

## Kommittédirektiv

### Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd

Beslut vid regeringssammanträde den 17 juni 2020

#### **Sammanfattning**

En särskild utredare ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för att personer med sådan samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg och får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Utredaren ska bl.a.:

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

Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021.

## **Bakgrund**

### **Ansvar för vård, stöd och behandling**

Kommunerna har i enlighet med socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ansvar för missbruks- och beroendevård. Det innebär att socialnämnden aktivt ska sörja för att den enskilda missbrukaren får den hjälp och den vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9 § SoL). Socialtjänsten ansvarar också för sociala stödinsatser i form av t.ex. boende, sysselsättning, försörjning samt stöd till barn och anhöriga och närstående.

Regionerna har i sin tur en skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen (8 kap. 1 § HSL). Här ingår bl.a. abstinensbehandling och läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk samt övriga medicinska och psykiatriska insatser. Både kommuner och regioner erbjuder i dag psykosocial behandling. Denna behandlingsform är dock vanligast inom socialtjänstens regi.

När det finns skäl för tvångsvård på grund av missbruk ansvarar socialnämnden för att ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM. Barn och unga kan vårdas mot sitt eller vårdnadshavares samtycke under vissa förutsättningar enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU. Såväl vuxna som barn och unga kan vidare beredas vård utan samtycke enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. Att kommunerna, genom socialtjänsten, har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver vid missbruk och beroende innebär ingen inskränkning i regionernas skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård. Regionerna ska erbjuda hälso- och sjukvård även åt personer som är omhändertagna med tvång enligt LVM.

Ansvaret för personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd vilar således på flera huvudmän. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter när det gäller vård och behandling samt stöd vid sådan samsjuklighet. Förutom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan ett flertal andra aktörer vara involverade vid vård- och stödinsatser till personer med sam-

sjuklighet, däribland Statens institutionsstyrelse (SiS), Kriminalvården, företagshälsovården och privata utförare av vård- och stödtjänster.

### **Definitioner som rör målgruppen**

Det finns flera olika termer och definitioner som rör ett problematiskt förhållande till alkohol, narkotika eller andra substanser. På det medicinska området är termerna huvudsakligen kopplade till de diagnossystem som används – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) och Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). I Sverige används ICD vid diagnostik inom hälso- och sjukvården medan DSM främst används inom forskning och inom psykiatrisk verksamhet. Inom socialtjänsten gör man i praktiken inga diagnostiska överväganden, om det inte är fråga om samarbete med hälso- och sjukvården. I socialtjänstlagen används benämningarna missbruk och missbrukare men en definition av dessa saknas. Enligt Socialstyrelsen syftar begreppet inom socialtjänsten dock vanligen på de negativa sociala, men också fysiska och psykiska, konsekvenser som bruk av alkohol och andra droger kan föra med sig.

Med psykiatrisk diagnos avses de diagnoser som i ICD-10 och DSM-5 klassificeras som psykiatriska diagnoser. Hit hör t.ex. psykotiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, förstämningssyndrom, personlighetsstörningar och personlighetssyndrom samt psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser, t.ex. alkohol, opioider och cannabis. Med närliggande tillstånd avses sådana tillstånd som innebär allvarig psykisk ohälsa men som inte uppfyller kraven på en diagnos i enlighet med de internationella sjukdomsklassifikationssystemen ICD och DSM. Med samsjuklighet menas att en person uppfyller de diagnostiska kriterierna för flera sjukdomar.

### **Omfattningen av samsjuklighet**

Enligt en kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, som Socialstyrelsen genomförde under 2019, behandlades under 2017 ca 51 000 personer inom specialiserad öppen- eller slutenvård på grund av avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Av dessa vårdades 52 procent av männen och 64 procent av kvinnorna också för någon psykiatrisk diagnos minst en gång under perioden 2016–2018. De diagnoser som oftast förekom samtidigt som missbruk och beroende var depressioner, ångestsyndrom och Attention Deficit Hyperactivity Disorder (adhd) samt personlighetssyndrom (personlighetsstörning) bland unga

kvinnor. Förekomsten av adhd i kombination med andra psykiatriska diagnoser och skadligt bruk eller beroende var särskilt påfallande. Uppgifterna i kartläggningen är baserade på inrapporterade diagnoser till det nationella patientregistret (PAR), där uppgifter från primärvården saknas. Detta innebär att personer som enbart diagnostiserades och behandlades inom primärvården under studieperioden inte ingår i de resultat som presenteras i kartläggningen. Mycket talar därför för att gruppen personer med samsjuklighet är betydligt större än vad som uppskattats i kartläggningen.

I den genomlysning av missbruksvården som genomfördes av Missbruksutredningen och redovisades i betänkandet Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35) konstaterades att omkring 780 000 personer över 18 år vid tidpunkten för kartläggningen hade ett missbruk eller beroende av alkohol, varav 330 000 ett beroende, samt att antalet personer med missbruk eller beroende av narkotika uppgick till ca 55 000 personer. Enligt utredningen har de personer som någon gång i livet utvecklar ett missbruk eller beroende, enligt internationella befolkningsstudier, en 3–9 gånger ökad risk att någon gång under livet också utveckla en psykisk sjukdom. Dessa studier indikerar också att personer med psykisk sjukdom eller personlighetsstörning har en klart förhöjd risk att drabbas av missbruk/beroende någon gång i livet och störst är risken för personer med allvarlig psykisk sjukdom. Studier av LVM-vården har t.ex. visat att så mycket som upp till 60 procent av klienterna uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos. Vidare har mellan 30 och 70 procent av de personer som söker vård för missbruk eller beroende samtidigt andra typer av kroniska sjukdomar eller riskfaktorer.

Det finns även en tydlig koppling mellan våldsutsatthet och såväl psykisk ohälsa som missbruk. I betänkandet Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld (SOU 2018:37) framkommer att alkohol och psykiatriska diagnoser innebär en förhöjd risk för våldsutövande i nära relation. Samsjuklighet i form av alkohol- eller narkotikamissbruk och andra psykiatriska diagnoser är också vanligt förekommande bland våldsutövare.

Enligt uppgifter från SiS, som ansvarar för den statliga LVM-vården, har 5 av 10 klienter inom LVM-vården allvarliga problem med sin fysiska hälsa och 4 av 10 klienter har någon gång vårdats inom psykiatrin. Vidare har 4 av 10 någon gång haft självmordstankar och 3 av 10 klienter har någon gång försökt att ta sitt liv. När det gäller barn som vårdas enligt LVU har kartlägg-

ningar visat att placerade barn och unga ofta har någon form av psykisk ohälsa och att det nästan alltid påverkar den psykiska hälsan att bli placerad i samhällsvård. Behoven av vård och stöd vid psykisk ohälsa hos placerade barn och unga är ofta komplexa och insatserna från samhället måste vara flexibla för att möta dessa behov.

När det gäller kategorin icke-substansrelaterade syndrom beräknas 0,4 procent av den svenska befolkningen uppfylla diagnosen hasardspelsyndrom, vilket oftast kallas spelberoende. Ytterligare 1,3 procent beräknas, enligt Folkhälsomyndigheten, ha förhöjd risk för att uppfylla kriterierna för en diagnos. Spelberoende är ett allvarligt tillstånd där den psykiatriska samsjukligheten är omfattande och suicidrisken förhöjd.

### **Personer med samsjuklighet är en särskilt utsatt grupp**

Personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd är som framgått en särskilt utsatt grupp. Jämfört med befolkningen i övrigt har t.ex. mer än dubbelt så många personer med missbruk eller beroende någon gång under livet haft en psykiatrisk diagnos. Det finns tydliga samband mellan svårare missbruk och psykisk sjukdom i kombination med social utslagning såsom hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning. Samsjukligheten, främst missbruket, har även samhälleliga konsekvenser i form av bl.a. våld, brottslighet och sjukskrivningar.

Samsjukligheten påverkar även anhöriga och närstående. Barn och unga är särskilt utsatta. Att tidigt uppmärksamma de barn som växer upp i familjer med missbruk och psykisk ohälsa är därför av stor vikt. Förutom den otrygghet och utsatthet som de utsätts för, löper de en ökad risk för att utveckla egna psykiska besvär eller en missbruks- och beroendeproblematik. Barn och unga som själva har en samsjuklighet mellan missbruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser är i en särskilt utsatt position bl.a. när det gäller våld och andra övergrepp. Detta gäller också kvinnor och äldre personer med tungt missbruk och psykisk ohälsa.

### **Många aktörer ger vård och stöd vid missbruk och beroende**

Problematiken vid missbruk och beroende och samtidiga psykiatriska diagnoser eller närliggande tillstånd är ofta sammansatt. Insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (Socialstyrelsen 2019) slås det

fast att det är viktigt att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt och att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerade behandlingsmetoder som fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet. Missbruks- och beroendevården omfattar därmed ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området. För att vården och omsorgen ska fungera, och patientens eller brukarens sammansatta behov ska kunna mötas på ett effektivt sätt, krävs samverkan mellan både huvudmän och verksamheter. I de fall samverkan inte fungerar kan problem uppstå. Brister i samverkan kan gälla såväl mellan huvudmännen som mellan olika verksamheter inom kommunen och regionen.

För att få en bild över utbud och tillgång till vård- och behandlingsinsatser för personer med missbruk och beroende genomförde Socialstyrelsen under 2015 en kartläggning av vård- och behandlingsinsatser för unga och vuxna individer med missbruks- och beroendeproblem (Socialstyrelsens Lägesrapport 2017). Omkring 700 verksamheter som bedrev specialiserad vård eller behandling för personer med missbruk och beroende identifierades inom ramen för kartläggningen. Resultatet visade att den största delen av de specialiserade insatserna bedrevs inom socialtjänstens område och bara en mindre del inom hälso- och sjukvården. Den frivilliga institutionsvården bedrevs i huvudsak av privata aktörer. Merparten av kommunerna erbjöd specialiserad öppenvård riktad till personer med missbruk och beroende men med varierande utbud. I samtliga län fanns specialiserade beroendeenheter i öppen- och slutenvård, men organiseringen av och tillgången till behandlingsresurserna skiljde sig åt mellan regionerna. I rapporten konstateras att många kommuner erbjuder någon eller några av de manualbaserade insatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Samtidigt används de modeller och system som finns för att göra lokala och regionala uppföljningar av resultat inom vården och omsorgen i alltför liten omfattning och användningen av sådana uppföljningar har dessutom minskat över tid. Socialstyrelsen konstaterar sammantaget att få kommuner använder resultat från systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten och att detta är ett viktigt utvecklingsområde.

#### **Förändrade missbruksmönster och vårdbehov**

Kartläggningen visade även att det har skett en förändring inom det befintliga vård- och stödsystemet under åren 2006–2015. I dag vårdas fler patienter än tidigare inom hälso- och sjukvården på grund av alkohol- och drog-

missbruk. Det har också skett en markant ökning av andelen unga med drogmissbruk och av äldre personer över 65 år med skadligt bruk eller missbruk av alkohol. Inom socialtjänstens missbruksvård har andelen personer med tungt missbruk och psykisk ohälsa ökat och klienterna inom socialtjänsten tycks ha allt mer komplexa vårdbehov. En påtagligt större andel av kvinnorna uppges ha en svår psykiatrisk problematik jämfört med männen medan en större andel av männen har ett tungt alkoholmissbruk. Över tid har antalet personer som vårdas med stöd av LVM minskat. Det har dock blivit vanligare att LVM-vården inleds med ett omedelbart omhändertagande vilket kan indikera en mer sammansatt problematik bland dem som omhändertas akut. Bland de personer som vårdas enligt LVM är det vanligt att tidigare ha vårdats inom psykiatrin. Nästan 40 procent av kvinnorna och drygt 25 procent av de män som vårdats med stöd av LVM har vid något tillfälle även vårdats enligt LPT.

I 2020 års lägesrapport över individ- och familjeomsorgen, där insatser vid missbruk och beroende ingår, konstaterar Socialstyrelsen att de iakttagelser som presenterades i 2017 års kartläggning fortfarande gäller. Det innebär att en stor grupp personer med både missbruk och beroende och allvarlig psykisk ohälsa riskerar att inte få sina behov tillgodosedda. Det är i dagsläget endast ett fåtal huvudmän som erbjuder mer än en typ av kunskapsbaserad psykologisk eller psykosocial behandlingsform för vuxna personer med missbruks- eller beroendeproblematik, i enlighet med de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Även tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) varierar över landet och enligt Socialstyrelsen finns det en kraftig underförskrivning av läkemedel vid alkoholberoende. När det gäller tillgången till de sociala stödinsatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna, saknas det i stor utsträckning uppgifter på nationell nivå. Socialstyrelsen bedömer sammantaget att personer med samsjuklighet är en särskilt utsatt grupp som riskerar att få sämre vård när samordningen mellan olika aktörer brister.

### **Insatser för ökad samverkan**

För att förbättra samverkan mellan huvudmännen är kommuner och regioner skyldiga att ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar (5 kap. 9 a § SoL respektive 16 kap. 3 § första stycket 2 HSL). Syftet med överenskommelserna är att få till stånd en tydligare ansvarsfördelning, en bättre samverkan

och ett helhetsperspektiv utifrån patientens och brukarens behov, enligt propositionen God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården (prop. 2012/13:77). Genom bestämmelserna har huvudmännen fått ett relativt stort utrymme att gemensamt avgöra hur ansvarsfördelning och samverkan ska utformas och hur innehållet i överenskommelserna ska specificeras. Ett exempel på detta är Samordningsförbunden som finansierar samverkansinsatser som bedrivs via en eller flera av parter där bl.a. kommuner och regioner ingår.

När den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen vidare upprätta en samordnad individuell plan, en s.k. SIP (2 kap. 7 § SoL respektive 16 kap. 4 § HSL). Syftet med den samordnade individuella planen är att säkerställa samarbete mellan huvudmännen, så att individens samlade behov av socialtjänst och hälso- och sjukvård tillgodoses. SIP ska även användas vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård för att samordna de insatser som en enskild behöver enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Flera utredningar och rapporter har dock konstaterat att dessa bestämmelser och samverkansverktyg inte har gett avsedda resultat. Enligt Socialstyrelsens öppna jämförelser för missbruks- och beroendevården från 2019 är det endast drygt hälften, 57 procent, av kommunerna som har en rutin om intern samverkan mellan missbruks- och beroendeenheten och socialpsykiatri. Knappt hälften av kommunerna, 47 procent, har en aktuell överenskommelse med regionerna. Vidare har antalet kommuner som har en upprättad samarbetsöverenskommelse med regionen om samverkan vid missbruk och beroende minskat över tid. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som har haft regeringens uppdrag att följa upp efterlevnaden av den lagstadgade skyldigheten att ingå överenskommelser, rapporterar också att flera av de utmaningar som 2013 motiverade införandet av bestämmelserna fortfarande finns kvar och påverkar förutsättningarna för parterna att samverka kring överenskommelser (Att komma överens, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Det gäller inte minst ansvarsfördelningen mellan huvudmännen, som fortfarande är en stor utmaning.

Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet vid psykisk ohälsa och beroendeproblematik från 2019 bekräftar också bilden av en otydlig ansvarsfördelning som ger utrymme för tolkning exempelvis när det gäller vilken



huvudman som har huvudansvar för olika insatser, hur kostnadsansvar ska fördelas eller om det finns ett gemensamt ansvar för de insatser som görs. Följden av detta är att organisering och utbud av vård- och omsorgsinsatser skiljer sig mycket åt på olika platser i landet. En annan utmaning är att de överenskommelser som kommuner och regioner är ålagda att ingå ofta saknar detaljerad information om hur ansvaret ska fördelas mellan huvudmän och mellan verksamheter, vilket innebär att förhandlingar ändå måste ske på verksamhetsnivå.

### **Riksdagens tillkännagivande**

Riksdagen har i april 2019 tillkännagett (bet. 2018/19: SoU15 punkt 18, rskr. 2018/19:193) att regeringen bör se över frågan om hur ansvaret för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom kan samlas hos en huvudman. Enligt tillkännagivandet bör regeringen efter att en sådan översyn har gjorts utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom. Därutöver bör regeringen se över hur det ska kunna finnas tillgång till farmakologisk behandling i hela landet för personer med beroendesjukdom.

### **Behovet av en utredning**

#### **Delat ansvar kan innebära ett oklart ansvar**

Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla vård, stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har viktiga uppgifter när det gäller behandling. Uppgifterna ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål. Det i dag delade ansvaret för missbruks- och beroendevården mellan kommunerna och regionerna riskerar emellertid att resultera i negativa konsekvenser för individen i form av bristande tillgänglighet, samordning och kontinuitet. I värsta fall leder det till att patienter eller brukare faller mellan stolarna och inte får den vård eller det stöd som de behöver. När vård- och omsorgssystemet inte är anpassat till deras utsatta situation riskerar de dessutom att tappa motivationen att fortsätta söka hjälp för sitt beroende eller sin psykiska ohälsa. Brister i samverkan och samordning medför även utmaningar för professionerna i vården och omsorgen, vars uppdrag att hjälpa den enskilde försvåras när det saknas

förutsättningar för att koordinera insatser med andra verksamheter på ett effektivt och ändamålsenligt sätt.

Den otydlighet som uppfattas i fråga om ansvarsfördelningen kan göra det svårare för huvudmännen att uppmärksamma personer som har en samsjuklighet och att enas kring insatser. Som konstaterats har många patienter som söker vård för psykiska eller somatiska sjukdomstillstånd även missbruks- eller beroendeproblem. Dessa tillstånd måste uppmärksammas för att patienten ska kunna erbjudas effektiva vård- och stödinsatser. Inom den specialiserade vården kan förutsättningarna för att identifiera missbruk eller beroende dock vara begränsad.

Det finns också ett behov av att stärka vården för personer med samsjuklighet som vårdas utan samtycke med stöd av LPT eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Som framgått ovan vårdas många människor med missbruks- eller beroendeproblem även inom den psykiatriska tvångsvården och många personer inom den psykiatriska tvångsvården har en samtidig missbruks- eller beroendeproblematik. Varken LPT-vården inom hälso- och sjukvården eller LVM-vården inom socialtjänsten är organiserad på ett optimalt sätt för att behandla denna samsjuklighet. Det finns därför skäl att överväga om en mer integrerad lagstiftning skulle kunna skapa förutsättningar för en mer kontinuerlig vård för personer med en mer allvarlig samsjuklighetsproblematik.

### **Fortsatt stora utvecklingsbehov**

Socialstyrelsens jämförelseverktyg Öppna jämförelser har visat att det under senare år har skett en förbättring inom missbruks- och beroendevården när det gäller metodkompetens, uppföljning och samverkan. Det finns dock fortfarande stora regionala skillnader i vård- och stödinsatser. I huvudsak nås personer med sociala problem, vilket kan betyda att personer utan sociala problem men i behov vård- och stödinsatser går miste om åtgärder. Dessutom kan få huvudmän erbjuda mer än en psykologisk eller psykosocial behandlingsform, vilket gör att vården inte uppfattas som attraktiv av alla grupper. Vidare är användningen av läkemedelsbehandling vid alkoholberoende begränsad och andelen personer med opioidberoende som erbjuds läkemedelsassisterad behandling varierar i olika delar av landet. Samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården har fortfarande stora brister, trots en rad åtgärder för att förbättra samarbetet. Framför allt råder oklarhet om var den ekonomiska ansvarsfördelningen går, och

organisationsformer och insatser varierar stort mellan olika regioner och kommuner. Detta gör det svårt för personer med både missbruk och beroende och samtidigt psykiatriska diagnoser att få sina vårdbehov tillgodosedda. Dessa personer har särskilda behov av uthålliga, kvalificerade och integrerade insatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården. Uppdelningen på två huvudmän är erfarenhetsmässigt ett stort hinder för en optimal användning av tillgängliga resurser samtidigt som det allvarligt försvårar tillgängligheten till effektiva behandlingsformer och kontinuitet ur den enskildes perspektiv. Det finns därför starka skäl för att se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen i syfte att föreslå förändringar som har som mål att tillskapa ändamålsenliga insatser som utgår från den enskildes behov.

### **Individens bästa och möjlighet till inflytande ska vara vägledande**

Såväl inom hälso- och sjukvården som inom socialtjänsten är ett personcentrerat förhållningssätt en viktig utgångspunkt. Under senare år har det varit ett ökat fokus på patienters och brukares möjlighet till inflytande och delaktighet, och omfattande insatser har genomförts för att stärka individens ställning inom vården och omsorgen. Trots detta finns fortfarande stora utmaningar inom området, inte minst vad gäller grupper med stora och komplexa vårdbehov. Personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos är inte sällan beroende av insatser från flera huvudmän och verksamheter, vilket ställer krav på ett individanpassat förhållningssätt i mötet med patienten eller brukaren och en förståelse för de speciella behoven hos denna målgrupp. Att ytterligare stärka patientens och brukarens ställning är därför angeläget. Detta gäller oavsett om vården är frivillig eller sker med stöd av tvångsvårdslagstiftning. För arbetet med barn och unga är FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) en viktig utgångspunkt. Barnkonventionen är svensk lag sedan den 1 januari 2020.

### **Kunskapsutveckling ställer krav på huvudmännen**

Under de senaste åren har flera initiativ tagits för att stärka kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvården och omsorgen. På nationell nivå har Rådet för styrning med kunskap etablerats. Målsättningen med rådets arbete är att skapa förutsättningar för att rätt kunskap ska nå fram till huvudmännen och professionerna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samordnade och behovsanpassade kunskapsunderlag bidrar till att verksamheterna bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, ger stöd

vid prioriteringar och vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på.

De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende innehåller bl.a. rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, såsom urin-, saliv-, eller blodprov, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar. Nationella riktlinjer syftar till att visa på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är ett stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder med målet att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg.

Vid sidan av den statliga kunskapsstyrningen finns också en regional struktur för sammanhållen kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården som är organiserad i 26 s.k. nationella programområden, däribland ett för psykisk hälsa. Programområdena leder kunskapsstyrningen inom sina respektive områden och tar bl.a. fram vård- och insatsprogram som vänder sig till regionernas professioner med syftet att öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan profession och individ.

Till stöd för kunskapsstyrningen inom socialtjänsten finns också de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) som samverkar i flera frågor som rör socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård mellan kommuner och regioner. RSS arbetar tillsammans med Socialstyrelsen och andra statliga myndigheter inom ramarna för Partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänsten för att bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling och stöd för genomförande så att bästa tillgängliga kunskap används. Under det senaste året har partnerskapet bl.a. arbetat med att genomföra ett kunskapsstöd om spelberoende. Vidare finns Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten, vars uppdrag är att samverka, föra dialog och samordna strategiska initiativ som bidrar till behovsanpassad kunskapsutveckling och behovsanpassat kunskapsstöd inom socialtjänstens verksamhetsområden.

Trots vissa skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst är det viktigt att betona att systemen för kunskapsstyrning behöver vara integrerade och verksamheterna samarbeta. Särskilt tydligt blir detta utifrån ett individperspektiv där den enskilde ofta har sammansatta behov som kräver insatser från flera håll.

## **Uppdraget att föreslå samordnade insatser**

Samordning och samverkan mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd har fortfarande stora brister, trots en rad åtgärder för att förbättra samverkan. Detta gör det svårt för personer med både missbruk och beroende och samtidigt psykiatriska diagnoser att få sina behov av vård och stöd tillgodosedda. Personer med stora behov av vård och stöd drabbas ofta hårt och riskerar att falla mellan stolarna när samverkan mellan huvudmännen inte fungerar. Det gäller också för verksamheter inom samma huvudman, som t.ex. primärvården, psykiatrin och den regionala beroendevården samt för verksamheter under andra huvudmän som kan komma i kontakt med målgruppen, som t.ex. polisen eller kriminalvården. Det finns därför starka skäl att se över den nuvarande ansvarsfördelningen i syfte att säkerställa samordnade insatser för personer med sådan samsjuklighet.

En särskild utredare ska föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. Utredaren ska se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och analysera hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen, och mellan verksamheter under samma huvudman t.ex. mellan hälso- och sjukvården, den regionala missbruks- och beroendevården och psykiatrin samt mellan verksamheter inom socialtjänsten. I uppdraget ingår att lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt. Såväl fördelar som nackdelar med de förslag som lämnas ska belysas.

Utredaren ska vidare föreslå hur vården och omsorgen för personer med samsjuklighet kan bli mer patientcentrerad och lämna förslag som syftar till att stärka individens ställning. Utredaren ska även analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer med samsjuklighet som vårdas utan samtycke och lämna förslag på frågans fortsatta beredning.

Syftet med uppdraget är att skapa förutsättningar för en samordnad, behovs- anpassad och patientcentrerad vård och omsorg där personer med samsjuklighet får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

Brukarnas och patienternas möjlighet till inflytande över sin vård och behandling är av stor vikt och ska vara vägledande i arbetet. Barns och ungas rättigheter i det avseendet framgår bl.a. av barnkonventionens artikel 12. Förslagen ska vidare spegla den utveckling som missbruks- och beroendevården har genomgått i fråga om nya forskningsrön och i synen på missbruk och beroende som ett multifaktoriellt tillstånd som kan orsakas av såväl biologiska och psykologiska som sociala faktorer.

Utredaren ska:

- analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman,
- se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman,
- belysa frågor som rör samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst och andra aktörer vars uppdrag berör personer med samsjuklighet, t.ex. SiS, Kriminalvården och Polismyndigheten,
- lämna förslag på hur vård- och omsorgspersonalens kunskap och kompetens när det gäller samsjuklighet ska kunna säkerställas i berörda verksamheter,
- lämna förslag på hur verksamheter inom socialtjänsten, hälso- och sjukvården och andra berörda aktörer kan uppmärksamma och stödja personer med samsjuklighet i större utsträckning än i dag,
- föreslå hur vården och omsorgen för personer med samsjuklighet kan bli mer patientcentrerad och lämna förslag som syftar till att stärka individens ställning,
- analysera för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT och om möjligt föreslå hur frågan kan hanteras vidare samt
- lämna nödvändiga författningsförslag och de förslag till åtgärder i övrigt som behövs.

Viktiga ställningstaganden som har gjorts vid utformningen av förslagen ska beskrivas. Vidare ska alternativa lösningar som har övervägts beskrivas liksom skälen till att de har valts bort. De olika offentliga aktörernas ansvar och roller ska övervägas så att rätt insats kan ges. Vid utformningen av förslagen

ska utredaren ta hänsyn till sådan lagstiftning som kan ha beröring med eller inverka på förslagen, som t.ex. offentlighets- och sekretesslagstiftningen eller lagstiftning om informationsöverföring, dataskydd och datalagring.

### **Konsekvensbeskrivningar**

Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för kommuner och regioner ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas. Därutöver ska utredaren redovisa förslagets konsekvenser för socialtjänsten och för hälso- och sjukvården samt för de övriga aktörer som kan komma att beröras av förslagen.

Vidare ska förslagets konsekvenser för patienter och brukare beskrivas. I arbetet ska utredaren beakta ett jämlikhetsperspektiv, bl.a. med jämlik vård som utgångspunkt. I enlighet med detta ska förslagets konsekvenser belysas också i fråga om socioekonomisk och regional jämlikhet.

### **Kontakter och redovisning av uppdraget**

Inom ramen för uppdraget ska utredaren samråda med berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Samordningsförbunden genom nationella nätverket för samordningsförbund, ett urval kommuner och regioner, brukar-, patient- och anhörigorganisationer samt företrädare för professionerna och i övrigt verka för att arbetet präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Utredaren ska vidare hålla sig informerad om och beakta det arbete som bedrivs i Regeringskansliet och på berörda myndigheter som är av relevans för uppdragets genomförande och initiera en dialog med berörda statliga utredningar. Det gäller exempelvis utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), utredningen Framtidens socialtjänst (S 2017:03), och Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05). Utredaren ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete.

Uppdraget ska redovisas senast den 30 november 2021.

(Socialdepartementet)