

Förslag om samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser för personer med samsjuklighet

I den här promemorian presenterar samsjuklighetsutredningen den tänkta inriktningen på de förslag som utredningen ska lämna senast den 30 november 2021. I det första avsnittet redogörs för utredningens uppdrag och uppdragets syfte samt utgångspunkter för förslagen. I det andra avsnittet redogörs för vilka förslag som utredningen i dagsläget planerar att arbeta fram. Inriktningen på förslag kommer att revideras och utvecklas utifrån de synpunkter utredningen får på framställningen nedan. Detta kan komma att leda till att utredningen inte lägger fram ett eller flera av dessa förslag eller att utredningen lägger fram andra förslag än de som presenterats här.

1.1 Utgångspunkter och huvudsaklig inriktning

1.1.1 Samsjuklighetsutredningens uppdrag och uppdragets syfte

Samsjuklighetsutredningens uppdrag är att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende, och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

Utredningen definierar målgruppen *personer med samsjuklighet* som personer som uppfyller diagnoskriterier i ICD-10 för skadligt bruk eller beroende alternativt substansbrukssyndrom i DSM-5, och en annan psykiatrisk diagnos. Det innebär inte att diagnosen måste ha ställts. I gruppen kan även personer som aldrig haft kontakt med hälso- och sjukvården eller andra samhällsaktörer ingå.

Uppdraget syftar till att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av. Utredningen uppfattar direktiven som att den har utrymme att lägga förslag som även omfattar andra grupper om det krävs för att uppnå syftet med uppdraget.

1.1.2 Utgångspunkter för samsjuklighetsutredningens förslag

Samsjuklighetsutredningen anser att för att samordnade insatser ska kunna säkerställas måste samordningen utgå från personens egna mål, behov och resurser. Utredningen har i sitt inledande arbete genom en kvalitativ metod undersökt vilka mål som personer med samsjuklighet och anhöriga anser är viktigast att samhällets samlade insatser uppnår. Dessa är:

- Tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk
- Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den
- Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig

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

Samsjuklighetsutredningen har också genom dessa dialoger, ett antal samtal med verksamhetsföreträdare och genom att ta del av aktuella uppföljningar och granskningar inom området identifierat ett antal faktorer i dagens system som försvårar att verksamheter med ansvar inom området kan ge samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser. Dessa faktorer har sorterats under tre rubriker.

Faktorer kopplade till verksamhetens kvalitet och innehåll

- Förebyggande och tidiga insatser kan förstärkas
- Tillgången till vård- och behandlingsinsatser är otillräcklig och ojämlig över landet
- 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
- 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 Utredningen planerar att lämna förslag på sex områden

Utredningen gör bedömningen att för att fullgöra uppdraget på ett sätt som motsvarar syftet krävs förslag på sex områden.

- Förslag som tydliggör och renodlar hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens ansvar
- Förslag som säkerställer att regioner och kommuner samordnar insatser utifrån den enskildes behov och resurser
- Förslag som ökar samhällets kunskap om samsjuklighetsproblematiken och respekten för personer med denna problematik.
- Förslag som stärker den enskildes ställning
- Förslag för förbättrad hälsa och ökad samordning kring barn och unga som har eller riskerar att utveckla samsjuklighet
- Förslag om inriktning för en mer behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning

1.2.1 Tydligare ansvar för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Otydligheten i den nuvarande ansvarsfördelningen mellan regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas socialtjänst när det gäller personer med samsjuklighet, beskrivs i utredningens direktiv som ett skäl till att området behöver ses över. I den problembeskrivning av området som utredningen har tagit fram förstärks den bilden ytterligare och gäller, enligt utredningens bedömning, hela missbruks- och beroendevården.

Gällande regelverk som innebär att båda huvudmännen delvis har ett överlappande uppdrag, förefaller leda till att individen kan hänvisas fram och tillbaka mellan huvudmännen.

Huvudmännen är själva osäkra på vilka insatser de ska planera och budgetera för. Särskilt stor osäkerhet verkar finnas när det gäller psykosocial och psykologisk behandling. Utredningen bedömer att kravet på att huvudmännen ska göra överenskommelser om sitt samarbete kring målgruppen inte löser de problem som den delade ansvarsfördelningen leder till.

Utredningen planerar att lägga förslag om ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen i syfte att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen för det som idag benämns missbruks- och beroendevård. Dessa förslag kommer att omfatta alla personer med behov av sådan vård och inte bara personer med samsjuklighet. Förslagen innebär att hälso- och sjukvården har ansvaret för behandling och socialtjänsten för insatser som bidrar till den enskildes trygghet och aktiva deltagande i samhällslivet.

Utredningen anser att frågan om ansvarsfördelningen är mer komplex när det gäller barn och unga bl.a. eftersom socialtjänsten har ett vidare ansvar för goda uppväxtförhållanden och för att minska risken för att unga far illa. Barn har också särskilda rättigheter i enlighet med barnkonventionen. Detta resonemang utvecklas i 1.2.3.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Inriktningen är att hälso- och sjukvården ska ansvara för medicinsk, psykologisk och psykosocial behandling på samtliga vårdnivåer för samtliga psykiatriska diagnoser, inklusive skadligt bruk och beroende. Hälso- och sjukvården ska också vara skyldig att behandla alla psykiatriska sjukdomstillstånd samordnat och inte kunna ställa krav på drogfrihet. Det kan visserligen i vissa enskilda fall finnas medicinska skäl för sådana krav kopplat till en viss utredning eller behandling, men utredningen avser att understryka att även i dessa fall kan inte vården avslutas utan fortsatt planering och samordning. Skadereducerande insatser till personer som använder narkotika ska erbjudas i större utsträckning än idag och ses som en del av regionernas ordinarie ansvar för hälsofrämjande insatser. Utredningen planerar att lägga förslag som ökar tillgången till Naloxon och sprutbytesverksamhet, samt överväger att förslå att en region får i uppdrag att på försök driva en hälsocentral med drogkonsumtionsrum. Hälso- och sjukvården kommer även att ha ansvar för tvångsvård på grund av skadligt bruk och beroende vilket utvecklas i avsnitt 1.2.6.

Motiv för förslaget

Förslaget tar sin utgångspunkt i att skadligt bruk och beroende är tillstånd som diagnosticeras enligt vedertagna medicinska diagnossystem och kan behandlas med metoder som utvecklats och utvärderats utifrån sådana diagnostiska kriterier. Liksom många andra sådana tillstånd kan dessa behandlas både med farmakologiska insatser och psykologiska interventioner. Inom ramen för en behandlingsprocess finns det behov av att hålla samman insatserna, kombinera dem med varandra, följa upp dem samordnat och fatta beslut om förändringar av insatser. Regioner har i många fall bättre förutsättningar att tillhandahålla, utvärdera och utveckla evidensbaserade behandlingsmetoder genom t.ex. universitetskliniker.

Även förutsättningarna för att behandla samsjukligheten integrerat, bör öka om samma huvudman ansvarar för alla behandlingsinsatser. Olika psykiatriska sjukdomar inklusive skadligt bruk och beroende påverkar ofta varandra och kan ha gemensamma orsaker. Utredningen kan konstatera att det idag är vanligt att personer med skadligt bruk och beroende inte får sina övriga psykiatriska vårdbehov tillgodosedda. Ofta ställs krav på en långvarig drogfrihet innan behandling kan bli aktuell och inte sällan saknas kunskap om hur båda tillstånden kan behandlas samordnat. Utredningen bedömer att detta är en fråga som inte enbart kan lösas genom en huvudmannaskapsförändring. Därför anser utredningen att hälso- och sjukvårdens skyldighet att ge vård för alla psykiatriska tillstånd när behov finns och inte villkora den med drogfrihet måste tydliggöras

Det är även viktigt att personer med psykisk sjukdom inklusive skadligt bruk och beroende får sina somatiska behov tillgodosedda. Detta kan underlättas genom att hälso- och sjukvården har ett samlat ansvar för behandling av alla sjukdomstillstånd.

Att behandling av skadligt bruk och beroende blir ett ansvar för hälso- och sjukvården kan också bidra till att stigmatiseringen minskar. Forskningsstudier visar att personer med

alkoholproblem hellre söker hälso- och sjukvård än socialtjänst, och att en majoritet skulle hänvisa en vän eller släkting med sådana problem till vården. Föreställningar om att den enskilde själv bär skulden till sina problem kan motverkas genom att skadligt bruk och beroende ses som medicinska tillstånd som kan utredas, diagnosticeras och behandlas som andra sådana tillstånd.

Bland personer som använder narkotika är samsjukligheten hög. Dödligheten bland narkotikaanvändare i Sverige är oacceptabelt hög och de skadereducerande insatser som finns behöver därför göras mer tillgängliga. Det behöver också utvecklas och prövas skadereducerande insatser som inte används i Sverige idag. Utredningen avser att lägga förslag som förstärker hälso- och sjukvårdens ansvar att tillhandahålla dessa insatser som en integrerad del av det övriga utbudet av hälso- och sjukvårdsinsatser

Socialtjänstens ansvar

Socialtjänsten ska, enligt utredningen, ha fyra huvudsakliga ansvarsområden när det gäller personer som har ett skadligt bruk eller beroende.

1. Uppsökande verksamhet, information om och förmedling till samhällets stöd.
2. Stöd för basala behov som försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang.
3. Stöd för att utveckla den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv.
4. Stöd till närstående

Utredningen anser att socialtjänsten ska ha ett specifikt och uttryckt ansvar för att göra sig förtrogen med levnadsförhållanden hos personer med skadligt bruk och beroende. Detta kan ske genom uppsökande verksamhet och/eller systematiska inventeringar av målgruppen och behoven. Arbetet ska ligga till grund för socialtjänstens planering av de insatser som den ansvarar för. En viktig del i ansvaret är att uppmärksamma särskilda gruppers behov. Till utredningen har det t.ex. framförts att våldsutsatta kvinnor med psykisk sjukdom, skadligt bruk och beroende kan ha behov av särskilt anpassade insatser, och att personer som vistats kort tid i Sverige och inte kan språket ibland ha svårt att ta del av nödvändiga insatser. Även behoven hos äldre personer med psykisk funktionsnedsättning, skadligt bruk och beroende kan behöva uppmärksammas.

I socialtjänstens ansvar ska också ligga att informera om samhällets stöd och att stödja den enskilde att ansöka om bistånd eller insatser som andra huvudmän ansvarar för. Inom ramen för den uppgiften kan socialtjänsten samarbeta med den samordnade vård- och stödverksamheten som beskrivs i avsnitt 1.2.2.

Punkterna 2 och 3 ovan innebär att socialtjänsten kommer att ansvara för exempelvis personellt boendestöd, sysselsättningsinsatser och träfflokaler. Utredningen anser att sådana insatser ska riktas även till personer som har ett pågående skadligt bruk eller beroende. Idag

är dessa ofta uteslutna från insatser som kan vara avgörande för en trygg och stabil livssituation.

En viktig målsättning är att de insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer implementeras i högre grad än idag inom socialtjänsten. Det kan exempelvis gälla Bostad först till personer som är hemlösa och Individual placement and support (IPS).

Socialtjänsten ska inom ramen för sitt ansvar ha en skyldighet att samarbeta med civilsamhället. Det kan t.ex. handla om sociala företag som bidrar till gemenskap, sysselsättning och försörjning. Andra exempel kan vara organisationer som driver träfflokaler och uppsökande verksamhet.

Ansvar som beskrivs ovan innebär att socialtjänsten inte bara ska tillgodose basala behov utan också att stödja den enskilde att utveckla sina resurser. Det kan handla om stöd till en mer strukturerad vardag och utveckling av funktioner som personen tycker är viktiga för att kunna få ökad kontroll över sin livssituation. Metoder som används i detta arbete kan delvis sammanfalla med sådana som hälso- och sjukvården använder för att behandla skadligt bruk och beroende. Vidare kan olika former av familjebehandling som rekommenderas för ungdomar med alkohol- och drogproblem även vara aktuella vid sociala problem, som till exempel antisocialt beteende. Detta kan innebära gränsdragningsvårigheter mot regionen som utredningen behöver utveckla närmare i sitt fortsatta arbete.

Den fjärde punkten pekar ut att socialtjänsten ansvarar för stöd till närstående. Med det avses generella insatser till individer och grupper av närstående, exempelvis gruppverksamhet, utbildning och information. Syftet ska vara att den närstående själv ska kunna öka eller bibehålla så god livskvalitet som möjligt, och samtidigt vara ett stöd för personen som har ett skadligt bruk eller beroende.

Socialtjänsten har också en viktig funktion att utreda förhållanden och vidta adekvata åtgärder i barnfamiljer där det finns skadligt bruk och beroende. Detta görs ur barnets perspektiv med stöd av särskilda bestämmelser i lagstiftningen. Det utvecklas därför inte ovan i de punkter där socialtjänsten ansvarar för insatser till personer med skadligt bruk och beroende anges. Samtidigt är det ofta aktuellt med insatser till familjen som förutsätter ett nära samarbete med andra delar av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Detta gäller enligt den nuvarande lagstiftningen och i det system som är utredningens inriktning att föreslå.

Motiv för förslaget

Socialt arbete är en nödvändig del av samhällets insatser till personer med skadligt bruk och beroende. Det innebär att ha kunskap om de sociala förhållandena i kommunen, exempelvis när det gäller individers och grupper risk för att utveckla ett skadligt bruk och beroende, eller vad som påverkar dessa grupper levnadsförhållanden. Socialt arbete handlar också om att kunna ge insatser som minskar riskerna, och som kompenserar för de skador social utsatthet i olika former kan innebära för grupper och individer.

Utredningen gör bedömningen att det sociala arbetet gynnas av att renodlas och frikopplas från ansvaret att behandla ett psykiatriskt tillstånd. En sådan renodling kan leda till att arbetet definieras tydligare vilket bl.a. kan underlätta resursbesättning. Det kan också skapa förstärkta förutsättningar för vetenskapliga studier av de insatser som ges inom socialtjänstområdet, vad de består av, och vilka effekter de har.

Utredningen gör bedömningen att det sociala arbetet idag får för lite uppmärksamhet i relation till behandlingsinsatserna. Socialtjänstens insatser är också ofta enbart kopplade till målet att den enskilde avslutar sitt missbruk. Utredning anser att det sociala arbetet i stället ska kopplas till mål som är anpassade till individens förutsättningar, behov, resurser och mål.

Motivet för att särskilt peka ut ansvaret för stöd till närstående är det är en grupp som ofta behöver insatser för att klara av en ansträngd situation och dela erfarenheter med andra.

Nya gränser mellan huvudmännen behöver analyseras

När huvudmännens ansvar förändras finns risk för att nya gränsdragningssvårigheter uppstår. Vilka gränsdragningsproblem som kan uppstå och hur de kan hanteras måste vara en del av utredningens fortsatta arbete. Den huvudsakliga lösningen för att hantera dessa risker är det förslag om integrerad vård- och stödsamordning som beskrivs i nästa avsnitt.

Utredningen kommer också behöva analysera närmare vilka styrningsmodeller som gynnar respektive motverkar samordning och samverkan. Det kan t.ex. handla om ersättningssystemens utformning, uppföljning och möjligheten att göra gemensamma upphandlingar. Även frågor om vad som bygger en gemensam kultur, skapar ett gemensamt språk och förståelse för varandras uppdrag kan behöva hanteras inom ramen för utredningens fortsatta arbete. Av särskild vikt är det att utredningen noggrant analyserar hur ansvaret ska fördelas så att den samordnade vård- och stödverksamhet som beskrivs nedan inte bidrar till ökad otydlighet kring ansvarsgränser.

1.2.2 Samordning utifrån den enskildes behov och resurser

Personer med samsjuklighet som har behov på flera livsområden samtidigt behöver mötas av verksamheter som inte är uppdelade i olika delar, som kan upprätthålla kontinuitet, utgå från behov och resurser, samt förmedla hopp. Behovet av sådana samordnade insatser kan se olika ut mellan olika individer, i olika situationer och under olika perioder.

Utredningens inriktning är därför att kommuner och regioner ska ha skyldighet att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Verksamheten ska så långt det är möjligt innehålla psykiatrisk vård (inklusive beroendevård), psykologiska insatser, omvårdnadsinsatser, stöd till boende och stöd till sysselsättning. Inom ramen för insatsen ska psykiatrisk behandling, inklusive behandling för beroende, finnas tillgänglig. Verksamheten ska arbeta uppsökande och vara lätt att ta kontakt med, vilket innebär att delar av verksamheten måste kunna vara mobil. Insatserna ska så långt det är möjligt kunna ges där den enskilde befinner sig. Verksamheten ska samarbeta med personens nätverk om hen inte motsätter sig det.

Inom verksamheten ska det så långt det är möjligt arbeta personer med egen erfarenhet av psykisk sjukdom eller skadligt bruk och beroende som kan förmedla hopp, arbeta med bemötande- och maktfrågor, samt bidra till minskad stigmatisering.

Den som får insatser ska kunna vända sig till en person i verksamheten som håller ihop insatserna. Personen stödjer också den enskilde att formulera mål och har ansvarar för att insatserna planeras. Personen har en lagstadgad möjlighet att kalla till SIP. En möjlig benämning på en sådan person är vård- och stödsamordnare.

Verksamheten ska kunna ge insatser på olika nivåer, med olika grad av samordning och under olika lång tid beroende på individens behov. Den ska också stödja den enskilde så att andra verksamheter samordnar sina insatser. Ett särskilt syfte med verksamheten är att underlätta övergången mellan heldygnsomhändertagande och insatser i öppna former.

Utredningen planerar att föreslå att kommunernas och regionernas ansvar för att bedriva en samordnad vård- och stödsamordning regleras i lag. Verksamheten bör om det är möjligt omfattas av särskilda bestämmelser om sekretess, dokumentation och journalföring som underlättar samarbetet.

Verksamhetens uppdrag kan sammanfattas i följande punkter:

- Multiprofessionellt stöd som ges flexibelt i kombination med insatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst till personer med behov på flera livsområden samtidigt.

En mer flexibel form av samordning som kan ges under en viss tidsperiod eller för att lösa specifika problem och som syftar till att stödja personen att ta emot ordinarie insatser från t.ex. hälso- och sjukvård och socialtjänst och att anpassa och planera insatserna efter den enskildes behov eller lösa ett visst problem. En vård- och stödsamordnare håller ihop planering och genomförande av insatser till dess att samordningen av insatser kan hanteras av ordinarie strukturer.

- Multiprofessionellt stöd utifrån den enskildes mål som ges till vissa personer med stora och komplexa behov på flera livsområden samtidigt.

Den mest intensiva formen av samordning. Innehåller all psykiatrisk behandling, boendestöd, stöd till arbete och sysselsättning och peer support. Ges så länge det behövs. En vård- och stödsamordnare håller ihop planering och genomförande av insatser.

- Stöd till planering av insatser till alla personer som skrivs ut från LVM, personer som får öppen rättspsykiatrisk vård eller skrivs ut från rättspsykiatrisk vård, samt personer som avslutar ett fängelsestraff och enligt Kriminalvården har behov av insatsen.

Utgör en samlad struktur för att planera insatser och se till att de genomförs när ett heldygnsomhändertagande avslutas. Exempelvis säkerställer samordningsverksamheten att det sker en samlad planering av psykiatri och socialtjänstinsatser när en person skrivs ut från rättspsykiatrisk vård och i vissa fall psykiatrisk tvångsvård. Den särskilde vård- och stödsamordnaren ansvarar för planeringen.

- Samordnad heldygnsbehandling efter beslut till den som anses behov av det.

Med samordnad heldygnsinsats avses en insats som ges dygnet runt och som innehåller både psykiatrisk behandling inklusive behandling för skadligt bruk och beroende, och socialtjänstinsatser som tryggt boende och stöd till ett självständigt liv. Insatsen ska bedrivas på särskilda institutioner som har tillstånd för sådan verksamhet av inspektionen för vård- och omsorg. Institutionerna ska även vara anmälda som vårdgivare eftersom de bedriver hälso- och sjukvård. Samordnad heldygnsbehandling ska som huvudalternativ erbjudas personer med samsjuklighet i stället och kan även vara ett alternativ för andra personer med skadligt bruk och beroende. Samordnad heldygnsbehandling är frivillig och kan inte bedrivas på sjukhus.

Motiv för förslaget:

Det är utredningens huvudsakliga uppdrag att lämna förslag som säkerställer samordnade insatser till personer med samsjuklighet. Av de iakttagelser utredningen har gjort, och av det som framkommit i erfarenhetsdialogerna, framgår avsevärda brister när det gäller samordningen. Risken för en person med samsjuklighet att hänvisas fram- och tillbaka är överhängande. Insatserna utgår ofta från organisationernas respektive uppdrag, och inte från den enskildes behov, resurser och livssituation. Detta gäller särskilt personer med omfattande och komplexa behov. För den målgruppen rekommenderas teambaserade arbetsätt med case-mangement i nationella riktlinjer. Trots detta erbjuds sådana insatser i tämligen liten omfattning. Företrädare för huvudmännen som utredningen varit i kontakt med anser att regler om sekretess och journalföring utgör hinder för en sådan verksamhet.

Även för personer med mindre komplexa problem men med behov av samtidiga insatser under kortare och längre tid uppstår ofta samordningsproblem. Utredningens slutsats är att de flesta personer med samsjuklighet som också har sociala behov, någon gång kommer i en situation när helhetsansvar saknas vilket leder till att den enskilde inte får sina behov tillgodosedda. I sådana situationer finns det behov av en funktion som kan ge de insatser som behövs just då, samtidigt som funktionen kan initiera att ordinarie vård- och stödinsatser planeras, samordnas och utförs.

Utredningen har identifierat utskrivning från ett heldygnsomhändertagande som en särskilt kritisk situation med stora risker för den enskilde. Särskilt svårt kan det vara att planera socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser integrerat. Det finns därför behov av en funktion som svarar för den samordnade planeringen. Funktionen ska också kunna ge

insatser under en övergångsperiod, exempelvis till en person som skrivs från rättspsykiatrisk vård eller psykiatrisk tvångsvård.

Idag uppstår ofta konflikter om vem som ska besluta om och finansiera ett heldygnsomhändertagande på ett HVB-hem. Såväl kommunerna som de privata aktörer som bedriver HVB-verksamheter anser att socialtjänsten ofta tvingas göra placeringar på grund av omfattande samsjuklighet hos den enskilde. Hälso- och sjukvården menar ibland att kommunerna inte tillgodoser behoven av heldygnsomhändertagande av ekonomiska skäl. Utredningen bedömer att det finns personer som med samsjuklighet som har behov av integrerade socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser som bedrivs dygnet runt på annan plats än i personens hem. Därför finns behov av särskild vårdform som båda huvudmännen i viss mån ansvarar för.

1.2.3 Förbättrad hälsa och ökad samordning för barn unga med samsjuklighet

När det gäller barn och unga anser samsjuklighetsutredningen att målgruppen behöver vara vidare än diagnostisk samsjuklighet. Det kan också handla om unga som riskerar att utveckla sådan problematik. Det innebär inte att rena förebyggande insatser omfattas, utan samsjuklighetsutredningens uppdrag avser barn som har konstaterade svårigheter och behov av stöd och hjälp.

Utredningen anser att utgångspunkten för ansvarsfördelningen mellan huvudmännen ska vara den samma som för vuxna, att regionernas hälso- och sjukvård ansvarar för behandling för alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Socialtjänsten har emellertid ett vidare uppdrag när det gäller barn att verka för att de växer upp under trygga och goda förhållanden. Den ska också motverka att barn far illa och agera om det finns risk för det. Socialtjänsten ska samspela med familjerna och vid behov komplettera barnets vårdnadshavare, för att främja en gynnsam fysisk och social utveckling. Det innebär bland annat att säkerställa att barn och unga får tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver.

Mot bakgrund av att socialtjänstens uppdrag är vidare och mer komplext när det gäller unga måste den exakta ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och vilka konsekvenser förändringar får för barn och unga analyseras och utvecklas vidare. Utredningen har påbörjat ett sådant arbete. I det arbetet kommer också de särskilda rättigheter som barn har enligt barnkonventionen att beaktas.

Vid sidan om frågan om ansvarsfördelningen undersöker utredningen även möjligheten att lägga konkreta förslag som ökar samordning, behovspassning och personcentrering för barn och unga med samsjuklighet. Utredningens har i denna del valt att fokusera på barn och unga som riskerar att utveckla skadligt bruk eller beroende, som samtidigt har annan psykisk ohälsa och som riskerar att fara illa på grund av övergrepp eller försummelse eller på grund av sitt eget beteende. Huvudsakligen kommer utredningen koncentrera sig på hur hälso- och sjukvårdsbehovet hos den gruppen med komplexa problem kan tillgodoses bättre än idag.

Utredningen har identifierat barn- och unga som placeras på SiS-institutioner och andra HVB som en sådan grupp. Tidigare uppföljningar har visat att det är en grupp med stor ohälsa på flera olika områden, och där bland annat de psykiatriska insatserna inte alltid planeras och genomförs på ett samordnat sätt. Regeringen har därför gett Socialstyrelsen två uppdrag på området som ännu inte slutredovisats. Dels har myndigheten i uppdrag se över behovet av kunskap och stödmaterial i syfte att placerade barn och unga ska få tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång¹. Dels ska myndigheten i ett annat uppdrag bedriva ett pilotprojekt där Statens institutionsstyrelse och regioner utvecklar en integrerad vårdform som ska tillgodose ungdomarnas psykiatriska vårdbehov. Myndigheten ska bland annat inom ramen för uppdraget ta fram kriterier för vad en sådan vårdform ska innehålla och stödja SiS och regionerna i genomförandet av arbetet. Uppdraget ska slutredovisas 30 september 2025 och delredovisas årligen².

Samsjuklighetsutredningen avser att följa det utvecklingsarbete som pågår så långt det är möjligt inom ramen för den tid som utredningen har till sitt förfogande. Utredningen kommer därutöver undersöka behovet av att utveckla olika former av mer intensiva insatser, som exempelvis mobila insatser eller andra former av intensiv öppenvård, samt integrerad heldygnsvård. Utgångspunkten för analysen kommer vara att barnkonventionens bestämmelser om barnens bästa och barnets rätt att komma till tals kommer att ges uppmärksamhet.

1.2.4 Samhällets kunskap om samsjuklighetsproblematiken och respekten för personer med denna problematik behöver förstärkas

Utredningen gör bedömningen att värderingar och attityder kring psykisk sjukdom, skadligt bruk och beroende spelar roll för samhällets insatser till och bemötande av personer med samsjuklighet. Det handlar om föreställningar om problemens karaktär och vilka insatser som har effekt. Utredningen menar också att problemen med samsjuklighet behöver uppmärksammas mera och att kunskapen om dess utbredning och de insatser som ges behöver öka. Därför planerar utredningen att föreslå, dels ett program för minskad stigmatisering av personer som har skadligt bruk, beroende och andra psykiska sjukdomar, dels en samlad struktur för uppföljning inom området psykisk sjukdom, skadligt bruk och beroende.

Program för verksamhetsinflytande och minskad stigmatisering

¹ S2020/07505 (delvis) Uppdrag att genomföra utvecklingsinsatser för att stärka förutsättningarna för att placerade barn och unga får tillgång till en god hälso- och sjukvård, tandvård och en obruten skolgång

² S2019/00643/FST, S2019/03898/FS (delvis) Uppdrag om utvecklingsarbete avseende viss verksamhet vid Statens Institutionsstyrelse

En myndighet får i uppdrag att i nära samråd med patient-, brukar- och anhörigorganisationer genomföra ett program för minskad stigmatisering av personer som har skadligt bruk, beroende och andra psykiska sjukdomar. Vid den fortsatta utformningen av förslaget kan utredningen komma att hämta inspiration från det uppdrag som Folkhälsomyndigheten har att genomföra kunskapshöjande åtgärder inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Programmet kan innehålla fyra delar:

Samskapande i uppbyggnaden av vård- och stödsamordning.

I den lokala uppbyggnaden av vård- och stödsamordning kommer en rad frågor som handlar om tjänsternas utveckling att behöva lösas. Det handlar om teamens tillgänglighet, informationen om verksamheten, möjligheterna att ta kontakt m.m. Lösningar på sådana frågor kan hittas med tjänstedesign som grund och ske genom samskapande mellan medarbetare, personer med samsjuklighet och andra aktörer. En del av programmet mot stigmatisering innehåller ekonomiskt stöd till det arbetet, ger metodstöd, samlar in erfarenheter och spider goda exempel.

Ett mindre stigmatiserande språkbruk

Personer med samsjuklighet, anhöriga, profession och experter tar gemensamt fram förslag på begrepp som inte stigmatiserar och som bygger på kunskap och respekt. Begreppsförslagen som ska tas fram kan ligga till grund för rekommendationer om språkbruk i offentliga publikationer och tjäna som rekommendationer till media.

Människors berättelser

Personer med samsjuklighet och anhöriga får möjlighet att sprida kunskap om problemen genom egna berättelser. Detta kan ske som en utveckling av Hjärnkolls verksamhet eller på andra sätt.

Inflytande över verksamhetsutvecklingen

Medel avsätts för projekt som ska stödja brukarinflytande i verksamhetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården. Det kan vara brukarråd, anställning av brukare i verksamhet eller andra initiativ.

Sammanhållen struktur för nationell uppföljning

En myndighet får i uppdrag att leda uppbyggnaden av ett sammanhållet nationellt system för uppföljning av insatser till personer med samsjuklighet. Samsjuklighetsutredningen anser att de mål för samhällets insatser för personer med samsjuklighet som tagits fram inom ramen för utredningen tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga, kan ligga till grund för en sådan uppföljning. Det innebär att ett antal områden behöver omfattas av uppföljningen som ska hållas samman i samlat system. Utredningen bedömer inte att det i alla delar kommer att vara möjligt eller lämpligt att särskilja gruppen personer med samsjuklighet.

Uppföljningssystemet kommer därför bestå av delar som redovisar t.ex. hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser till personer med skadligt bruk och beroende och annan psykisk sjukdom. Detta förutsätter att de delarna utvecklas jämfört med hur det ser ut idag. Upplevelser hos personer med samsjuklighet bör vara en central del av uppföljningen.

Motiv för förslaget:

En viktig del av utvecklings- och förbättringsarbete är uppföljning. Uppföljning behövs för att ta reda om insatser man genomfört får det resultat som var tänkt och det är viktigt för att säkerställa kvaliteten i den vård och omsorg som ges. 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 insatserna för personer med samsjuklighet på nationell nivå.

1.2.5 Förstärkt ställning för den enskilde

Enligt målsättningsstadgandet i regeringsformen, 1 kap. 2 §, ska den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd, vara grundläggande mål för den offentliga verksamheten. Särskilt ska den allmänna trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa. Rätten till hälsa och social trygghet är mänskliga rättigheter uttrycks också i FN:s förklaring om de mänskliga rättigheterna. Personer med samsjuklighet kan utan adekvat stöd som är anpassat efter personens mål, resurser och behov försättas i situationer där dessa rättigheter inte tillgodoses. Utredningen planerar därför att föreslå förändringar som stärker ställningen för den enskilde personen med samsjuklighet. Utredningen bedömer att det förslag som redovisats ovan att regioner och kommuner ska bedriva en samordnad vård- och stödverksamheten kan få stor betydelse för en sådan utveckling. Förslaget syftar till att insatser ska utgå från den enskildes behov och resurser och att planeringen sker utifrån den enskildes mål. Att alla som får insatser i verksamheten har rätt till en vård- och stödsamordnare kan få särskilt stor betydelse för den enskildes ställning. Även förslaget att hälso- och sjukvården ska ha lagstadgad skyldighet att behandla psykiatriska diagnoser samordnat inklusive skadligt bruk och beroende, ökar möjligheten för den enskilde att ställa krav på verksamma insatser. Inriktningen att öka tillgången på skadereducerande insatser stärker den enskildes rätt till hälsa utan krav på motprestation.

Därutöver planerar utredningen att föreslå att en funktion som personlig företrädare för personer med samsjuklighet inrättas. Hur målgruppen för funktionen slutgiltigt ska definieras behöver utvecklas i utredningens fortsatta arbete.

En personlig företrädare är en person som kan informera om samhällets stöd och hjälpa den enskilde att få ett sådant stöd. Företrädaren ska arbeta på uppdrag av den enskilde och ha en fristående roll i relation till andra myndigheter. Ett viktigt uppdrag för företrädaren är att sammanställa erfarenheter ur målgruppens perspektiv, beskriva systemfel och rapportera dessa till ansvariga myndigheter. Företrädaren ska ha rätt att delta på SIP-möten. Utredningen kommer att överväga om den också ska kunna kalla till ett sådant möte.

Företrädaren kan vara ett personligt ombud som är anställd av en kommun. Den kan också vara en person som har uppdrag i en civilsamhällsorganisation. Utredningens inriktning är att funktionen ska utvecklas i en förordning som anger villkoren för statsbidrag till en sådan verksamhet.

1.2.6 Analys av för och nackdelar med en samlad tvångsvårdslagstiftning

Samsjuklighetsutredningen har i uppdrag att analysera för- och nackdelar med en integrerad tvångsvårdslagstiftning och föreslå hur frågan ska hanteras vidare. Utredningen tolkar detta som att uppdraget inte är att ta fram lagförslag.

En självklar utgångspunkt för utredningens analys bör vara nuvarande situation. I den problembeskrivning som utredningen har sammanställt konstateras att personer som vårdas enligt LVM har en betydande psykiatrisk samsjuklighet. Liksom på andra områden förefaller det vara en brist att den psykiatriska vården inte planerar för och genomför insatser för dessa personer. SiS är vårdgivare och har tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal, men inte uppdraget eller resurserna att ansvara för sammanhållen psykiatrisk specialistvårdsprocess. Även den somatiska ohälsan och överdödligheten är hög hos personer som vårdas på institutionerna.

En iakttagelse som utredningen har gjort är att tvångsvården verkar ges på ett ganska likartat sätt oavsett behov. Möjligheten att ge vård i annan form än på LVM-institution används ofta och utredningen ser ett behov av att närmare kartlägga innehållet i dessa insatser. Jämfört med LPT och LRV är möjligheten begränsad att ställa upp villkor som den enskilde måste följa under öppenvård.

Analysen som utredningen ska göra behöver också kopplas till ställningstagandet att hälso- och sjukvården ska ha ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende. Detta innebär emellertid inte självklart, enligt utredningens uppfattning, att det bästa alternativet är att låta LPT omfatta även tvångsvård i sådana situationer. Detta skulle visserligen öka tillgången till psykiatrisk vård vilket det finns ett behov av, men samtidigt riskera att ta bort andra delar av tvångsvården som kan ha betydelse för ett långsiktigt vårdresultat. Utredningen avser därför att mera noggrant analysera innehållet i den nuvarande institutionsvården för att se hur de delar i den som skapar värde, kan bevaras i ett nytt system.

En möjlig väg är att tvångsvården kan innehålla ett antal olika insatser som väljs utifrån den enskildes behov. Det kan t.ex. vara en kortare eller längre tids vård på sjukhus, vård på institution eller öppen vård med särskilda villkor. Insatserna kan i ett sådant tänkt system ges var för sig eller kombineras i en vårdkedja. En preliminär bedömning är att det initiala beslutet om tvångsvård bör fattas av hälso- och sjukvården eftersom den enligt utredningens inriktning ska ansvara för behandling. Detta hindrar emellertid inte att delar av vården, när det finns sådana behov, drivs på statliga institutioner. Hur den rättsliga prövningen av intagning och beslut om fortsatt tvångsvård bör utformas i ett nytt system kommer utredningen återkomma till.

1.3. Fortsatt arbete, konsekvensanalys och stegvis genomförande

Utredningen har efter att ha beaktat expertgruppens och den vetenskapliga expertgruppens synpunkter gjort inriktningen på förslagen publika på webbplatsen. Den som vill har möjlighet att lämna synpunkter parallellt med att utredningen fortsätter sitt arbete.

Utredningen kommer under april att pröva några av förslagen i ett experimentellt arbete där företrädare för regioner, kommuner och personer med samsjuklighet får möjlighet att diskutera hur de skulle kunna genomföras i verksamheten och vilka konsekvenser det skulle få. Inriktningen är att främst pröva förslagen som avser huvudmannaskapsförändringar och kravet på att driva en samordnad vård- och stödverksamhet.

En väsentlig del av utredningens fortsatta arbete blir att analysera konsekvenserna av de förslag som utredningen planerar att lägga. Detta kräver omfattande arbete främst när det gäller huvudmannaskapsförändringen och kravet på samordnad vård- och stödverksamhet. En del av detta är att bedöma om ingreppen i den kommunala självstyrelsen som förslaget om samordningsverksamhet innebär är försvarligt, och utveckla resonemangen för detta. En annan del avser de ekonomiska konsekvenserna och huruvida det behövs en skatteväxling mellan kommuner och regioner. Genom den enkät som utredningen skickat till samtliga regioner och kommuner ges en bild av vilka insatser som ges idag av huvudmännen och vad de kostar. Utifrån det kan utredningen beskriva vilka förändringar i utbudet som förslagen innebär för respektive huvudman. Detta är emellertid inte tillräckligt utan utredningen behöver också kunna beskriva hur målgruppen för insatserna ser ut idag och vilka som har behov av vad. Bland annat krävs detta för att bedöma vilka resurser som ska vara kvar hos respektive huvudman och vad som ska hanteras i den samordnade vård- och stödverksamhet.

Den inriktning som utredningen presenterat ovan innebär stora förändringar i samhällets insatser till personer med samsjuklighet, och förslagen berör även andra grupper som har ett skadligt bruk och beroende. Utredningen konstaterar att den angivna inriktningen kommer att förutsätta betydande utvecklingsinsatser i den verksamheten som regioner och kommuner ansvarar för. Det är av stor betydelse att personer med samsjuklighet, anhöriga och professionen blir delaktiga i det arbetet, och att de insatser som vidtas för att förbereda förändringen är väl förankrade. Utredningen avser därför att föreslå att reformen genomförs stegvis under en femårsperiod.

ARBETSMATERIAL