Region Stockholm

30

Yttrande över samsjuklighetsutredningens delbetänkande (SOU 2021:93) Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet

Region Stockholm

HSN 2021-2795

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Psykiatri och Samverkan
Andreas Falk

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-03-17

HSN 2021-2795

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över samsjuklighetsutredningens delbetänkande (SOU 2021:93) Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har bjudit in Region Stockholm att yttra sig över delbetänkandet (SOU 2021:93) Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Delbetänkande (SOU 2021:93) Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar detta till socialdepartementet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Socialdepartementet har skickat samsjuklighetsutredningens delbetänkande (SOU 2021:93)”Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet på remiss till Region Stockholm för yttrande”.

Utredningens förslag tar sin utgångspunkt i tio olika områden. Dessa är följande:

- All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
- Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
- Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
- 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.
- Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
- En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
- Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.
- Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
- En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård vid skadligt bruk och beroende ska utformas.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har inhämtat synpunkter via en expertgrupp bestående av representanter från Beroendecentrum Stockholm, Prima beroende och Capio hemlösa.

Nedan redovisas utredningens förslag och bedömningar och de ställningstaganden som hälso- och sjukvårdsförvaltningen gjort avseende dessa.

Förslag och överväganden

Förslag: Förändrad styrning av insatser för personer med samsjuklighet
Utredningen har tagit fram ett antal målbilder tillsammans med personer som har samsjuklighet och deras anhöriga. Dessa föreslår utredningen används för att visa vad samhällets samlade insatser till personer med samsjuklighet ska uppnå.

Utredningen vill se en förbättrad styrning genom att staten bör reglera ansvarsfördelningen mellan huvudmännen annorlunda än vad som är fallet idag. Samtidigt behöver huvudmännen ges mer långsiktiga förutsättningar för regional och kommunal utveckling och samverkan. Styrformer, kultur och policys behöver tydligare utgå ifrån behov, resurser och beteenden hos personer med samsjuklighet och Verksamheterna behöver i högre utsträckning ges utrymme för etisk reflektion och åtgärder behövs för att skapa en trygg och säker arbetsmiljö.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ställer sig bakom utredningens förslag om att staten bör reglera ansvarsfördelningen mellan huvudmännen så att regionerna får ansvar för vård- och behandling. Det kommer öka möjligheterna till samordningsvinster, framförallt medicinskt. En stor andel beroendepatienter har en samsjuklighet. Det ställer högre krav på samordnade behandlingsinsatser och genom att regionerna får ett tydligt uttalat ansvar för vård- och behandling kan högre krav ställas på vilka behov regionerna ska tillgodose medicinskt och behandlingsmässigt.

Region Stockholm har sedan lång tid tillbaka organiserat den specialiserade beroendevården i en särskild organisation där det redan idag finns stora möjligheter att erbjuda ett brett utbud av vård- och behandlingsinsatser. Den stora utmaningen har varit och är fortfarande att få till en bättre samverkan mellan beroendevård, psykiatri och den somatiska vården för att bättre tillgodose behoven hos patienter med samsjuklighet. Bedömningen är att även en sådan samverkan kommer vara enklare få till när ansvaret blir tydligt reglerat och därmed minskar risken för att patienter ”faller mellan stolarna” och det kommer vara möjligt erbjuda en jämlik vård- och behandling på ett annat sätt än vad som är fallet i nuläget.

Förslag: Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen

Utredningen föreslår 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.

Utredningen föreslår vidare 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 idag brukar benämnas missbruks- och beroendevård, inklusive de insatser som utgör behandling inom heldygnsvård. Förändringen föreslås regleras i en ny paragraf i 8 kap i hälso- och sjukvårdslagen som tydliggör 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.

Kommunernas socialtjänst föreslås 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.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ställer sig bakom utredningens förslag att sjukvården och socialtjänsten ska använda begreppen skadligt bruk och beroende genomgående. Begreppet missbruk är sedan länge ett förlegat begrepp som har lett till ökad social stigmatisering. Stigmatiseringen har förmodligen gjort det svårare att få in personer i behandling.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ställer sig bakom utredningens förslag att regionerna får huvudansvaret för skadligt bruk och beroende och kommunernas ansvar renodlas till ett fortsatt och förtydligat ansvar för uppsökande verksamhet och förebyggande insatser med mera.

Det är positivt att ansvarsfördelningen förtydligas i en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen samt att det inte enbart är avgränsat till personer med samsjuklighet. Visserligen har många av de beroende en samsjuklighet, men personer med skadligt bruk och beroende är ingen homogen grupp, utan det finns stora variationer i komplexitet och behov av insatser. Därför är det bra med en bredare definition av målgruppen.

Socialtjänstens uppsökande och förebyggande arbete bör betraktas som ett kärnuppdrag som är en förutsättning för att hitta de personer som är i behov av vård- och behandling. Detta är ett utvecklingsområde som behöver stärkas i kommunerna för att fler ska kunna ta del av regionernas vård- och behandlingsinsatser.

Förslag: Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv
Utredningen föreslår att insatser till personer med samsjuklighet behöver ha ett ökat 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. Risken för suicid hos personer med samsjuklighet behöver särskilt uppmärksammas och förebyggas.

Utredningen föreslår att regeringen uppdrar till Socialstyrelsen att i nära samverkan med forskning och profession stödja implementeringen av tillgänglig kunskap om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) samt ansvara för att det genomförs en regelbunden uppföljning av LARO.

Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler föreslås ändras till att det blir obligatoriskt för regionerna att bedriva sådan verksamhet och att syftet blir vidare än i dag och även omfattar att främja psykisk och fysisk hälsa. Syftet är att öka utbudet av låg-tröskelverksamheter som kan erbjuda flera skademinimerande och hälsofrämjande insatser samtidigt. Vidare föreslår utredningen att tillståndskravet och bosättningskravet tas bort. Utredningen vill även starta ett försök i landet med en hälsocentral i form av lågtröskelverksamhet med brukarrum.

Utredningen anser i likhet med Folkhälsomyndigheten, att narkotikastrafflagen inklusive kriminalisering av eget bruk från 1988 behöver utvärderas. En sådan utvärdering 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.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen stödjer utredningens förslag om att stärka det sjukdomsförebyggande och skadereducerande arbetet. Region Stockholm har under flera år utvecklat förebyggande och skadereducerande åtgärder. Det finns i dagsläget tre sprututbytesverksamheter i regionen. Två fasta mottagningar och en försöksverksamhet med mobilt sprututbyte som drivs i samverkan mellan beroendevården och vården för hemlösa. Det mobila sprututbytet har gjort det möjligt fånga upp grupper som befinner sig i ytterområdena i regionen.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen stödjer förslaget om att Socialstyrelsen får i uppdrag att samla ihop och sprida kunskap om LARO. Det finns stora skillnader i LARO behandling nationellt, men också regionalt. Det finns därför behov av gemensamma riktlinjer och en mer sammanhållen uppföljning av dessa. Helhetsperspektivet behöver stärkas vid LARO behandling och inte minst finns behov av att bättre uppmärksamma somatisk samsjuklighet.

Det är glädjande att utredningen föreslår att alla regionerna måste tillhandahålla sprututbyte och att tillståndskravet och bostadskravet tas bort för sprututbytesverksamhet. Borttagandet av tillståndskravet kommer minska byråkratin och övriga förändringar kommer väsentligt förbättra tillgängligheten för smittskyddsarbetet på lokalt plan såväl som nationellt till gagn för den enskilde individen och för samhället.

De förslag som utredningen nu lägger är ett bra första steg för att öka tillgängligheten, så att det blir möjligt nå WHO:s mål om en täckningsgrad på utdelning av sprutor och nålar i storleksordningen 300 per år och person.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ser positivt på utredningens förslag att starta ett försök i landet med en hälsocentral i form av lågtröskelverksamhet med brukarrum. Det är en intervention som kan bidra till att minska spridningen av Hepatit C och B och HIV samt utgöra en viktig arena för att fånga upp målgruppen till vård, behandling och stöd i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Med anledning av att region Stockholm har en stor organisation för specialiserad beroendevård som bedriver vård och forskning, så skulle det vara en utmärkt organisation för att driva en sådan försöksverksamhet som omfattar ett forsknings- och utvärderingsuppdrag.

Utredningen uttrycker stöd för Folkhälsomyndighetens uppfattning om att narkotikastrafflagen inklusive kriminalisering av eget bruk från 1988 behöver utvärderas. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen delar den uppfattningen. Det har aldrig utvärderats hur kriminaliseringen påverkar möjligheten för målgruppen att få en samordnad och behovsanpassad vård. En utvärdering skulle ge bra underlag för beslut om eventuella förändringar i lagstiftningen.

<u>Förslag: En samordnad verksamhet för dem med störst behov</u>

Utredningen föreslår att regionen och kommunerna i länet gemensamt ska bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för personer som har av både hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det bedöms nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras. Samordnad vård- och stödverksamhet ska regleras i en särskild lag.

Alla som blir föremål för samordnad vård- och stödverksamhet ska ha rätt till en vård- och stödsamordnare i verksamheten. Verksamheten ska på lämpligt sätt tillvarata kompetens hos personer med erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning.

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 Verksamheten ska löpande följas upp mot syftet med verksamheten. Deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att delta i uppföljningen ska kunna uppfyllas så behöver verksamheten organiseras på så sätt att det finns en gemensam styrning och ledning över verksamheten. Patientavgiften i hälso- och sjukvården avskaffas för deltagare i den samordnade vård- och stödverksamheten.

Vidare föreslår utredningen att en bestämmelse införs i lagen om en samordnad vård- och stödverksamhet som innebär att 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 annan region. Kommuner och regioner bör ges möjlighet att 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). Regionen och kommunerna i länet ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens är i grunden positiv till att det i lag ställs krav på att region och kommun ska bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet. En brist i utredningens förslag är att målgruppen inte definieras tillräckligt tydligt och att det är oklart vilka som berörs. Omställningen till integrerade verksamheter kommer vara en mycket stor förändring om det ska göras i varje kommun. En avgörande förutsättning för att lyckas är därför att kommunerna samorganiserar sig för att klara organisering och bemanning. Lösningar behöver hittas som tar hänsyn till att kommuner är olika stora och arbetar på olika sätt.

Utredningen för ett resonemang om olika modeller för styrning och organisering av en gemensam vård- och stödverksamhet. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ser att det finns en risk för att nya organisationer byggs upp som leder till nya stuprör istället för att vård- och insatser blir mer sömlösa. Styrning och organisering av gemensamma vård- och stödverksamheter behöver därför tydligt ta sin utgångspunkt i målgruppens behov och det är helt centralt att målgruppen involveras och har inflytande över hur verksamheten ska styras och organiseras.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ställer sig inte bakom utredningens förslag om extern delegering, där kommuner och regioner bör ges möjlighet att 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. En bättre och enklare lösning skulle vara att utveckla konsultationsstödet mellan olika verksamheter. Det skulle t. ex med fördel kunna göras med digitala lösningar för konsultation, stöd och samverkan.

Förslag: Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning
Utredningen föreslår att insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom samsjuklighetsområdet bör påbörjas när beslut om utredningens förslag har tagits. Det ska genomföras samordnat och i samarbete inom ramen för huvudmännens och berörda myndigheters respektive uppdrag.

Utredningen *Framtidens socialtjänsts* förslag att införa en bestämmelse i socialtjänstlagen om att verksamheten inom socialtjänsten ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet bör genomföras.

Utredningen föreslår att regeringen bör ge i uppdrag åt lämplig myndighet att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder som tagits fram tillsammans med personer som lever med samsjuklighet.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen delar utredningens uppfattning om att insatser behövs för att säkra kompetensförsörjningen, kunskapsnivån och uppföljning. Kompetensförsörjningen är en stor utmaning både för regionens vård och kommunernas socialtjänst som kräver ett kontinuerligt arbete för att lyckas. I nuläget finns det för få sjuksköterskor och skötare med utbildning i beroendelära att tillgå, men det behövs även mer utbildning i beroendelära av befintlig personal inom hälso- och sjukvården.

Precis som utredningen belyser, så är det fullt rimligt att det ska införas en bestämmelse om att socialtjänsten ska bedrivas i överensbestämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det bedöms som nödvändigt för att klara målet om ett jämlikt utbud av insatser.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedömer att huvudmannaskapsförändring med ett mer renodlat ansvar mellan region och kommun kommer förbättra möjligheterna till uppföljning. Det skapar också bättre möjligheter för forskning.

Förslag: Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering
Utredningen ser behov av att kunskapen om metoder som stödjer den enskildes inflytande och delaktighet behöver öka och implementeras. Folkhälsomyndigheten föreslås därför få i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende.

Personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk eller beroende föreslås kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud om övriga förutsättningar uppfyllda. Staten bör därför höja de permanenta medel som avsätts till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud för vissa personer med psykiska funktionsnedsättningar från 100 miljoner till 150 miljoner. Av det ökade anslaget till personliga ombud ska tio miljoner avsättas för att stärka samverkan med civilsamhället.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen stödjer förslaget att sätta igång ett långsiktigt arbete för att stärka inflytandet och minska stigmatiseringen för personer med psykiatriska sjukdomar inklusive skadligt bruk och beroende. Stigmatiseringen av målgruppen har varit och är ett stort problem, både bland delar av sjukvårdens personal och i befolkningen. Det bidrar till ett försämrat bemötande och ett motstånd från målgruppen att söka vård- och stöd på frivillig basis.

Det är bra att Folkhälsomyndigheten föreslås få ett långsiktigt uppdrag på fem år. För att lyckas med att stärka inflytandet och minska stigmatiseringen kommer det bli viktigt att ha ett brett anslag i arbetet där såväl befolkning, patienter och vårdpersonal engageras lokalt i olika insatser och aktiviteter. Det får inte bli ett centralstyrt arbete från Folkhälsomyndigheten.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen stödjer ytterligare satsning på personliga ombud. Personliga ombud spelar stor roll för målgruppen när det gäller stöd i att orientera sig och få hjälp från vården, socialtjänst och andra myndigheter. Det är viktigt med en personlig resurs som kan tillvarata patientens intressen och det bidrar till att patienter blir följsammare i sin behandling.

Förslag: En gemensam tvångslagstiftning
Utredningen föreslår att det utifrån genomförd analys av för- och nackdelar med en gemensam tvångslag utreds vidare om hur lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård kan utformas för att om fatta personer med skadligt bruk och beroende.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens delar utredningens bedömning om att det krävs vidare utredning av en gemensam tvångslagstiftning. I dagsläget är LVM en svår lagstiftning att använda och den användas sällan. Bedömning är därför att det finns behov av att ta fram psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning som även omfattar personer med skadligt bruk och beroende.

Ekonomiska konsekvenser
Yttrandet i sig har inga ekonomiska konsekvenser.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Yttrandet i sig har inga konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Yttrandet i sig har inga konsekvenser för jämlik och jämställdhet vård.

Miljökonsekvenser
Yttrandet i sig har inga konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Yttrandet i sig har inga administrativa konsekvenser.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Socialdepartementet

Godkänd av Anders Ahlsson, 2022-03-17

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.