

# Innehåll

<b>1</b>	<b>lakttagelser och problembild .....</b>	<b>3</b>
1.1	Sammanfattning .....	5
1.2	Stödjande faktorer.....	6
1.3	Hindrande faktorer kopplade till verksamheternas innehåll .....	7
1.3.1	Förebyggande och tidiga insatser kan förstärkas.....	8
1.3.2	Utbudet av behandlingsinsatser vid skadligt bruk och beroende är för otillräckligt och ojämnt .....	13
1.3.3	Tillgången till kunskapsbaserade återhämtningsinriktade insatser är för låg.....	18
1.3.4	Hälso- och sjukvården behandlar inte beroende och annan psykiatrisk sjukdom samtidigt.....	22
1.3.5	Integrerade verksamheter erbjuds inte i tillräcklig utsträckning och nuvarande regelverk är inte ändamålsenligt .....	23
1.3.6	Det hälsofrämjande och skadereducerande perspektivet är för svagt.....	25
1.3.7	Tvångsvården kan behöva bli mer behovsanpassad.....	31
1.4	Hindrande faktorer kopplade till attityder, makt och stigma.....	36
1.4.1	Stigma påverkar bemötande och viljan att söka hjälp .....	36
1.4.2	Den enskildes ställning är svag .....	39
1.4.3	Inflytande på gruppnivå förekommer för sällan.....	40
1.5	Hindrande organisatoriska faktorer .....	41
1.5.1	Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen är oklar och inte ändamålsenlig.....	41
1.5.2	Lagstadgade krav på överenskommelser om samverkan får inte önskat resultat.....	44

1.5.3	Samverkan brister även inom respektive huvudman .....	46
1.5.4	Verktyg för individuell samordning kan användas bättre och den enskildes ställning stärkas .....	47
1.5.5	Osäkert om resurserna är tillräckliga och om de används optimalt .....	51
1.5.6	Styrning med tillit till profession och patienter genom samskapande av vård och omsorg .....	56
1.5.7	Uppföljningen på området är otillräcklig och fragmentiserad.....	59

# 1 Iakttagelser och problembild

Samsjuklighetsutredningens uppdrag är att föreslå hur insatserna till personer med samsjuklighet kan bli mera samordnade, behovsanpassade och personcentrerade<sup>1</sup>. I den här promemorian redogörs för ett antal faktorer i dagens system som försvårar att verksamheter med ansvar inom området lever upp till målbilden. Faktorena har delats in i tre grupper:

- Faktorer kopplade till verksamheternas kvalitet och innehåll
- Faktorer kopplade till makt, attityder och stigma
- Organisatoriska faktorer

Utredningen har även gjort iakttagelser av faktorer som kan utgöra stödjande faktorer för att uppnå förbättringar. Några sådana faktorer beskrivs i avsnitt 1.2.

Beskrivningen bygger bland annat på det som kommit fram i de djupintervjuer och erfarenhetsdialoger som utredningen genomfört<sup>2</sup> med personer med samsjuklighet och anhöriga. Dessa har kompletterats med ett femtiotal samtal som utredningen haft med personer med sådana erfarenheter. Utredningen har också träffat flera organisationer som samlar erfarenheter inom området<sup>3</sup>. När det nedan redogörs för uppfattningar och erfarenheter hos personer

---

<sup>1</sup> I direktiven används begreppet patientcentrerade. Utredningen har valt att ersätta det med personcentrerade för att understryka att insatser kan behöva ges på flera livsområden av flera aktörer än hälso- och sjukvården.

<sup>2</sup> Metoden och resultatet av dialogerna redovisas i ett särskilt underlag.

<sup>3</sup> Bl.a. Anhöriga mot droger, Autism- och aspergerförbundet, Brukarföreningen i Skåne, Föräldraföreningen mot Narkotika, NSPH, Narkotikapolitiskt center, Stockholms brukarförening, RFHL. Brukaranhörigas riksorganisation, Convictus, Brukarföreningarna i Stockholm och Skåne, Q-jouren, Knas hemma, Bufff, är det fler?.

med samsjuklighet och anhöriga bygger det på källorna som beskrivits i det här stycket.

Framställningen bygger även på rapporter, utredningar och utvärderingar från myndigheter, kunskap och erfarenheter från expertgruppen och den vetenskapliga referensgruppen, samt samtal med företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst främst i Skåne och Västra Götaland. Utredningen har också träffat företrädare för privata vårdgivare.

På flera områden saknar utredningen fullständigt underlag och därför hänvisas det till den kartläggning av insatser i kommuner och regioner som utredningen just nu genomför, samt till det fortsatta arbetet i övrigt. På några områden väljer utredningen att föra några resonemang, trots att slutgiltiga ställningstagande om ett visst förhållande inte kunnat göras på den begränsade tiden. Då är syftet att visa inom vilka områden utredningen planerar sitt fortsatta arbete samt stimulera till samtal och dialog.

Resultatet av kartläggningen kommer att sammanställas under våren 2021. Kartläggningen består dels av en enkät som riktas till samtliga regioner och kommuner, dels av en närmare granskning och kvalitativa undersökningar av verksamheternas innehåll, främst i Värmland, Jämtland och Stockholm. Utredningen kommer även fortsätta föra samtal med personer med samsjuklighet, anhöriga och organisationer inom området. Dessutom planeras dialog med ledningsfunktioner i kommuner och regioner och studiebesök på två institutioner som drivs av Statens institutionsstyrelse. En viktig del av det arbetet framöver blir också fortsatt dialog med och kunskapsinhämtning från expertgruppen och den vetenskapliga referensgruppen.

Utredningens beskrivning av problembilden kan i viss mån komma att modifieras under utredningens gång.

## 1.1 Sammanfattning

De faktorer som samsjuklighetsutredningen har identifierat som hinder för att personer med samsjuklighet ska få samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser kan sammanfattas i punkterna nedan.

### *Faktorer kopplade till verksamhetens kvalitet och innehåll*

- Förebyggande och tidiga insatser kan förstärkas
- Utbudet av behandlingsinsatser är för otillräckligt och ojämnt vid skadligt bruk och beroende
- Tillgången till återhämtningsinriktade insatser är otillräcklig och ojämlig
- Hälso- och sjukvården behandlar inte beroende och psykisk sjukdom samtidigt
- Integrerade verksamheter erbjuds inte i tillräcklig omfattning och stöds inte av nuvarande regelverk
- Tvångsvården kan behöva bli mer behovsanpassad
- Det hälsofrämjande och skadereducerande perspektivet är för svagt

### *Faktorer kopplade till makt, attityder och stigma*

- Den enskildes ställning är för svag
- Stigma är ett utbrett problem
- Inflytande på gruppnivå förekommer för sällan

### *Organisatoriska faktorer*

- Hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens delade ansvar för vård och behandling av missbruk och beroende är inte ändamålsenligt
- Lagstadgade krav på organisatorisk samverkan får inte önskat resultat
- Samverkan brister även inom respektive huvudman
- Verktyg för samordning kring individen kan användas bättre och den enskildes ställning i planeringen stärkas
- Osäkert om resurserna är tillräckliga och om de används optimalt

- Tillit och samskapande kan få en starkare ställning i verksamhetsstyrningen
- Uppföljningen inom området är otillräcklig och fragmentiserad

## 1.2 Stödjande faktorer

Den viktigaste stödjande faktorn är medarbetare med starka engagemang och uppriktiga vilja att möta personer med samsjuklighet på ett sätt som tar hänsyn till deras person, behov och resurser. Det är vanligt att personer med samsjuklighet och anhöriga berättar om personal i vård och omsorg som gick utanför sitt uppdrag för att kunna hjälpa den enskilde genom att t.ex. inte följa regelverk eller rutiner i detalj. Dessa möten kan få betydelse i flera år och beskrivs inte sällan som livräddande.

Även engagemanget som utredningen mött hos personer med samsjuklighet och anhöriga är en viktig faktor som ökar möjligheten till förbättringar inom området. Dessa personer visar en vilja att dela med sig av sina erfarenheter på ett konstruktivt sätt och är beredda att delta i utvecklings- och förbättringsarbete inom området. Det gäller både enskilda personer och de organisationer som företräder personer med sådan erfarenhet. Att befolkningen och patienter vill delta i utvecklingen av hälso- och sjukvården har även stöd i forskning<sup>4</sup>. Dock behöver vård och omsorg bli bättre på att ta tillvara denna möjlighet till förbättring.

Utredningen konstaterar även att det finns tillgänglig kunskap om arbetssätt och metoder som kan förbättra den enskildes hälsa och funktionsnivå. Sedan 2007 finns nationella riktlinjer för missbruk och beroende och dessa har nyligen reviderats och uppdaterats med aktuell kunskap<sup>5</sup>. Det finns också nationella riktlinjer för flera andra psykiatriska diagnoser som bekräftar tillgången till systematiskt utvärderade metoder och arbetssätt<sup>6</sup>. Både i Sverige och utomlands bedrivs forskning på hög nivå kring psykisk sjukdom, skadligt bruk och beroende, samt samsjuklighet.

---

<sup>4</sup>Anell A, Vården är värd en bättre styrning, SNS Förlag 2020

<sup>5</sup> Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Kallas nedan bara för Nationella riktlinjer.

<sup>6</sup> Exempelvis för schizofreni Socialstyrelsen 2019b och depression Socialstyrelsen 2020

En viktig del i kunskapsutvecklingen är förbättrad diagnostik och ökad tillgång till systematiska bedömningsinstrument.

Utredningen uppfattar också att det de senaste åren i Sverige skett en nödvändig förändring när det gäller synen på skadereducerande insatser för personer som använder narkotika. Det kanske tydligaste exemplet på det är att tillgången på sprutbytesverksamheter ökat kraftigt sedan det kommunala vetot togs bort 2017. En annan reform av stor betydelse är tillgängligheten till Naloxon för personer som använder opioider. Även regelverket kring LARO anpassades 2016 till aktuell kunskap. Dessa är utformade så att medicinska och individuella bedömningar styr i högre grad än regler på gruppnivå<sup>7</sup>. Tillgången till LARO-behandling har också ökat under den senaste tioårsperioden<sup>8</sup>.

Utredningens intryck är att det i dag finns en relativt stor samsyn både kring det positiva med utvecklingen mot ökad skadereduktion och kring slutsatsen att den behöver fortsätta.

### **1.3 Hindrande faktorer kopplade till verksamheternas innehåll**

När verksamhetens innehåll beskrivs nedan görs en åtskillnad mellan behandling och andra åtgärder som främjar trygghet, frigör resurser och stödjer deltagande i samhällslivet.

Med behandling avses till exempel åtgärder som syftar till att reducera symtom på sjukdom, öka motivation till en viss behandling genom en systematisk intervention och göra det möjligt att upprätthålla och förbättra ett hälsotillstånd. Behandling sätts in efter en utredning. I begreppet ingår både sådan farmakologisk och sådan psykologisk eller psykosocial behandling som rekommenderas i nationella riktlinjer.

Att främja trygghet, frigöra resurser och främja deltagande i samhällslivet är begrepp som är hämtade från hur socialtjänstens mål uttrycks i lagstiftningen<sup>9</sup>. I den här framställningen prövar samsjuklighetsutredningen att samla åtgärder som vidtas för att

---

<sup>7</sup> Socialstyrelsen, HSLF-FS 2016:1 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

<sup>8</sup> Socialstyrelsen, mars 2015, Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende - Slutsatser och förslag

<sup>9</sup> Socialtjänstlagen (2001:453) 1 kap 1§

uppfylla dessa mål under begreppet återhämtningsinriktade insatser. Syftet är att betona att det är den enskildes hela person, behov och resurser, samt det sociala sammanhang där han eller hon befinner sig, som måste vara utgångspunkt för de insatser som ges. Detta utvecklas nedan. Verksamhetens innehåll kan även påverkas av de organisatoriska förutsättningarna som beskrivs under avsnitt 1.5.

### **1.3.1 Förebyggande och tidiga insatser kan förstärkas**

En genomgående tanke i lagstiftningen är att både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska arbeta med att förebygga och att tidigt upptäcka riskbeteende, riskabelt bruk av alkohol och bruk av narkotika. Av 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, framgår att hälso- och sjukvården ska förebygga ohälsa. I 3 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, anges att 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 vidare 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 också 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 (SoL 5 kap. 8 §). När det gäller barn och unga är socialtjänstens ansvar för förebyggande insatser bredare. Utöver att förebygga och motverka missbruk av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel, och förebygga och motverka missbruk av spel om pengar, ska socialnämnden verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden samt bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga far illa (SoL 5 kap. 1 §).

Förebyggande insatser är en viktig del av såväl regeringens strategi för området psykisk hälsa som strategin för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken (ANDT). Vad gäller psykisk hälsa betonas bland annat ökad kunskap i befolkningen, för



att motverka fördomar och diskriminering av personer som drabbas av psykisk ohälsa och för att kunna känna igen och förstå psykisk ohälsa hos sig själv och andra. I strategin för psykisk hälsa betonas också vikten av tidiga, tillgängliga insatser. I ANDT-strategin ingår olika delmål för att minska tillgången till alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak, för att minska antalet barn och unga som börjar använda narkotika, dopningsmedel och tobak eller debuterar tidigt med alkohol, samt minska antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak.

Personer med samsjuklighet och anhöriga som utredningen talat med upplever ibland att insatser satts in för sent och säger att de önskar att de fått hjälp tidigare. Särskilt föräldrar upplever ofta att de inte blivit lyssnade på i ett tidigt skede i sina barns sjukdomshistoria. Organisationer som möter unga med samsjuklighet eller liknande problematik beskriver att målgruppen ofta känner bristande tillit till vuxenvärlden. Inte sällan är man rädd för att bli missförstådd eller bestraffad om man berättar om sin problematik. Utredningen har i dagsläget inte kännedom om den exakta omfattningen av preventiva insatser som sker i syfte att motverka skadligt bruk och annan psykiatrisk problematik. Utredningen har dock bedömt att preventionsfrågor inte i någon väsentlig utsträckning kan hanteras inom ramen för denna utredning.

### *Förebyggande och tidiga insatser för psykisk ohälsa*

För barn och unga är skola, elevhälsa, ungdomsmottagningar, primärvård och socialtjänst viktiga aktörer i det förebyggande arbetet och arbetet med tidiga insatser. Samtidigt har det konstaterats att tillgängligheten och samordningen brister, särskilt för barn med psykisk ohälsa. Regeringen har bland annat gett Statens skolverk och Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten<sup>10</sup>. Några av de lokala och regionala satsningarna som ingår i arbetet är olika former av

---

<sup>10</sup> Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga, U2017/01236/GV

förstärkning av första linjen psykisk hälsa, och införande av olika arbetssätt inspirerade av den så kallade Skottlandsmodellen<sup>11</sup>.

Socialstyrelsen 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 tre 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.

Regeringen har även fördelat medel till regioner och kommuner för första linjens vård för psykisk ohälsa<sup>12</sup> samt tillsatt en utredning om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S2019:93), där bland annat mer ändamålsenligt stöd vid lättare psykisk ohälsa ingår<sup>13</sup>. På motsvarande sätt har utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S2017:01) i uppdrag att utreda införandet av en ny form av insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa hos vuxna<sup>14</sup>. Fokus för uppdraget är lättare psykisk ohälsa som inte kräver specialiserad vård. Vad som avses är inte definierat, utan det är upp till utredaren att bedöma vilken form av lättare psykisk ohälsa som ska erbjudas den nya formen av insatser. Samsjuklighetsutredningen bedömer att förebyggande och tidiga insatser för personer med samsjuklighet främst kommer att hanteras inom ramen för de båda utredningarna om god och nära vård.

### *Förebyggande och tidiga insatser för alkoholproblem*

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderas hälso- och sjukvården att erbjuda rådgivande samtal till vuxna med särskild risk

---

<sup>11</sup> För en beskrivning av Skottlandsmodellen, se bland annat <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/samverkan-kring-barn-och-unga/om-tidiga-och-samordnade-insatser/skottlandsmodellen/>

<sup>12</sup> Inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKL om insatser inom området psykisk hälsa 2019

<sup>13</sup> En sammanhållen god och nära vård för barn och unga, Dir. 2019:93

<sup>14</sup> Tilläggsdirektiv till utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), Dir. 2019:49

(till exempel på grund av sjukdom eller social sårbarhet) som har ett riskbruk av alkohol<sup>15</sup>. Mycket tyder på att det skulle gå att uppmärksamma och ge stöd vid ett skadligt bruk och beroende tidigare i processen. När till exempel ett skadligt bruk av alkohol upptäcks på en arbetsplats har problemet ofta funnits fem till tio år. Innan medarbetaren får hjälp har det ibland gått ytterligare lika lång tid<sup>16</sup>. Studier har också visat att korta behandlingar, som kan genomföras inom primärvård och företagshälsovård, kan ha god effekt vid skadligt bruk och beroende av alkohol<sup>17</sup>. I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård rekommenderas till exempel MET, vilket är en motivationshöjande behandling omfattande 3–4 samtal<sup>18</sup>.

Samtidigt visar Socialstyrelsens utvärderingar att mindre än en procent av primärvårdens patienter har uppmärksamats som riskkonsumenter, och att mindre än en halv procent har fått en åtgärd för att minska sin alkoholkonsumtion enligt regionernas dokumentation<sup>19</sup>. Detta trots att 16 procent av den vuxna befolkningen uppger sig ha ett riskbruk av alkohol i den nationella enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor*<sup>20</sup>. 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<sup>21</sup>.

I Missbruksutredningen konstaterades att mindre än 20 procent av personer med alkoholberoende söker hjälp<sup>22</sup>. Vanliga skäl till att inte söka hjälp är skam, rädsla för att bli registrerad samt en rädsla för nedlåtande bemötande och att bli klassad som ”missbrukare”<sup>23</sup>.

---

<sup>15</sup> Socialstyrelsen 2018-6-24, Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor

<sup>16</sup> Sunt Arbetsliv 26 mars 2014, Ulric Hermansson,

<sup>17</sup> Andreasson et al (2002), Bien et al (1993)

<sup>18</sup> Socialstyrelsen 2019-1-16. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning

<sup>19</sup> Socialstyrelsen 2015-1-1. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2014 Sjukdomsförebyggande metoder. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.

<sup>20</sup> Folkhälsomyndigheten 2020, uppgifter hämtade från Folkhälsodatabasen ([http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297))

<sup>21</sup> Hallgren M, Kraepelien M, Öjehagen A, Lindefors N, Zeebari Z, Kaldø 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.

<sup>22</sup> SoU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende – individen, kunskapen och ansvaret. Slutbetänkande av Missbruksutredningen.

<sup>23</sup> Wallhed et al (2014), Tucker & Simpson (2011), Schomerus et al (2010)

Studier har visat att många personer med alkoholproblem föredrar att få hjälp inom hälso- och sjukvården framför socialtjänsten<sup>24</sup>. På större orter finns ofta hälso- och sjukvårdsmottagningar som är inriktade på rådgivning och livsstilsförändringar. Ett exempel är mottagningen Riddargatan 1 i Stockholm, som erbjuder psykologisk behandling och läkemedelsbehandling för personer som vill minska sin alkoholkonsumtion. På andra orter anses alkoholproblem istället vara ett ansvar för primärvården eller socialtjänsten.

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<sup>25</sup>.

#### *Förebyggande och tidiga insatser för personer med spelberoende*

Spelberoende kan vara ett allvarligt tillstånd och ungefär 2 % av den svenska befolkningen har spelproblem, och varje år tillkommer omkring 100 000 problemspelare.<sup>26</sup> Den psykiatriska samsjukligheten är omfattande och suicidrisken förhöjd. Det finns evidens för att kognitiv beteendeterapi (KBT) kan minska spelberoendets svårighetsgrad och KBT, ibland kombinerat med motiverande samtal, är den huvudsakliga, rekommenderade behandlingsformen. Vid tecken på spelproblem är det angeläget att snabbt utreda behovet av stöd och behandling, särskilt med tanke på det svåra lidande och den tydligt ökade suicidrisk som spelberoende medför. Primärvården har goda möjligheter att upptäcka och i viss mån behandla personer som har eller riskerar att utveckla ett problematiskt spelande om pengar. Det finns t.ex. flera korta frågeformulär som inte kräver särskilda förkunskaper och är enkla att använda i screeningsyfte såsom NODS-CLIP, NODS-PERC

---

<sup>24</sup> Andreasson et al (2013), Preferences Regarding Treatment for Alcohol Problems, Alcohol and Alcoholism Vol. 48, No. 6, pp. 694-699.

<sup>25</sup> Socialstyrelsen 2020-06-24, Öppna jämförelser missbruks- och beroendevården

<sup>26</sup> Folkhälsomyndighetens statistik

och Lie/Bet questionnaire.<sup>27</sup>Primärvården kan också erbjuda psykosocialt stöd vid problematiskt spelande.

#### *Förebyggande och tidiga insatser för anhöriga*

Skadligt bruk och beroende påverkar i hög grad även de människor som finns i personens närhet. Att leva nära någon som har ett skadligt bruk och beroende kan leda till psykiska och fysiska påfrestningar och ohälsa. Anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende kan därför vara i eget behov av insatser för att kunna hantera situationen. Beroende och skadligt bruk hos föräldrar kan på sikt leda till allvarliga konsekvenser för barnet. T.ex. löper barn vars förälder har vårdats för beroende fyra till sju gånger högre risk att drabbas själv. Det är viktigt att det finns förebyggande och tidiga insatser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att motverka ohälsa hos anhöriga och särskilt i familjer där det finns barn och unga<sup>28</sup>. Enligt Socialstyrelsens Öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården 2020 var det 65 procent av kommunerna som kunde erbjuda minst ett stödprogram för närstående<sup>29</sup>.

### **1.3.2 Utbudet av behandlingsinsatser vid skadligt bruk och beroende är för otillräckligt och ojämnt**

#### *Socialtjänstens insatser*

Enligt öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård 2020<sup>30</sup> kan 90% av kommunerna erbjuda minst en insats som rekommenderas i de nationella riktlinjerna, men endast ett fåtal kan erbjuda fler än så. Endast tre av tio kommuner använder systematiska bedömningsmetoder. Samtidigt är det Socialstyrelsens uppfattning att det under senare tid skett förbättringar i vården när det gäller metodkompetens, uppföljning och samverkan<sup>31</sup>. Myndigheten understryker dock att de regionala skillnaderna är stora.

---

<sup>27</sup>Charlotte Widinghoff, Anders Håkansson; <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2018/11/spelberoende-ar-en-hogaktuell-diagnos/>

<sup>28</sup> Kunskapsguiden, <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/forskning-om-konsekvenser/>

<sup>29</sup> Socialstyrelsen 2020-06-24, Öppna jämförelser missbruks- och beroendevården

<sup>30</sup> Socialstyrelsen 2020-06-24, Öppna jämförelser missbruks- och beroendevården

<sup>31</sup> Socialstyrelsen 2019 Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

IVO har i en särskild rapport från 2015 granskat bedömningar och individuell planering inom kommunernas missbruksvård.<sup>32</sup> I rapporten konstaterats att de enskildas behov i många fall inte är beskrivna i de ärenden som granskats. Även planeringar saknas i många ärenden. IVO uppmärksammar också att vissa kommuner har interna direktiv som innebär att ”hemmaplanslösningar”<sup>33</sup> ska prioriteras, något myndigheten bedömer är en generell styrning som inte är i enlighet med lagstiftningen. Enligt IVO kan hemmaplanslösningar innebära många olika saker, men innefattar inte dygnet runt vård. Hemmaplanslösningar kan vara insatser av kontrollerande form, t ex urinprov. Det kan också handla om behandling som t ex tolv-steps program. IVO har även i senare tillsynsåterföring konstaterat att socialtjänsten ibland anpassar sitt stöd utifrån vad som kan erbjudas i kommunen, snarare än efter den enskildes behov<sup>34</sup>.

#### *Hälso- och sjukvårdens insatser*

I hela riket har antalet vuxna personer som får vård för skadligt bruk och beroende enligt HSL ökat med nästan 50 % mellan 2009 och 2018<sup>35</sup>.

Tillgången till hälso- och sjukvårdsinsatser skiljer sig liksom tillgången till socialtjänstinsatser mellan olika delar av landet. Detta gäller bland annat LARO-behandling<sup>36</sup>. Antalet personer som behandlas med LARO är också färre i Sverige jämfört med Danmark och Norge<sup>37</sup>. Särskilt stor är skillnaden jämfört med Norge som har över 7000 personer i LARO-program, jämfört med Sverige som har drygt 4000 trots att antalet opioidanvändare är väsentligt fler i Sverige. Finland ligger på en liknande nivå som Sverige. Tillgång till LARO-behandling beskrivs även under avsnitt 1.3.6

Regionernas utbud av beroendevård skiljer sig också åt generellt. I regioner med större befolkningsunderlag finns specialiserade kliniker medan sådana saknas i andra regioner. I dessa fall är

---

<sup>32</sup> IVO 2015-12-01, Socialtjänstens planering och uppföljning av insatser till vuxna med missbruksproblem

<sup>34</sup> IVO, Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018

<sup>35</sup> Socialstyrelsen statistik

<sup>36</sup> Socialstyrelsen 2015 Kartläggning av verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende

<sup>37</sup> Nordiskt välfärdscenter 2019, Behandling av opioidberoende i de nordiska länderna

beroendevården en del av det allmänpsykiatriska uppdraget. På vissa orter förekommer väntetider till utredning och behandling.

När det gäller barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har utredningen fått bilden att problem med alkohol och narkotika hos barn och unga inte alltid uppmärksammas eller behandlas. Socialstyrelsen har konstaterat att av de barn som nydiagnostiserades med ADHD 2010 var det drygt 15 procent som någon gång under de följande åtta åren fick förstagångsvård för intag av beroendeframkallande substanser<sup>38</sup>. Resultatet indikerar enligt myndigheten att barn och ungdomspsykiatri i större uträkning kan behöva uppmärksamma barn och unga med ADHD som kan ha ett intag av beroendeframkallande substanser. För barn och unga med alkohol- och narkotikaproblem finns så kallade Mariamottagningar på flera håll i landet. Maria-mottagningar är specialiserade öppenvårdsenheter som vänder sig till ungdomar med risk- och missbruksproblem, där socialtjänsten och hälso- och sjukvården samverkar. Gemensamt för de flesta mottagningarna är att de erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning kring missbruk av alkohol och droger, drogtester, individuell eller familjeterapeutisk behandling samt manualbaserade behandlingsprogram. I uppdraget ingår ofta också information och rådgivning till andra verksamheter och yrkesgrupper som kommer i kontakt med ungdomar. En fördel med Maria-mottagningarna är att den unge och dennes anhöriga kan ha kontakt med en aktör som håller ihop vården. Det krävs ingen remiss för att komma till en Maria-mottagning, vilket bidrar till att verksamheten blir lättillgänglig. Utbudet är dock ojämnt och ansvaret ibland otydligt.

Utredningen beskriver nyttan med att integrera verksamheter vidare i avsnitt 1.3.5. Utredningen avser att titta vidare på frågan om utbudet och stöd i forskning för denna form av verksamhet.

#### *Vård som bedrivs på HVB-hem*

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).

---

<sup>38</sup> Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik

I 3 kap. 1 § socialtjänstförordningen (2001:937), förkortad SoF, definieras vad som avses med de olika boendeformerna. Med hem för vård eller boende avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med boende. Historiskt har både landsting och kommuner varit huvudman<sup>39</sup> för sådan institutionsvård som idag bedrivs inom HVB och det förekommer fortfarande. Vanligast är dock att kommunen upphandlar platser på HVB-hem av en privat verksamhet. År 2014 bedrevs 80% av HVB-hemmen i privat regi<sup>40</sup>. Sådan verksamhet ska enligt socialtjänstförordningen bedrivas yrkesmässigt och den är tillståndspliktig enligt 7 kap. 1 § SoL.

Socialtjänstens totala kostnader för vård av vuxna med missbruksproblem uppgick 2018 till 8,2 miljarder kronor. Av detta var knappt 3,4 miljarder (40 procent) kostnader för institutionsvård.<sup>41</sup> I denna siffra ingår även LVM vården. Till detta kommer även kostnader för vård av barn och unga. I förarbetena till socialtjänstlagen betonas att institutionsvården ska ses som en del av de samlade resurser som ska finnas inom socialtjänsten<sup>42</sup>. Det hindrar inte att vissa privata institutioner kan bedriva hälso- och sjukvård och vara anmälda till IVO som vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen<sup>43</sup>.

Av Socialtjänstförordningen 3 kap. 6 § framgår att 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, enligt tredje stycket, hem som avses i bestämmelsen ha tillgång till psykologisk expertis. Detta gäller även de verksamheter som inte är vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen.

I regionerna finns inte alltid kunskap om sådana behandlingar som ges under längre tid på behandlingshem eftersom det anses som kommunernas ansvar. Utredningens bedömning är det finns en stor risk att det brister i det medicinska ansvaret på behandlingshemmen eftersom regionerna vanligtvis inte deltar i planeringen.

---

<sup>39</sup> Se t.ex. Prop. 1996/97:124

<sup>40</sup> Socialstyrelsen 2015 kvalitet i hvb

<sup>41</sup> Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik

<sup>42</sup> Prop. 1979/80:1 Del A

<sup>43</sup> Statens institutionsstyrelse är vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen och institutionscheferna verksamhetschefer



Missbruksutredningen ansåg 2011 att det fanns kvalitetsbrister i de privata HVB-hemmens verksamhet. Man pekade exempelvis på den stora variationen i tillämpningen av behandlingsmetoder som i vissa fall inte vilade på vetenskap och beprövad erfarenhet. En annan brist var att personalens kompetens inte alltid var tillräcklig. Utredningen föreslog därför att det skulle införas en certifiering.

När det gäller barn och unga ska socialnämnden enligt 5 kap. 8 § SoL 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. Den vanligaste placeringsformen är familjehem, och den näst vanligaste HVB. År 2019 placerades omkring 7000 pojkar och 3000 flickor på HVB<sup>44</sup>, närmare 80 procent frivilligt med stöd av SoL och 20 procent med tvång enligt LVU. Drygt 800 pojkar och 400 flickor placerades också enligt LVU 12 § på Statens institutionsstyrelsens särskilda ungdomshem. Av statistiken framgår inte skälen till att barnen och ungdomarna placeras. Det finns dessutom begränsade möjligheter att följa upp vårdens kvalitet och resultat<sup>45</sup>, och saknas i stort sett helt svensk forskning som beskriver vilka barn som har nytta av institutionsvård<sup>46</sup>.

Samsjuklighetsutredningen kommer att samla in uppgifter från samtliga HVB-hem, både för barn och för vuxna, och även på andra sätt belysa området i det fortsatta arbetet.

### *Placeringar av barn och unga*

I LVU-utredningen beskrivs vårdens målgrupp med utgångspunkt från förarbeten till socialtjänstlagen. Den 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

---

<sup>44</sup> Socialstyrelsen, Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2019

<sup>45</sup> Vårdanalys 2016, Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga. Rapport 2016:5, Vårdanalys 2018, Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga. Rapport 2018:9.

<sup>46</sup> Forte 2015, Forskning i korthet #4: Barn och unga i samhällets vård – Forskning om den sociala dygnsvården. <http://forte.se/wp-content/uploads/2015/02/forskning-i-korthet-barn-och-unga-i-samhallets-varld.pdf>

barn och unga som är asylsökande eller har fått uppehållstillstånd är också en del av gruppen. Även barn med stora problem i skolsituationen föranledda av en social problematik kan ingå. Däremot menar LVU-utredningen att psykisk ohälsa eller störning hos barn och unga ligger utanför socialtjänstens kompetensområde om det inte finns en samtidig social problematik<sup>47</sup>. Samtidigt visar flera studier att den psykiska ohälsan hos placerade barn och unga är hög, bland annat är förekomsten av ångest och ADHD betydligt högre än bland barn och unga som inte är placerade<sup>48</sup>. Trots detta finns det mycket som tyder på att barn och unga som vårdas på HVB inte får tillgång till hälso- och sjukvård på samma villkor som andra barn och unga<sup>49</sup>.

Socialstyrelsen har därför fått i uppdrag att bland annat 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<sup>50</sup>. I ett par län finns också ett pågående arbete som syftar till att starta upp HVB som drivs av region och kommuner gemensamt. I t.ex. Östergötland har det beslutats om ett sådant HVB med syfte att erbjuda ungdomar med särskilda behov samordnade insatser från barn- och ungdomspsykiatri och respektive kommuns socialtjänst. Det är i dagsläget oklart om verksamheten har startats upp ännu. Utredningen avser följa utvecklingen av uppstartande av gemensamma HVB.

Situationen för unga som vistas på HVB-hem som bedrivs Statens Institutionsstyrelse beskrivs närmare i avsnitt 1.3.7.

### **1.3.3 Tillgången till kunskapsbaserade återhämtningsinriktade insatser är för låg**

En erfarenhet som återkommande förmedlats till utredningen är att det i för liten grad erbjuds insatser som stödjer den enskilde att utveckla sina resurser tillsammans med andra, ha ett stabilt boende

---

<sup>47</sup> SOU 2015:71, Utredningen om tvångsvård för barn och unga. Barn och ungas rätt till skydd och god vård. Stockholm: Socialdepartementet, sid. 162-164.

<sup>48</sup> Socialstyrelsen 2014, Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar.

<sup>49</sup> Socialstyrelsen 2019-2-12, Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård.

<sup>50</sup> 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.

och en meningsfull vardag. Personer med samsjuklighet beskriver ofta att det är avsaknaden av sådana insatser som gör att man återfaller i skadligt bruk till exempel efter en vistelse på behandlingshem.

Personer med samsjuklighet upplever också ofta att man saknar möjlighet att vara delaktig i de beslut som fattas kring ens livssituation och vardag. Ibland uppfattar man att total drogfrihet är de enda mål som räknas för verksamheterna, medan ökad psykisk och fysisk hälsa, eller förbättrad livskvalitet får för lite uppmärksamhet. Samtidigt förmedlar vissa personer att de möts av just en sådan helhetssyn, ofta inom socialtjänsten, och att det varit av avgörande betydelse. Andra har upplevt ett sådant bemötande av brukarföreningar eller andra aktörer i civilsamhället.

Utredningen vill pröva att använda begreppet återhämtningsinriktade insatser för att betona vikten av åtgärder planeras och genomförs utifrån den enskildes person, behov och resurser. Ett annat syfte med att använda begreppet är att det understryker att den enskilde utvecklas i samspel med sin närmaste omgivning och med samhället i övrigt. I ett återhämtningsinriktat arbetssätt ingår också åtgärder för att förändra negativa attityder mot personer med beroende eller psykisk sjukdom, minska stigmatisering och fokusera på ett gott bemötande.

I forskning har återhämtning beskrivits som en individuell process som sker i ett socialt sammanhang<sup>51</sup>. Det har även utifrån intervjustudier med personer som använder narkotika pekats på att processen ofta påbörjats långt innan personen hittat lösningen på sina drogproblem<sup>52</sup>.

Återhämtning är också ett etablerat begrepp inom området psykisk hälsa och ohälsa. Bland annat används begreppet i de nationella riktlinjerna för schizofreni. Syftet där är att betona vikten av delat beslutsfattande och att verksamheterna arbetar på ett sätt som förmedlar hopp<sup>53</sup>.

Det finns flera metoder, som har stöd i forskning, när det gäller den enskildes boende, arbete, sysselsättning och vardagsliv. I de nationella riktlinjerna rekommenderas IPS-modellen som syftar att

---

<sup>51</sup> McIntosh och McKeganley 2002, Beating the dragon: The recovery from dependent drug use

<sup>52</sup> Kristianssen 1999, Fri från Narkotika

<sup>53</sup> Socialstyrelsen 2018, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

ge den enskilde stöd i arbetsrehabilitering som är personligt anpassat, ges på arbetsplatsen och pågår så länge den enskilde har behov av det. Modellen bygger i sin ursprungliga form på att den enskilde får ett ordinarie lönearbete. 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 nyss publicerad rapport från SBU drar dock slutsatsen att modellen är effektiv även i en svensk kontext<sup>54</sup>.

Andelen kommuner som erbjuder IPS-modellen är närmare 40% även om en minskning skedde mellan 2019 och 2020<sup>55</sup>. I vilken mån de insatser som ges riktas bara till personer med psykisk funktionsnedsättning, personer med missbruk och beroende eller personer med samsjuklighet framgår inte av tillgängliga data. En förstudie, 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 att myndigheterna gör olika bedömningar av arbetsförmåga och osäkerhet om ekonomiska konsekvenser vid visad arbetsförmåga, brist på samordning och osäkerhet i tolkningen av existerande regelverk, utformning av samhällstjänster som inte möter målgruppens behov (exempelvis digitalisering inom Arbetsförmedlingen) och regelverk som försvårar möjlighet till individuell anpassning<sup>56</sup>.

I riktlinjerna rekommenderas också hälso- och sjukvården och socialtjänsten att erbjuda personellt boendestöd till personer med missbruk och beroende. Det är ett individuellt anpassat stöd som kan vara både praktiskt och socialt. Insatsen ska underlätta vardagen i boendet och minska risken för vräkningar. Forskningsstödet för insatsen är svagt och både i riktlinjerna och i den vetenskapliga referensgruppen har framförts att det är angeläget med ytterligare forskning.

När det gäller insatser till personer som är hemlösa rekommenderas insatsen Bostad Först eller vårdkedja. Bostad Först

---

<sup>54</sup> SBU, Individanpassat stöd till arbete (IPS) för personer med psykisk funktionsnedsättning, 2020

<sup>55</sup> Socialstyrelsen 2019, Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning

<sup>56</sup> RISE och SKR 2019, Förstudie: IPS och sociala utfallskontrakt – Stockholm. En rapport av RISE Research Institutes of Sweden och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

innebär att personen får ett hyreskontrakt och sedan de vård- och stödinsatser för beroende och psykisk ohälsa som behövs. Boendeinsatser i form av vårdkedja innebär istället att bakomliggande problematik behandlas först och att personen därefter erbjuds en bostad. Vanligast är dock fortfarande 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<sup>57</sup>. Att boendetrappa är det vanligaste sättet att organisera boendeinsatser till hemlösa kan sannolikt i stor utsträckning förklaras av bristande tillgång till bostäder. Enligt Boverkets senaste mätning uppgav drygt 70 procent av kommunerna (212 kommuner) att det rådde underskott på bostäder i kommunen<sup>58</sup>. Men även i kommuner med balans eller överskott på bostäder finns en sekundär bostadsmarknad med kommunala andrahandskontrakt, vilket pekar på att en del av förklaringen är fastighetsägares höga trösklar för att personer ska få egna bostadskontrakt<sup>59</sup>.

Personens familj och sammanhang spelar stor roll i en återhämtningsprocess. Anhöriga som utredningen samtalat med upplever sig ofta diskvalificerade och som att deras erfarenheter inte efterfrågas. I de nationella riktlinjerna rekommenderas vissa metoder för att stödja anhöriga att hantera sin situation och för att kunna motivera en närstående till behandling. År 2017 angav 35 % av kommunerna att de erbjöd minst en stödinsats till anhöriga till personer med missbruk och beroende<sup>60</sup>.

De senaste åren har det blivit vanligare att anställa personer med egen patient- eller brukarerfarenhet, främst i verksamheter för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning, men också i beroendevården. De kan ibland ha i uppdrag att arbeta övergripande med inflytandefrågor och kallas då ofta BISAM<sup>61</sup>. De kan också ha uppdrag som peer supportter där den egna erfarenhet används för att spegla, stödja och förmedla hopp till en person som

---

<sup>57</sup> Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

<sup>58</sup> Boverket 2020, <https://www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/nyheter/212-av-290-kommuner-har-fortfarande-brist-pa-bostader/>

<sup>59</sup> Boverket 2010, Trösklar till bostadsmarknaden. Om hemlöshet som ett bostadsmarknadsproblem

<sup>60</sup> Socialstyrelsen, Öppna Jämförelser missbruk och beroende 2017

<sup>61</sup> Brukarinflytandesamordnare

befinner sig i en återhämtningsprocess. Utredningen kommer i det fortsatta arbetet utreda om detta är insatser som behöver prövas i större skala och utvärderas systematiskt för att fler ska få tillgång till dem.

#### **1.3.4 Hälso- och sjukvården behandlar inte beroende och annan psykiatrisk sjukdom samtidigt**

Skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska sjukdomstillstånd ska enligt de nationella riktlinjerna behandlas samtidigt och integrerat<sup>62</sup>. För personer med svår psykisk sjukdom har integrerade insatser prioriteringsgrad tre och för personer med depression prioriteringsgrad sex. I riktlinjerna konstateras visserligen att man kan behöva vänta med behandling för det psykiatriska tillståndet några dagar, upp till några veckor tills man uteslutit att symtomen inte bara är substansrelaterade.

Uppfattningen hos personer med samsjuklighet och anhöriga 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. Anhöriga som utredningen har varit i kontakt med beskriver att när utredning inte är möjlig på grund av pågående missbruk ges inte heller behandling och personens kontakt upphör. I flera exempel som utredningen har tagit del av har det gällt personer med återkommande psykosgenombrott och tvångsvård som följd.

Erfarenheten som finns hos personer med samsjuklighet och anhöriga har även bekräftats genom samtal som utredningen fört med företrädare för beroendevården, primärvården och socialtjänsten. Det redovisas även sådana erfarenheter i Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighetsområdet 2019<sup>63</sup>. Att tillstånden inte behandlas samtidigt är inte heller någon ny erfarenhet utan har även tagits upp i äldre utredningar som i Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande 2006<sup>64</sup> och i Missbruksutredningen 2011<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup> Samma starka rekommendation för samtidig behandling finns i riktlinjerna för schizofreni

<sup>63</sup> Socialstyrelsen 2019, Nationella riktlinjerna

<sup>64</sup> SOU 2006:100, Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder

<sup>65</sup> SOU 2011:35, Bättre insatser vid missbruk och beroende

Utredningens preliminära slutsats blir därför att hälso- och sjukvården inte erbjuder samtidig behandling för de olika psykiatriska tillstånden på det sätt som rekommenderas i nationella riktlinjer. I den enkät som samtliga regioner får möjlighet att besvara ställs frågor om detta, och utredningen kommer också inhämta ytterligare underlag på området genom i sin fortsatta materialinsamling.

I den vetenskapliga referensgruppen har det även framförts att det finns en stor grupp personer med samsjuklighet i primärvård och psykiatri vars beroende inte är känt för att det inte frågas efter det, och för att patienten döljer sitt missbruk bland annat för att inte uteslutas för behandling. Detta har även stöd i forskning. Studier har visat att omkring 20–30 procent av patienterna inom psykiatriens öppenvård har ett riskbruk av alkohol<sup>66</sup>. 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 personalen som uppger att de genomför screening och drygt 30 procent som ger behandling<sup>67</sup>.

### **1.3.5 Integrerade verksamheter erbjuds inte i tillräcklig utsträckning och nuvarande regelverk är inte ändamålsenligt**

Personer med samsjuklighet och anhöriga har i dialog med utredningen beskrivit att man har kontakt med ett stort antal aktörer, i något exempel ett tjugotal under bara några veckor. Insatserna i dessa exempel avbryts ofta och relationer blir svåra att upprätthålla. Personer med sådana erfarenheter efterfrågar sammanhållna verksamheter där olika kompetenser finns samlade i samma organisation.

---

<sup>66</sup> 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

<sup>67</sup> Sundström et al. *Addict Sci Clin Pract* (2019) 14:10.

Sådana arbetssätt har också stöd i forskning. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder case-management<sup>68</sup> i form av integrerade eller samverkande team enligt ACT-modellen till personer med missbruk och beroende och samtidigt svår psykisk sjukdom. ACT är en resurskrävande modell med hög intensitet i kontakten med den enskilde och hög grad av samordning. 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. Modellen har dock en lägre grad av intensitet och samordning än ACT-modellen.

Även i Nationella riktlinjerna för vård och behandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd<sup>69</sup> rekommenderas att case management ska erbjudas alla i målgruppen. ACT-modellen ska erbjudas de med omfattande funktionshinder och nedsatt förmåga att delta i vård och medverka i samhällslivet. Enligt schizofreniriktlinjerna bör FACT som är en annan mindre intensiv samordningsmodell endast erbjudas inom ramen för forskning och utveckling.

När SKR gjorde en inventering 2015 identifierade man ett 20-tal verksamheter i 11 län som hade någon sorts integrerad verksamhet för personer med psykisk sjukdom och 7 team i tre län som bedrev ACT-verksamhet<sup>70</sup>. Samsjuklighetsutredningen kommer genom den pågående kartläggningen kunna ge en aktuell bild av antalet integrerade verksamheter. Intrycket så här långt är att det finns få sådana verksamheter och att de flesta finns i storstäderna.

Utredningen har fört dialog med flera sådana verksamheter i Malmö och Göteborg och kan konstatera att dessa upplever att det finns hinder i regelverk för att arbeta gränsöverskridande och tillvarata kompetensområden som både hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten har ansvar för. Det gäller möjlighet att ta del av information och dokumentera i gemensamma system. Ibland

---

<sup>68</sup> Case-management är ett samlingsbegrepp för olika stödmodeller som ska fungera som ramverk för att den enskilde får den vård och stöd som han eller hon behöver. Socialstyrelsen 2018

<sup>69</sup> Socialstyrelsen 2018 Nationella riktlinjer vård och behandling av schizofreni och schizofreniliknande tillstånd

<sup>70</sup> SKR 2015, Uppdrag psykisk hälsa, Kartläggning om integrerade verksamheter



uppkommer också frågor kring hur arbetsmiljö- och arbetsledningssuppgifter kan fördelas när medarbetarna har sina grundanställningar i olika verksamheter. Den ekonomiska och organisatoriska styrningen av vård och omsorg medverkar också till svårigheterna med att driva integrerade verksamheter. Personer som arbetar i verksamheterna har också lyft problem kopplade till den interna samverkan inom socialtjänsten och beslutsmandat, där de som arbetar i de integrerade verksamheten saknar beslutsmandat i vissa frågor som hanteras i andra delar av kommunens förvaltning, som till exempel ekonomiskt bistånd. Vissa beslut måste också tas politiskt i socialnämnden.

Utredningen konstaterar sammanfattningsvis att det finns ett stort behov av integrerade verksamheter och att dessa har starkt stöd i forskning. Tillgången till sådan verksamhet förefaller emellertid vara låg och gällande regelverk stödjer inte sådana arbetsätt i tillräcklig grad.

### **1.3.6 Det hälsofrämjande och skadereducerande perspektivet är för svagt**

#### *Stor överdödlighet och eftersatt hälsa*

Personer med skadligt bruk och beroende är liksom personer med psykisk sjukdom överrepresenterade när det gäller självmord och självmordsförsök jämfört med befolkningen i övrigt. Det finns studier som pekar på att samsjuklighet är en särskild riskfaktor. Hos alkoholberoende personer som tagit sitt liv är samtidig depression vanlig, upp till 75 procent<sup>71</sup>.

Bland personer med beroende och psykisk sjukdom finns en markant överdödlighet. Personer med narkotikamissbruk har 25 års lägre medellivslängd och personer som vårdas för psykosjukdom 15 års lägre medellivslängd än övriga befolkningen<sup>72</sup>. 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<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> Agneta Öjehagen

<sup>72</sup> Torgersson, Risö Berglind, 2017

<sup>73</sup> Michael Roerecke & Jürgen Rehm. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. 2013, doi:10.1111/add.12231

Det saknas i hög grad uppgifter om somatisk hälsa och ohälsa och tillgång till behandling som specifikt avser personer med samsjuklighet. Däremot finns en relativ stor mängd data som beskriver sådana förhållanden hos personer med psykisk sjukdom. Det finns också vissa uppgifter som gäller personer som fått vård för skadligt bruk och beroende men utan konstaterad samsjuklighet.

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<sup>74</sup>. Sannolikt är orsaken att personer med psykossjukdom mer sällan får adekvat behandling. Exempelvis behandlas<sup>75</sup> personer som har diabetes och har vårdats för psykos i mindre omfattning med blodfettsänkande läkemedel. Samma förhållande gäller för diabetiker med samtidigt alkohol- och narkotikamissbruk. Skillnaden mellan personer som har vårdats för psykos och övriga patienter har också påvisats när det gäller annan somatisk behandling<sup>76</sup>. Ojämligheten i somatiska vårdinsatser gäller också personer som vårdats för depression men där är skillnaderna mindre mellan gruppen och befolkningen i övrigt.

Även personer med beroendesjukdom har som konstaterats ovan en betydande översjuklighet. Detta har exempelvis påvisats när det gäller substitutionsbehandlade patienter. Vissa studier visar att så stor andel som 80–90 % i den gruppen är rökare och en stor andel har sjukdomar som hypertoni, diabetes och astma/kol<sup>77</sup>. En majoritet har hepatit C.

Vissa grupper drabbas i högre utsträckning av ohälsa eller konsekvenser av ohälsan, än andra. Utredningen har i samtal med civilsamhällesorganisationer, fått denna bild bekräftat. T.ex. har ensamkommande barn och ungdomar i högre utsträckning fått psykiatrisk vård jämfört med andra unga som kommit till Sverige och jämfört med inrikes födda.<sup>78</sup> För personer som saknar uppehållstillstånd, finns särskilda problem då de har rätt till vård som inte kan anstå men inte motsvarande socialtjänstinsatser. Vissa grupper med samsjuklighet befinner sig i en särskild utsatt situation.

---

<sup>74</sup> Socialstyrelsen 2011, Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom

<sup>75</sup> Liknande uppgifter om behandling av lägre kvalitet finns bl.a. när det gäller stroke och hjärtsjukdom

<sup>76</sup> Statistiken avser uthämtade och inte förskrivna recept

<sup>77</sup> Läkartidningen 2016, <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/rapport/2016/10/egen-primarvard-for-patienter-med-substitutionsbehandling/>

<sup>78</sup> Folkhälsomyndighetens statistik

Studier har visat att våld är ett vanligt inslag i kvinnors, som har ett skadligt bruk, vardag. Kvinnorna möts inte sällan av oförståelse och okunskap och utsätts ibland för kränkningar och våld av de samhällsinstanser som ska ge dem stöd och hjälp.<sup>79</sup> Barn som är anhöriga till personer med samsjuklighet är en annan särskilt utsatt grupp som behöver uppmärksammas mer i t.ex. det skadereducerande arbetet.

### *Dödlighet i överdos*

Bland personer som är beroende av narkotika är samsjuklighet vanligt. Det blir därför relevant att beskriva den betydande risken att dö i överdos som narkotikaberoende löper. Mellan 2004 och 2015 skedde också en nästan tredubblad ökning av antalet avlidna till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar i Sverige<sup>80</sup>. Under samma period har antalet vårdade på sjukhus med narkotikadiagnos också ökat. Trenden i Sverige med en ökning av antalet narkotikarelaterade dödsfall är stark jämfört med andra länder, även om skillnader i mätmetoder alltid måste beaktas. Sverige har också bland den högsta narkotikadödligheten i EU med cirka 100 dödsfall per år och per en miljon innevånare, även om jämförelser mellan olika länder alltid är svåra att göra eftersom rapporteringen sker på olika sätt.

Antalet dödsfall på grund av överdos minskade dock i Sverige mellan 2017 och 2018. Främst var det dödsfall till följd av fentanylbaserade substanser som var färre 2018. En studie vid Malmö Universitet har sammanställt vissa data kring personer som dött av överdoser av heroin, metadon, buprenorphine och fentanyl<sup>81</sup>. Studien visar att personerna ofta var ensamma när döden inträffade och att en stor majoritet hade haft kontakt med stöd- och vårdgivare inte så långt tid före sin död. Detta indikerar att det kan finnas tillfällen för vården att uppmärksamma och åtgärda risken att dö i överdos. Dödligheten i överdos skiljer sig åt mellan olika regioner.

### *Tillgången till hälsofrämjande insatser*

---

<sup>79</sup>Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK),;

<sup>80</sup>Folkhälsomyndigheten2020, <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/narkotikarelaterad-dodlighet/>

<sup>81</sup> Lisa Andersson m.fl. 2020, Investigating opioid-related fatalities in southern Sweden: contact with care-providing authorities and comparison of substances

Samsjuklighetsutredningen har inte uppgifter om i vilken utsträckning personer med samsjuklighet får tillgång till adekvat somatisk vård och hälsofrämjande insatser. Inom psykiatri har insikten ökat de senaste åren om att somatisk ohälsa behöver uppmärksammas. Bland annat har det skett genom att samarbetet mellan olika vårdgrenar utvecklats<sup>82</sup>. Det finns också exempel på hur en rökfri psykiatri har eftersträvats bland annat genom att personal och patienter fått hjälp med rökavvänjning<sup>83</sup>.

Även vissa beroendemottagningar som t.ex. Riddargatan 1 i Stockholm erbjuder hjälp att sluta röka som en integrerad del av behandlingen. Det är i enlighet med studier som visar på 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<sup>84</sup>.

Även inom ramen för sprutbytesverksamhet ges råd om hälsa och viss somatisk behandling. Flera sprutbyten har barnmorskor knutna till sig. I Malmö har ett projekt genomfört där personer som LARO-behandlats hänvisats till vissa vårdcentraler med kompetens och resurser att möta gruppens behov.

#### *Tillgången till skadereducerande insatser vid narkotikaanvändning*

När det gäller tillgången till insatser som kan minska skadeverkningarna av narkotikaanvändning, som till exempel Naloxon och sprutbyte skiljer det sig åt mellan olika regioner och inom regioner.

Naloxon är en substans som häver effekterna av opioider (t.ex. morfin och heroin)<sup>85</sup>. Läkemedlet är godkänt för intravenös eller intramuskulär injektion och som nässpray. Efter att Socialstyrelsen och Läkemedelsverket ändrat i föreskrifter 2018 får läkemedlet förskrivas av sjuksköterskor, delas ut direkt till personer som använder opioider, samt administreras av räddningstjänst och icke-legitimerad ambulanspersonal. Genom en uppdatering av de nationella riktlinjerna 2019 ges också hälso- och sjukvården en stark

---

<sup>82</sup> Torgerson J, Risö Berglind L, Markant somatisk översjuklighet vid allvarlig psykisk sjukdom, Läkartidningen 2018:09

<sup>83</sup> Psykologer mot tobak m.fl., Rådgivning och tobaksavvänjning i psykiatri, beroendevård och socialtjänst, 2015,

<sup>84</sup> Prochaska m.fl. A Meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance use treatment, Journal of consulting and clinical psychology, 72 (6) s 1144-1156

<sup>85</sup> Socialstyrelsen, Meddelandeblad nr 5, 2018

rekommendation att erbjuda Naloxon och utbildning till personer med risk för opioidöverdos att använda läkemedlet.

Idag är det inte möjligt att dela ut Naloxon till andra än de personer som använder opioider och har kontakt med sjukvården. Närsprayen får inte ges till anhöriga, våktare, poliser, opioidanvändare som inte har någon vårdkontakt eller andra som kan komma i tidig kontakt med personer som har överdoserat, exempelvis personal på behandlingshem. Medlet finns bara tillgängligt på vissa utlämningsställen och kan inte som i vissa andra länder hämtas på apotek. Socialstyrelsen gör under våren 2021 en uppföljning som bland annat omfattar tillgänglighet av Naloxon. Samsjuklighetsutredningen bedömer att den kan ge underlag för vidare ställningstaganden kring om, och i så fall hur, tillgången till Naloxon bör förstärkas ytterligare.

År 2019 erbjöd 16 av 21 regioner sprutbyte<sup>86</sup> visar den uppföljning som Socialstyrelsen gjort av en lagändring som genomfördes 2017. Det är väsentligt fler än innan lagändringen som bl.a. innebar att kommunernas möjlighet att motsätta sig sådan verksamhet togs bort. Av Socialstyrelsens rapport framgår dock inte hur stor verksamheten är i respektive region och om den täcker de behov som finns. Socialstyrelsen föreslår i rapporten att den regel som innebär att endast personer bosatta i regionen får byta sprutor ska tas bort.

Tillgången till sprutbyte lägre i Sverige än i Finland, Norge och Danmark<sup>87</sup>. I Finland är kommunerna skyldiga att erbjuda sprutbyte.

att erbjuda sprutbyte.<sup>88</sup>

I vissa andra länder finns skadereducerande insatser som inte är tillåtna i Sverige. Ett sådant exempel är drogkonsumtionsrum där personer som injicerar narkotika kan göra det i för ändamålet särskilt avsedda miljöer under övervakning av hälso- och sjukvårdspersonal. Det finns stark evidens för att det är en åtgärd som gör att personer i målgruppen skapar och upprätthåller relationer till hälso- och

---

<sup>86</sup> Socialstyrelsen 2019, Ändringar i lagen om sprutor och kanyler

<sup>87</sup> Jakobsson 2019, Lågröskelmottagningen i Norrbotten, PP på webbplats, [www.nllplus.se](http://www.nllplus.se)

<sup>88</sup> Folkhälsomyndigheten 2019, Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatiter i Sverige

sjukvården<sup>89</sup>. 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 injektionsrum. Folkhälsomyndigheten har föreslagit att behovet av och förutsättningarna för drogkonsumtionsrum ska utredas<sup>90</sup>. Om behoven finns och förutsättningarna bedöms goda föreslår myndigheten ett pilotprojekt som sedan utvärderas.

Möjligtvis kan det även anses som en skadereducerande insats att erbjuda LARO-behandling till personer med sidomissbruk och dålig prognos att bli drogfri trots behandling. Även om den föreskrift som gäller sedan 2016 ger stort utrymme för den kliniska bedömningen i varje enskilt fall, är det ändå inte självklart att en sådan behandling är i enlighet med gällande regelverk. Att förskriva läkemedel på det sättet ställer också höga krav på patientsäkerhetsrisken och risken för läckage bedöms på rätt sätt.

#### *Sammanfattande bedömning när det gäller det hälsofrämjande och skadereducerande insatser*

Samsjuklighetsutredningen konstaterar sammanfattningsvis att det finns flera positiva exempel där vården stödjer somatisk hälsa och hälsofrämjande levnadsvanor hos personer med psykisk sjukdom respektive skadligt bruk och beroende. Dessa är emellertid inte tillräckliga och behöver enligt utredningen utvärderas och spridas vidare till andra verksamheter.

De senaste åren har också tillgången till skadereducerande insatser ökat och regelverket behovsanpassats och moderniserats. Emellertid saknar ett antal regioner sprutbyten, vissa nyckelgrupper har inte möjlighet att dela ut Naloxon och vissa skadereducerande insatser finns inte i Sverige. Det skadereducerande perspektivet behöver emellertid förstärkas ytterligare. Samsjuklighetsutredningen kommer i sitt vidare arbete undersöka om det krävs ytterligare åtgärder i lagstiftningen eller om de åtgärder som redan har vidtagits kommer att ha tillräcklig effekt på sikt.

---

<sup>89</sup>[https://www.emedda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD\\_Drug%20consumption%20rooms.pdf](https://www.emedda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf)

<sup>90</sup> Folkhälsomyndigheten 2020, Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika

### 1.3.7 Tvångsvården kan behöva bli mer behovsanpassad

#### *Tvångsvård enligt LVM*

Förvaltningsrätten kan på ansökan från socialtjänsten besluta om tvångsvård av en person enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Syftet med vården är att motivera den som har ett missbruk så att han eller hon kan antas vara i stånd att medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Detta innebär enligt lagens förarbeten både ett långsiktigt mål – frihet från missbruk – och ett kortsiktigt som direkt gäller för LVM-vården – motivation till frivillig vård. Genom vården uppnår man dessutom den effekten att ett fortgående missbruk avbryts.

Mellan 2009 och 2018 har antalet personer som vårdas enligt LVM legat relativt stabilt<sup>91</sup>. Mellan 2018 och 2019 ses en viss ökning. För att se det som ett trenderbrott behöver emellertid förändringar följas över tid.

LVM-vården ska som huvudregel inledas på sjukhus. Behöver någon därutöver sjukhusvård under vårdtiden ska han eller hon också ges tillfälle till sådan vård. Utredningen har inte i dagsläget någon bild av i vilken utsträckning det sker.

Verksamhetschefen vid den sjukhusenhet där den enskilde vistas har genom 24 § LVM en skyldighet att genast underrätta socialnämnden eller SiS om den enskilde önskar lämna eller redan har lämnat sjukhuset. För att säkerställa LVM-vården har verksamhetschefen också getts befogenhet att hindra den enskilde från att lämna sjukhuset under den tid som behövs för att han eller hon ska kunna föras över till ett LVM-hem. Bestämmelsen innebär inte att den enskilde får behandlas mot sin vilja eller kvarhållas i behandlingssyfte. Syftet är enbart att skaffa garantier för att av förvaltningsrätten beslutad LVM-vård ska kunna genomföras och garantier för att den enskilde omedelbart förs till det LVM-hem där han eller hon är inskriven. I förarbetena har påtalats att patientens önskemål att avstå från behandling och vistelse på sjukhus alltid ska respekteras såvitt inte förutsättningar för LPT föreligger. Till utredningen har emellertid företrädare för hälso- och sjukvården framfört att det ofta upplevs som oklart vilka åtgärder vården kan

---

<sup>91</sup> Socialstyrelsen 2020, Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019

vidta för att en person som väntar på LVM-placering ska kvarstanna på sjukhus. Utredningens intryck efter samtal med vårdpersonal och personer som LVM-vårdats är att det endast ges akut medicinska insatser under tiden på sjukhus.

Efter den inledande vården på sjukhus placeras personen på en institution som drivs av Statens institutionsstyrelse. Finansieringen av institutionerna sker genom vårdavgifter från kommunerna.

### *Samsjuklighet och behovsanpassning i LVM-vården*

Under 2019 togs 927 personer in på SiS LVM-hem, varav 297 kvinnor och 630 män<sup>92</sup>. För brukare med den mest komplexa problematiken, såsom personer som injicerar narkotika, är slutenvård och tvångsvård vanligare än öppenvård vilket exempelvis framgår av ASI-data enligt Socialstyrelsen<sup>93</sup>. Samtliga personer som skrivs in på institution får svara på ett antal frågor i det systematiska bedömningsinstrumentet DOK. Uppgifter om de personer som skrevs in 2019 tyder på en betydande psykisk ohälsa. Nästan 80 % hade upplevt sömn- eller koncentrationssvårigheter de senaste 6 månaderna. En fjärdedel hade upplevt hallucinationer eller tvångstankar under samma tidsperiod. Nästan hälften hade någon gång utretts för ADHD. Av annan statistik följer att nästan 40 % någon gång vårdats inom psykiatri.

I lagen och dess förarbeten har det betonats att tvångsvården ska ses som en del av en hel vårdkedja och inte som en isolerad insats. SIS har därför en underrättelse- och samrådsskyldighet med socialnämnden under vårdtiden. Socialnämnden har enligt 30 § en skyldighet att aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad, arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk.

Personer som själva har varit omhändertagna har till utredningen uttryckt att de uppfattar att det ofta saknas ett vårdinnehåll på institutionerna och att det upplevs som förvaring. Vissa menar att det har förekommit droger under vårdtiden. En återkommande

---

<sup>92</sup> SIS 2020, Personer intagna på LVM-hem 2019

<sup>93</sup>Socialstyrelsen, Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2020



erfarenhet är att det känts svårt att hitta ett sammanhang och skapa möjligheter till återhämtning efter utskrivningen.

En fråga som lyfts bland annat i den vetenskapliga referensgruppen, och som utredningen anser att det finns skäl att belysa närmare, är om LVM-vården är tillräckligt behovsanpassad. Bland annat gäller det möjligheten att kombinera psykiatrisk behandling med behandling för skadligt bruk och beroende.

SIS har en särskild institution, Runnagården, som tar emot personer med samsjuklighet. Huvudsakligen ska dock patienternas behov av psykiatrisk behandling tillgodoses genom samverkan mellan SiS och den psykiatriska vården. Utredningens intryck så här långt är att det ibland brister, främst för att ansvarig verksamhet i patientens hemregion inte i tillräcklig grad deltar i planering och uppföljning av vården.

Ett annat perspektiv på behovsanpassning är att vården ska kunna ges i olika former och att insatserna anpassas under vårdens gång. Enligt 27 § LVM ska SiS, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att de intagna ska ges tillfälle att vårdas utanför LVM-hemmet för vård i en annan form. Det innebär att personen fortfarande är inskriven i LVM-vården men vistas någon annanstans än på institutionen. Socialnämnden är skyldig att se till att sådan anordnas. Innan vård i annan form påbörjas ska socialnämnden i samråd med den intagne och SiS upprätta en plan för den fortsatta vården (28 § LVM).

Nära 80% av de intagna får någon gång under inskrivningen vård i en annan form enligt 27 § LVM. Missbruksutredningen jämförde vårdformen med öppen psykiatrisk tvångsvård och kom till slutsatsen att den senare var mer tydligt reglerad och gav större möjlighet att förena vården med vissa villkor<sup>94</sup>.

Även syftet med tvångsvården kan enligt samsjuklighetsutredningens mening behöva prövas mot möjligheten till behovsanpassning. Enligt LVM ska tvångsvården syfta till att 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. Samsjuklighetsutredningen anser att det behöver analyseras om tvångsvård ska kunna ske också i andra eller flera syften. Ett långsiktigt syfte behöver kanske inte vara att komma

---

<sup>94</sup> SOU 2011:35 s. 312 f., Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individens kunskapen och ansvaret

ifrån missbruket utan i stället att uppnå sådana mål att man kan tala om en förbättrad livskvalitet i form av exempelvis förbättrad fysisk eller psykisk hälsa och/eller en stabilare social situation.

Övergången från tvångsvård till frivillig vård innebär ofta problem. Gerdner och Berglund redovisade till Missbruksutredningen en genomgång av olika studier om tvångsvårdens effekt och kvalitet. Bland annat konstaterades att mortalitetsstudier visade en kraftig överdödlighet för LVM-omhändertagna. Frivilligt intagna på LVM-institutioner hade dock samma höga överdödlighet, vilket ansågs indikera att tvånget i sig inte var en försvårande omständighet.<sup>95</sup> I en pågående studie från 2019 följs cirka 2600 individer där dödligheten bland personer som vårdats enligt LVM undersöks.<sup>96</sup>

### *Tvångsvård enligt LVU och LSU*

SiS ansvarar även för de särskilda ungdomshemmen som bedriver vård och behandling av ungdomar som är omhändertagna enligt LVU eller enligt 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 enligt socialtjänstlagen.

Varje år placeras ungefär 1000 ungdomar hos SiS på en akut-, utrednings- eller behandlingsavdelning beroende på vilken insats socialtjänsten efterfrågar.

Under 2018 togs 1107 enskilda personer in på SiS ungdomshem. I SiS statistik för det aktuella året ingår uppgifter för 771 av dem, 243 flickor (32 %) och 528 pojkar (68 %). Den vanligaste orsaken till att en intervju inte kunnat genomföras var språksvårigheter. Cirka 40 procent av ungdomarna var födda i ett annat land än Sverige och drygt hälften av de intagna hade svenska som modersmål.<sup>97</sup>

71 procent av de intagna ungdomarna placerades på grund av missbruk. I direkt anslutning till intagningen på SiS kom 25 procent

---

<sup>95</sup> SOU 2011:35 s. 719 Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individerna, kunskapen och ansvaret..

<sup>96</sup> Statens institutionsstyrelse, Institutionsvård i fokus nr 5 2020, Räddar tvångsvården liv? Dödlighet och vårdens tillgänglighet i samband med vård enligt LVM eller LPT Anders Ledberg.

<sup>97</sup> Statens institutionsstyrelse, Institutionsvård i fokus Nr 2 2019, Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2018.

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.<sup>98</sup> På uppdrag av regeringen<sup>99</sup> förbereder och samordnar Socialstyrelsen för närvarande ett utvecklingsarbete där en integrerad vårdform, där den sociala och psykiatriska vården ges samtidigt av ett tvärprofessionellt team, ska prövas på ett antal ungdomshem i samarbete med Region Skåne, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen<sup>100</sup>.

### *En integrerad tvångslagstiftning?*

Både LVM och LVU är vårdlagar och undantagslagar inom socialtjänstlagstiftningen. Vad särskilt gäller LVM är den tänkt att användas i ett sådant skede att det finns möjlighet att bedriva en utredning i enlighet med det ordinära utredningsförfarandet som regleras i lagen. Endast i fall då rättens beslut om vård inte kan avvaktas har socialnämnden befogenhet att omedelbart omhänderta den enskilde för vård (13 §). 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 föregicks av ett omedelbart omhändertagande. Motsvarande för LVU var nästan 50 procent. Orsaken till denna utveckling är inte något som utredningen hittills identifierat.

Ett av samsjuklighetsutredningens uppdrag är att analysera för och nackdelar med en integrerad tvångsvårdslagstiftning. En möjlig slutsats så här långt är att om tvångsvård för missbruk och beroende bedrevs integrerat med tvångsvård på grund av allvarlig psykisk störning skulle behovet av hälso- och sjukvård som är stort kunna tillgodoses bättre. Samtidigt är vårdtiderna enligt LPT mycket korta

---

<sup>98</sup> Statens institutionsstyrelse, Institutionsvård i fokus Nr 2 2019, Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2018 s. 64.

<sup>99</sup> S2016/07779/RS

<sup>100</sup> Socialstyrelsen Utveckling av integrerad vård för barn och unga i SiS särskilda ungdomshem, delrapport 2020.

och samarbetet med socialtjänsten som ska stödja den enskilde exempelvis när det gäller boende är svagt. Analysen av för- och nackdelar med en integrering kommer att genomföras våren 2021. Även om utredningens direktiv i denna del är begränsade till att analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT är det viktigt, inte minst utifrån ett barnperspektiv, att i detta sammanhang även beakta att en stor del av de intagna i ungdomsvården också har en samsjuklighetsproblematik.

## **1.4 Hindrande faktorer kopplade till attityder, makt och stigma**

### **1.4.1 Stigma påverkar bemötande och viljan att söka hjälp**

Personer med egen erfarenhet av samsjuklighet beskriver ibland att de känner skam, delvis över den psykiska ohälsan, men främst över att man använder alkohol eller andra droger. Flera upplever också att de fördöms av omgivningen.

Återkommande i intervjuer med personer med egen erfarenhet, har varit att man upplever rädsla för repressalier av sitt bruk. Det kan handla om att man stängs av från arbetsträning eller inte får bo kvar i sin träningslägenhet. Ett annat exempel är att man inte får vara kvar på ett behandlingshem efter ett återfall eller att man inte får fortsätta en medicinsk behandling.

Oron för att inte få fortsatt tillgång till psykiatrisk behandling om det kommer fram att man har ett skadligt bruk av alkohol eller narkotika har lyfts av de flesta med egen erfarenhet som utredningen har träffat. I synnerhet gäller det personer som använder narkotika. En vanlig konsekvens av dessa upplevelser är att man inte berättar om sitt bruk av droger. Det gör att de upptäcks senare och att det är svårare att ge adekvat behandling.

Problemen med att hjälpen villkoras har också uppmärksammats i forskning, bland annat i en rapport från 2008 av Danermark, där avbrott i en sammanhållen vårdkedja peks ut som huvudorsak till

bristande stöd<sup>101</sup>. I rapporten pekas villkorad stöd och behandling ut som en av fyra orsaker till sådana avbrott.

Skammen och stigmatiseringen påverkar också möjlighet till inflytande, både över sin egen vård och på systemnivå. Föreningen Verdandi som arbetat med brukarinflytande inom ramen för satsningen ”Från kunskap till praktik”<sup>102</sup> har beskrivit för utredningen att det är svårt att hitta personer som vill delta i brukarråd och liknande för att man inte vill skylta med sina beroendeproblem.

Även anhöriga som utredningen varit i kontakt har känt sig anklagade för den situation familjen befinner sig i. Ofta uppfattar man också att man är i vägen som anhörig och att ens resurser inte tas tillvara på det sätt som skulle vilja.

Orsaken till stigmatiseringen kan vara flera. Dels kan det handla om att vissa beteenden kulturellt anses som dåliga eller att skadligt bruk och beroende ses som en svaghet som man ser ner på. En annan orsak kan vara att personer med psykisk sjukdom och skadligt bruk och beroende 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. I samtal med personer med egen erfarenhet har det även framkommit att man upplever att vård och omsorg anser personen får skylla sig själv vid t.ex. ett återfall, vilket skiljer sig från andra sjukdomar. Detta ställer särskilda krav på etisk reflektion, tillräckliga resurser och samarbete med andra kompetenser. En viktig del är att genom samtal med personer det berör ta reda på varför svåra situationer uppstår och hur de kan undvikas.

Förekomsten och konsekvenserna av stigmatisering bland personer som använder droger har även belysts i forskning. 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<sup>103</sup>

Även omgivningens attityder har studerats. Sådana studier visar bland annat att personer med skadligt bruk av narkotika bemöts med

---

<sup>101</sup> Danermark 2008, Samverkan – himmel eller helvete.

<sup>102</sup> Utvecklingsarbete för implementering av Nationella Riktlinjer för missbruk och beroende 2008-2014

<sup>103</sup> Hadland m.fl. 2018 Stigma associated with medication treatment for young adults with opioid use disorder: a case series, Addiction science & clinic practice

rädsla, avsky och avståndstagande<sup>104</sup>. 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 ”substance use och disorders”<sup>105</sup>.

Utredningen konstaterar även att det finns uppgifter som tyder på att den straffrättsliga regleringen av eget bruk av narkotika kan ha betydelse för känslan av stigmatisering och benägenheten hos målgruppen att söka och ta emot vård- och stödinsatser. I Norge är narkotikapolitiken under utveckling. I samband med detta har en omfattande utredning gjorts som bland annat belyser konsekvenserna av den nuvarande kriminaliseringen. Utredningen menar att straffbeläggandet av eget bruk bidrar till stigmatisering i högre grad för personer med problematiskt bruk och social utsatthet än för rekreativbrukare. Minskad stigmatisering är ett av motiven till att utredningen föreslår 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 forskning<sup>106</sup>. Rädslan för att bestraffas och känslan av att vara en brottsling har också lyfts av personer med samsjuklighet som samsjuklighetsutredningen varit i kontakt med som exempel på faktorer som minskar benägenhet att söka vård och ta emot adekvata insatser som ges.

Frågan om den straffrättsliga regleringen av narkotikabruk ligger inte inom ramen för utredningens direktiv. Det bör också understrykas att det kan finns andra argument för den nuvarande straffrättsliga regleringen än de som behandlats här. Det gäller t.ex. möjligheten att förhindra personer att debutera i bruk av narkotika och möjligheten att komma åt organiserad brottslighet. Utredningen kan emellertid komma att utveckla vilka hinder nuvarande straffrättsliga reglering innebär för att insatser till personer med samsjuklighet ska vara samordnade, behovsanpassade

---

<sup>104</sup> Lawrence m.fl. 2017

<sup>105</sup> Ashford m.fl. 2019 Biased labels: An experimental study av language and stigma among individuals in recovery and health professionals, Substance use & Misuse, s 1376-1284, April 2019.

<sup>106</sup> Richert T, 2014 s 114 Överdoser, Försörjningsstrategier och Riskhantering, Livsvillkor för personer som injicerar narkotika,

och personcentrerade, om den fortsatta materialinsamlingen och analysen visar att sådana hinder finns.

#### 1.4.2 Den enskildes ställning är svag

Personer med samsjuklighet upplever att ibland att de har bristande kunskap om vilka rättigheter<sup>107</sup> de har och hur de tillvaratas. Många anser att de för lite fått vara delaktiga i de beslut som fattats om de egna vård- och stödinsatser. Den bilden bekräftas av iakttagelser i tillsynen<sup>108</sup>. Personer med samsjuklighet uttrycker även att man har svårt att påverka vilka vård- och behandlingsinsatser som ges eftersom utbudet är ensidigt. Uppfattningen har stöd i nationella uppföljningar av verksamheternas innehåll.

Den enskildes ställning kan analyseras ur flera olika perspektiv. Det kan till exempel handla om överklagbara rättigheter i lagstiftning, tydliga garantier att få en viss vård inom en viss tid eller möjlighet till stöd och rådgivning som gör det möjligt att tillvarata befintliga rättigheter. Ett annan omständighet är den enskildes möjlighet att välja vård- eller stödgivare. Sådana möjligheter kan ges inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem som bygger på etableringsfrihet för den som ska ge insatserna under förutsättningen att vissa krav uppfylls. I Region Skåne tillämpas det systemet inom LARO. Uppföljningar visar att patienterna uppfattar att deras valfrihet har stärkts sedan vårdvalet infördes<sup>109</sup>. Tre år efter att vårdval LARO hade införts hade antalet patienter ökat med knappt 50% jämfört med innan.<sup>110</sup>

För att den enskilde ska kunna tillvarata sina rättigheter behöver det också finnas information och rådgivning tillgänglig. Det behöver också finnas stödfunktioner av olika slag. I de flesta kommuner erbjuds personligt ombud som är en verksamhet kommunerna kan bedriva med stöd av ett särskilt statsbidrag. Vissa ombudsverksamheter utesluter dock personer med aktivt missbruk från insatsen. Civilsamhället förfaller däremot spela en viktig roll för

---

<sup>107</sup> Begreppet rättigheter avser här inte bara juridiska rättigheter utan också rätt till basala resurser och rätt till inflytande och kontroll över sin livssituation

<sup>108</sup> IVO 2015 Med missbruksvården i fokus, Socialtjänstens planering och uppföljning av insatser till vuxna med missbruksproblem.

<sup>109</sup> Andersson & Johnsson 2018 Valfrihet och egenmakt - en utvärdering av Region skånes vårdval för LARO

<sup>110</sup> Medicinsk utvärdering LARO Region Skåne, Lars-Håkan Nilsson

att den enskilde ska få råd och stöd i myndighetskontakter. I synnerhet gäller det i storstäderna där det finns ett större utbud av sådana verksamheter.

Missbruksutredningen ansåg redan 2011 att den enskildes ställning behövde stärkas och lämnade en rad förslag med ett sådant syfte. Bland annat ville man införa en förstärkt vårdgaranti med en skyldighet för regionerna att utreda och behandla skadligt bruk och beroende inom en viss tidsperiod. Utredningen ansåg också att kommunernas verksamhet med personligt ombud skulle anpassas och göras tillgänglig för målgruppen.

Samsjuklighetsutredningen kommer fortsätta analysera hur rättigheter för personer med samsjuklighet tillgodoses idag och hur de kan förstärkas.

### 1.4.3 Inflytande på gruppnivå förekommer för sällan

Personer med samsjuklighet har en ganska begränsat inflytande på de verksamheter de är beroende av. Exempelvis är det inte så vanligt att det finns brukarråd inom missbruks- och beroendevården och antalet råd har minskat över tiden. I samband med att dåvarande SKL bedrev projektet Från kunskap till praktik avsattes medel för att bygga upp brukarråd inom kommuner och landsting. Detta ledde till att alla landsting inrättade brukarråd. Idag är det ungefär hälften av landstingen. Det förekommer också i enstaka kommuner.

Ett annat sätt som brukare kan utöva inflytande över verksamheten på är genom brukarstyrda revisioner. Dessa utförs av extern revisorsgrupp med egen erfarenhet från liknande verksamhet som genomför revisionen, från framtagande av enkätfrågor till analys av svaren och rapportsammanställning. Ungefär ett fyrtiotal kommuner uppger i öppna jämförelser att de genomfört sådana<sup>111</sup>.

Bara drygt hälften av kommunerna anger att de använder brukarnas uppfattningar för att utveckla verksamheten inom socialpsykiatri<sup>112</sup>. Något fler knappt 60 % har haft brukarrepresentation i arbetet med att ta fram överenskommelser inom missbruk och beroende.

---

<sup>111</sup> Öppna jämförelser missbruk och beroende 2020

<sup>112</sup> Öppna jämförelser, personer med funktionsnedsättning 2020



Missbruksutredningen lämnade förslag som syftade till att personer med erfarenhet av missbruk och beroende skulle delta i utvecklingen av vården och att organisationer som företräder sådana personer skulle få lämna synpunkter på samverkansöverenskommelser.

Samsjuklighetsutredningen ser ett behov av att personer med samsjuklighet och anhöriga får ett inflytande också på hur de tjänster de är beroende av utformas och utvecklas. Detta utvecklas nedan i avsnitt 1.5.5.

## **1.5 Hindrande organisatoriska faktorer**

I det här avsnittet redovisas ett antal hindrande faktorer kopplade till olika myndighetens ansvarsfördelning, uppdrag, styrning, samverkan, resurser och uppföljning.

### **1.5.1 Ansvarsfördelningen mellan huvudmännen är oklar och inte ändamålsenlig**

Personer med samsjuklighet och anhöriga beskriver i dialoger med utredningen 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. En funktionsrättsorganisation formulerade detta som att vårdkedjan inte alltid är begriplig för de som den gäller. En vanlig känsla hos personer med stora behov på flera livsområden är att ingen tar helhetsansvar och att man måste beskriva sina svårigheter om och om igen och bollas runt mellan olika aktörer. Även anhöriga beskriver hur man ständigt är i kontakt med olika funktioner och att man själv får se till att det hänger ihop. Även medarbetare i verksamheterna uppfattar ofta andra aktörer som svåra att samarbeta med. Inte sällan bedömer man att andra aktörer avgränsar sitt ansvar väldigt snävt.

I Socialstyrelsens kartläggning<sup>113</sup> inom samsjuklighetsområden bekräftas att såväl profession, företrädare för forskningsområdet och brukarorganisationer upplever av att ansvaret är oklart när det gäller vård och behandling för missbruk och beroende. Myndigheten

---

<sup>113</sup> Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik

beskriver att dialoger och intervjuer som de genomfört inom ramen för uppdraget, visar att den nuvarande lagstiftningen lämnar stort utrymme för regioner och kommuner att göra egna tolkningar av hur ansvaret ska fördelas. Samsjuklighetsutredningen konstaterar att det delvis är lagstiftarens mening att huvudmännen själva ska ha stora möjligheter att gemensamt komma överens om hur ansvarsfördelningen ska se ut regionalt och kommunalt utifrån lokala förutsättningar<sup>114</sup>. Att ansvaret kan vara fördelat på olika sätt i olika kommuner och regioner skapar enligt Socialstyrelsen ojämlikhet och tillgänglighetsproblem. Liknande slutsatser har också dragits av SKR<sup>115</sup>. Finansiering av kostsamma insatser som vistelse på behandlingshem, är särskilt svårt att lösa enligt Socialstyrelsen. Socialtjänsten uppfattar ofta att det blir en obalans i det delade ansvaret eftersom myndigheten enligt 2 kap 1§ socialtjänstlagen har det yttersta ansvaret att enskilda får den hjälp och det stöd som de behöver.

SKR har i en hemställan till Socialdepartementet påpekat behovet av att ansvaret för hela missbruks- och beroendevården bör ses över<sup>116</sup> och även socialtjänstutredningen (SOU 2020:47) föreslår en sådan översyn<sup>117</sup>. Svagheter med ett delat ansvar var också ett av argumenten som Missbruksutredningen (SOU 2011:35) anförde för att samla ansvaret för vård och behandling hos hälso- och sjukvården. Efter att utredningen lämnade sitt förslag har krav på överenskommelser införts i lagstiftningen. Vilka resultat de kraven givit analyseras i nästa avsnitt nedan.

Samsjuklighetsutredning tolkar sina direktiv som att utredningen kan föreslå ändringar i huvudmannaskapet som avser hela missbruks- och beroendevården om ett sådant förslag är nödvändigt för att uppnå utredningens syfte.

### *Kvaliteten i vård och behandlingsinsatserna påverkas negativt av det delade ansvaret*

Det delade ansvaret påverkar kvaliteten i vård- och behandlingsinsatserna. Skadligt bruk och beroende är ett medicinskt

---

<sup>114</sup> Prop. 2012:13:77

<sup>115</sup> Handlingsplan för missbruk och beroende 2018

<sup>116</sup> SKR 2020, Skrivelse till regeringen

<sup>117</sup> Samsjuklighetsutredningen har tolkat sina direktiv som att de förslag utredningen lämnar kan omfatta hela missbruks- och beroendevården om sådana förslag krävs för att personer med samsjuklighet ska få samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser

tillstånd som diagnosticeras och utreds med systematiska bedömningsmetoder. Tillståndet kan behandlas både med farmakologiska metoder, psykologisk och psykosocial behandling. Behandlingen behöver planeras och hållas samman. Ofta behöver både läkemedel, psykologisk och psykosocial behandling i kombination prövas under en period, följas upp och eventuellt förändras,

Den nuvarande uppdelningen innebär att endast en huvudman kan sätta in läkemedelsbehandling medan båda kan behandla med psykosociala metoder. Uppdelningen försvårar möjligheten skapa en sammanhållen process för att utreda, planera, sätta in och följa adekvata behandlingsinsatser. Det får också anses rättsligt oklart vilket utrymme kommunen har att anställa legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som bedriver vård och behandling.

Av Socialstyrelsens kartläggning framgår att ansvaret för, och skillnaden mellan, psykologisk behandling, psykosocial behandling och psykosocialt stöd upplevs som särskilt otydligt. Det handlar om vem som ska ge vilka insatser men också om att det finns osäkerhet kring vad insatserna ska leda till och vad de ska innehålla. I nästa avsnitt konstateras att regioner och kommuner ofta har svårt att beskriva ansvarsfördelningen för behandlingsinsatser i de överenskommelser de är skyldiga att upprätta på området.

En annan konsekvens av det delade ansvaret är, enligt utredningens iakttagelser, att när båda huvudmännen ska arbeta med behandling, får kommunen mindre utrymme att implementera, utveckla och följa upp det återhämtningsinriktade arbetet. Vikten av att sådana insatser till målgruppen fortsätter att utvecklas inom kommunerna har beskrivits ovan.

Det delade ansvaret tycks även kunna leda till att den enskilda inte får insatser parallellt. Enligt uppgifter från medarbetare i kommuner bedömer ofta hälso- och sjukvården att missbruk i första hand är en kommunal angelägenhet och att missbruket ska behandlas först, innan behandling för psykiatrisk problematik kan sättas in.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att det delade ansvaret för vård och behandling är ett hinder för att personer med samsjukliga få samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser.

Missbruksutredningen föreslog en förtydligad ansvarsfördelning mellan huvudmännen. Den innebar att Landstinget skulle ansvara

för tillnyktringsverksamhet, abstinensvård och behandling. Kommunen skulle ansvara för psykosocialt stöd samt stöd till boende, sysselsättning och försörjning. Kommunerna och landstingen kunde dock enligt förslaget anpassa den lagreglerade ansvarsfördelningen för att bättre möta regionala och lokala behov genom att sluta överenskommelser om att överlåta uppgifter mellan varandra. Samsjuklighetsutredningen kommer att beakta Missbruksutredningens förslag i sitt fortsatta arbete. En särskild utmaning är hur behandlingshemmen ska hanteras i en eventuellt flytt av uppgifter till annan huvudman.

### **1.5.2 Lagstadgade krav på överenskommelser om samverkan får inte önskat resultat**

För att lösa problematiken som beskrivits i avsnittet ovan infördes år 2013 nya bestämmelser i 16 kap 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i 5 kap 9a § socialtjänstlagen (2001:453). Av dessa följer att regionerna och kommunerna ska ingå gemensamma överenskommelser om samarbete kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel.

Motsvarande bestämmelser finns i socialtjänstlagen 5 kap 8 § och hälso- och sjukvårdslagen 8 a § när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning<sup>118</sup>. SKR har gått igenom innehållet i sådana överenskommelser i samtliga regioner. Sex av dessa omfattar personer som vid sidan av psykisk ohälsa även har missbruk eller beroende<sup>119</sup>.

Bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen om missbruk och beroende har utvärderats av Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys som redovisat sina slutsatser i rapporten ”Att komma överens” 2017. 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, 62 av kommunerna hade en lokal överenskommelse som gällde just den kommunen, med regionen.

---

<sup>118</sup> Krav på överenskommelser finns även när det gäller barn som vistas utanför hemmet

<sup>119</sup> SKR 2019, Opublicerad sammanställning

Vårdanalys beskriver hinder och framgångsfaktorer i arbetet med att ta fram samverkansöverenskommelser. Bland annat konstateras i rapporten att trots bestämmelser om samverkan finns de ursprungliga utmaningarna kvar, i synnerhet kostnadsansvaret på verksamhetsnivå inom kommuner och landsting. Myndigheten beskriver också att primärvården sällan deltagit i framtagandet av överenskommelserna och att integrerade verksamheter uppfattas som ett framgångsrikt sätt att hantera utmaningarna kring samordning. När det gäller innehållet i överenskommelserna konstaterar Vårdanalys 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. Vårdanalys 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 Vårdanalys utvärdering har förekomsten av överenskommelser följts upp inom ramen för öppna jämförelser. År 2019 angav knappt hälften av kommunerna, 47 %, att de har en aktuell samsverkansöverenskommelse med regionen kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopingmedel eller spel om pengar<sup>120</sup>.

I överenskommelsen mellan regeringen och SKR, Psykisk hälsa 2020, finns särskilda medel avsatta för att stärka samverkan mellan kommuner och regioner. Under 2020 har SKR gjort en innehållsanalys av överenskommelserna kring personer med missbruk och beroende. Genomgången visar på 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. Större svårigheter verkar finnas att beskriva ansvarsfördelningen när det gäller behandlingsinsatser. Färre än hälften gör det på ett tydligt sätt när det gäller övergripande

---

<sup>120</sup> Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik

behandlingsinsatser, psykologisk behandling och psykosocial behandling<sup>121</sup>.

Företrädare både för kommunerna och regionerna som utredningen 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<sup>122</sup>.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att bestämmelser om överenskommelser inte löser problem som det delade ansvaret innebär.

### 1.5.3 Samverkan brister även inom respektive huvudman

Många personer som är i kontakt med socialtjänsten på grund av skadligt bruk eller beroende behöver också andra insatser. Det gäller inte minst personer med samsjuklighet. Samtidigt är det flera personer som framfört till utredningen att samverkan mellan olika delar av socialtjänstens förvaltning brister. Av Socialstyrelsens öppna jämförelser framgår att närmare tre fjärdedelar av kommunerna har en rutin för samordning mellan de delar av förvaltningen som har hand om missbruk och de som har hand om ekonomiskt bistånd. Mellan 60-70 procent har på motsvarande sätt en rutin för samordning med socialpsykiatri och barn och unga, medan andelen för LSS och äldreomsorg är lägre än 50 procent.

För att personer med samsjuklighet ska få den vård de har behov av, så behöver även samverkan fungera inom hälso- och sjukvården. En fungerande vårdkedja kan definieras som att patienten får god vård på rätt nivå och att kommunikationen och samarbetet mellan vårdgivarna fungerar när patienten flyttas från en nivå till en annan. Det är viktigt att få till en fungerande överlämning mellan primärvården och den specialiserade vården för de patienter som visar sig ha mer omfattande behov. Den information som

---

<sup>121</sup> SKR 2020, Opublicerad sammanställning

<sup>122</sup> Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik

utredningen har fått från bl.a. personer med egen erfarenhet, är att det ofta brister i samverkan mellan olika hälso- och sjukvårdsverksamheter. Detta har delvis utvecklats ovan i avsnitt 1.3.4.

#### **1.5.4 Verktyg för individuell samordning kan användas bättre och den enskildes ställning stärkas**

##### *Individuell plan*

Det finns en rad bestämmelser i svensk lagstiftning som åligger olika välfärdsverksamheter att planera sina insatser för den enskilde<sup>123</sup>. Av särskilt stor vikt är bestämmelserna om individuell plan i 2 kap 7§ socialtjänstlagen och 4 § hälso- och sjukvårdslagen. Av dessa bestämmelser följer att när den enskilde har behov insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska en individuell plan upprättas. Det finns också en skyldighet att upprätta en individuell plan enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Skyldigheten motsvarar den som finns i HSL och SoL med skillnaden att även den kommunala hälso- och sjukvården omfattas.

Bestämmelserna om individuell plan i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen utvärderades på initiativ av socialutskottet 2017. Utvärderingen identifierade att antal utmaningar som till exempel bristande tid och kunskap, bristande samsyn mellan aktörer och otydlig ansvarsfördelning när det gäller vem som gör vad i arbetet med planerna<sup>124</sup>.

Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har påpekat att nuvarande bestämmelser 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 av flera vårdgivare eller flera verksamheter även inom kommunen och regionen omfattas,<sup>125</sup>. 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 i regeringskansliet.

---

<sup>123</sup> För en heltäckande genomgång av svensk planlagstiftning se SOU 2019:29 s 144.145

<sup>124</sup> Socialutskottet, Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering dnr 2017/18: RFRS 2017

<sup>125</sup> SOU 2020:19

Iakttagelserna kring den enskildes ställning som utredningen för en god och nära vård har gjort, stämmer överens med vad som framkommit i de dialoger samsjuklighetsutredningen haft med personer med samsjuklighet och anhöriga. Där har det bl.a. 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 ansvarsfördelning, snarare än den enskildes situation, som hamnar i fokus. Detta har även framförts av patient- och brukarorganisationer inom området<sup>126</sup>. Utredningen har dock även 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. Flera personer utredningen pratat med tycker att det är positivt med en individuell plan men tycker inte att det fungerar i praktiken. Utredningen kan konstatera att det i många fall saknas ett syfte med vad den individuella planen ska leda till för den enskilde individen. Representanter i utredningens expertgrupp och personer som arbetar i vård och omsorg har lyft att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens olika språkbruk och mandat i många fall försvårar en bra samverkan kring enskilda personer. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft regeringens uppdrag att följa upp lagen om samverkan vid utskrivning<sup>127</sup>. I den lagstiftningen är individuell plan en utgångspunkt för samverkan och myndigheten har därför särskilt analyserat användningen av sådana planer. Där konstateras bl.a. 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, hur olika former av planering ska genomföras, och 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 på verksamheten som kallas till mötet.

I utredningens expertgrupp har det konstaterats att myndigheter som möter personer med samsjuklighet, exempelvis SIS och

---

<sup>126</sup> RSMH 2020

<sup>127</sup> Vårdanalys 2018, Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården. Rapport 2018:11.



Kriminalvården inte kan kalla till ett SIP-möte. Utredningens intryck är också att exempelvis frivården i ganska liten grad bjuds in till och deltar på sådana möten. Även elevhälsan kan vara en intressant aktör i detta sammanhang. Denna fråga hanteras dock framförallt i Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S2019:05) och Utredningen om elevers möjligheter att nå kunskapskraven (U2017:07). Utredningen avser att samla in ytterligare information om detta i det fortsatta arbetet.

#### *Fast vårdkontakt*

En fast vårdkontakt ska enligt 6 kap 2 § patientlagen 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 ikraft 2015<sup>128</sup>. Utredningen om samordnad utveckling för god och nära vård gör bedömningen att den fasta vårdkontakten ska ansvara för att den individuella planen är aktuell<sup>129</sup>.

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.

#### *Samverkan kring utskrivning från slutenvård och annat heldygnsombändertagande*

Som framgår ovan har Vårdanalys utvärderat lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Lagen trädde ikraft 1 januari 2018 men inom psykiatrin gällde kommunens betalningsansvar inom fem dagar först 1 januari 2020 på grund av övergångsbestämmelser. Bestämmelserna innebär bland annat att, till skillnad mot vad som gällde tidigare, omfattas även patienter som är föremål för öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.

I Vårdanalys 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 också till att den fasta

---

<sup>128</sup> SOU 2020:19, God och nära vård i samverkan

<sup>129</sup> SOU 2020:19, God och nära vård i samverkan

vårdkontaktens roll upplevs som oklar, och att det ofta saknas boenden som tillgodoser de behov som finns hos personer som planeras att skrivas ut från sjukhus. Myndigheten identifierar situationen inom rättspsykiatri som särskilt problematiskt och anser att en fördjupad analys bör göras av samordningen inom detta område.

#### *Patientkontrakt*

För att åstadkomma en bättre och mer personcentrerad samordning har staten och SKR kommit överens om att systemet med patientkontrakt ska utvecklas<sup>130</sup>. Med patientkontrakt avses att patienten har en sammanhållen planering över sina samtliga vård- och omsorgskontakters insatser och en fast vårdkontakt. Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit att patientens möjlighet till patientkontrakt ska regleras i patientlagen.

#### *Sammanfattande bedömning om samverkan på individnivå*

Sammanfattningsvis konstaterar samsjuklighetsutredningen att det finns ett antal bestämmelser som ställer krav på olika verksamheter att planera och samordna vården och omsorgen på individuell nivå. Det finns också aktuella förslag på hur dessa regler kan utvecklas och förbättras. Samsjuklighetsutredningen menar att de verktyg som finns för individuell planering och samordning behöver användas och den enskildes ställning och personcentrerade arbetssätt behöver stärkas.

Utredningen kommer i sitt fortsatta arbete särskilt fördjupa sig kring frågor som gäller hur samordningsansvaret ser ut i samband med att en person påbörjar eller avslutar ett heldygnsomhändertagande. Skälet är att det är en situation där det är av stor vikt att planering och samordning fungerar för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och inte utsättas för risker. Detta kommer också omfatta samverkan där andra myndigheter än regionerna och kommunerna berörs, exempelvis Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse.

---

<sup>130</sup> Överenskommelse mellan staten och SKR om nära vård

### 1.5.5 Osäkert om resurserna är tillräckliga och om de används optimalt

#### *Nuläge och demografisk utveckling.*

Såväl psykisk sjukdom som skadligt bruk och beroende förorsakar samhället betydande kostnader. Baserat på en europeisk studie beräknade OECD kostnaderna för psykisk ohälsa för år 2010 till 7,7 miljarder euro per år i Sverige, vilket i 2018 års penningvärde skulle motsvara cirka 80 miljarder kronor. Socialtjänstens totala kostnader för vård av vuxna med missbruksproblem uppgick 2018 till 8,2 miljarder kronor enligt kommunernas räkenskapsammandrag.<sup>131</sup>

Missbruksutredningen angav samhällskostnader för missbruk och beroende som i dagens penningvärde skulle motsvara 54 miljarder för alkohol och 26 miljarder för narkotika.

Både de medarbetare, personer med samsjuklighet och anhöriga som samsjuklighetsutredningen pratat med ger bilden av att resurserna spelar stor roll för vilka insatser erbjuds. Den uppfattningen framkom också i Socialstyrelsens kartläggning 2019. Kommunen har de senaste åren haft också ökade kostnader såväl för äldreomsorg som placering för barn och unga.

Samtidigt visar ekonomisk rapportering att både kommuner och regioner haft och kommer få ganska goda resultat 2019 och 2020. Det finns regionala skillnader men de är mindre 2020 när staten tagit en större del av kostnaderna som uppkommit på grund av pandemin. Den acceptabla utvecklingen av den kommunala ekonomin ska dock ställas mot att höga ambitioner och stora behov i välfärdssektorn. Vissa insatser inom missbruksområdet är också särskilt kostnadskrävande. Det gäller främst HVB-placeringar vars samlade kostnader redovisats ovan.

Prognoser framåt pekar på att hela den kommunala sektorn fortsatt står inför stora utmaningar de närmaste åren. Främst beror detta på den demografiska utvecklingen där antalet äldre och barn ökar i relation till antalet personer som förvärvsarbetar.. Detta innebär också att det samtidigt som det är en mindre andel av befolkningen som arbetar, är det fler som behöver välfärdens insatser. Mellan 2019 och 2029 kommer antalet personer över 80 år

---

<sup>131</sup> Socialstyrelsen 2019, Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik

öka med cirka 50 %<sup>132</sup>. Vissa beräkningar pekar på att det 2026 kommer att saknas 90 miljarder om välfärden ska vara på samma nivå som idag<sup>133</sup>.

Enligt SKR:s ekonomirapport 2020 är det kommunerna som kommer att få det tuffast<sup>134</sup>. Utmaningarna är störst inom individ- och familjeomsorgen, hemtjänsten, särskilt boende och ekonomiskt bistånd. SKR anser att en del av orsaken beror på statliga regleringar som inte finansierats fullt ut.

### *Kompetensförsörjning*

En annan resursutmaning handlar om att rekrytera personal med rätt kompetens. Vårdanalys har undersökt kompetensförsörjningen när det gäller handläggare i socialtjänstens myndighetsutövning<sup>135</sup>. 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. Det som framförallt 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.<sup>136</sup>

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<sup>137</sup> visar att samtliga regioner redovisar brist på specialistsjuksköterskor och 20 av 21 regioner redovisar brist på grundutbildade sjuksköterskor. I 19 av regioner finns en brist på

---

<sup>132</sup> SCB april 2020

<sup>133</sup> Analys av Finansdepartementet 12 juni 2019

<sup>134</sup> SKR, Ekonomirapporten, oktober 2020 - Om kommunernas och regionernas ekonomi

<sup>135</sup> Vårdanalys, Social kompetens, Om kompetensförsörjning av handläggare inom socialtjänsten, 2019

<sup>136</sup> Statensinstitutionsstyrelse SiS 2019, Årsredovisning

<sup>137</sup> Socialstyrelsen 2019, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.

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 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.

### *Kan verksamheterna effektiviseras?*

De höga kostnaderna för verksamheterna och de demografiska utmaningar den kommunala sektorn står inför ställer frågan om verksamheten kan bedrivas mera effektivt. Missbruksutredningen förde ett sådant resonemang på samhällsnivå och menade att förbättringar i missbruks- och beroendevården skulle innebära lägre kostnader på helheten för att människors vårdbehov minskade och fler kunde förvärvsarbeta. Detta resonemang förutsatte att missbruks- och beroendevården fick stärkta resurser genom ökade statsbidrag.

Effektivitet i vård och omsorg kräver att resurserna används till rätt saker, på rätt sätt och i rätt tid. Effektivitet är ofta svårare att mäta än t.ex. produktivitet. Effektiviteten i verksamheterna påverkas av olika faktorer. I slutbetänkandet från utredningen *Effektiv vård* analyseras några av de faktorerna kopplade till svensk hälso- och sjukvård<sup>138</sup>. Flera av orsakerna till bristande effektivitet finner utredningen på systemnivå. Det handlar om tydliga roller i styrningen, huruvida det finns klara strategier och på vilken nivå styrningen sker. Utredningen identifierar det sjukhustunga svenska vårdssystemet som ineffektivt och anser att det ska ersättas med en utbyggd primärvård. I betänkandet beskrivs det som en utmaning att få de resurser som är knutna till sjukhusen att verka utanför dess väggar, i patientens hem, i primärvården och i den kommunala vården och omsorgen. Analysen som gjordes i utredningen låg delvis till grund för det fortsatta uppdrag som gavs till utredningen för god och nära vård.

Förutom effektivitet på system- och strukturnivå kan effektivitet också analyseras i form av produktivitet. Med det menas mängden producerade varor och tjänster i relation till resursinsatsen. Detta har exempelvis varit i fokus när väntetider till BUP analyserats

---

<sup>138</sup> SOU 2016:2, *Effektiv vård*

eftersom vissa regioner haft ett mycket lågt antal besök per behandlare. Produktivitet kan öka genom prioriteringar, minskad administration och bättre flöden i verksamheten<sup>139</sup>. Ett sådant fokus väcker ibland kritik för att inte ta tillräcklig hänsyn till vilka värden som skapas i verksamheten. Vissa menar också att produktivitetssfokus innebär att det skapas en obalans mellan krav och resurs som ytterst drabbar medarbetarnas arbetsmiljö och hälsa.

Utredningen har inte hittills kunnat granska eller analysera effektiviteten i verksamheter för personer med samsjuklighet. Vissa iakttagelser som att insatserna i för liten grad anpassas efter den enskildes behov och resurser, och att verksamheterna inte samarbetar utan arbetar i stuprör behöver särskilt uppmärksammas ur effektivitetssynpunkt i det fortsatta arbetet.

*Ersättningsmodellerna är inte utformade för att bidra till ökad personcentring, samverkan och integrering av vård och omsorg*

Ersättningsmodeller som används i hälso- och sjukvården skiljer sig väsentligt åt beroende på verksamhetsområde och om verksamhetsområdet är konkurrensutsatt eller inte. Även inom ett och samma verksamhetsområde skiljer sig ersättningsmodellerna åt mellan regionerna, ett resultat av det lokala självstyret och olika målsättningar.<sup>140</sup>

Anell anger i en rapport om styrningen av hälso- och sjukvården att en övergripande slutsats är att det är svårt att se att det finns några optimala ersättningsprinciper<sup>141</sup>. Samma slutsatser kan dras om olika ersättningsprinciper studeras utifrån vad som bäst främjar utveckling av nya arbetsformer. T.ex. ger en fast ersättning fördelar när det gäller att ändra arbetsformerna inom befintliga kostnadsramar men också nackdelar genom att extra arbete inte ger någon ytterligare ersättning. Olika modeller kan även passa olika patientgrupper, olika bra. T.ex. kan kapitering (betalning per listad patient och inte per besök), innebära att gruppen med samsjuklighet missgynnas, eftersom de kan ha behov av många besök.

Ersättningssystem kan bidra eller motverka till samverkan mellan olika verksamheter och huvudmän. Stiftelsen Leading Health Care har med stöd i forskning tagit fram en vägledning för att utforma

---

<sup>139</sup> Forum for health policy, Göran Stenberg, Hur är det med produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården?

<sup>140</sup> Uppgifter från SKR

<sup>141</sup> Anell 2020, Vården är värd en bättre styrning, SNS Förlag 2020

ersättningssystem som stödjer den samverkan mellan vård- och omsorgsenheter som människor med sammansatta behov behöver. Av vägledningen framgår bl.a. tre principer som kan användas för att modifiera grundläggande ersättningsformer så att de ger incitament till och skapar förutsättningar för samverkan mellan vårdgivande enheter. Dessa tre principer är viktning av den patientgrupp som har behov av samverkan, aggregering av ersättningen till de verksamheter som ska samverka eller direkt ersättning för samverkansaktiviteter<sup>142</sup>

En slutsats i rapporten är att vid utformningen av ersättningssystem för samverkan är det mycket viktigt med en noggrann underliggande problemanalys kring vilka gränssnitt som ska överbryggas och vilka kollektiva värden som ska skapas.

Utredningen gör bedömningen att det nuvarande systemet för ersättning för samverkan ofta missgynnar patienter med komplexa behov, vilket ofta målgruppen med samsjuklighet i beroende och psykiatrisk diagnos har.

Oavsett vilken eller vilka ersättningsmodeller som vård och omsorg väljer att använda, så är det viktigt att modellerna stärker möjligheterna till personcentrerad vård och omsorg, återhämtning och samverkan mellan olika aktörer. Utredningen avser i viss mån titta vidare på i vilken mån ersättningssystemet kan användas för att öka de värden för individen som utredningen lyft fram som väsentliga. Analysen kommer att utgå ifrån om och i så fall vilken mån staten bör vara med och styra över frågor som rör ersättningssystem.

### *Långa köer påverkar tillgängligheten till vård*

I många fall är det långa köer till psykiatri och särskilt barn- och ungdomspsykiatri. SKR visade i rapport Psykiatri i siffror 2019, att bemanningen inom psykiatri har stärkts de senaste åren och att kapaciteten ökar men att behoven ökar mer. Detta leder till längre köer. Samtidigt visar uppgifter från SKR att anställa vid barn- och ungdomspsykiatri i snitt tar emot 1,5 barn per dag. Dessa uppgifter tyder på att produktiviteten och effektiviteten är för låg i framförallt barn och ungdomspsykiatri.

---

<sup>142</sup> Fernler, Krohwinkel, Rognes, Winberg, Ekonomi på tvären Ersättningsmodeller för samverkan, Stiftelsen Leading health care

Många personer med egen erfarenhet och anhöriga som utredningen pratat med, berättar om de har fått vänta på utredningar i psykiatrin under lång tid. s Privata vårdgivare och kommunföreträdare, har lyft till Samsjuklighetsutredningen att personer inte alltid får tillgång till psykiatriska insatser som kommunen anser de är i behov av. I sådana situationer tar socialtjänsten ibland själv initiativ till psykiatriska utredningar som då oftast genomförs inom ramen för HVB-verksamheter. Utredningen har ännu inte fått en bild av i hur stor utsträckning detta sker. SiS bedriver i olika omfattning hälso- och sjukvård på sina institutioner. Eftersom det är kommunerna som står för merparten av kostnaderna för institutionsvården på SiS, kan det innebära att kostnaderna för hälso- och sjukvård i praktiken har flyttats från regioner till kommuner för dessa personer under tiden de vårdas enligt LVM.

Att korta köer hälso- och sjukvård och på så sätt öka tillgänglighet till vård är företrädesvis en fråga för andra utredningar men den kan även vara relevant för utredningen att titta vidare på, eftersom köerna kan innebära att utredningens målgrupp inte får en god och samordning vård och omsorg.

### **1.5.6 Styrning med tillit till profession och patienter genom samskapande av vård och omsorg**

Utredningen avser att i sitt fortsatta arbete i någon mån belysa vilken betydelse olika sätt att styra verksamheterna har för att personer med samsjuklighet ska få samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser och då framförallt när det gäller utveckling av vård och omsorg.

Den bild som utredningen har fått genom dialog med personer med samsjuklighet, anhöriga och medarbetare är att styrningen sker inom varje sektor och kostnaden för varje enskild insats får stor betydelse. Personer med egen erfarenhet upplever ofta att verksamheterna är organiserade på ett sätt som inte utgår från målgruppens behov och resurser. De deltar också sällan i framtagande av underlag och uppföljningar. Medarbetare ger ibland på motsvarande sätt uttryck för att deras erfarenheter och professionella kunskap tas inte till vara i verksamhetsutveckling.



Det finns styrmodeller av olika slag där ekonomiska, juridiska, organisatoriska och andra incitament används – var för sig eller i olika kombinationer. Från tidigt 1980-tal har det blivit mer av byråkratisk styrning och från 1990-talet även mer av marknadsstyrning. Anell beskriver i rapport Vården är värd en bättre styrning, att sett ur vårdpersonalens perspektiv finns uppfattningar om att nya styrmodeller baserat på New public management lett till mer administration och en sämre arbetsmiljö. Många uppfattar att den byråkratiska och marknadsmässiga styrningen bryter mot egna professionella normer och värderingar. Vidare beskriver Anell att regionernas styrning av hälso- och sjukvården präglats av ett för starkt byråkratisk top-down perspektiv. 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.<sup>143</sup>

De senaste åren har begreppet tillitsbaserat styrning etablerats, främst genom den s.k. tillitskommissions arbete. Med det avses en styrning som stimulerar en kultur och ett arbetssätt där fokus är på verksamhetens syfte och medborgarens behov<sup>144</sup>. Varje beslutsnivå verkar aktivt för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer, samt säkerställa att medarbetaren kan, vill och vågar hjälpa medborgaren. Tillitsdelegationens arbete har fått en del kritik från t.ex. Statsvetenskapliga Institutionen vid Stockholms Universitet som ansåg att delegationen i mycket hög utsträckning inriktat sig på aspekter som avser myndigheters interna organisation och arbetssätt. Det får som konsekvens att de diskussioner som förs i utredningen, och de förslag som lyfts fram, i grunden vilar på idéer som är rådande i det nuvarande förvaltningspolitiska synsättet och som hämtats ur ett New Public Management inspirerat tankegods om hur organisationer bör ledas effektivt. Vidare ansåg dem att det saknas värden som är centrala för offentlig förvaltning och myndighetsutövning, framförallt rättssäkerhet och ansvar.<sup>145</sup>

---

<sup>143</sup> Anell, Vården är värd en bättre styrning 2020

<sup>144</sup> SOU 2018:47, Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn

<sup>145</sup> Stockholms Universitets yttrande över Tillitsdelegationens betänkanden ” Med tillit följer bättre resultat - tillitsbaserad styrning och ledning i staten SOU (2019:43)

Samsjuklighetsutredningen drar slutsatsen att styrformer med en inriktning där det finns tillit till profession och patienters kunskap förutsätter att patienter, brukare, anhöriga och medarbetare utvecklar verksamheten tillsammans. På områden där makten är ojämnt fördelad, och personer som har behov av insatser upplever stigmatisering, kan sådana processer också bidra till bättre bemötande, mer samspelade relationer och större delaktighet.

SKR använder inom ramen för sitt arbete med god och nära vård begreppet samskapande för att beskriva en utveckling där medborgare, professionella och andra intressenter tillsammans söker lösningar på utmaningar i verksamheten

Det finns vedertagna metoder för att bedriva tjänsteutveckling med en sådan delaktighet som beskrivits ovan. Det har bland annat prövats inom ramen för Experio lab Sverige där nio regioner samarbetar för att utveckla sin förmåga att arbeta användardrivet och personcentrerat i utvecklingen av hälso- och sjukvården.

Experio Lab Sverige har tillsammans med SKR, Centrum för tjänsteforskning (CTF) vid Karlstads Universitet, design vid Linköpings Universitet och Helsingborgs stad tagit initiativ till en ny arena för lärande och experimentering som ska stödja omställningen till en Nära vård. Detta arbete går under namnet Hälsolabb. Tillsammans med kommuner och regioner i olika geografiska områden byggs en arena för samskapande, utveckling av nya arbetssätt och lärdomar om hur man jobbar i komplexa utmaningar kopplade till hälsa och utvecklingen av en Nära vård. Arbetet fokuserar på görande men framförallt på utveckling av styrning och ledning, policy och kultur som kan stödja omställningen.

Utredningen gör bedömningen att en styrning med mer tillit till professionella och patienter och där utvecklingen av vård och omsorg sker genom samskapande behöver prövas i högre utsträckning inom området beroende och psykisk ohälsa. Därför har ett samarbete inletts mellan utredningen och hälsolabb där planen är att undersöka effekterna av utredningens förslag i en testmiljö där erfarenheter hos personer med samsjuklighet och anhöriga är en drivande komponent. Erfarenheter som görs i det arbetet kan också visa sig relevanta för att utveckla styrformer i regioner och kommuner.

### **1.5.7 Uppföljningen på området är otillräcklig och fragmentiserad**

En viktig del av utvecklings- och förbättringsarbete är uppföljning. Uppföljning behövs för att ta reda om de nya insatser man genomfört får det resultat som var tänkt. Uppföljning är också viktigt för att säkerställa kvaliteten i den vård och omsorg som ges, och utöver lokal och regional uppföljning behövs även en samlad uppföljning på nationell nivå. En samlad nationell uppföljning kan både användas som underlag för styrning och ledning, och som underlag för jämförelser och lärande mellan olika verksamheter, kommuner och regioner. I dag saknas dock många förutsättningar för att genomföra den mest grundläggande uppföljningen av vården och omsorgen av personer med samsjuklighet. Förutsättningarna skiljer sig delvis åt när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men sammanfattningsvis saknas det förutsättningar för att ge en samlad beskrivning av innehållet i och resultatet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för personer med samsjuklighet på nationell nivå.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har i en rapport analyserat den nationella uppföljningen av missbruks- och beroendevården<sup>146</sup>. 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 bland annat uppgifter om primärvårdens insatser, och om insatser genomförda av andra yrkesgrupper än läkare. 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

---

<sup>146</sup> 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.

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 uppgifter finns också annan statistik i form av mängduppgifter, till exempel om antal 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 detaljerad nivå. Det går inte heller att dra några slutsatser om vilka resultat vården uppnår. Både Socialstyrelsen<sup>147</sup>, Vårdanalys<sup>148</sup> och ett flertal statliga utredningar<sup>149</sup>, nu senast utredningen *Framtidens socialtjänst*<sup>150</sup>, har lyft behovet av förbättrade möjligheter för uppföljning av socialtjänsten. I utredningen *Framtidens socialtjänst* föreslås en ny lag om socialtjänstdataregister.

<sup>151</sup>Inte heller uppföljningen på regional och lokal nivå är tillräcklig. Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att endast 6 procent av kommunerna har använt resultat från systematisk uppföljning till verksamhetsutveckling för personer som är i behov av kontakt både med socialtjänsten och regionens beroendevård och/eller psykiatri<sup>152</sup>. I Vårdanalys rapport om uppföljning av missbruks- och beroendevården konstateras att kommunernas IT-system inte alltid är utformade för systematisk uppföljning och att kommunerna använder olika system som inte är kompatibla med varandra. I rapporten beskrivs också socialtjänstens personal ha mindre erfarenhet och kompetens vad gäller hantering och analys av kvantitativa data. Samma hinder beskrivs även i en

---

<sup>147</sup> Bland annat för missbruks- och beroendevården i Förslag till en samlad statistik för missbruks- och beroendevården (2006)

<sup>148</sup> 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.

<sup>149</sup> 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)

<sup>150</sup> *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag*. SOU 2020:47

<sup>151</sup> 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

<sup>152</sup> Socialstyrelsen 2020, *Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård*

Vårdanalyserapport om uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården<sup>153</sup>.

Vårdanalys rapport om missbruks- och beroendevården bygger bland annat på intervjuer med personer med egen erfarenhet. Den visar att för personer med sådan erfarenhet är det ofta viktigt med en sammanhållen uppföljning som omfattar hälsa, relationer och andra sociala och psykosociala faktorer, eftersom dessa faktorer påverkar varandra. Vårdanalys menar att det saknas en gemensam struktur för en sådan uppföljning, och att den uppföljning som görs idag utgår från olika myndigheters ansvarsområde 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.

Ett undantag är den uppföljning som sker inom ramen för det nationella kvalitetsregistret *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<sup>154</sup>.

Samsjuklighetsutredningen avser att utreda vidare hur uppföljningen inom området kan förbättras och utvecklas.

---

<sup>153</sup> Vårdanalys 2018, Fatta läget.- Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga

<sup>154</sup> 2019 årsrapport Svenskt beroenderegister

