syringe exchange to treatment for heroin dependence: a pilot randomized controlled trial*. Addiction 2015;111:866–73.

Bråbäck med flera (2017), Malmö, *Treatment referrel and intervention study*, Frontiers in psychiatry 8, AUG. 161.

Calder, R., Dunkin, R., Rochford, C., Nichols, T. (2019). *Australian health services: too complex to navigate*. A review of the national reviews of Australia's health service arrangements. Australian Health Policy Collaboration, Policy Issues Paper No. 1 2019, AHPC.

Carruthers, S. (2018) *Needle and Syringe Programs in Australia: Peer-led Best Practice.* Australian Injecting and Illicit Drug Users League: Canberra.

CEPI, Elisabeth Argentzell, Som en länk mellan patient och personal, Utvärdering av införandet av mentorer som en ny yrkeskategori inom Psykiatri Skåne, 2017.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN (2018), *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017*. Erica Sundin, Jonas Landberg & Mats Ramstedt. Rapport 174.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN (2019), *Drogutvecklingen i Sverige 2019 – med fokus på narkotika.* Rapport 180.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN (2019), *Skolelevers drogvanor 2019*. CAN rapport 187.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN (2020), *Ung i en tid med minskat drickande – Metod och de första resultaten från Futura01*.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN (2020), *Skolelevers drogvanor 2020*. CAN rapport 197.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN (2021), *Socioekonomiska skillnader i narkotikaanvändning bland vuxna i Sverige*. Rapport 198.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN (2021), *Skillnader i hälsa? Självskattad hälsa hos personer som har någon i sitt liv som använder narkotika, jämfört med befolkningen i övrigt*. Fokusrapport 10.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning – CAN (2021), *Hur mår de som använder narkotika? – Hälsotillståndet hos personer i den vuxna befolkningen som använder narkotika*. Fokusrapport 11.

CEPI, van Veldhuizen, J.R. och Bähler, M. (2014), *Flexibel Assertive Community Treatment* Vision, tillämpning och organisation- FACT.

Chandler, J.A. & Flood, C.M. eds., *Law and Mind*: Mental Health Law and Policy in Canada (Toronto: LexisNexis, 2017), Ottawa Faculty of Law Working Paper No. 2020-33.

Christiansen & Bretteville-Jensen (2018). *Who seeks treatment for cannabis use? Registered characteristics and physical, psychological and psychosocial problem indicators among cannabis patients and matched controls*. BMC Public Health (2018) 18:780 https://doi.org/10.1186/s12889-018-5625-0.

Csete, J. m.fl. (2016), *Public Health and international drug policy*, Volume 387, ISSUE 10026, P1427–1480, April 02, 2016.

Dahlberg, M. & Anderberg, M. (2019), *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2019*.

Dieterich, M., Irving, C B., Park, B., Marshall, M. (2010), *Intensive case management for severe mental illness*. The Cochrane database of systematic reviews. 2010(10) (CD007906).

DLA Pipet (2014) R*eview of the Severe Substance Dependence Treatment Act*, Volume 1 Report of the Review.

Donohue, B. et al. (2014), *A controlled evaluation of family behavior therapy in concurrent child neglect and drug abuse*, J Consult Clin Psychol. 2014 Aug;82(4):706-20. doi: 10.1037/a0036920. Epub 2014 May 19.

EMCDDA 2016, *Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. (Perspectives on drugs).

EMCDDA 2018, C*onsumption rooms: an overview of provision and evidence*. (Perspective on drugs).

Eberhard, S., Nordström G, Höglund, P. et al. (2009), *Secondary prevention of hazardous alcohol consumption in psychiatric out-patients*: a randomised controlled study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44: 1013–21.

Eide, D., Muller, A., Bukten, A., Thomas Clausen, Seraf, Senter for rus- og avhengighetsforskning, UiO: Universitetet i Oslo, *Behandling av opioiddominert ruslidelse*: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling.

van Emmerik-van Oortmerssen, K. et al. (2012), *Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients*: a meta-analysis and meta-regression-analysis. Drug Alcohol Depend, 2012, 122:11–19.

Eriksson, H. *Högre kvalitet uppnås inte genom fler inspektioner*, Dagens Medicin 14 augusti 2020.

Fantuzzi, C. and Mezzina, R. (2020), *Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services*, International Journal of Social Psychiatry 2020, Vol. 66(3) 300–310, DOI: 10.1177/0020764019899975.

Flensborg-Madsen et al. (2009), *Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study*. Comprehensive Psychiatry 50 (2009) 307–314.

Flood, C. M. and Bryan, T. (2017) *Fragmented Law & Fragmented Lives*: Canada's Mental Health Care System. Chandler, J.A. & Flood, C.M. (eds.), LawandMind:Mental Health Law and Policy in Canada, Ottawa Faculty of Law Working Paper No. 2020-33.

Fugelstad, A., Thiblin, I. *Ökning av metadonrelaterade dödsfall bland unga*, Läkartidningen 33–34, 2020.

Gerdner, A. & Holmberg, A. (2000): *Factors affecting motivation to treatment in severely dependent alcoholics*. Journal of Studies on Alcohol, 61 (4): 548–560.

Gerdner, A. & Berglund, M. (2011). *Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet*. I: Missbruket, Kunskapen, Vården – Missbruksutredningens Forskningsbilaga. Missbruksutredningen (SOU 2011:6), Stockholm: Socialdepartementet, s. 653–770.

Gerdner, A. & Håkansson, A. (2021). *Epidemiology of adolescent mental health disorders in a Swedish community sample*. (Manuskript under arbete).

Glantz, M. Meyer et al. (2020), *The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys*: Addictive Behaviors Volume 102, March 2020, 106128.

Goodyear, T., Robinson, S., Jenkins, J., Gagnon, M., Mitchell, K. & Knight, R. (2021) *Involuntary stabilization care of youth who overdose: a call for evidence- and ethics-informed substance use policy*. Canadian Journal of Public Health (2021) 112:456–459.

Grant, BF. et al. (2004), *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(8):807–16.

Grant et al (2015), *Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III*, JAMA Psychiatry. 2015;72(8):757–766. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0584.

Groot, C., Rehm, I., Andrews, C., Hobern, B., Morgan, R., Green, H., Sweeney, L. & Blanchard, M. (2020) *Report on Findings from the Our Turn to Speak Survey*: Understanding the Impact of Stigma and Discrimination on People Living with Complex Mental Health Issues. Anne Deveson Research Centre, SANE Australia, Melbourne.

Gustafsson, E. *Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare*. Norstedts Juridik AB, Stockholm 2001.

Gustafsson, E. *Fostret i fokus? – om rättssäkerhet och tvångsvård av gravida missbrukare*. Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten. Red. Lotta Vahlne Westerhäll. Norstedts Juridik AB, Stockholm 2002.

Gustafsson, E. *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet*. En rättsvetenskaplig monografi om LPT. Studentlitteratur, Lund 2010.

Hadland, S., Woo Park, T., Bagley, S. *Stigma associated with medication treatment for young adults with opioid use disorder*: a case series, 2018.

Hallgren, M., Kraepelien, M., Öjehagen, A., Lindefors, N., Zeebari, Z., Kaldo, V., et al. *Physical exercise and internet-based cognitive-behavioural therapy in the treatment of depression*: Randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry. 2015;207(3): 227–34.

Hasin, D., Kerridge, B., Saha, T. m.fl.(2012), *Prevalence and Correlates of DSM-5 Cannabis Use Disorder, 2012-2013: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions–III*, AmJ Psychiatry 2016; 173:588–599; doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15070907.

Heilig, M., MacKillop, J., Martinez, D. et al. *Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience*. Neuropsychopharmacol. 46, 1715–1723 (2021). https://doi.org/10.1038/s41386-020-00950-y.

Holmberg, Smirthwaite & Nilsson (2005), *Mäns våld mot missbrukande kvinnor – ett kvinnofridsbrott bland andra*. Mobilisering mot narkotika.

Hunt, GE., Malhi, GS., Cleary, M., Lai, HM., Sitharthan, T. (2016), *Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: systematic review and meta-analysis*. J Affect Disord. 2016;206:331–49.

Håkansson, A., Mårdhed, E., Zaar, M. (2017). *Who seeks treatment when medicine opens the door to gambling disorder patients – psychiatric co-morbidity and heavy predominance of online gambling*. Frontiers in Psychiatry, 8, 255.

Håkansson, A. et al. (2018), *Primary and Secondary Diagnoses of Gambling disorder in Swedish Health Care System*. A Nationwide Register study. Frontiers in Psychiatry. 9(SEP); Frontiers Media S. A., 2018.

Håkansson, A., Karlsson, A. (2020), *Suicide attempt in patients with gambling disorder – associations with comorbidity including substance use disorders*. Front Psychiatry 2020;11:593533.

Jacobi el al. (2004). *Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health interview and Examination Survey (GHS)*, Psychol Med 34(4): 597–611.

Johnson, Richert (2015), *Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden*: Prevalence estimates and risk factors – ScienceDirect Journal of addictive diseases, 34 (1) 1-17. Journal of addictive diseases, 34 (1) 1–17.

Kanayama, G, Hudson, JI., Pope Jr, HG. (2009), *Features of men with anabolic-androgenic steroid dependence: a comparison with nondependent AAS users and with AAS nonusers*. Drug Alcohol Depend 2009;102:130–7.

Karlsson & Håkansson (2018), *Gambling disorder, increased mortality, suicidality and associated comorbidity. A longitudinal nationwide register study*, Journal of Behavioral Addictions publicerad online November 2018.

Kennedy, Boyd, Mayer, Collins, Kerr & McNeil (2019) *Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver*, Canada. Social science & medicine, 225; 60–68.

Kerr, J., Tompkins, C., Tomaszewski, W, Dickens, S., Grimshaw, R., Wright, N. & Barnard, M. (2011). T*he Dedicated Drug Courts Pilot Evaluation Process Study*. Ministry of Justice Research Series 1/11, London.

Kerr, J., Mitra, S., Kennedy, M.C. & McNeil, R. (2017) *Supervised injection facilities in Canada*: past, present, and future. Harm reduction journal.

Kulesza, M. m.fl. *Substance Use Related Stigma, What we know and the way forward,* Journal of addictive behaviors, therapy and rehabilitation, publicerad online maj 2013.

Lander, F. and Gray, D. and Wilkes, E. (2015). *The Alcohol Mandatory Treatment Act*: Evidence, ethics and the law. Medical Journal of Australia. 203 (1): pp. 47–49.

Mattisson & Thomasson, *Interkommunal samverkan – en kunskaps-översikt*, 2019.

McDonald, D. (1987) *Australia's National Campaign Against Drug Abuse,* Australian Drug and Alcohol Review, 6:3,169–170.

The NAOMI Study Team: *Reaching the hardest to reach – Treating the hardest-to-treat*: Summary of the primary outcomes of the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI). October 17, 2008. www. educatingharper.com/NAOMI.htm.

Nationell psykiatrisamordning (2006), *Vad är psykiskt funktions-hinder*? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga – NKA (2013), *Barn som anhöriga: hur går det i skolan?* Rapport 2 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHESS, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Nka Barn som anhöriga 2013:3.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga – NKA (2014), *Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder?* Rapport 4 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHESS, Stockholms universitet/ Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Nka Barn som anhöriga 2014:4.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga – NKA (2014), *Unga omsorgsgivare i Sverige.* Nka Barn som anhöriga 2014:5.

Nehlin, C., Fredriksson, A., Jansson, L. *Brief alcohol screening in a clinical psychiatric population: special attention needed*. Drug Alcohol Rev 2012;31:538–43.

NHS England and NHS *Improvement and the National Collaborating Central for Mental Health* (2019). The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults.

OECD (2015), OECD *Reviews of Health Care Quality*: Australia 2015: Raising Standards, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris.

O'Reilly & Gray (2014) *Canada's mental health legislation*. International Psychiatry, 11(3): 65–67.

Petri, NM., Stinson, FS., Grant, BF. (2005). *Comorbitiy of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results*

from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 66(5):35–59.

Prochaska m.fl. A *Meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance use treatment*, Journal of consulting and clincal psychology, 72 (6).

The Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms (2006). Joseph Rowntree Foundation, York.

Rehm et al. (2015), *People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries* Alcohol and Alcoholism, 50 (3) (2015), pp. 310-318).

Regier, DA., Farmer, ME., Rae, DS., Locke, BZ., Keith, SJ., Judd, LL., Goodwin, FK. (1990), *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study*. JAMA 1990;264:2511-8.

Richert, T. *Överdoser. Försörjningsstrategier och Riskhantering*. Livsvillkor för personer som använder narkotika.

Riksförbundet för socialt och Mental Hälsa (RSMH), *Samhällsreform- Ingen ska falla mellan stolarna*, 2020.

RISE och SKR (2019), Förstudie: *IPS och sociala utfallskontrakt* – Stockholm. En rapport av RISE Research Institutes of Sweden och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Roerecke, M & Rehm, J. (2013), *Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis*. 2013, doi:10.1111/add.12231.

Ronzitti, S., Soldini, E., Smith, N., Potenza, MN., Clerici, M., Bowden-Jones, H. (2017), *Current suicidal ideation in treatment-seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems*. Addict Behav 2017;74:33–40.

Rothstein, B. (2008) *Creating political legitimacy: Electoral democracy versus quality of government*. QoG Working paper series 2008:02.

RättspsyK, Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister, *Årsrapport* 2020.

Sanderson, J., Kay,N. & Watts, R (2019). *Universal Personalised Care. Implementing the Comprehensive Model*. Personalised Care Group NHS England, London.

SIRUS (2007), *Hva nå? Evlaurering av prøveordningen med sprøyterom*.

Skårberg, K., Engström, I. (2007), *Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment*. Subst Abuse Treat Prev Policy 2007;2:20.

SoRAD (2003), *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av patientgruppen i Stockholms läns landsting 2000–2001*. Av Jessica Palm och Jessica Storbjörk. SoRAD forskningsrapport nr. 9 2003.

SoRAD (2003), *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. En beskrivning av klientgruppen inom socialtjänstens missbrukarvård i Stockholms län 2001–2002*. Av Antonia Eriksson, Jessica Palm och Jessica Storbjörk. SoRAD forskningsrapport nr. 15 2003.

Storbjörk, J & Room, R. (2008), *The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not?* Addiction Research and Theory, Vol. 16, nr 1, s. 67–84.

Storbjörk, J. (2011), *Gender differences in substance abuse, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm*, Nordic studies on alcohol and drugs vol. 28 2011.

Sullivan, LE., Fiellin, DA., O'Connor, PG. (2005) *The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review*. Am J Med 118:330–41.

Sundström et al. (2019), *Identification and management of alcohol use and illicit substance use in outpatient psychiatric clinics in Sweden: a national survey of clinic directors and staff*, Addict Sci Clin Pract (2019) 14:10.

Sveriges Kommuner och Regioner – SKR, *Uppdrag psykisk hälsa/CEPI Projekt om stöd till utveckling av integrerade verksamheter i psykiatrisk öppenvård*, 2015.

Sveriges kommuner och regioner – SKR, *Handlingsplan mot missbruk och beroende*. Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13–29 år, 2018.

Sveriges Kommuner och Regioner – SKR, *Kommunal avtalssamverkan I – Prövning och tillsyn*, 2019.

Sveriges Kommuner och Regioner – SKR, *Hemställan om en bred översyn av stöd, vård och behandling för hela målgruppen personer med missbruk och beroende, 2020.*

Svensk interprofessionell grupp för åtgärdsregistrering vid psykiska hälsoproblem. Revidering av klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) avseende psykologisk behandling, psykosocial behandling och vissa sociala interventioner, 2020-11-16.

Stenström, N., *Sprutbyte vid Intravenöst Narkotikamissbruk*: En longitudinell studie av deltagarna i sprutbytesprogrammet i Malmö. 2008.

Svenskt beroenderegister, *Årsrapport* 2019.

Tiet, Q & Mausbach, B. (2007). *Treatments for patients with dual diagnosis: a review.* Alcoholism: Clinical Exp Research volume 31(4), 513–536.

Toftdahl, NG., Nordentoft, M., Hjorthoj, C. (2016), *Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016;51(1):129–40.

Uchtenhagen, A.A. (2015), *Psychiatric comorbidity in Heroin Maintenance and Methadone Maintenance Treatment in Dom & Moggi eds Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders*: A Practice-Based Handbook from a European Perspective, 2015. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Uppdrag psykisk hälsa (2020), *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2020*.

Uppdrag psykisk hälsa (2020), *Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020*.

Usher AM, McShane KE, Dwyer C (2015), *A realist review of family-based interventions for children of substance abusing parents*. Syst Rev. 2015 Dec 18;4:177.

Verdandi, bilaga till förbundsstyrelsens verksamhetsberättelse, extrakongressen 2020.

Wallhed, Finn, S., Hammarberg, A. & Andréasson, S. (2018). *Treatment of alcohol dependence in primary care compared to outpatient specialist care – a randomized controlled trial*. Alcohol and Alcoholism, doi: 10.1093/alcalc/agx126.

Wallhed Finn, S., Andréasson, S., & Hammarberg, A. (2020). *Treatment of Alcohol Dependence in Primary Care Compared With Outpatient Specialist Treatment: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial, With Trajectories of Change*. J. Stud. Alcohol Drugs, 81(3), 300-310.

Wallhed, Finn, S., Hammarberg, A., Andréasson, S. & Jirwe, M. (2021). *A qualitative study of the implementation process of treatment for alcohol use disorders in primary care*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 39(1): 51–59. doi: 10.1080/02813432.2021.1882079.

Walter, M. (2015), *Personality disorder and Addiction in Dom G & Moggi eds Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders*: A Practice-Based Handbook from a European Perspective, 2015. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.

Wessely, S. (2018). *Modernising the Mental Health Act Increasing choice, reducing compulsion*. Final report of the Independent Review of the Mental Health Act 1983. Gov.UK.

von Wright, J. (2019), *Brukarstyrda platser ger makten tillbaka till patienten,* Alkohol och Narkotika, 2019-09-02.

Wåhlin, S. och Andreasson, S, Läkartidningen. 2015;112:DIIY.

Öjehagen, A., Schaar, I. (2003), *Mentally Ill Substance Abusers in Sweden. A 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities*, in eds. Carrà, G. & Clerici, M. Dual diagnosis: Filling the gap. John Libbey Euorotext, Paris.

Överenskommelse mellan regionen och SKR, God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav, 2021.

CRC/GC/2003/5 Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 5 (2003). *Allmänna åtgärder för genomförandet av konventionen om barnets rättigheter*. FN:s kommitté för barnets rättigheter. 27 november 2003.

CRC/C/GC/14 *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 14 (2013) om Barnets rätt att få sitt bästa satt i främsta rummet*. FN:s kommitté för barnets rättigheter. 29 maj 2013.

CRC/C/GC/12 *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 (2009)*, *Barnets rätt att bli hörd*. FN:s kommitté för barnets rättigheter. 20 juli 2009.

C-480/06 Kommissionen mot Tyskland (Hamburgdomen), EU:C:2009:357.

Kommittédirektiv 2020:68

Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

Beslut vid regeringssammanträde den 17 juni 2020

Sammanfattning

En särskild utredare ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Utredaren ska bl.a.:

– analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman,

– se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman,

– belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet och

– analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021.

Bakgrund

Ansvar för vård, stöd och behandling

Kommunerna har i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ansvar för missbruks- och beroendevård. Det innebär att socialnämnden aktivt ska sörja för att den enskilda missbrukaren får den hjälp och den vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9 § SoL). Socialtjänsten ansvarar också för sociala stödinsatser i form av t.ex. boende, sysselsättning, försörjning samt stöd till barn och anhöriga och närstående.

Regionerna har i sin tur en skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen (8 kap. 1 § HSL). Här ingår bl.a. abstinensbehandling och läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk samt övriga medicinska och psykiatriska insatser. Både kommuner och regioner erbjuder i dag psykosocial behandling. Denna behandlingsform är dock vanligast inom socialtjänstens regi.

När det finns skäl för tvångsvård på grund av missbruk ansvarar socialnämnden för att ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM. Barn och unga kan vårdas mot sitt eller vårdnadshavares samtycke under vissa förutsättningar enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU. Såväl vuxna som barn och unga kan vidare beredas vård utan samtycke enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Att kommunerna, genom socialtjänsten, har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver vid missbruk och beroende innebär ingen inskränkning i regionernas skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård. Regionerna ska erbjuda hälso- och sjukvård även åt personer som är omhändertagna med tvång enligt LVM.

Ansvaret för personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

vilar således på flera huvudmän. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter när det gäller vård och behandling samt stöd vid sådan samsjuklighet. Förutom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan ett flertal andra aktörer vara involverade vid vård- och stödinsatser till personer med samsjuklighet, däribland Statens institutionsstyrelse (SiS), Kriminalvården, företagshälsovården och privata utförare av vård- och stödtjänster.

Definitioner som rör målgruppen

Det finns flera olika termer och definitioner som rör ett problematiskt förhållande till alkohol, narkotika eller andra substanser. På det medicinska området är termerna huvudsakligen kopplade till de diagnossystem som används – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). I Sverige används ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården medan DSM främst används inom forskning och inom psykiatrisk verksamhet. Inom socialtjänsten gör man i praktiken inga diagnostiska överväganden, om det inte är fråga om samarbete med hälso- och sjukvården. I socialtjänstlagen används benämningarna missbruk och missbrukare men en definition av dessa saknas. Enligt Socialstyrelsen syftar begreppet inom socialtjänsten dock vanligen på de negativa sociala, men också fysiska och psykiska, konsekvenser som bruk av alkohol och andra droger kan föra med sig.

Med psykiatrisk diagnos avses de diagnoser som i ICD-10 och DSM-5 klassificeras som psykiatriska diagnoser. Hit hör t.ex. psykotiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, förstämningssyndrom, personlighetsstörningar och personlighetssyndrom samt psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser, t.ex. alkohol, opioider och cannabis. Med närliggande tillstånd avses sådana tillstånd som innebär allvarlig psykisk ohälsa men som inte uppfyller kraven på en diagnos i enlighet med de internationella sjukdomsklassifikationssystemen ICD och DSM. Med samsjuklighet menas att en person uppfyller de diagnostiska kriterierna för flera sjukdomar.

Omfattningen av samsjuklighet

Enligt en kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, som Socialstyrelsen genomförde under 2019, behandlades under 2017 cirka 51 000 personer inom specialiserad öppen- eller slutenvård på grund av avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Av dessa vårdades 52 procent av männen och 64 procent av kvinnorna också för någon psykiatrisk diagnos minst en gång under perioden 2016–2018. De diagnoser som oftast förekom samtidigt som missbruk och beroende var depressioner, ångestsyndrom och Attention Deficit Hyperactivity Disorder (adhd) samt personlighetssyndrom (personlighetsstörning) bland unga kvinnor. Förekomsten av adhd i kombination med andra psykiatriska diagnoser och skadligt bruk eller beroende var särskilt påfallande. Uppgifterna i kartläggningen är baserade på inrapporterade diagnoser till det nationella patientregistret (PAR), där uppgifter från primärvården saknas. Detta innebär att personer som enbart diagnostiserades och behandlades inom primärvården under studieperioden inte ingår i de resultat som presenteras i kartläggningen. Mycket talar därför för att gruppen personer med samsjuklighet är betydligt större än vad som uppskattats i kartläggningen.

I den genomlysning av missbruksvården som genomfördes av Missbruksutredningen och redovisades i betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) konstaterades att omkring 780 000 personer över 18 år vid tidpunkten för kartläggningen hade ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 ett beroende, samt att antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika uppgick till cirka 55 000 personer. Enligt utredningen har de personer som någon gång i livet utvecklar ett missbruk eller beroende, enligt internationella befolkningsstudier, en 3–9 gånger ökad risk att någon gång under livet också utveckla en psykisk sjukdom. Dessa studier indikerar också att personer med psykisk sjukdom eller personlighetsstörning har en klart förhöjd risk att drabbas av missbruk/beroende någon gång i livet och störst är risken för personer med allvarlig psykisk sjukdom. Studier av LVM-vården har t.ex. visat att så mycket som upp till 60 procent av klienterna uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos. Vidare har mellan 30 och 70 procent av de personer som söker vård för missbruk eller

beroende samtidigt andra typer av kroniska sjukdomar eller riskfaktorer.

Det finns även en tydlig koppling mellan våldsutsatthet och såväl psykisk ohälsa som missbruk. I betänkandet Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld (SOU 2018:37) framkommer att alkohol och psykiatriska diagnoser innebär en förhöjd risk för våldsutövande i nära relation. Samsjuklighet i form av alkohol- eller narkotikamissbruk och andra psykiatriska diagnoser är också vanligt förekommande bland våldsutövare.

Enligt uppgifter från SiS, som ansvarar för den statliga LVM-vården, har 5 av 10 klienter inom LVM-vården allvarliga problem med sin fysiska hälsa och 4 av 10 klienter har någon gång vårdats inom psykiatrin. Vidare har 4 av 10 någon gång haft självmordstankar och 3 av 10 klienter har någon gång försökt att ta sitt liv. När det gäller barn som vårdas enligt LVU har kartläggningar visat att placerade barn och unga ofta har någon form av psykisk ohälsa och att det nästan alltid påverkar den psykiska hälsan att bli placerad i samhällsvård. Behoven av vård och stöd vid psykisk ohälsa hos placerade barn och unga är ofta komplexa och insatserna från samhället måste vara flexibla för att möta dessa behov.

När det gäller kategorin icke-substansrelaterade syndrom beräknas 0,4 procent av den svenska befolkningen uppfylla diagnosen hasardspelssyndrom, vilket oftast kallas spelberoende. Ytterligare 1,3 procent beräknas, enligt Folkhälsomyndigheten, ha förhöjd risk för att uppfylla kriterierna för en diagnos. Spelberoende är ett allvarligt tillstånd där den psykiatriska samsjukligheten är omfattande och suicidrisken förhöjd.

Personer med samsjuklighet är en särskilt utsatt grupp

Personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd är som framgått en särskilt utsatt grupp. Jämfört med befolkningen i övrigt har t.ex. mer än dubbelt så många personer med missbruk eller beroende någon gång under livet haft en psykiatrisk diagnos. Det finns tydliga samband mellan svårare missbruk och psykisk sjukdom i kombination med social utslagning såsom hemlöshet, arbetslöshet och

skuldsättning. Samsjukligheten, främst missbruket, har även samhälleliga konsekvenser i form av bl.a. våld, brottslighet och sjukskrivningar.

Samsjukligheten påverkar även anhöriga och närstående. Barn och unga är särskilt utsatta. Att tidigt uppmärksamma de barn som växer upp i familjer med missbruk och psykisk ohälsa är därför av stor vikt. Förutom den otrygghet och utsatthet som de utsätts för, löper de en ökad risk för att utveckla egna psykiska besvär eller en missbruks- och beroendeproblematik. Barn och unga som själva har en samsjuklighet mellan missbruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser är i en särskilt utsatt position bl.a. när det gäller våld och andra övergrepp. Detta gäller också kvinnor och äldre personer med tungt missbruk och psykisk ohälsa.

Många aktörer ger vård och stöd vid missbruk och beroende

Problematiken vid missbruk och beroende och samtidiga psykiatriska diagnoser eller närliggande tillstånd är ofta sammansatt. Insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2019) slås det fast att det är viktigt att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt och att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerade behandlingsmetoder som fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet. Missbruks och beroendevården omfattar därmed ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området. För att vården och omsorgen ska fungera, och patientens eller brukarens sammansatta behov ska kunna mötas på ett effektivt sätt, krävs samverkan mellan både huvudmän och verksamheter. I de fall samverkan inte fungerar kan problem uppstå. Brister i samverkan kan gälla såväl mellan huvudmännen som mellan olika verksamheter inom kommunen och regionen.

För att få en bild över utbud och tillgång till vård- och behandlingsinsatser för personer med missbruk och beroende genomförde Socialstyrelsen under 2015 en kartläggning av vård- och behandlingsinsatser för unga och vuxna individer med missbruks- och beroendeproblem (Socialstyrelsens Lägesrapport 2017). Omkring 700 verksamheter som bedrev specialiserad vård eller behandling för personer

med missbruk och beroende identifierades inom ramen för kartläggningen. Resultatet visade att den största delen av de specialiserade insatserna bedrevs inom socialtjänstens område och bara en mindre del inom hälso- och sjukvården. Den frivilliga institutionsvården bedrevs i huvudsak av privata aktörer. Merparten av kommunerna erbjöd specialiserad öppenvård riktad till personer med missbruk och beroende men med varierande utbud. I samtliga län fanns specialiserade beroendeenheter i öppen- och slutenvård, men organiseringen av och tillgången till behandlingsresurserna skiljde sig åt mellan regionerna. I rapporten konstateras att många kommuner erbjuder någon eller några av de manualbaserade insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Samtidigt används de modeller och system som finns för att göra lokala och regionala uppföljningar av resultat inom vården och omsorgen i alltför liten omfattning och användningen av sådana uppföljningar har dessutom minskat över tid. Socialstyrelsen konstaterar sammantaget att få kommuner använder resultat från systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten och att detta är ett viktigt utvecklingsområde.

Förändrade missbruksmönster och vårdbehov

Kartläggningen visade även att det har skett en förändring inom det befintliga vård- och stödsystemet under åren 2006–2015. I dag vårdas fler patienter än tidigare inom hälso- och sjukvården på grund av alkohol- och drogmissbruk. Det har också skett en markant ökning av andelen unga med drogmissbruk och av äldre personer över 65 år med skadligt bruk eller missbruk av alkohol. Inom socialtjänstens missbruksvård har andelen personer med tungt missbruk och psykisk ohälsa ökat och klienterna inom socialtjänsten tycks ha allt mer komplexa vårdbehov. En påtagligt större andel av kvinnorna uppges ha en svår psykiatrisk problematik jämfört med männen medan en större andel av männen har ett tungt alkoholmissbruk. Över tid har antalet personer som vårdas med stöd av LVM minskat. Det har dock blivit vanligare att LVM-vården inleds med ett omedelbart omhändertagande vilket kan indikera en mer sammansatt problematik bland dem som omhändertas akut. Bland de personer som vårdas enligt LVM är det vanligt att tidigare ha vårdats inom psykia-

trin. Nästan 40 procent av kvinnorna och drygt 25 procent av de män som vårdats med stöd av LVM har vid något tillfälle även vårdats enligt LPT.

I 2020 års lägesrapport över individ- och familjeomsorgen, där insatser vid missbruk och beroende ingår, konstaterar Socialstyrelsen att de iakttagelser som presenterades i 2017 års kartläggning fortfarande gäller. Det innebär att en stor grupp personer med både missbruk och beroende och allvarlig psykisk ohälsa riskerar att inte få sina behov tillgodosedda. Det är i dagsläget endast ett fåtal huvudmän som erbjuder mer än en typ av kunskapsbaserad psykologisk eller psykosocial behandlingsform för vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblematik, i enlighet med de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Även tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) varierar över landet och enligt Socialstyrelsen finns det en kraftig underförskrivning av läkemedel vid alkoholberoende. När det gäller tillgången till de sociala stödinsatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna, saknas det i stor utsträckning uppgifter på nationell nivå. Socialstyrelsen bedömer sammantaget att personer med samsjuklighet är en särskilt utsatt grupp som riskerar att få sämre vård när samordningen mellan olika aktörer brister.

Insatser för ökad samverkan

För att förbättra samverkan mellan huvudmännen är kommuner och regioner skyldiga att ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar (5 kap. 9 a § SoL respektive 16 kap. 3 § första stycket 2 HSL). Syftet med överenskommelserna är att få till stånd en tydligare ansvarsfördelning, en bättre samverkan och ett helhetsperspektiv utifrån patientens och brukarens behov, enligt propositionen God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården (prop. 2012/13:77). Genom bestämmelserna har huvudmännen fått ett relativt stort utrymme att gemensamt avgöra hur ansvarsfördelning och samverkan ska utformas och hur innehållet i överenskommelserna ska specificeras. Ett exempel på detta är Samordningsförbunden som finansie-

rar samverkansinsatser som bedrivs via en eller flera av parter där bl.a. kommuner och regioner ingår.

När den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen vidare upprätta en samordnad individuell plan, en s.k. SIP (2 kap. 7 § SoL respektive 16 kap. 4 § HSL). Syftet med den samordnade individuella planen är att säkerställa samarbete mellan huvudmännen, så att individens samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodoses. SIP ska även användas vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård för att samordna de insatser som en enskild behöver enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Flera utredningar och rapporter har dock konstaterat att dessa bestämmelser och samverkansverktyg inte har gett avsedda resultat. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården från 2019 är det endast drygt hälften, 57 procent, av kommunerna som har en rutin om intern samverkan mellan missbruks- och beroendeenheten och socialpsykiatrin. Knappt hälften av kommunerna, 47 procent, har en aktuell överenskommelse med regionerna. Vidare har antalet kommuner som har en upprättad samarbetsöverenskommelse med regionen om samverkan vid missbruk och beroende minskat över tid. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som har haft regeringens uppdrag att följa upp efterlevnaden av den lagstadgade skyldigheten att ingå överenskommelser, rapporterar också att flera av de utmaningar som 2013 motiverade införandet av bestämmelserna fortfarande finns kvar och påverkar förutsättningarna för parterna att samverka kring överenskommelser (Att komma överens, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Det gäller inte minst ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, som fortfarande är en stor utmaning.

Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet vid psykisk ohälsa och beroendeproblematik från 2019 bekräftar också bilden av en otydlig ansvarsfördelning som ger utrymme för tolkning exempelvis när det gäller vilken huvudman som har huvudansvar för olika insatser, hur kostnadsansvar ska fördelas eller om det finns ett gemensamt ansvar för de insatser som görs. Följden av detta är att organisering och utbud av vård- och omsorgsinsatser skiljer sig mycket åt på olika platser i landet. En annan utmaning är att de överenskommelser som kommuner och regioner är ålagda att ingå ofta saknar detaljerad

information om hur ansvaret ska fördelas mellan huvudmän och mellan verksamheter, vilket innebär att förhandlingar ändå måste ske på verksamhetsnivå.

Riksdagens tillkännagivande

Riksdagen har i april 2019 tillkännagett (bet. 2018/19: SoU15 punkt 18, rskr. 2018/19:193) att regeringen bör se över frågan om hur ansvaret för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom kan samlas hos en huvudman. Enligt tillkännagivandet bör regeringen efter att en sådan översyn har gjorts utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom. Därutöver bör regeringen se över hur det ska kunna finnas tillgång till farmakologisk behandling i hela landet för personer med beroendesjukdom.

Behovet av en utredning

Delat ansvar kan innebära ett oklart ansvar

Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla vård, stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter när det gäller behandling. Uppgifterna ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål. Det i dag delade ansvaret för missbruks- och beroendevården mellan kommunerna och regionerna riskerar emellertid att resultera i negativa konsekvenser för individen i form av bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet. I värsta fall leder det till att patienter eller brukare faller mellan stolarna och inte får den vård eller det stöd som de behöver. När vård- och omsorgssystemet inte är anpassat till deras utsatta situation riskerar de dessutom att tappa motivationen att fortsätta söka hjälp för sitt beroende eller sin psykiska ohälsa. Brister i samverkan och samordning medför även utmaningar för professionerna i vården och omsorgen, vars uppdrag att hjälpa den enskilde försvåras när det saknas förutsättningar för

att koordinera insatser med andra verksamheter på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

Den otydlighet som uppfattas i fråga om ansvarsfördelningen kan göra det svårare för huvudmännen att uppmärksamma personer som har en samsjuklighet och att enas kring insatser. Som konstaterats har många patienter som söker vård för psykiska eller somatiska sjukdomstillstånd även missbruks- eller beroendeproblem. Dessa tillstånd måste uppmärksammas för att patienten ska kunna erbjudas effektiva vård- och stödinsatser. Inom den specialiserade vården kan förutsättningarna för att identifiera missbruk eller beroende dock vara begränsad.

Det finns också ett behov av att stärka vården för personer med samsjuklighet som vårdas utan samtycke med stöd av LPT eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Som framgått ovan vårdas många människor med missbruks- eller beroendeproblem även inom den psykiatriska tvångsvården och många personer inom den psykiatriska tvångsvården har en samtidig missbruks- eller beroendeproblematik. Varken LPT-vården inom hälso- och sjukvården eller LVM-vården inom socialtjänsten är organiserad på ett optimalt sätt för att behandla denna samsjuklighet. Det finns därför skäl att överväga om en mer integrerad lagstiftning skulle kunna skapa förutsättningar för en mer kontinuerlig vård för personer med en mer allvarlig samsjuklighetsproblematik.

Fortsatt stora utvecklingsbehov

Socialstyrelsens jämförelseverktyg Öppna jämförelser har visat att det under senare år har skett en förbättring inom missbruks- och beroendevården när det gäller metodkompetens, uppföljning och samverkan. Det finns dock fortfarande stora regionala skillnader i vård- och stödinsatser. I huvudsak nås personer med sociala problem, vilket kan betyda att personer utan sociala problem men i behov vård- och stödinsatser går miste om åtgärder. Dessutom kan få huvudmän erbjuda mer än en psykologisk eller psykosocial behandlingsform, vilket gör att vården inte uppfattas som attraktiv av alla grupper. Vidare är användningen av läkemedelsbehandling vid alkoholberoende begränsad och andelen personer med opioidberoende som erbjuds läkemedelsassisterad behandling varierar i olika delar av landet. Sam-

ordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården har fortfarande stora brister, trots en rad åtgärder för att förbättra samarbetet. Framför allt råder oklarhet om var den ekonomiska ansvarsfördelningen går, och organisationsformer och insatser varierar stort mellan olika regioner och kommuner. Detta gör det svårt för personer med både missbruk och beroende och samtidiga psykiatriska diagnoser att få sina vårdbehov tillgodosedda. Dessa personer har särskilda behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Uppdelningen på två huvudmän är erfarenhetsmässigt ett stort hinder för en optimal användning av tillgängliga resurser samtidigt som det allvarligt försvårar tillgängligheten till effektiva behandlingsformer och kontinuitet ur den enskildes perspektiv. Det finns därför starka skäl för att se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i syfte att föreslå förändringar som har som mål att tillskapa ändamålsenliga insatser som utgår från den enskildes behov.

Individens bästa och möjlighet till inflytande ska vara vägledande

Såväl inom hälso- och sjukvården som inom socialtjänsten är ett personcentrerat förhållningssätt en viktig utgångspunkt. Under senare år har det varit ett ökat fokus på patienters och brukares möjlighet till inflytande och delaktighet, och omfattande insatser har genomförts för att stärka individens ställning inom vården och omsorgen. Trots detta finns fortfarande stora utmaningar inom området, inte minst vad gäller grupper med stora och komplexa vårdbehov. Personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos är inte sällan beroende av insatser från flera huvudmän och verksamheter, vilket ställer krav på ett individanpassat förhållningssätt i mötet med patienten eller brukaren och en förståelse för de speciella behoven hos denna målgrupp. Att ytterligare stärka patientens och brukarens ställning är därför angeläget. Detta gäller oavsett om vården är frivillig eller sker med stöd av tvångsvårdslagstiftning. För arbetet med barn och unga är FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) en viktig utgångspunkt. Barnkonventionen är svensk lag sedan den 1 januari 2020.

Kunskapsutveckling ställer krav på huvudmännen

Under de senaste åren har flera initiativ tagits för att stärka kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och omsorgen. På nationell nivå har Rådet för styrning med kunskap etablerats. Målsättningen med rådets arbete är att skapa förutsättningar för att rätt kunskap ska nå fram till huvudmännen och professionerna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samordnade och behovsanpassade kunskapsunderlag bidrar till att verksamheterna bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ger stöd vid prioriteringar och vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.

De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende innehåller bl.a. rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, såsom urin-, saliv-, eller blodprov, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar. Nationella riktlinjer syftar till att visa på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är ett stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder med målet att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg.

Vid sidan av den statliga kunskapsstyrningen finns också en regional struktur för sammanhållen kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården som är organiserad i 26 s.k. nationella programområden, däribland ett för psykisk hälsa. Programområdena leder kunskapsstyrningen inom sina respektive områden och tar bl.a. fram vård- och insatsprogram som vänder sig till regionernas professioner med syftet att öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan profession och individ.

Till stöd för kunskapsstyrningen inom socialtjänsten finns också de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) som samverkar i flera frågor som rör socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård mellan kommuner och regioner. RSS arbetar tillsammans med Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter inom ramarna för Partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänsten för att bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling och stöd för genomförande så att bästa tillgängliga kunskap används. Under det senaste året har partnerskapet bl.a. arbetat med att genomföra ett kunskapsstöd om spelberoende. Vidare finns Nationell samverkansgrupp för

kunskapsstyrning i socialtjänsten, vars uppdrag är att samverka, föra dialog och samordna strategiska initiativ som bidrar till behovsanpassad kunskapsutveckling och behovsanpassat kunskapsstöd inom socialtjänstens verksamhetsområden.

Trots vissa skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst är det viktigt att betona att systemen för kunskapsstyrning behöver vara integrerade och verksamheterna samarbeta. Särskilt tydligt blir detta utifrån ett individperspektiv där den enskilde ofta har sammansatta behov som kräver insatser från flera håll.

Uppdraget att föreslå samordnade insatser

Samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd har fortfarande stora brister, trots en rad åtgärder för att förbättra samverkan. Detta gör det svårt för personer med både missbruk och beroende och samtidiga psykiatriska diagnoser att få sina behov av vård och stöd tillgodosedda. Personer med stora behov av vård och stöd drabbas ofta hårt och riskerar att falla mellan stolarna när samverkan mellan huvudmännen inte fungerar. Det gäller också för verksamheter inom samma huvudman, som t.ex. primärvården, psykiatrin och den regionala beroendevården samt för verksamheter under andra huvudmän som kan komma i kontakt med målgruppen, som t.ex. polisen eller kriminalvården. Det finns därför starka skäl att se över den nuvarande ansvarsfördelningen i syfte att säkerställa samordnade insatser för personer med sådan samsjuklighet.

En särskild utredare ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Utredaren ska se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och analysera hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen, och mellan verksamheter under samma huvudman t.ex. mellan hälso- och sjukvården, den regionala missbruks- och beroendevården och psykiatrin samt mellan verksamheter inom socialtjänsten. I uppdraget ingår att lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman på ett ända-

målsenligt och kostnadseffektivt sätt. Såväl fördelar som nackdelar med de förslag som lämnas ska belysas.

Utredaren ska vidare föreslå hur vården och omsorgen för personer med samsjuklighet kan bli mer patientcentrerad och lämna förslag som syftar till att stärka individens ställning. Utredaren ska även analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer med samsjuklighet som vårdas utan samtycke och lämna förslag på frågans fortsatta beredning.

Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg där personer med samsjuklighet får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Brukarnas och patienternas möjlighet till inflytande över sin vård och behandling är av stor vikt och ska vara vägledande i arbetet. Barns och ungas rättigheter i det avseendet framgår bl.a. av barnkonventionens artikel 12. Förslagen ska vidare spegla den utveckling som missbruks- och beroendevården har genomgått i fråga om nya forskningsrön och i synen på missbruk och beroende som ett multifaktoriellt tillstånd som kan orsakas av såväl biologiska och psykologiska som sociala faktorer.

Utredaren ska:

- analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman,
- se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman,
- belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet, t.ex. SiS, Kriminalvården och Polismyndigheten,
- lämna förslag på hur vård- och omsorgspersonalens kunskap och kompetens när det gäller samsjuklighet ska kunna säkerställas i berörda verksamheter,
- lämna förslag på hur verksamheter inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och andra berörda aktörer kan uppmärksamma och stödja personer med samsjuklighet i större utsträckning än i dag,

– föreslå hur vården och omsorgen för personer med samsjuklighet kan bli mer patientcentrerad och lämna förslag som syftar till att stärka individens ställning,
– analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT och om möjligt föreslå hur frågan kan hanteras vidare samt
– lämna nödvändiga författningsförslag och de förslag till åtgärder i övrigt som behövs.

Viktiga ställningstaganden som har gjorts vid utformningen av förslagen ska beskrivas. Vidare ska alternativa lösningar som har övervägts beskrivas liksom skälen till att de har valts bort. De olika offentliga aktörernas ansvar och roller ska övervägas så att rätt insats kan ges. Vid utformningen av förslagen ska utredaren ta hänsyn till sådan lagstiftning som kan ha beröring med eller inverka på förslagen, som t.ex. offentlighets- och sekretesslagstiftningen eller lagstiftning om informationsöverföring, dataskydd och datalagring.

Konsekvensbeskrivningar

Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för kommuner och regioner ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas. Därutöver ska utredaren redovisa förslagens konsekvenser för socialtjänsten och för hälso- och sjukvården samt för de övriga aktörer som kan komma att beröras av förslagen.

Vidare ska förslagens konsekvenser för patienter och brukare beskrivas. I arbetet ska utredaren beakta ett jämlikhetsperspektiv, bl.a. med jämlik vård som utgångspunkt. I enlighet med detta ska förslagens konsekvenser belysas också i fråga om socioekonomisk och regional jämlikhet.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Inom ramen för uppdraget ska utredaren samråda med berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Samordningsförbunden genom nationella nätverket för samordningsförbund, ett urval kommuner och regioner, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt företrädare för professionerna och i övrigt verka för att arbetet präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Utredaren ska vidare hålla sig informerad om och beakta det arbete som bedrivs i Regeringskansliet och på berörda myndigheter som är av relevans för uppdragets genomförande och initiera en dialog med berörda statliga utredningar. Det gäller exempelvis utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03), och Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05). Utredaren ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.
9. Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. I.
10. Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. M.
11. Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. U.
12. Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. Ju.
13. En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. Ju.
14. Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. S.
15. Föreningsfrihet och terroristorganisationer. Ju.
16. En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. Fi.
17. Ett moderniserat konsumentskydd. Fi.
18. Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. Ju.
19. En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. S.
20. Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. Ju.
21. En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. M.
22. Hårdare regler för nya nikotinprodukter. S.
23. Stärkt planering för en hållbar utveckling. Fi.
24. Äga avfall – en del av den cirkulära ekonomin. M.
25. Struktur för ökad motståndskraft. Ju.
26. Använd det som fungerar. M.
27. Ett förbud mot rasistiska organisationer. Ju.
28. Immunitet för utställningsföremål. Ku.
29. Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. I.
30. Kampen om tiden – mer tid till lärande. U.
31. Kontroller på väg. I.
32. Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. U.
33. En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. U.
34. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. S.
35. En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. Ju.

36. Gode män och förvaltare – en översyn. Ju.
37. Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. S.
38. En ny lag om ordningsvakter m.m. Ju.
39. Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. S.
40. Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. Fi.
41. VAB för vårdåtgärder i skolan. S.
42. Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. Fi.
43. Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. Ju.
44. Tillgänglighetsdirektivet. S.
45. En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. N.
46. Snabbare lagföring – ett snabbförfarande i brottmål. Ju.
47. Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. Fi.
48. I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. M.
49. Kommuner mot brott. Ju.
50. Fri hyressättning vid nyproduktion. Ju.
51. Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. M.
52. Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. S.
53. En rättssäker vindkraftsprövning. M.
54. Ändrade regler i medborgarskapslagen. Ju.
55. Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. Fi.
56. Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. Ju.
57. Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. Fi.
58. Läge och kvalitet i hyressättningen. Ju.
59. Vägen till tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. S.
60. Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. N.
61. Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. Ju.
62. Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. I.
63. Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. Fö.
64. Ersättning till brottsoffer. Ju.
65. Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. U.
66. Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. Ku.
67. Vägen mot fossiloberoende jordbruk. N.
68. Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. Ju.
69. En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. S.
70. Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. U.
71. Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. S.
72. Högskoleprovets organisation och styrning. U.
73. Regler för statliga elvägar. I.
74. Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. Ju.
75. En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. Fi.
76. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. Ju.
77. Från kris till kraft. Återstart för kulturen. Ku.
78. Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. S.
79. En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. Fi.

80. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. S
81. En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. N.
82. Säkerhetsprövning av totalförsvarspliktiga. Fö.
83. Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. U.
84. Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. Ju.
85. Vägar till ett tryggare samhälle. Vol. 1 och 2. Ju.
86. ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet. A.
87. Granskning av utländska direktinvesteringar. Ju.
88. Ett förbättrat system mot arbetskraftsexploatering m.m. Ju.
89. Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd. Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. S.
90. En översyn av den straffrättsliga regleringen om preskription. Ju.
91. En ny rymdlag. U.
92. Åtgärder i gränsnära områden. Ju.
93. Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

ILO:s konvention om våld och trakasserier i arbetslivet [86]

Finansdepartementet

En väl fungerande ordning för val och beslutsfattande i kommuner och regioner. [16]

Ett moderniserat konsumentskydd. [17]

Stärkt planering för en hållbar utveckling. [23]

Mervärdesskatt vid inhyrd personal för vård och social omsorg. [40]

Stärkta åtgärder mot penningtvätt och finansiering av terrorism. [42]

Ett nytt regelverk för bygglov. Del 1 och 2. [47]

Mikroföretagarkonto – schabloniserad inkomstbeskattning för de minsta företagen. [55]

Om folkbokföring, samordningsnummer och identitetsnummer. [57]

En god kommunal hushållning. + Digital bilagedel för bilaga 3–6. [75]

En uppföljning av skriftlighetskravet vid telefonförsäljning. [79]

Försvarsdepartementet

Sveriges säkerhet – behov av starkare skydd för nätverks- och informationssystem. [63]

Säkerhetsprövning av totalförsvarspliktiga. [82]

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Vem kan man lita på? Enkel och ändamålsenlig användning av betrodda tjänster i den offentliga förvaltningen. [9]

Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post. [29]

Kontroller på väg. [31]

Användning av e-legitimation i tjänsten i den offentliga förvaltningen. [62]

Regler för statliga elvägar. [73]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Andra chans för krisande företag – En ny lag om företagsrekonstruktion. [12]

En teknikneutral grundlagsbestämmelse för regeringsbeslut. [13]

Föreningsfrihet och terroristorganisationer. [15]

Bolags rörlighet över gränserna. Volym 1 & 2. [18]

Ecris-TCN – ett mer effektivt utbyte av brottmålsdomar mot tredjelandsmedborgare. [20]

Struktur för ökad motståndskraft. [25]

Ett förbud mot rasistiska organisationer. [27]

En stärkt rättsprocess och en ökad lagföring. [35]

Gode män och förvaltare – en översyn. [36]

En ny lag om ordningsvakter m.m. [38]

Ett förstärkt skydd mot sexuella kränkningar. [43]

Snabbare lagföring
– ett snabbförfarande i brottmål. [46]

Kommuner mot brott. [49]

Fri hyressättning vid nyproduktion. [50]

Ändrade regler i medborgarskapslagen. [54]

Nya regler om utländska föräldraskap och adoption i vissa fall. [56]

Läge och kvalitet i hyressättningen. [58]

Utvisning på grund av brott – ett skärpt regelverk. [61]

Ersättning till brottsoffer. [64]

Skärpta straff för brott i kriminella nätverk. [68]

Ett modernt belöningssystem, de allmänna flaggdagarna och redovisningen av anslaget till hovet. [74]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – frågan om behörig myndighet. [76]

Granskning av Rättsmedicinalverkets metod för medicinsk åldersbedömning i asylprocessen. [84]

Vägar till ett tryggare samhälle. Vol. 1och 2. [85]

Granskning av utländska direktinvesteringar. [87]

Ett förbättrat system mot arbetskraftsexploatering m.m. [88]

En översyn av den straffrättsliga regleringen om preskription. [90]

Åtgärder i gränsnära områden. [92]

Kulturdepartementet

Immunitet för utställningsföremål. [28]

Rätt mottagare. Demokrativillkor och integritet. [66]

Från kris till kraft. Återstart för kulturen. [77]

Miljödepartementet

Radiologiska skador – skadestånd, säkerheter, skadereglering. [10]

En klimatanpassad miljöbalk för samtiden och framtiden. [21]

Äga avfall
– en del av den cirkulära ekonomin. [24]

Använd det som fungerar. [26]

I en värld som ställer om. Sverige utan fossila drivmedel 2040. [48]

Skydd av arter – vårt gemensamma ansvar. Vol. 1 och 2. [51]

En rättssäker vindkraftsprövning. [53]

Näringsdepartementet

En EU-anpassad djurläkemedelslagstiftning. Del 1 och 2. [45]

Förenklingar för mikroföretag och modernisering av bokföringslagen. [60]

Vägen mot fossiloberoende jordbruk. [67]

En säker tillgång till dricksvatten av god kvalitet. [81]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra
– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Boende på (o)lika villkor – merkostnader i bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. [14]

En stärkt försörjningsberedskap för hälso- och sjukvården. Del 1 och 2. [19]

Hårdare regler för nya nikotinprodukter. [22]

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. [34]

Stärkt rätt till personlig assistans. Ökad rättssäkerhet för barn, fler grundläggande behov och tryggare sjukvårdande insatser. [37]

Ombuds tillgång till vård- och omsorgsuppgifter och förenklad behörighetskontroll inom vården. [39]

VAB för vårdåtgärder i skolan. [41]

Tillgänglighetsdirektivet. [44]

Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre. [52]

Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan. [59]

En sjukförsäkring med prevention, rehabilitering och trygghet. Volym 1 och 2. [69]

Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur. [71]

Börja med barnen! Följa upp hälsa och dela information för en god och nära vård. [78]

Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll. [80]

Sverige under pandemin. Volym 1 Smittspridning och smittskydd Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. [89]

Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. [93]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning. [11]

Kampen om tiden – mer tid till lärande. [30]

Papper, poddar och ... Pliktmateriallagstiftning för ett tryggat källmaterial. [32]

En tioårig grundskola. Införandet av en ny årskurs 1 i grundskolan, grundsärskolan, specialskolan och sameskolan. [33]

Stärkt fokus på framtidens forskningsinfrastruktur. [65]

Läromedelsutredningen – böckernas betydelse och elevernas tillgång till kunskap. [70]

Högskoleprovets organisation och styrning. [72]

Belastningsregisterkontroll och avskiljande av studenter. [83]

En ny rymdlag. [91]

Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0282-2 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Agneta S Öberg