

Kartläggning av
samsjuklighet i form av
psykisk ohälsa och
beroendeproblematik

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2019-11-6481

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2019

Förord

Socialstyrelsen har i enlighet med regeringens uppdrag genomfört en kartläggning av förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen betonades att en välfungerande vård och omsorg samt samverkan mellan olika aktörer är speciellt viktig när individen både har en missbruksproblematik och lider av psykisk ohälsa. I uppdraget har Socialstyrelsen analyserat hur samverkan mellan olika verksamheter inom vården och omsorgen fungerar och hur denna påverkar förutsättningarna för en god vård och omsorg. Utifrån de resultat som framkommit presenterar Socialstyrelsen ett antal förslag till en förbättrad samverkan.

Projektledare för uppdraget har varit utredaren Birgitta Greitz. Ansvarig utredare för kartläggning av populationen har varit Peter Salmi, och ansvarig utredare för beräkningar av ekonomiska aspekter har varit Daniel Högberg. Utredarna Karin Gavelin, Stefan Brené och Magdalena Helgesson, juristerna Hanna Jarvad och Kristina Swiech samt statistikern Alistair Hind har deltagit i arbetet. Ansvarig enhetschef har varit Elisabeth Wärmberg Gerdin.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Socialstyrelsens uppdrag	8
Avgränsningar	8
Läsanvisning	9
Metod och genomförande	10
Bakgrund	12
Gällande rätt	16
Hälsa- och sjukvård	16
Socialtjänst	19
Gemensamt ansvar för missbruksvård	22
Tvångsvård	25
Samverkan	27
Sekretess inom hälsa- och sjukvården	33
Sekretess inom socialtjänsten	35
Sekretess vid samverkan	35
Resultatredovisning	37
Kartläggning av populationen – förekomst av skadligt bruk eller beroende med eller utan samtidig psykisk sjukdom	37
Analys av förutsättningar för samverkan	45
Socialstyrelsens förbättringsförslag	59
Referenser	63
Bilaga 1. Öppna jämförelser	65
Öppna jämförelser socialtjänst	65

Sammanfattning

Socialstyrelsen har kartlagt förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Kartläggningen har fokuserats på personer med stora vårdbehov och komplicerad samsjuklighet.

Personer med samsjuklighet är beroende av att få vård och stöd av flera olika verksamheter, och i uppdraget analyseras hur samverkan mellan och inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten fungerar och hur den påverkar förutsättningarna för god vård och omsorg. Socialstyrelsen lämnar också, i enlighet med uppdraget, förslag som kan förbättra samverkan.

Kartläggningen, som baseras på inrapporterade diagnoser till Socialstyrelsens nationella patientregister, visade att 51 835 personer (10 år och äldre) vårdades för intag av beroendeframkallande substanser 2017. Av dessa hade 64 procent av kvinnorna och 52 procent av männen också vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser under perioden 2016–2018.

Bland personer med skadligt bruk eller beroende och flera psykiatriska diagnoser var adhd vanligt. En uppföljning av dessa personer indikerar att barn- och ungdomspsykiatri i större utsträckning kan behöva uppmärksamma barn och unga med adhd som har intag av beroendeframkallande substanser. Därför uppmärksammas här vikten av tidiga insatser i barn- och ungdomspsykiatri och en välfungerande samverkan mellan beroendevård, socialtjänst och vuxenpsykiatri.

Faktorer som påverkar förutsättningarna för en god samverkan återfanns inom områdena organisation, kultur, ekonomi, regelverk och styrning, och den handlade bland annat om

- ansvarsfördelning mellan huvudmän och verksamheter i vården och omsorgen för personer med samsjuklighet
- oklarhet kring vem som har det ekonomiska ansvaret för olika insatser
- brist på samsyn mellan professioner om begrepp
- administrativa hinder såsom icke kompatibla IT-system.

Socialstyrelsen föreslår utifrån nämnda analys ett antal förbättringsförslag. Ett genomgående tema i förslagen är att de har sin utgångspunkt i personcentrerad samverkan och att man i mötet med patienter och brukare har ett personcentrerat förhållningssätt. Vidare är fokus i förslagen på att underlätta implementering av redan existerande modeller genom att utveckla, anpassa eller utvärdera dessa.

Inledning

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att kartlägga förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Socialstyrelsen ska även analysera hur samverkan mellan olika verksamheter inom vården och omsorgen fungerar och hur denna påverkar förutsättningarna för en god vård och omsorg samt vid behov lämna förslag på hur vården och omsorgen kan förbättras genom samverkan. Vid genomförandet av kartläggningen och analysen ska Socialstyrelsen beakta skillnader mellan åldersgrupper och mellan kvinnor och män. Genomförandet av uppdraget ska ske i samråd med Folkhälsomyndigheten och andra berörda myndigheter samt i dialog med relevanta intresseorganisationer. Ekonomiska konsekvenser av förslagen för kommuner och landsting ska beräknas. Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de konsekvenser och de särskilda avvägningar som föranlett förslagen särskilt redovisas.

Uppdraget ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 november 2019.

Agenda 2030 för hållbar utveckling

Agenda 2030 är samlingsnamnet på de globala utvecklingsmålen som beslutades av FN:s generalförsamling i september 2015. Agendan handlar om arbetet med att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla och uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor. Denna rapport berör mål 3: *Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar* med följande delmål:

- Delmål 3.5. Stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholmissbruk.
- Delmål 3.4. Till 2030 genom förebyggande insatser och behandling minska det antal människor som dör i förtid av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel samt främja psykisk hälsa och välbefinnande.

Avgränsningar

Uppdraget omfattar inte att ta fram bästa tillgängliga kunskap inom psykisk ohälsa och missbruk och beroende, uppföljning av följsamhet till riktlinjer och annan vägledning eller samverkan för tidig upptäckt och förebyggande insatser.

Den samverkan som främst analyseras i uppdraget är samverkan inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Uppdraget omfattar inte att lämna färdiga författningsförslag, utan endast att vid behov föreslå hur vården och omsorgen kan förbättras genom samverkan.

Regeringsuppdraget anger att Socialstyrelsen ska kartlägga förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Kartläggningen som presenteras i denna rapport bygger på Socialstyrelsens registerdata och avgränsas till personer med diagnoser som kan hänföras till intag av beroendeframkallande substanser och olika psykiatriska diagnoser. Mycket talar dock för att det finns en underdiagnostisering av personer med beroende som har en annan psykisk sjukdom [1]. På samma sätt kan en person som behandlas eller utreds för psykisk ohälsa ha en samtidig beroendeproblematik i form av risk- eller missbruk av alkohol eller droger som behöver uppmärksammas och behandlas.

I de delar av uppdraget som rör förutsättningar för samverkan omfattar samsjuklighet i en bredare bemärkelse – det vill säga berör också personer med psykisk ohälsa och beroendeproblematik som inte har fastställda dubbla diagnoser. Här ingår exempelvis personer med ångest/depression och oupptäckt risk- eller missbruk och beroende.

Enligt uppdraget skulle ekonomiska konsekvenser av eventuella förbättringsförslag beräknas. De förbättringsförslag som presenteras är i huvudsak på en övergripande organisatorisk nivå som i ett nästa steg behöver omsättas till aktiviteter i regioner och kommuner. Mot bakgrund av detta gör Socialstyrelsen bedömningen att det i nuläget inte är möjligt att beräkna ekonomiska konsekvenser av de olika förslagen.

Läsanvisning

Förklaring av begrepp

I rapporten används följande begrepp i den betydelse som anges här.

Missbruk och beroende

I Sverige används främst International Classification of Diseases and related health problems (ICD) vid diagnostik inom hälso- och sjukvården, medan Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) används inom forskning och i viss mån inom psykiatrisk verksamhet.

För att ett *beroende* ska föreligga ska tre av sex kriterier enligt ICD-10 vara uppfyllda. Ibland används även diagnosen *skadligt bruk* som innebär ett bruk av psykoaktiva substanser på ett sätt som skadar hälsan fysiskt eller psykiskt.

Inom socialtjänsten gör man i praktiken inga diagnostiska överväganden, om det inte är fråga om samarbete med hälso- och sjukvården. I socialtjänstlagen (2001:453), SoL, används benämningarna ”*missbruk*” och ”*missbrukare*”, men en definition av dessa saknas. Traditionellt syftar begreppet på de negativa sociala konsekvenserna av alkohol och andra droger, men oftast finns också fysiska och psykiska konsekvenser.

Psykisk ohälsa

I rapporten används flera olika begrepp såsom psykisk ohälsa, psykisk funktionsnedsättning och neuropsykiatriska tillstånd. Psykisk ohälsa är ett sam-

manfattande begrepp som inbegriper både mindre allvarliga psykiska problem såsom oro och nedstämdhet, och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos. Begreppet psykisk funktionsnedsättning avser en nedsättning av funktionsförmågan till följd av psykisk ohälsa, vilken tar sig uttryck i väsentliga och långvariga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden [2]. Neuropsykiatriska tillstånd är ett samlingsbegrepp för funktionsnedsättningar såsom adhd, autismspektrumtillstånd och Tourettes syndrom [3].

Metod och genomförande

Uppdraget består av:

- Kartläggning av populationen dvs antalet personer som uppskattas ha samsjuklighet i form av psykisk ohälsa, missbruk och beroende.
- Beskrivning av ekonomiska aspekter av samsjuklighet mellan beroende och psykisk ohälsa.
- Analys av vilka faktorer som förbättrar respektive försämrar eller förhindrar möjligheten till samverkan mellan och inom huvudmännen inklusive förbättringsförslag.

Kartläggning av populationen

En kartläggning har genomförts med hjälp av olika register. Olika aspekter beaktas när det gäller samsjuklighet i form av beroende, psykiska sjukdomar eller olika neuropsykiatriska tillstånd. I analyserna används data från specialiserad öppen- och slutenvård.

Analys av förbättrad samverkan

1. Data har samlats in genom:
 - kunskapssammanställning från tidigare genomförda utvärderingar, uppföljningar och tillsynsrapporter
 - intervjuer, dialogmöten och seminarier med nyckelaktörer som återkopplat om faktorer som påverkar förutsättningar för hur samverkan fungerar i dag.
2. Utifrån analys av vad som framkom under datainsamlingen har Socialstyrelsen tagit fram förslag på hur vården och omsorgen kan förbättras genom samverkan.

Kunskapssammanställning

En litteraturgenomgång har genomförts av vetenskapliga artiklar och rapporter från myndigheter, FOU-enheter och intresseorganisationer. Fokus har varit att sammanställa ett underlag som belyser vad som kan påverka förutsättningarna för samverkan mellan olika verksamheter och hur samverkan och samordning i förlängningen påverkar en god vård och omsorg för personer med samsjuklighet.

Intervjuer och dialogmöten

Under uppdragets gång har Socialstyrelsen fört dialog med och tagit del av erfarenheter från andra aktörer:

Intervjuer med sakkunniga inom myndigheten samt externa forskare och andra sakkunniga.

- Dialogmöte med patient- och brukarorganisationerna i Socialstyrelsens råd för missbruks- och beroendefrågor.
- Dialogmöte med representanter för Riksförbundet Attention, Schizofreniförbundet, Ångestförbundet ÅSS, Föräldraföreningen Mot Narkotika FMNS, Riksförbundet för SuicidPrevention, Efterlevandes Stöd SPES och OCD-föreningen.
- Referensgruppsmöten
 - Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
 - Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys).
- Dialogmöten med representanter från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och nätverket MILK (Missbruk och beroende i landsting och kommuner)

Studiebesök:

- Norrtäljemodellen med fokus på samverkan mellan psykiatri, beroende och socialpsykiatrins öppenvård i Norrtälje kommun. Vi träffade representanter från Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, Tiohundra AB och Norrtälje kommuns socialkontor.
- Örebro beroendecentrum
- SiS Runnagården i Örebro
- Beroendemottagningen Riddargatan 1
- Beroende Stockholm St Göran.

Samråd och koordinering har skett med

- Folkhälsomyndigheten och Statens institutionsstyrelse (SiS).
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer (NR) för missbruk och beroende
- nationella programområdesstrukturen (NPO) insatsområde psykisk hälsa
- den statliga utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)
- SKL:s samordnare för missbruk och beroende genom regelbundna möten och avstämningar
- andra närliggande uppdrag inom myndigheten.

Seminarium med nyckelaktörer

Socialstyrelsen bjöd in företrädare för professionerna från kommuner och regioner, forskare och representanter från brukarorganisationer till två heldagsseminarier. Seminarierna hölls i september och cirka 15 externa gäster deltog respektive seminariedag.

Gruppvis diskuterades frågeställningar och förbättringsförslag som därefter utgjorde underlag i gemensamma diskussioner. Projektgruppen använde sedan deltagarnas återkoppling från de båda seminarierna som underlag i det fortsatta arbetet med regeringsuppdraget.

Bakgrund

Vad är samsjuklighet?

Med samsjuklighet menas att en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar. Det är sedan länge välkänt att personer med beroende har en förhöjd risk för olika former av psykisk ohälsa. Omvänt så har personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser en ökad risk för beroende [1].

Det finns olika sätt att förklara hur samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik uppstår och hur de kan kopplas till varandra. Det är mycket vanligt att personer som har ett skadligt bruk eller beroende samtidigt också har psykisk sjukdom [1]. Samsjuklighet komplicerar diagnostik och behandling, och ställer krav på samverkan mellan beroendevård och psykiatri. Varför sådan samsjuklighet är vanlig kan förstås mot bakgrund av åtminstone fyra (inte varandra uteslutande) förklaringsmodeller:

- 1) Skadligt bruk eller beroende samexisterar med psykisk sjukdom på grund av gemensamma riskfaktorer.
- 2) Skadligt bruk eller beroende är en konsekvens av självmedicinering vid existerande psykisk sjukdom.
- 3) Skadligt bruk eller beroende orsakar bestående psykisk sjukdom som fortskrider oberoende av drogkonsumtionen
- 4) Temporär psykisk sjukdom som orsakas som konsekvens av intoxication eller abstinens från specifik drog [4].

Den senaste stora kartläggningen av situationen om samsjuklighet i Sverige gjordes i samband med den statliga missbruksutredningen som publicerades 2011 [1]. Det konstateras att samsjuklighet är vanligt förekommande i Sverige och i andra länder där kartläggningar gjorts. Dock är det svårt att jämföra olika nationella och internationella kartläggningar eftersom de haft olika studiedesign med skilda kriterier. Kriterierna kan till exempel variera från att personen ska ha flera diagnoser samtidigt till att de har en diagnos och har haft en vårdkontakt eller en annan diagnos någon gång i livet eller inom ett definierat tidsintervall. Personer med samsjuklighet är en heterogen grupp. Behov av vård och stöd varierar väsentligt i gruppen utifrån vilken eller vilka substanser och i vilken omfattning de missbrukas och vilka andra psykiatriska tillstånd som manifesteras [5].

Vad är samverkan?

Det finns ingen enhetlig definition av begreppet samverkan. För att särskilja begreppen finns följande definition i Socialstyrelsens termbank:

Samverkan är ett ”övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte”. Samverkan kan ske inom och mellan enheter, myndigheter och samhällsaktörer och till exempel gälla aktiv utbyte av information eller att planera gemensamma aktiviteter.

Samarbete avser ett ”gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift”. Samarbete kan ske både på ett organisatoriskt och på ett mellan-

mänskligt plan. Ett organisatoriskt samarbete är till exempel att två organisationer ordnar och genomför ett gemensamt seminarium. Exempel på ett mellanmänskligt samarbete är när vård- och omsorgspersonal hjälps åt med insatser till den enskilde.

Samordning innebär ”koordination av resurser och arbetsinsatser för att er hålla högre kvalitet och större effektivitet”. Ett exempel är en samordnad individuell plan, där vård- och omsorgsplanering utförs gemensamt av berörda inom olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Varför samverka?

Personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik har behov av vård och behandling för båda eller flera av sina tillstånd och därför berörs flera myndigheter och behandlingsverksamheter. För att vården och omsorgen ska fungera, och patienten eller brukarens sammansatta behov ska kunna mötas på ett effektivt sätt, krävs samverkan mellan både huvudmän och verksamheter. En central utgångspunkt vid samverkan är att utgå från frågan om vad som är målet och syftet med att samverka. Således behöver det finnas ett tydligt mål med samverkan, bestämda aktörer och målgrupper och en tydlig ansvarsfördelning mellan samverkansparterna [6].

En annan utgångspunkt i samverkan är att se till individens behov och låta detta vara styrande i stället för att utgå från organisationens struktur. En fungerande samverkan mellan och inom olika verksamheter behövs för att stödet ska kunna ges från ett helhetsperspektiv där både de medicinska och de sociala aspekterna betraktas som delar av individens hela liv [7].

Strukturella förutsättningar för samverkan är nödvändiga, men inte alltid tillräckliga. Strukturella förutsättningar för samverkan kan sammanfattas i följande punkter:

- samverkan har en tydlig och klar ledning
- samverkan har ett klart uttalat mål
- tillräckliga resurser ställs till förfogande
- skillnaderna mellan de samverkande avseende synsätt, organisation och regelverk har identifierats
- hindrande skillnader har undanröjts och om detta inte går, finns det utvecklade sätt för att hantera dem [8].

Hur samordningen kan genomföras påverkas av både organisatoriska förutsättningar och individens förutsättningar för att vara delaktig. Om en person av olika skäl har begränsade förutsättningar för att vara aktiv och delaktig i sin vård och omsorg blir behovet av samordning särskilt stort [9].

Konsekvenser av bristande samverkan

Bristande samverkan kan få svåra konsekvenser för personer med samsjuklighet. Det kan leda till att insatser blir försenade eller sker i fel ordning, att ingen tar övergripande ansvar för de enskilda och att den helhetssyn som krävs för att möta deras sammansatta behov saknas. I värsta fall leder det till att patienten eller brukaren faller mellan stolarna och inte får den vård eller stöd som de behöver [9-12].

Personer med samsjuklighet i form av psykisk sjukdom och beroende kan vara särskilt sårbara för brister i samverkan, eftersom de ofta har behov av samtida och samordnade insatser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att komma till rätta med sina problem [5]. När samverkan och samordningen inte fungerar läggs ansvaret för att koordinera insatserna på patienten eller brukaren själv – eller på deras närstående [10]. Också detta kan vara särskilt problematiskt för personer med samsjuklighet, som kan ha kognitiva svårigheter som är kopplade till deras dubbla problematik. 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 [11].

Brister i samverkan och samordning medför även utmaningar för de som arbetar inom vården och omsorgen, vars uppdrag att hjälpa den enskilde försvåras när det saknas förutsättningar för att koordinera insatser med andra verksamheter på ett effektivt sätt [9]. I betänkandet *Effektiv vård* beskrivs sådan problematik som ett arbetsmiljöproblem:

Det finns en frustration bland personalen vid bristande samverkan. Man upplever att vården/omsorgen/stöden inte fungerar optimalt men man har inga mandat att göra något åt det. Ingen äger helheten. Dålig samverkan leder inte sällan till ännu sämre samverkan eftersom slitningar och konflikter uppstår [9, 12].

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebär att se den enskilda personen, att involvera och anpassa efter individens behov, resurser och förutsättningar. På detta sätt kan vården både bli mer jämlik och mer kostnadseffektiv. Personcentrerad vård är ett etiskt förhållningssätt som utgår från att patienten (personen) är mer än sin sjukdom och där startar vårdmötet med frågan – ”Vad är viktigt för dig?” [13].

Inom socialtjänstens område är ett individbaserat arbete en självklar utgångspunkt och en grundläggande princip som genomsyrar hela socialtjänstlagen¹. Inom socialtjänsten fattas beslut om stöd och hjälp alltid utifrån en individuell behovsbedömning².

SKL:s kongress 2015 antog en motion om att driva utvecklingen mot en mer personcentrerad vård. SKL:s kartläggning (2018) visar att totalt 13 av 21 landsting/regioner har ett övergripande beslut om att skapa förutsättningar och samordna insatser för personcentrerad vård [13]. Regionernas utmaningar handlar om att kunna mäta och följa effekterna av personcentreringen, att skapa tid för den kulturförändring som personcentreringen innebär och att ha utvecklade stödsystem för arbetssättet. Nästa steg enligt SKL är att koppla personcentreringen till kunskapsstyrning, digitalisering och utveckling. Att införa personcentrerad vård kräver ett omfattande förankrings- och utvecklingsarbete, på både organisations-, enhets- och medarbetarnivå. SKL konstaterar att det är ett arbete som behöver ske under lång tid eftersom det berör både individens förhållningssätt, rådande kultur på arbetsplatsen, nya arbetsätt och förnyelse av vårdens organisation [13].

¹ Jfr 1 kap. 1 § och 4 kap. 1 § SoL.

² Jfr 4 kap. 1 § SoL.

I rapporten *Från mottagare till medskapare* skriver Vårdanalys att personcentring innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – före, under och efter ett vårdmöte samt mellan möten och kontakter [2]. En personcentrerad hälso- och sjukvård tar hänsyn till olika individers varierande förutsättningar och önskemål om att vara delaktiga. Att mötet mellan patienten och vårdens medarbetare fungerar väl ur patientens och de närståendes perspektiv är avgörande för att skapa värde för patienterna. Detta påtalades även på ett dialogmöte med patient- och brukarorganisationerna som anordnades inom ramen för detta regeringsuppdrag. Där lyftes vikten av en tydlig kommunikation och ett bra bemötande i syfte att förstå en persons specifika situation. Detta kan också leda till bättre förutsättningar för rätt behandling eller åtgärd. Det kan innebära allt från stöd i vardagen till medicinsk behandling. När det gäller personer med samsjuklighet är det viktigt att man liksom med andra medicinska problem också kan se hela personens situation och olika problem.

Möten påverkas även av den kultur, det ledarskap och den styrning som bland annat vårdgivaren, regionerna och kommunerna står för. Chefer och ledare på olika nivåer behöver därför efterfråga, följa upp och skapa förutsättningar för ett personcentrerat förhållningssätt – annars finns en risk att utvecklingsarbetet blir kortsiktigt och inte leder till långsiktiga förändringar. Det handlar till exempel om att säkerställa att stödstrukturer och verktyg i hälso- och sjukvården, såsom IT-system, kunskapsstöd och rutiner för samordning, ger förutsättningar för en personcentrerad hälso- och sjukvård [2].

Ett exempel i Sverige där man arbetat personcentrerat en längre tid, är inom vården och omsorgen vid demenssjukdom. Redan i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg av personer med demenssjukdom från 2010 fanns en rekommendation om personcentrerad omvårdnad. I revideringen av demensriktlinjerna som publicerades 2017 [3] beskrivs hur vård och omsorg av personer med demenssjukdom sker genom ett personcentrerat arbetssätt. Demensriktlinjerna innehåller en specifik rekommendation om utbildning, praktisk träning och handledning i personcentrerad vård och omsorg för personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som kommer i kontakt med personer med demenssjukdom.

Gällande rätt

Här följer en beskrivning av gällande rätt inom området psykisk ohälsa och missbruk- och beroendevård. Den beskriver det regelverk som berör vård, behandling, stöd och huvudmannaansvar vid psykisk ohälsa och missbruk/beroende. Kapitlet är uppdelad på avsnitten:

- hälso- och sjukvård,
- socialtjänst,
- gemensamt ansvar för missbruksvård,
- tvångsvård,
- samverkan och
- sekretess

Hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.³ Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.⁴ När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.⁵

Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av patientlagen (2014:821) eller någon annan lag.⁶ En sådan lag är lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, som under vissa förutsättningar tillåter att vård ges utan patientens samtycke (se mer om tvångsvård nedan).

Regelverket för hälso- och sjukvården är utformat som en skyldighet för sjukvårdshuvudmännen att erbjuda vård och inte som en rättighet för den enskilde patienten att erhålla vård. Exempel på insatser som en person med missbruk eller beroende kan få inom hälso- och sjukvården är abstinensvård, somatisk vård, psykiatrisk vård samt läkemedelsassisterad behandling.⁷

Vid hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel bör det enligt socialtjänstförordningen (2001:937), SoF, finnas tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet. Det bör vid sådana hem även finnas tillgång till psykologisk expertis.⁸

³ 2 kap. 1 § HSL, i begreppet hälso- och sjukvård ingår även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.

⁴ 3 kap. 1 § HSL.

⁵ 5 kap. 6 § HSL.

⁶ 4 kap. 2 § patientlagen.

⁷ Prop. 2012/13:77, God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks och beroendevården, sid 13.

⁸ 3 kap. 6 § SoF.

Organisering av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvård kan ges som sluten eller öppen vård. Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen på en vårdinrättning. Öppen vård är annan hälso- och sjukvård än sluten.⁹ Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.¹⁰ Med lättillgänglig avses främst de geografiska förhållandena, men även exempelvis vårdmottagningarnas öppethållandetider, jourtjänstgöringen och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården.¹¹ Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.¹²

Hälso- och sjukvård efter behov

Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.¹³ Av förarbetena framgår att behovet av vård, inom ramen för de ekonomiska resurserna, ensamt ska vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär. I detta uppges ligga att det vid prioritering mellan två patienter ska ges företräde till den som har det mest akuta behovet av vård.¹⁴

Prioriteringarna inom hälso- och sjukvården är baserade på de grundläggande etiska principerna människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Riktlinjerna ska vara vägledande för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut som rör prioriteringar i vården. Människovärdesprincipen innebär att människovärdet inte är knutet till människors personliga egenskaper eller funktioner i samhället utan till själva existensen. Innebörden av behovs- och solidaritetsprincipen är att om prioriteringar måste ske bland aktiva åtgärder så ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten. Kostnadseffektivitetsprincipen är underordnad människovärde och behovs- och solidaritetsprincipen.¹⁵

Erbjudande av hälso- och sjukvård

Landstingens ansvar

Landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget. En person anses som regel bosatt i det landsting där hon eller han är folkbokförd.¹⁶ Om en person vistas på en institution för exempelvis vård av unga eller missbrukare anses det inte leda till ändrad bosättning.¹⁷

I vissa fall ska landstinget även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som inte är bosatta inom landstinget. Det gäller bland annat skyldigheten att erbjuda öppen vård åt personer som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Landsting får också erbjuda hälso- och sjukvård åt personer som omfattas av ett annat landstings ansvar om landstingen

⁹ 2 kap. 4 och 5 §§ HSL.

¹⁰ 2 kap. 1 § PL.

¹¹ Prop. 1981/82:97, Hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 117.

¹² 7 kap. 3 § HSL.

¹³ 3 kap. 1 § HSL.

¹⁴ Prop. 1981/82:97 sid 27-28.

¹⁵ Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, avsnitt 5.2.

¹⁶ 3 § folkbokföringslagen (1991:481) samt prop. 1981/82:97 sid 33 och 114 och prop. 1997/98:9 Skydd för förföljda personer, samordningsnummer, m.m. sid 49-50.

¹⁷ 9 § tredje punkten folkbokföringslagen.

kommer överens om det eller om det är frågan om nationell högspecialiserad vård.¹⁸ Om någon vistas inom landstinget utan att vara bosatt där ska landstinget om den enskilde behöver det erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård.¹⁹ Landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvara för enligt HSL.²⁰

Att kommunen, genom socialtjänsten, har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver innebär ingen inskränkning i landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård.²¹ Landstingen har således en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård åt exempelvis personer som är omhändertagna med tvång enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Av kommunallagen (2017:725) framgår att landsting inte får ha hand om sådana angelägenheter som enbart staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan ska ha hand om.²²

Kommunens ansvar

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som, efter beslut av kommunen, bor i särskilt boende för äldre eller för personer med funktionsnedsättning. Kommunen ska också erbjuda hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamhet.²³ Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende. Kommunens hälso- och sjukvård omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.²⁴ Kommuner får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvara för enligt HSL.²⁵

Av kommunallagen och speciallagstiftning framgår vilka uppgifter en kommun får utföra, dvs. den kommunala kompetensen. Kommuner får exempelvis inte ha hand om sådana uppgifter som enbart staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan ska ha hand om.²⁶

Riksavtal för utomlänsvård

För så kallad utomlänsvård finns ett riksavtal om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Riksavtalet har godkänts av samtliga landsting.²⁷ Avtalet innehåller bland annat bestämmelser om vård av patienter som vistas inom vårdlandstinget till följd av vård som ges med stöd av vissa uppräknade lagar, bland annat LVM, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Dessa bestämmelser innebär i korthet en skyldighet för vårdlandstinget, dvs. det landsting där patienten befinner sig, att erbjuda såväl omedelbar som icke omedelbar vård. Det är vårdlandstinget som i dessa fall bedömer patientens

¹⁸ 8 kap. 1–3 och 5 §§ HSL.

¹⁹ 8 kap. 4 § HSL.

²⁰ 15 kap. 1 § HSL.

²¹ 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL

²² 2 kap. 2 § kommunallagen. Jfr också kap. 9 § kommunallagen, där det framgår att bestämmelser om kommunernas och landstingens angelägenheter även finns i lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter och i annan lag eller annan författning.

²³ 12 kap. 1 § HSL.

²⁴ 12 kap. 1–3 §§ HSL.

²⁵ 15 kap. 1 § HSL.

²⁶ 2 kap. 2 och 9 §§ kommunallagen.

²⁷ SKL, Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015, sid 12.

behov av vård och hemlandstinget har att acceptera denna bedömning. Hemlandsting har betalningsansvaret och ska ersätta vårdlandstinget för sina kostnader i enlighet med riksavtalet.²⁸

Barn som anhöriga

Hälso- och sjukvården har särskilda skyldigheter för vissa barn. Det gäller exempelvis för barn vars förälder har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning eller har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar. Samma sak gäller för en annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med. För dessa barn ska hälso- och sjukvården särskilt beakta barnets behov av information, råd och stöd.²⁹

Socialtjänst

Socialtjänstens ansvar vid missbruk

När det gäller missbruksvård har socialtjänsten ett uttalat ansvar som framgår av socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk.³⁰ Socialnämnden ska aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.³¹ Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.³² I förarbetena till SoL anges att begreppet livsföring i övrigt bland annat avser vård- och behandlingsinsatser för missbrukare. Den vård och behandling som närmast avses är sådan som ligger inom socialtjänstens ansvarsområde, dvs. framför allt behandling för missbruk av alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel.³³

I propositionen till SoL från 2001 uttalas följande: ”Den skiljelinje som måste dras är, enligt regeringens uppfattning, mot sådana insatser som är att hänföra till hälso- och sjukvård och som är sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose. Det kan inte vara rimligt att t.ex. kostnader för psykoterapi, alternativ medicinsk behandling eller andra sjukvårdande insatser skall betäckas av socialtjänsten. Det är viktigt att markera att kommunernas yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver inte skall omfatta insatser som åligger annan huvudman. Att enskilda i vissa fall kan vara missnöjda med att de inte får den behandling de önskar inom hälso- och sjukvården får inte medföra att kommunerna tvingas ta över det ansvaret från landstingen. Samtidigt måste vikten av att socialtjänsten och sjukvården utvecklar samverkan kring personer som har problem, vilka kräver insatser från båda huvudmännen, betonas”.³⁴

I tidigare förarbeten till SoL uttrycks att det av det kommunala ansvaret klart följer att socialnämnden ska svara för den sociala rehabilitering som kan

²⁸ Riksavtalet för utomlänsvård, sid 15.

²⁹ 5 kap. 7 § HSL.

³⁰ 3 kap. 7 § SoL.

³¹ 5 kap. 9 § SoL.

³² 4 kap. 1 § SoL.

³³ Prop. 1979/80:1 om socialtjänsten s. 182 och prop. 2000/01:80 ny socialtjänstlag m.m. s. 92 f.

³⁴ Prop. 2000/01:80 s. 92 f.

krävas beträffande alkohol- och narkotikamissbrukare sedan det omedelbara behovet av sjukvård har tillgodosetts.³⁵ Man uttalade att socialtjänsten får breda kontaktytor med hälso- och sjukvården. Det kommer ofta att bli fråga om sociala rehabiliteringsinsatser efter avslutad medicinsk behandling i samband med sjukdom, missbruk av beroendeframkallande medel etc. Inte sällan kommer det vid sidan av andra åtgärder att behövas ekonomiskt stöd för såväl försörjning som rehabilitering.³⁶

Socialtjänstens ansvar vid psykisk ohälsa

Socialtjänsten har inget uttryckligt ansvar för behandling vid psykisk ohälsa motsvarande det ansvar som gäller vid missbruk. Ansvaret för behandling av psykisk ohälsa i den mån den utgör sjukdom, ligger istället på hälso- och sjukvården.³⁷ Däremot har kommunen genom socialtjänsten det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.³⁸ Som nämnts ovan har den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt.³⁹ Personer med psykisk ohälsa kan därför ha behov av och rätt till insatser från socialtjänsten, som t.ex. boendeinsatser, boendestöd, kontaktperson eller daglig sysselsättning.

Socialtjänstens ansvar för barn med missbruk eller psykisk ohälsa

Socialnämnden har ett särskilt ansvar för stöd till och vård av barn i vissa situationer. Bland annat ska socialnämnden aktivt arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga av alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller beroendeframkallande medel samt dopningsmedel.⁴⁰ Socialnämnden ska med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och unga som har visat tecken till en ogynnsam utveckling.⁴¹ Vidare ska socialnämnden 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.⁴²

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem, hem för vård eller boende, eller stödboende för barn och unga i åldern 16-20 år. Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.⁴³ Socialnämnden ska i fråga om de barn som vårdas i ett familjehem, jourhem, annat enskilt hem, stödboende eller hem för vård eller boende bland annat medverka till att de får god vård och fostran och i övrigt

³⁵ Prop. 1979/80:1 s. 147 f.

³⁶ Prop. 1979/80:1 s. 200.

³⁷ Jfr 2 kap. 1 § HSL.

³⁸ 2 kap. 1 § SoL.

³⁹ 4 kap. 1 § SoL.

⁴⁰ 5 kap. 1 § 4 SoL.

⁴¹ 5 kap. 1 § 7 SoL.

⁴² 5 kap. 1 § 8 SoL.

⁴³ 6 kap. 1 § SoL.

gynnsamma uppväxtförhållanden och verka för att de får den hälso- och sjukvård som de behöver.⁴⁴ Vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande.⁴⁵

Angående vård av barn enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, se avsnitt *Tvångsvård av barn enligt LVU*.

Socialtjänstens ansvar vid funktionsnedsättning

Socialnämnden har ett särskilt ansvar när det gäller människor med funktionsnedsättning. Eftersom området psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning kan vara överlappande redogörs här för det ansvaret.

Socialnämnden ska verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd. Kommunen ska inrätta bostäder med särskild service för dem som till följd av sådana svårigheter som avses ovan behöver ett sådant boende.⁴⁶

Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för människor med fysiska och psykiska funktionshinder samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på dessa områden. Kommunen ska planera sina insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer.⁴⁷

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning.⁴⁸ Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.⁴⁹

Kommunen har också ansvar för de flesta av insatserna enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. För att få insatser enligt LSS måste man tillhöra LSS personkrets, som utgörs av följande grupper:

1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.⁵⁰

⁴⁴ 6 kap. 7 § SoL.

⁴⁵ 1 kap. 2 § SoL.

⁴⁶ 5 kap. 8 § SoL.

⁴⁷ 5 kap. 7 § SoL.

⁴⁸ 5 kap. 8 a § SoL.

⁴⁹ 5 kap. 10 § SoL.

⁵⁰ 1 § LSS.

Kommunen har ansvar för LSS-insatserna personlig assistans, ledsagarservice, kontaktperson, avlösarservice, korttidsvistelse, korttidsstillsyn för skolungdomar, boende för barn, boende för vuxna och daglig verksamhet. Landstinget har ansvar för LSS-insatsen rådgivning och annat personligt stöd.⁵¹

Gemensamt ansvar för missbruksvård

Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina respektive ansvarsområden⁵². När det gäller behandling av missbruk och beroende har både socialtjänsten och hälso- och sjukvården viktiga uppgifter som ska värderas likvärdigt och samordnas i ett välfungerande vård- och stödsystem som utgår från individernas olika behov och önskemål.⁵³ Problematiken vid missbruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Missbruks- och beroendevården omfattar ett brett spektrum av vård- och stödsatser, vilka faller inom både det sociala och det medicinska området.⁵⁴

Kommuner och landsting ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar⁵⁵. I förarbetena till nämnda bestämmelser uttrycktes att en skyldighet i lag att ingå överenskommelser tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området, utan att staten i detalj föreskriver hur det ska genomföras eller vilka verksamheter som ska bedrivas. Det kan därför sägas vara en styrform som väl balanserar kravet på att medborgarna ska garanteras strukturer som gör att deras behov av helhetslösningar kan tillgodoses, mot vikten av att vården och stödet utformas utifrån de lokala och regionala förutsättningarna.⁵⁶ Se mer under avsnitt *Överenskommelser om samarbete för personer med missbruk* nedan. Enligt förarbeten till SoL får tveksamheter som kan komma upp i fråga om ansvarsfördelningen smidigast sin lösning genom överenskommelser mellan huvudmännen. På detta sätt kan bl.a. lokala behov och önskemål bäst tillgodoses.⁵⁷

Gränsdragningsproblem inom missbruks- och beroendevården

I förarbeten till gamla socialtjänstlagen (1980:620) uttalades att vårdbehoven vid missbruk ofta är sammansatta och det kan vara svårt att urskilja gränserna mellan sjukvård och social rehabilitering. Gränserna suddas också ut genom att man till socialvårdens institutioner knyter sjukvårdspersonal och att man på motsvarande sätt inom sjukvården anställer kurativ personal. I propositionen uttalades dock också att det inte är en kommunal uppgift att bygga upp resurser för sjukvård. Om socialnämnden i ett enskilt fall finner att behov av sjukvård föreligger, har nämnden i första hand att hänvisa den

⁵¹ 2 och 9 § LSS.

⁵² Se bland annat Proposition 2012/13:77 s. 11.

⁵³ Prop. 2012/13:77 s. 8

⁵⁴ Prop. 2012/13:77 s. 15.

⁵⁵ 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § 2 HSL.

⁵⁶ Prop. 2912/13:77 s. 17 f.

⁵⁷ Prop. 1979/80:1 s. 148.

hjälpökande till sådan vård och vid behov förmedla kontakt mellan den hjälpökande och vårdinrättningen. Kommunen har givetvis ingen skyldighet att ens interimistiskt tillhandahålla sjukvårdsinsatser men ska svara för insatser som ligger inom ramen för socialtjänsten och som är bäst ägnade att stödja och hjälpa den enskilde. Å andra sidan är det angeläget att landstingskommunen i möjligaste mån begränsar sina uppgifter till de sjukvårdande. Varken kommuner eller landstingskommuner är i längden betjänta av att t.ex. bygga upp sociala resurser inom den öppna vården som är parallella till socialtjänstens.⁵⁸

I förarbetena till gamla hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kommenteras detta på följande sätt⁵⁹: ”Enligt min uppfattning saknas det skäl att nu göra en annan principiell bedömning av hur gränsdragningsproblemen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten skall lösas än den som gjordes av föredraganden i propositionen om socialtjänsten. Jag är dock medveten om att övergången från ett sjukvårdspolitiskt till ett hälsopolitiskt synsätt kommer att ställa ytterligare krav på huvudmännen för hälso- och sjukvården resp. socialtjänsten för att få till stånd en smidig och flexibel anpassning av de båda verksamhetsområdena. Inte heller detta förhållande bör emellertid, enligt min bedömning, medföra att man går ifrån den principiella lösning av gränsdragningsproblemen som skisseras av föredraganden i propositionen om socialtjänsten. Några vägledande principer bör här framhållas. Hälso- och sjukvårdens vårdansvar bör i princip begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens. Med medicinskt utbildad personal avser jag även personal, vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering. Svårigheterna att i praktiken strikt tillämpa dessa avgränsningsprinciper kan vara betydande. Så kan t.ex. behovet av medicinsk kompetens vara begränsat i tiden om än återkommande vid flera tillfällen. Kravet på kontinuitet i behandlingen kan i dessa fall göra det nödvändigt att fortsätta vården inom hälso- och sjukvården. Å andra sidan kan kravet på kontinuitet göra det motiverat att fortsätta en behandling inom den sociala sektorn. Principerna för gränsdragningen kan följaktligen inte ge en exakt vägledning om vilken vårdgivare som i varje enskilt fall har skyldighet att svara för att vårdbehovet tillgodoses. Detta förhållande får dock inte leda till att en människa i en viss situation inte får den vård och hjälp hon behöver. Det är därför synnerligen angeläget att en samverkan mellan de olika vårdområdena kommer till stånd”.

Huvudmännens ansvar för psykosocial behandling

Kommuner och landsting har olika formella möjligheter att erbjuda behandling vid vård och behandling av missbruk och beroende. Båda huvudmännen kan dock enligt lagstiftningen erbjuda psykosocial behandling. Denna behandlingsform kan ingå i båda huvudmännens ”verktygslåda” även om det främst är socialtjänsten som tillhandahåller denna typ av behandling.⁶⁰

⁵⁸ Prop. 1979/80:1 s. 147 f

⁵⁹ Prop. 1981/82:97 s. 44.

⁶⁰ Prop. 2012/13:77 s. 13 f.

När frågan om huvudmännens ansvar för missbruks- och beroendebehandling utreddes 2012 uttalade regeringen följande angående psykosocial behandling: ”Det finns enligt regeringens bedömning skäl för att denna typ av behandling även fortsättningsvis ska kunna erbjudas av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. För socialtjänstens del är det sannolikt svårt att i praktiken skilja mellan psykosocial behandling och det psykosociala stöd som socialtjänsten erbjuder. Det är därför viktigt att socialtjänsten även fortsättningsvis kan tillhandahålla psykosocial behandling. Den kan innehålla återfallsprevention, men även kombineras med sociala stödinsatser i form av sysselsättning, boendestöd och ett långsiktigt motivationsarbete för att upprätthålla en förändrad livsstil. Socialtjänsten bör även kunna erbjuda psykosocial behandling i anslutning till sitt uppsökande arbete för att nå personer i en socialt utsatt situation liksom ungdomar och unga vuxna. Hälso- och sjukvården tillhandahåller redan i dag behandling och stödinsatser för riskbruk, missbruk och beroende, vilka kan ges i form av specialiserad beroendevård och i form av tidiga insatser bl.a. inom primärvården. Hälso- och sjukvården har breda kontaktytor gentemot befolkningen, och har därför stora möjligheter att identifiera riskbruk, missbruk och beroende. Även hälso- och sjukvården ska därför kunna erbjuda psykosociala behandlingsinsatser inom ramen för behandlingen av missbruk och beroende. För att medicinsk behandling ska bli effektiv behöver den ofta kombineras med psykosociala behandlingsinsatser, vilket talar för att denna samlade kompetens bör finnas inom hälso- och sjukvården. Regeringen har övervägt att i lagstiftning tydliggöra respektive huvudmans ansvar, men bedömt att det inte är en lämplig väg. Skälen är dels att både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen är ramlagar som inte i detalj reglerar specifika insatser, utan ger möjlighet för huvudmännen att anpassa sin verksamhet utifrån lokala behov. Dessutom finns risk för nya gränsdragningsproblem mellan t.ex. psykosociala behandlingsinsatser och sociala stödinsatser. Regeringen bedömer därför att de båda huvudmännen själva är bäst lämpade att utifrån sina lokala behov gemensamt avgöra hur verksamheten ska dimensioneras, uppgifter fördelas och samverkan säkerställas.⁶¹

I propositionen Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk⁶² står följande: ”Regeringen ser det som värdefullt att socialtjänstens kunskapsbas och kompetens vad gäller utredning, rådgivning och psykosocial behandling även kan användas för att förebygga och motverka spelmissbruk. Exempel på tänkbara åtgärder kan vara allt från generella insatser till kommunens invånare till individuellt anpassade insatser syftande till återfallsprevention, motivation och strukturerade program. Socialtjänsten har även möjlighet att erbjuda kombinationer av sociala stödinsatser som boendestöd och ett långsiktigt motivationsarbete för att upprätthålla en förändrad livsstil. Den kommunala sociala barn- och ungdomsvården ger redan idag stöd och behandlingsinriktade insatser riktade mot barn eller anhöriga som kan inkludera riktat stöd till barn som har spelmissbruk eller som växer upp i familjer där någon närstående har spelproblem eller spelmissbruk. Regeringen erinrar också om arbetet mot en evidensbaserad socialtjänst och i dag

⁶¹ Prop. 2012/13:77 s. 14 f.

⁶² Prop. 2016/17:85 s. 29 f.

sker en ökad användning av evidensbaserade bedömningsinstrument som ASI (Addiction Severity Index) som är ett instrument för systematiserad utredning och planering inom missbruks- och beroendevården generellt”.

Tvångsvård

De former av hälso- och sjukvård och socialtjänst som beskrivs ovan ges i frivillig form och aldrig mot den enskildes vilja. Det finns dock möjligheter till tvångsvård vid allvarligt missbruk och allvarliga psykiska störningar. De juridiska förutsättningarna för sådan tvångsvård beskrivs i detta avsnitt.

Tvångsvård vid missbruk

Tvångsvård vid missbruk kan beslutas om förutsättningarna i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, är uppfyllda. Tvångsvård ska beslutas om,

1. någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk,
2. vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt, och
3. han eller hon till följd av missbruket
 - a) utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
 - b) löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
 - c) kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.⁶³

Det är förvaltningsrätten som beslutar om beredande av tvångsvård efter ansökan från socialnämnden.⁶⁴ Om beslut om vård inte kan avvaktas får den enskilde omedelbart omhändertas under vissa förutsättningar.⁶⁵ I LVM stadgas en skyldighet för bland annat läkare att genast anmäla till socialnämnden om någon bedöms vara i behov av vård enligt LVM samt en skyldighet för socialnämnden att inleda utredning när en sådan anmälan kommer in eller nämnden på annat sätt får kännedom om att det kan finnas skäl att bereda någon tvångsvård enligt LVM.⁶⁶

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av LPT hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt LVM.⁶⁷

Tvångsvården enligt LVM ska syfta till att genom behövliga insatser motivera missbrukaren 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.⁶⁸ Tvångsvården ska upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader.⁶⁹ Tvångsvård lämnas genom hem som är särskilt avsedda att lämna vård enligt LVM (LVM-hem), vilka bedrivs av Statens institutionsstyrelse.⁷⁰

⁶³ 4 § första stycket LVM

⁶⁴ 5 och 11 §§ LVM.

⁶⁵ 13 § LVM.

⁶⁶ 6 och 7 § LVM.

⁶⁷ 4 § andra stycket LVM.

⁶⁸ 3 § LVM.

⁶⁹ 20 § LVM.

⁷⁰ 22 § LVM.

Vården ska inledas på sjukhus, om förutsättningar för sjukhusvård är uppfyllda och det anses lämpligt med hänsyn till den planerade vården i övrigt. Om någon behöver sjukhusvård under vårdtiden, ska han eller hon ges tillfälle till sådan vård.⁷¹

Psykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk tvångsvård kan beredas om förutsättningarna i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, är uppfyllda.⁷²

Tvångsvård enligt LPT får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller

2. behöver iakttäta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt LPT är att patienten motsätter sig sådan vård som beskrivs i punkt 1 och 2 ovan, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning utgör enbart en utvecklingsstörning. Vid bedömning av vårdbehovet ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.⁷³

Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.⁷⁴ Frågan om intagning för sluten psykiatrisk tvångsvård ska avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten och beslut om intagning fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård.⁷⁵

Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård utöver fyra veckor från dagen för beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård.⁷⁶ Rätten ska besluta i frågan om fortsatt vård i form av sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan, får vården pågå under högst fyra månader.⁷⁷ Rätten får sedan, på ansökan av chefsöverläkaren, medge att vården får fortsätta med ytterligare högst sex månader åt gången.⁷⁸ När det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, ska chefsöverläkaren genast besluta att tvångsvården ska upphöra. Frågan om tvångsvårdens upphörande ska övervägas fortlöpande.⁷⁹ Tvångsvården upphör, om inte en ansökan om medgivande till

⁷¹ 24 § LVM.

⁷² Det finns också tvångsvård i form av rättspsykiatrisk vård, men det beskrivs inte närmare här

⁷³ 3 § LPT.

⁷⁴ 4 § första stycket LPT.

⁷⁵ 6 b § LPT

⁷⁶ 7 § första stycket LPT.

⁷⁷ 8 § LPT.

⁷⁸ 9 § LPT.

⁷⁹ 27 § LPT.

tvångsvård har kommit in till förvaltningsrätten inom den tid som anges i lagen.⁸⁰

Tvångsvård enligt LPT ges som sluten psykiatrisk tvångsvård eller, efter sådan vård, som öppen psykiatrisk tvångsvård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns sluten psykiatrisk tvångsvård. Annan vård enligt LPT benämns öppen psykiatrisk tvångsvård.⁸¹ Vård enligt LPT ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting.⁸²

Tvångsvården ska syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.⁸³

Tvångsvård av barn enligt LVU

Barn och unga kan vårdas mot sitt eller vårdnadshavares samtycke under vissa förutsättningar enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. En grund för sådan tvångsvård är om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende⁸⁴. När det gäller psykisk ohälsa har i förarbetena till LVU uttalats följande: ”När det gäller ungdomar som till följd av en psykisk störning missbrukar, begår brott eller har ett annat socialt nedbrytande beteende kan det enligt min mening finnas skäl att ingripa med ett LVU-omhändertagande. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att barn och ungdomar som far illa får den hjälp som de behöver. Som jag tidigare uttalat måste det emellertid avgöras från fall till fall vilken vård som är lämpligast. I vissa fall kan den nödvändiga vården ges inom ramen för socialtjänstens egna behandlingsresurser, i andra fall kan det vara lämpligare att bereda den unge vård inom psykiatrin.”⁸⁵

Vård enligt LVU beslutas av förvaltningsrätt efter ansökan från socialnämnd⁸⁶. Vården kan verkställas i olika former, t.ex. i familjehem eller i ett hem för vård eller boende. För vård av unga som på någon grund som anges ovan (t.ex. missbruk) behöver stå under särskilt noggrann tillsyn ska det finnas särskilda ungdomshem, vilka bedrivs av Statens institutionsstyrelse⁸⁷.

Samverkan

Generella krav på samverkan

Myndigheter har ålagts viss skyldighet att samverka med och bistå andra myndigheter. Enligt förvaltningslagen (2017:900), FL, är myndigheter skyldiga att inom sitt verksamhetsområde samverka med andra myndigheter.⁸⁸ Enligt förarbetena är det alltid myndigheten själv som avgör i vilken utsträckning som den egna arbetssituationen medger att resurser avsätts för att bistå den myndighet som begär assistans. Kravet på samverkan ger, enligt

⁸⁰ 28 § LPT.

⁸¹ 2 § första stycket LPT

⁸² 15 § LPT.

⁸³ 2 § andra stycket LPT.

⁸⁴ 3 § LVU.

⁸⁵ Prop. 1989/90:28 om vård i vissa fall av barn och ungdomar s. 67.

⁸⁶ 4 § LVU.

⁸⁷ 12 § LVU.

⁸⁸ 8 § FL.

förarbetena, inte stöd för samverkansprojekt som faller utanför respektive myndighets verksamhetsområde. Däremot kan myndigheters skyldighet att samverka utvidgas, genom specialförfattning eller i förordning med myndighetsinstruktion, till att även gälla samverkan utanför myndighetens verksamhetsområde.⁸⁹

Landstingen är enligt HSL skyldiga att samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare vid planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården.⁹⁰ I förarbetena till bestämmelsen angavs att det fanns ett stort behov av samarbete med socialvården och annan kommunal verksamhet, t.ex. i fråga om äldreomsorg, handikappsomsorg, missbruksvård och psykiatrisk vård.⁹¹ Landsting ska också samverka i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting.⁹²

När det gäller barn som far illa eller riskerar att fara illa har hälso- och sjukvården en skyldighet att, på socialnämndens initiativ, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs⁹³.

Vårdgivare har en skyldighet att identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada⁹⁴. Av processerna och rutinerna ska det framgå hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten och de ska säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter.⁹⁵

Socialnämnden ska i sin uppsökande verksamhet samverka med andra samhällsorgan när det är lämpligt.⁹⁶ Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.⁹⁷ Socialnämnden ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Nämnden ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd.⁹⁸ Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.⁹⁹

Överenskommelser om samarbete för personer med missbruk respektive psykisk funktionsnedsättning

Landsting och kommuner har en lagstadgad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete i vissa frågor. Det gäller bland annat personer som

⁸⁹ Prop. 2016/17:180, En modern och rättssäker förvaltning – ny förvaltningslag, sid 292-293.

⁹⁰ 7 kap. 7 § HSL.

⁹¹ Prop. 1981/82:97, s. 63.

⁹² 7 kap. 8 § HSL.

⁹³ 5 kap. 8 § HSL.

⁹⁴ Med vårdskada avses i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården, se 1 kap. 5 § PSL.

⁹⁵ 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁹⁶ 3 kap. 4 § SoL.

⁹⁷ 3 kap. 5 § SoL.

⁹⁸ 5 kap. 1 a § SoL.

⁹⁹ 5 kap. 1 d § SoL.

missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel eller spel om pengar¹⁰⁰ och personer med psykisk funktionsnedsättning.¹⁰¹

Enligt förarbetena syftar skyldigheten att ingå överenskommelser för personer med psykisk funktionsnedsättning till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser till dessa personer. Eftersom det i lagstiftningen inte har reglerats på detaljnivå hur ansvaret för och framförallt övergången mellan olika insatser ska fördelas är det, enligt förarbetena, av stor vikt att landstingen och kommunerna själva samordnar sina insatser och samverkar kring dessa.¹⁰²

Av förarbetena framgår att syftet med skyldigheten att ingå överenskommelser är att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser för människor som missbrukar beroendeframkallande medel. Det anges också att ett krav för att överenskommelserna ska få verklig betydelse för medborgarna, för det praktiska arbetet i kommuner och landsting och för verksamheternas resurser och inriktning, är att de innehåller gemensamma mål, resursfördelning och övergripande samarbete kring vissa grupper. På så sätt kan, enligt förarbetena, förtroendevalda och andra beslutsfattare skapa långsiktiga strukturer för samverkan och ansvarsfördelning, vilket är till nytta både för medborgarna och för verksamheternas ekonomi.¹⁰³

Som exempel på grupper som kan vara aktuella för samarbete nämns i förarbetena personer med behov av missbruks- och beroendevård, som är eller ska bli föremål för kriminalvård eller tvångsvård LVM eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. En annan grupp som nämns är personer med missbruk och beroende och samtidig psykiatrisk och/eller somatisk sjukdom. Det anges vidare att överenskommelserna skulle kunna innefatta samverkan med andra aktörer t.ex. Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) samt strukturer för hur sådan samverkan lämpligen bör ske.¹⁰⁴

Överenskommelserna kan, enligt förarbetena, med fördel innehålla en utformning av ett systematiskt arbete och rutiner för att uppmärksamma och möjliggöra tidiga insatser personer med riskbruk, missbruk eller beroende. Ett annat exempel som nämns är behandlingsinsatser från landstinget och stödinsatser från kommunen, till exempel program för läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Det anges också vara angeläget att överenskommelserna anger hur behandlings- och stödinsatser ska organiseras och tidsmässigt samordnas samt vilken huvudman som ska ansvara för vad.¹⁰⁵

Om det är möjligt bör organisationer som företräder personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.¹⁰⁶ Detta innebär dock inget krav på att organisationerna ska godkänna överenskommelsernas innehåll. Samarbetet bör,

¹⁰⁰ 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL.

¹⁰¹ 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL.

¹⁰² Prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m., sid. 13-15.

¹⁰³ Prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks och beroendevården, sid 18.

¹⁰⁴ Prop. 2012/13:77, sid 18.

¹⁰⁵ Prop. 2012/13:77, sid 20.

¹⁰⁶ 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL.

enligt förarbetena, ske när det är möjligt och det anses viktigt att landstingen och kommunerna anstränger sig för att få till stånd en fungerande och långsiktig samverkan med brukarorganisationer.¹⁰⁷

Samordnad individuell plan

När den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan, ofta kallad samordnad individuell plan (SIP). Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. En sådan plan ska också upprättas om en patient efter utskrivningen från sluten hälso- och sjukvård behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Arbetet med den individuella planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.¹⁰⁸

Syftet med den individuella planen är att säkerställa samarbete mellan huvudmännen, så att individers samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Planen gäller alla enskilda, såväl vuxna som barn, och även dem som får sina behov av socialtjänstens insatser och hälso- och sjukvård tillgodosedda av privata vårdgivare eller andra enskilda aktörer som landsting och kommuner har slutit avtal med. Det är de två huvudmännen som ska avgöra i vilka fall det finns behov av en individuell plan. Av förarbetena framgår att skyldigheten att upprätta en plan dock är långtgående och situationer där den enskilde eller närstående nekas en individuell planering bör vara undantagsfall. Huvudregeln bör vara att den huvudman som den enskilde bedöms ha mest kontakt med får det övergripande ansvaret för planen.¹⁰⁹

I förarbetena nämns missbruksvården och äldreomsorgen som exempel på verksamheter inom socialtjänsten där planen kan få stor betydelse. Det anges att det inom hälso- och sjukvården finns stora behov av planering för patienter i den psykiatriska vården och beroendevården. En tydlig situation när en individuell plan behövs är, enligt förarbetena, när insatser från andra huvudmän är nödvändiga för att den myndighet eller huvudman som gör bedömningen av planeringsbehovet ska kunna fullgöra sitt ansvar. Det uppges kunna handla om en person som har sociala insatser från kommunen men som har svårt att ta emot dessa om han eller hon inte samtidigt får medicinska rehabiliteringsinsatser. När det gäller personer med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar anges att huvudregeln bör vara att utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses. Detta utifrån att det

¹⁰⁷ Prop. 2012/13:77, sid 21.

¹⁰⁸ 16 kap. 4 § HSL, en motsvarande bestämmelse finns i 2 kap. 7 § SoL. Se även 4 kap. 1 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

¹⁰⁹ Prop. 2008/09:193 sid 19, 20-21 och 24.

finns vetenskapligt stöd för att behandling för missbruk och psykisk sjukdom bör ges samtidigt.¹¹⁰

Även insatser från andra aktörer än kommun och landsting kan vara av stor betydelse för att den enskildes samlade behov ska tillgodoses, t.ex. rehabiliterande arbetsmarknadsåtgärder från Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Även dessa ska anges i planen.¹¹¹

Fast vårdkontakt

En patient har rätt att få en fast vårdkontakt om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, eller om hen begär det.¹¹² Det är verksamhetschefen som ska utse en fast vårdkontakt.¹¹³ En vårdkontakt är en tydligt utpekad person som ska bistå och stödja patienten i kontakterna med vården och hjälpa till att samordna vårdens insatser. Beroende på vilka medicinska och övriga behov patienten har kan en fast vårdkontakt vara någon i hälso- och sjukvårdspersonalen, t.ex. en läkare, sjuksköterska eller psykolog, men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Den fasta vårdkontakten kan vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall andra berörda myndigheter som t.ex. Försäkringskassan. Om patienter har kontakter med flera olika delar av sjukvården kan de få mer än en fast vårdkontakt. Samordning av insatser och förmedling av information med t.ex. andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att allmänna bestämmelser om sekretess beaktas. Syftena med en fast vårdkontakt är framför allt att stärka patientens ställning men även att tydliggöra vårdens ansvar för samordning och kontinuitet.¹¹⁴

Hälsoundersökningar av placerade barn och unga

Landstinget ska på initiativ av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds för ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år.¹¹⁵ Socialnämnden ska, om det inte är obehövt, underrätta landstinget då barn eller unga ska erbjudas en sådan hälsoundersökning.¹¹⁶ Bland de barn och unga som ska erbjudas en hälsoundersökning finns de som har såväl psykisk ohälsa som beroendeproblematik.

Av förarbetena framgår att syftet med hälsoundersökningarna är att de ska ge underlag för en medicinsk bedömning av den enskilda flickans, pojken, den unga kvinnans eller den unga mannens behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Bedömningen kan föranleda fortsatta kontakter för barnet med hälso- och sjukvården eller tandvården. Det anges vidare att den medicinska bedömningen, som hälsoundersökningen ska leda fram till, således kan användas både för socialnämndens planering av vården och för hälso- och sjukvårdens fortsatta kontakter med barnet. Hälsoundersökningen bör omfatta en

¹¹⁰ Prop. 2008/09:193, sid 20-21.

¹¹¹ Prop. 2008/09:193, sid 23.

¹¹² 6 kap. 2 § patientlagen.

¹¹³ 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80), HSF.

¹¹⁴ Prop. 2013/14:106 Patientlag, sid 99. För mer information se Socialstyrelsen, Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan, Nationell vägledning, Artnr 2017-10-25.

¹¹⁵ 1 § lagen (2017:209) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

¹¹⁶ 11 kap. 3 a § SoL.

kartläggning av tidigare hälsoundersökningar och vaccinationer, samt de undersökningar och samtal som i övrigt behövs för en medicinsk bedömning av barnets eller den unges behov av hälso- och sjukvård och tandvård.¹¹⁷

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:19) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet finns ytterligare bestämmelser om hälsoundersökningarna.

Möjligheter till samverkan

Gemensam nämnd

Ett landsting och en eller flera kommuner som ingår i landstinget får genom samverkan i en gemensam nämnd gemensamt fullgöra vissa uppgifter inom vård- och omsorgsområdet. Det gäller bland annat uppgifter som omfattas av HSL, LPT, SoL och LVM. Samverkan genom gemensam nämnd får endast ske om uppgifter från såväl landstinget som kommunen eller kommunerna ingår i den gemensamma nämndens ansvarsområde.¹¹⁸

Vid samverkan i en gemensam nämnd har de samverkande parterna fortfarande kvar huvudmannskapet för sina respektive områden. Genom en möjlighet att inrätta en gemensam nämnd mellan kommuner och landsting ges, enligt förarbetena, bättre förutsättningar för samsyn och gemensam organisation på områden som ligger nära varandra och där en ökad helhetssyn behövs. Lämpliga samverkansområden uppges kunna vara verksamheter som gäller särskilt utsatta grupper, t.ex. barn och unga med psykiska problem, vissa äldre, missbrukare eller personer med funktionshinder.¹¹⁹

Kommunalförbund

Av kommunallagen framgår att kommuner och landsting får bilda kommunalförbund och lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till sådana förbund.¹²⁰ Samverkan är möjlig mellan kommuner, mellan landsting och mellan kommuner och landsting. Ett kommunalförbund är en fristående offentlighetsjuridisk person. Om en angelägenhet lämnats över till ett kommunalförbund blir förbundet huvudman för en sådan angelägenhet. De frågor medlemmarna överlämnar till förbundet faller efter överlämnandet utanför deras egna befogenheter. En uppgift som lämnas över till ett kommunalförbund behöver inte vara gemensam för medlemmarna. Kommuner och landsting kan samverka i ett kommunalförbund om verksamheter som åligger dem var för sig. Ett kommunalförbund får ha hand om hela verksamheter eller geografiskt, funktionellt eller på annat sätt avgränsade uppgifter.¹²¹

Avtalssamverkan

En kommun eller ett landsting får ingå så kallad avtalssamverkan. Det innebär att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller ett annat landsting.¹²² Kommuner och landsting har således en generell möjlighet till avtalssamverkan om de uppgifter som ankommer på

¹¹⁷ Prop. 2016/17:59 Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, sid 34.

¹¹⁸ 1 och 2 §§ lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Av 3 § samma lag framgår att, utöver bestämmelserna i den lagen, gäller bestämmelserna om gemensam nämnd i kommunallagen (2017:725).

¹¹⁹ Prop. 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet, sid 31.

¹²⁰ 3 kap. 8 § kommunallagen.

¹²¹ Prop. 2016/17:171 En ny kommunallag, sid. 307-308.

¹²² 9 kap. 37 § kommunallagen.

dem. Det är dock inte möjligt för kommuner och landsting att lämna över uppgifter som inte ankommer på dem. Uppgiften måste vidare vara en angelägenhet för samtliga avtalsparter för att avtalssamverkan ska vara möjlig. Vid avtalssamverkan är det endast utförandet av en uppgift som överläts till en annan kommun eller ett annat landsting. Det övergripande ansvaret för uppgiften lämnas inte över utan åligger alltså den överlåtande kommunen eller landstinget.¹²³

Finansiell samordning för rehabilitering

Landsting och kommuner får träffa överenskommelser med kommuner respektive landsting, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för sina uppgifter samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser.¹²⁴ Samordning får bedrivas endast om Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, minst ett landsting och minst en kommun deltar.¹²⁵ Insatserna inom den finansiella samordningen ska avse individer som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser och ska syfta till att dessa uppnår eller förbättrar sin förmåga att utföra förvärvsarbete.¹²⁶

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för åtgärder av medicinsk, social, psykologisk och arbetslivsinriktad karaktär som syftar till att individen ska återfå sin funktionsförmåga och kunna leva ett normalt liv. Ansvaret för den enskildes rehabilitering är däremot fördelat på olika sektorer och aktörer. I förarbetena anges att kommun (socialtjänst) och landsting (hälso- och sjukvård) ska medverka till att den enskilde uppnår en god livskvalité i socialt och medicinskt hänseende. Detta anges inkludera bl.a. att livssituationen för den som är i yrkesverksam ålder blir sådan att han eller hon kan delta i samhällslivet och har förmåga till eget förvärvsarbete.¹²⁷

I förarbetena anges att det kan vara särskilt problematiskt att rehabilitera människor som har en kombination av medicinska, psykiska, sociala och arbetsmarknadsrelaterade problem. Arbetslösa sjukskrivna framförs vara en grupp som ofta har psykiska, sociala eller missbruksrelaterade problem.¹²⁸

För att finansiell samordning ska komma till stånd krävs, enligt förarbetena, att aktörerna anser att just finansiell samordning ger vinster utöver vad andra samverkansformer kan ge. Det anges vidare att vinsterna kan vara av skilda slag, men att ett övergripande incitament som är gemensamt för alla berörda aktörer torde vara att snabbare komma fram till en lösning för den enskilda individen.¹²⁹

Sekretess inom hälso- och sjukvården

Inom den offentliga hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till

¹²³ Prop. 2017/18:151 En generell rätt till kommunal avtalssamverkan, sid. 58.

¹²⁴ 7 kap. 9 § HSL och 2 kap. 6 § SoL.

¹²⁵ 3 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Finansiell samordning kan bedrivas utan ett landsting om det deltar en kommun som inte ingår i ett landsting.

¹²⁶ 2 § lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser.

¹²⁷ Prop. 2002/03:132 Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet, sid 42-43.

¹²⁸ Prop. 2002/03:132, sid 43, 48 och 106.

¹²⁹ Prop. 2002/03:132, sid 44.

denne lider men.¹³⁰ En uppgift som omfattas av sekretess får som huvudregel inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter.¹³¹ Sekretessen gäller också mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet, om de är självständiga i förhållande till varandra.¹³²

Sekretesskyddade uppgifter kan dock lämnas ut om den uppgifterna gäller ger sitt samtycke. För uppgifter om barn kan det beroende på barnets ålder och mognad krävas samtycke av barnets vårdnadshavare, ibland tillsammans med barnet.¹³³ Om den uppgifterna gäller inte ger sitt samtycke finns vissa sekretessbrytande bestämmelser som medför att hälso- och sjukvården ändå kan lämna ut uppgifter som omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess.

Sekretessen hindrar exempelvis inte att uppgifter lämnas från en myndighet som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården i ett landsting till en annan sådan myndighet i samma landsting.¹³⁴ Denna bestämmelse gör att ett landsting fritt kan välja sin organisation utan att ta hänsyn till att sekretess i princip råder mellan myndigheter.

Sekretessen hindrar inte heller att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år. Samma sak gäller om den enskilde fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller vårdas med stöd av LPT eller LRV.¹³⁵ Av förarbetena framgår att syftet med bestämmelsen är att möjliggöra för vårdmyndigheter att i undantagsfall kunna utbyta uppgifter med varandra för att kunna bistå en underårig eller en missbrukare, trots att samtycke till uppgiftslämnandet inte har kunnat inhämtas. Det framgår också att undantaget måste användas med urskillning och varsamhet.¹³⁶

En annan sekretessbrytande bestämmelse gäller för uppgifter som lämnas till en enskild eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet.¹³⁷ Vidare hindrar sekretessen inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.¹³⁸ Ett sådant exempel är hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.¹³⁹

Sekretessen hindrar inte heller att uppgifter lämnas till en annan vårdgivare under de förutsättningar som anges i patientdatalagen, PDL (2008:355) om sammanhållen journalföring.¹⁴⁰

Inom den enskilda hälso- och sjukvården gäller inte OSL, utan bestämmelserna om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.¹⁴¹ Tystnadsplikten innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen inte obehörigen får röja

¹³⁰ 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

¹³¹ 8 kap. 1 § OSL.

¹³² 8 kap. 2 § OSL.

¹³³ 12 kap. 2 och 3 §§ OSL.

¹³⁴ 25 kap. 11 § 2 OSL.

¹³⁵ 25 kap. 12 § OSL.

¹³⁶ Prop. 1990/91:111, om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m., sid 17.

¹³⁷ 10 kap. 2 § OSL.

¹³⁸ 10 kap. 28 § OSL.

¹³⁹ 14 kap. 1 § SoL.

¹⁴⁰ 25 kap. 11 § 3 OSL.

¹⁴¹ 6 kap. 12-16 §§ PSL.

vad de i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. I förarbetena har det framförts att det vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet ter sig naturligt att söka viss ledning i det skaderekvisit som finns i sekretesslagens motsvarande bestämmelser.¹⁴²

Sekretess inom socialtjänsten

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.¹⁴³ Sekretessen gäller dock inte beslut om omhändertagande av en enskild och beslut om vård utan samtycke.¹⁴⁴ Den sekretess som gäller inom socialtjänsten hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

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

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.¹⁴⁵

Sekretess vid samverkan

Att det råder sekretess för en viss uppgift innebär att uppgiften varken får avslöjas muntligt eller att en handling där uppgiften finns får lämnas ut.¹⁴⁶

Den enskilde kan lämna sitt samtycke till att olika aktörer utbyter information om henne eller honom sinsemellan. Det kan underlätta samordning av insatser, vård och stöd. Samtycket bryter då sekretessen¹⁴⁷. Varje berörd myndighet måste själv inhämta samtycke från den enskilde till att uppgifter lämnas ut¹⁴⁸.

Det är den person som uppgifterna handlar om som förfogar över sekretessen och som kan samtycka till att uppgifter lämnas ut¹⁴⁹. När de sekretessbelagda uppgifterna rör ett barn är det föräldrarna, ibland tillsammans med barnet, som ska samtycka till att uppgifterna får lämnas mellan myndigheter. Om barnet behöver ge sitt samtycke eller inte beror på barnets ålder och mognad.¹⁵⁰

¹⁴² Prop. 1980/81:28, Om följdlagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkringen, sid 23, samt prop. 1981/82:186, om ändring i sekretesslagen m.m., sid 26.

¹⁴³ 26 kap. 1 § OSL.

¹⁴⁴ 26 kap. 7 § OSL.

¹⁴⁵ 26 kap. 9 § OSL.

¹⁴⁶ 3 kap. 1 § OSL.

¹⁴⁷ 12 kap. 2 § OSL.

¹⁴⁸ JO 2011/12 s. 557.

¹⁴⁹ 12 kap. 2 § OSL.

¹⁵⁰ 12 kap. 3 § OSL.

Om en uppgift rör flera personer, exempelvis både en ungdom och en familjemedlem, behövs samtycke från båda.

Om den enskilde inte samtycker till att uppgifterna får lämnas mellan aktörerna så föreligger oftast sekretess för uppgifter om personliga förhållanden (se ovan i avsnitten om sekretess inom hälso- och sjukvård och socialtjänst). Olika sekretessregler gäller för olika myndigheter. Den omständigheten att flera myndigheter samverkar i samrådsgrupper eller på annat sätt påverkar inte sekretessen¹⁵¹. Det finns inga hinder för att samråda och diskutera ett ärende om uppgifterna är avidentifierade, men några uppgifter som kan bidra till att den enskilde kan identifieras får då inte komma fram.

¹⁵¹JO 1987/88 s. 148.

Resultatredovisning

Kartläggning av populationen – förekomst av skadligt bruk eller beroende med eller utan samtidig psykisk sjukdom

Vård på grund av avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser

År 2018 vårdades 52 000 personer, 10 år eller äldre, inom specialiserad öppenvård eller slutenvård på grund av avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Detta motsvarar 0,6 procent av befolkningen. Av de 52 000 vårdade var 1 812 barn i åldern 10–17 år. Andelen personer som vårdas för intag av beroendeframkallande substanser har ökat omkring 20 procent den senaste tioårsperioden.

Uppgifterna i denna kartläggning är baserade på inrapporterade diagnoser till Socialstyrelsens nationella patientregister. Uppgifter från primärvården saknas i patientregistret, varför personer som *enbart* diagnostiserades och behandlades inom primärvården under studieperioden inte ingår i de resultat som presenteras i detta avsnitt. Primärvården arbetar exempelvis hälsofrämjande och med primärprevention med avseende på riskbruk av till exempel alkohol. De personer som förekommer i detta avsnitt är personer med stora vårdbehov och komplicerad samsjuklighet och utgör en grupp som kan falla mellan stolarna.

Tabell 1 redovisar diagnoser som kan hänföras till intag av beroendeframkallande substanser bland de vårdade 2018. Diagnoserna beskriver det kliniska tillståndet vid vårdtillfället, där svårighetsgraden, och således vårdbehovet, varierar bland de vårdade. Bland diagnoserna finns exempelvis akuta intoxicationer som inte nödvändigtvis behöver indikera ett (kroniskt) skadligt bruk eller beroende. Tabellen visar att diagnospanoramata bland de vårdade skiljer sig åt utifrån vilken beroendeframkallande substans som förorsakat vårdtillfället. De personer som i huvudsak hade använt opioider diagnostiserades i 76 procent av fallen med beroende medan motsvarande andel för exempelvis alkohol var 38 procent. Substanser som innebär särskilt hög risk för allvarlig psykisk störning, så kallad psykotisk störning, är andra stimulantia (som amfetamin) och hallucinogener, men även cannabis innebär en hög risk för psykotisk störning. Alkohol och sedativa eller hypnotika föranledde flest vårdtillfällen där abstinens förelåg.

När det gäller barn 10–17 år som 2018 vårdades för avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser berodde de flesta vårdtillfällen på intag av alkohol. I dessa fall rörde det sig nästan uteslutande om akuta intoxicationer på grund av överkonsumtion av alkohol. Även intag av cannabis bland unga föranledde vård, om än i lägre utsträckning än alkohol. Ett vårdtillfälle på grund

av intag av cannabis ledde i majoriteten av fallen till att diagnosen skadligt bruk ställdes.

Tabell 1. Specifika diagnoser försakade av beroendeframkallande substanser.

Diagnoserna ställs utifrån kliniskt tillstånd vid vårdtillfället. Tabellen visar hur andelen (%) personer fördelades på diagnoserna utifrån substans. En person kan ha vårdats för intag av fler än en substans under året. (Avrundade andelar i procent.)

	Akut intoxikation	Skadligt bruk	Beroende	Abstinens*	Psykotisk störning**	Psykiska störningar***	Amnesisyndrom
Alkohol	34,0	14,3	38,1	10,0	0,9	2,6	0,2
Opioider	12,0	4,9	75,5	5,3	0,4	1,9	0,02
Cannabis	9,6	41,7	28,0	1,2	13,3	6,1	0,03
Seda- fiva/hypnotika	54,0	8,8	26,1	7,2	0,6	3,3	0,1
Kokain	30,1	29,9	23,7	1,3	7,2	7,7	0
Andra stimulantia	31,3	16,4	25,4	2,0	18,9	6,0	0
Hallucino- gener	57,0	3,2	1,4	5,4	18,1	14,1	0,9
Fler än en substans	32,3	16,5	36,8	2,0	6,7	5,6	0,04

*Abstinens med eller utan delirium. ** Psykotisk störning med eller utan sen debut eller som ett resttillstånd. ***Specifika eller ospecificerade psykiska störningar och beteendestörningar

Förekomst av samsjuklighet bland personer som har ett skadligt bruk eller beroende

Under 2017 fick 51 835 personer, 10 år och äldre, vård för intag av beroendeframkallande substanser. Av dem vårdades 52 procent av männen och 64 procent av kvinnorna också för någon psykiatrisk diagnos minst en gång under perioden 2016–2018. Tabell 2 redovisar förekomsten av psykiatriska diagnoser som förelåg vid vårdtillfället för dessa personer. Det framgår av tabellen att personer med skadligt bruk och beroende kan ha flera olika psykiatriska diagnoser. Vanligast är depressioner, ångestsyndrom och adhd samt personlighetssyndrom (personlighetsstörning) bland unga kvinnor.

Tabell 2. Förekomst av psykiatriska diagnoser bland personer med ett skadligt bruk eller beroende.

Andelen (%) personer med psykiatrisk diagnos 2016–2018 bland personer som vårdades för skadligt bruk eller beroende 2017 (n = 51 835). En person kan ha fått mer än en psykiatrisk diagnos under perioden 2016–2018

	Schizofreni och liknande tillstånd	Bi-polärt syndrom	Depressioner	Ångest-syndrom	Ät- och sömnstörningar	Personlighets-syndrom	Autism	Adhd	Beteendestörningar (ej adhd)
Pojkar/ Män									
10–17 år	1,9	1,1	11,2	19,6	4,2	0,1	8,0	34,2	7,8
18–24 år	10,6	3,6	19,5	32,4	3,5	3,3	6,2	24,5	6,0
25+	7,9	4,9	19,5	30,6	2,9	4,6	2,7	15,3	3,2
Flickor/ Kvinnor									
10–17 år	1,2	3,0	31,8	46,6	13,4	2,3	8,8	34,0	13,3
18–24 år	5,5	8,3	29,4	53,7	10,0	17,9	8,1	26,6	6,8
25+	6,1	9,5	28,1	45,0	5,3	12,3	2,7	14,4	3,8

I tabell 2 kan en person förekomma med fler än en diagnos, det vill säga förutom exempelvis depression kan en person samtidigt ha en annan psykiatrisk diagnos som exempelvis ångestsyndrom. En diagnos som var mycket vanlig tillsammans med andra psykiatriska diagnoser var adhd. Tabell 3 redovisar förekomsten av adhd bland personer som har andra psykiatriska diagnoser, jämte det skadliga bruket eller beroendet. Bland personer med exempelvis bi-polärt syndrom eller personlighetsyndrom hade 31 respektive 40 procent också adhd. Vid depressioner och ångestsyndrom var motsvarande andel 23 respektive 25 procent. Adhd är i den meningen särskilt vanligt bland personer med ett skadligt bruk eller beroende, eftersom adhd-diagnos i stor utsträckning är den diagnos som samtidigt föreligger med andra psykiatriska diagnoser.

Tabell 3. Adhd och samtidig annan psykiatrisk diagnos bland personer med ett skadligt bruk eller beroende.

Andelen (%) personer som också har adhd jämte en annan psykiatrisk diagnos (bland personer som vårdades för skadligt bruk eller beroende 2017 n = 51 835). Adhd-diagnos och annan psykiatrisk diagnos som ställdes under perioden 2016–2018.

	Schizofreni och liknande tillstånd	Bi-polärt syndrom	Depressioner	Ångest-syndrom	Ät- och sömnstörningar	Personlighets-syndrom	Autism	Beteendestörningar (ej adhd)
Förekomst av adhd	28	31	23	25	31	40	63	38

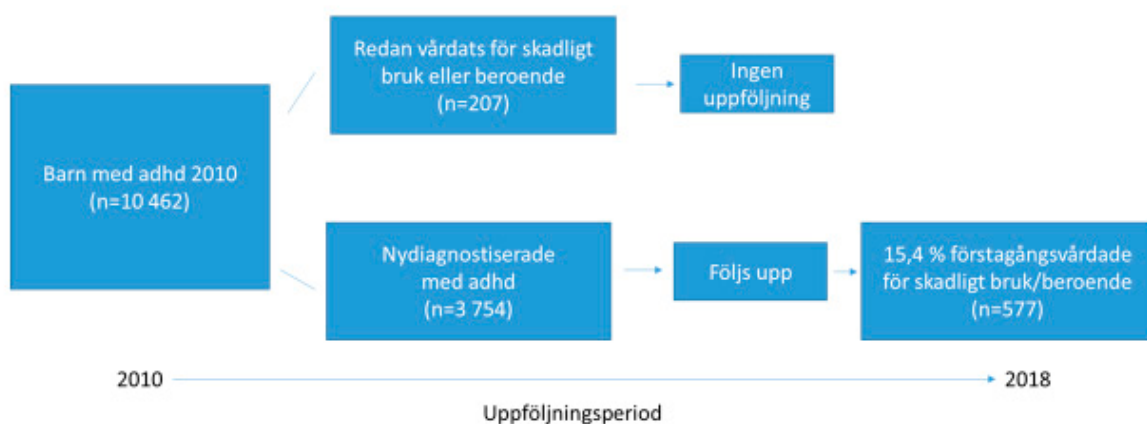
Särskilt viktigt att uppmärksamma – adhd bland barn och intag av beroendeframkallande substanser

Adhd är en utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning som medför problem med hyperaktivitet, impulsivitet och uppmärksamhet. Tillståndet utreds och behandlas företrädesvis inom psykiatri och är sedan tidigare en känd riskfaktor för skadligt bruk eller beroende [14], något som Socialstyrelsens ovanstående resultat också visar. Mot bakgrund av att adhd är så vanligt bland personer med skadligt bruk eller beroende, är en samverkan mellan beroendevård och psykiatri central eftersom gruppen rör sig mellan verksamheterna avseende utredning och behandling.

Då adhd är relativt vanligt i befolkningen väcker det också frågan om tidiga insatser kan minska risken för att personer med adhd ska utveckla ett skadligt bruk eller beroende. Insatserna kan gälla att tidigt upptäcka och behandla adhd men även att uppmärksamma om intag av beroendeframkallande substanser föreligger vid utredning och diagnostik av adhd. Detta gäller i synnerhet bland barn och ungdomar som har adhd och som kan ha intag av beroendeframkallande substanser utan att detta har uppmärksammats. Dessa barn riskerar att tidigt utveckla ett skadligt bruk eller beroende.

Socialstyrelsen har beräknat hur stor risken, en så kallad kumulativ incidens, är för nydiagnostiserade barn med adhd att förstagångsvårdas för intag av beroendeframkallande substanser under en given tidsperiod. Figur 1 visar hur analysen genomfördes. Av de barn som nydiagnostiserades med adhd 2010 var det drygt 15 procent som någon gång senare fick förstagångsvård för intag av beroendeframkallande substanser. Substanser som gav upphov till vårdtillfällena för barnen var framför allt cannabis, alkohol eller samtidig användning av flera substanser. I de flesta av fallen ställdes inte diagnosen skadligt bruk eller beroende inom barn- och ungdomspsykiatri utan inom beroendevård, internmedicin eller vuxenpsykiatri (om barnet hade hunnit fylla 18 år).

Figur 1. Andel nydiagnostiserade barn med adhd som senare får vård för skadligt bruk eller beroende.



Resultaten indikerar att en betydelsefull andel barn med adhd riskerar att utveckla ett skadligt bruk eller beroende. Resultaten indikerar också att barn- och ungdomspsykiatri i större utsträckning kan behöva uppmärksamma barn och ungdomar med adhd som har intag av beroendeframkallande substanser, eftersom det skadliga bruket eller beroendet sedermera diagnostiserades av andra verksamheter och inte av barn- och ungdomspsykiatri. I det avseendet kan samverkan med beroendevård, socialtjänst och vuxenpsykiatri, inför att barnet fyller 18 år, vara viktig. Sådana tidiga insatser kan minska risken att barn och ungdomar med adhd utvecklar ett skadligt bruk eller beroende.

Ekonomiska aspekter av samsjuklighet mellan beroende och psykisk ohälsa

Personer som drabbats av både psykisk ohälsa och beroendeproblematik behöver vård och stöd av flera olika aktörer i samverkan, ofta av olika huvudmän. De insatser som görs inom en verksamhet har även inverkan på utfallet av insatser i andra verksamheter. Därför måste en ekonomisk analys av insatser i samverkan anta ett samhällsperspektiv som inkluderar kostnader och besparingar oavsett var i samhället dessa uppstår.

De ekonomiska kostnaderna av insatser bör också ställas i relation till vilken nytta dessa insatser skapar. För individer som har en samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik handlar denna nytta bland annat om hur hälso- och sjukvården och socialtjänsten skapar förutsättningar för bra stöd och vård för den enskilde som därigenom skapar bättre levnadsförhållanden och livskvalitet. En insats eller åtgärd kan också, även om den innebär initialt högre kostnader, även leda till ekonomiska besparingar på längre sikt i andra delar av samhället.

Psykisk ohälsa och missbruk eller beroende leder, förutom till försämrad hälsa och livskvalitet hos drabbade individer och dess anhöriga, även till kostnader för olika verksamheter i samhället. Kostnaderna faller bland annat på den drabbade och deras anhöriga, kommunerna som ansvarar för socialtjänst, regionerna som ansvarar för psykiatri inklusive beroendevård, och även det övriga samhället genom exempelvis förlorade produktionsvärden till följd av arbetslöshet eller sjukskrivning.

Individer som drabbas av denna form av samsjuklighet är en heterogen population med stora skillnader i behov av stöd och behandling. Det är därför svårt att beräkna en samlad kostnad som är relaterad till denna problematik. Det finns studier som visar på kostnader för antingen psykisk ohälsa eller missbruk, med det saknas kunskaper om kostnader för individer med en samsjuklighetsproblematik, både på individnivå och på samhällsnivå.

Samhällets kostnader för psykisk ohälsa

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. Ungefär hälften av dessa kostnader beräknades bestå av direkta vårdkostnader och resterade av

indirekta kostnader till följd av produktionsbortfall. I OECD-rapporten konstateras att psykisk ohälsa är den vanligaste orsaken till att unga står utanför arbetsmarknaden och att 60 procent av alla ansökningar om aktivitetsersättning år 2011 var relaterade till dålig psykisk hälsa. De totala kostnaderna relaterade till psykisk ohälsa motsvarade 2010 nära 3 procent av Sveriges brutonationalprodukt [15].

I en studie beräknades individ- och samhällskostnader för fyra psykiatriska sjukdomsgrupper: bipolär sjukdom, depression, schizofreni och generaliserat ångestsyndrom. I kostnadsberäkningarna inkluderades hälso- och sjukvårdskostnader i såväl öppen- som slutenvård, kostnader för till exempel kommunal omsorg och produktionsbortfall till följd av sjukfrånvaro eller förtidspension. Studien gjordes på individnivå, och utifrån prevalens skattades sedan samhällskostnader. Den största delen av kostnaderna för dessa fyra tillstånd är relaterade till produktionsbortfall till följd av att individer inte kan arbeta. Omräknat till 2018 års penningvärde beräknades den årliga kostnaden för bipolär sjukdom till 284 000 kronor (varav direkta behandlingskostnader 71 000 kronor), för depression 175 000 kronor (varav direkta behandlingskostnader 21 000 kronor), schizofreni 559 000 kronor (varav direkta behandlingskostnader 224 000 kronor) och för generaliserat ångestsyndrom 171 000 kronor (varav direkta behandlingskostnader 17 000 kronor) (tabell 4). Den totala samhällskostnaden för dessa tillstånd beräknade författarna till cirka 75 miljarder kronor per år 2009, vilket skulle motsvara cirka 82 miljarder kronor i 2018 års penningvärde [16].

Tabell 4. Årlig genomsnittlig kostnad per individ med bipolär sjukdom, depression, schizofreni och generaliserat ångestsyndrom

Uppräknat till 2018 års prisnivå, avrundat till tusental kronor

	Bipolär sjukdom	Depression	Schizofreni	Generaliserat ångestsyndrom
Direkta kostnader	71 000	21 000	224 000	17 000
Indirekta kostnader	213 000	154 000	335 000	154 000
Total kostnad per individ	284 000	175 000	559 000	171 000

Källa: Ekman et al 2014 [16]

De refererade studierna över kostnaderna för psykisk ohälsa är gjorda för flera år sedan och det råder därför osäkerheter i dessa skattningar. Framför allt kan populationen se annorlunda ut. Prevalensen av psykisk ohälsa har ökat de senaste åren vilket skulle kunna innebära att endast en uppräknig av tidigare beräkningar underskattar kostnaderna.

Kostnaderna är till stor del baserade på behandling som ges för dessa individer. Behandlingar utvecklas och förändras över tid exempelvis som ett resultat av ökad kunskap och behandlingsriktlinjer [17]. Det faktum att populationen inte är densamma kan också innebära att de behandlingar som ges är annorlunda. Därför finns det betydande osäkerheter i uppskattningen av kostnaderna för psykisk ohälsa och missbruk.

Samhällets kostnader för missbruk

För den statliga missbruksutredningen gjordes 2011 en beräkning av kostnaderna för missbruk. De totala samhällskostnaderna per år, relaterade till miss-

bruk, beräknades då till cirka 49 miljarder kronor för alkohol och 24 miljarder kronor för narkotika. I dagens penningvärde skulle dessa kostnader uppgå till 54 miljarder respektive 26 miljarder kronor per år (tabell 5).

Tabell 5. Samhällskostnader relaterade till missbruk av alkohol och narkotika 2018

Miljarder kronor

	Alkohol	Narkotika
Socialtjänsten	8,8 (16 %)	4,4 (17 %)
Sjukvården	5,5 (10 %)	2,1 (8 %)
Statliga myndigheter	7,6 (14 %)	7,1 (27 %)
Privata sektorn	1,4 (3 %)	1,4 (5 %)
Indirekta kostnader	30,7 (57 %)	10,8 (42 %)
Totalt	53,9 (100 %)	25,8 (100 %)

Källa: Missbruksutredningen 2011. Uppräkning med konsumentprisindex.

För missbruksutredningen gjordes också en beräkning av kostnaderna per individ för tungt missbruk¹⁵² av alkohol och narkotika. Beräkningarna visade också kostnaderna fördelade på huvudman. För individer med tungt missbruk av alkohol beräknades den årliga kostnaden till 968 000 kronor per individ för 2018, vilket motsvarar 1 060 000 kronor i 2018 år prisläge. Cirka 22 procent av kostnaderna faller på kommunerna, medan 12 procent faller på regioner, 17 procent på rättsväsendet och 3 procent på övriga aktörer. De indirekta kostnaderna till följd av produktionsbortfall beräknades till nära hälften av de totala kostnaderna. För individer med tungt missbruk av narkotika beräknas de totala kostnaderna vara mer än dubbelt så höga som för alkoholmissbruk. I 2018 års penningvärde skulle beräkningen från missbruksutredningen uppgå till 2,3 miljoner kronor per år (tabell 6). Denna beräkning utgår från individer med tungt missbruk, och kostnaderna är därför sannolikt högre än för större delen av den samlade populationen.

Tabell 6. Aktörsvisa årskostnader per individ med tungt missbruk av alkohol och narkotika 2018

Kronor per individ avrundat till tusental kronor. Andel av totalkostnaden inom parentes

	Alkohol	Narkotika
Kommun	234 000 (22 %)	281 000 (12 %)
Landsting	126 000 (12 %)	72 000 (3 %)
Rättsväsende	179 000 (17 %)	784 000 (34 %)
Övrigt	31 000 (3 %)	701 000 (30 %)
Indirekta kostnader per år	489 000 (46 %)	487 000 (21 %)
Totala kostnader	1 058 000 (100 %)	2 324 000 (100 %)

Källa: Missbruksutredningen 2011. Uppräkning med konsumentprisindex

¹⁵² Definitionen "tungt missbruk" innefattar i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. Skattningsarna påverkas givetvis av hur man väljer att definiera tungt missbruk, en given eller entydig definition av detta saknas dock (se SOU 2005:82).

Precis som för kostnaderna för psykisk ohälsa är de tillgängliga kostnadsberäkningarna relaterade till missbruk som presenterades i missbruksutredningen utförda relativt långt bak i tiden. Det finns därför betydande osäkerheter i hur representativa dessa kostnader är idag. Exempelvis kan nämnas att konsultföretaget Ramböll på uppdrag av Systembolaget gjort en beräkning av de samhällsekonomiska konsekvenserna av alkohol där de totala kostnaderna beräknades till 105 miljarder kronor per år under år 2017 [18].

Regionernas kostnader för behandling av samsjuklighet

Baserat på data i patientregistret kan kostnader beräknas för behandling av patienter diagnostiserade med både en beroendediagnos och en psykiatrisk diagnos. Under 2015 var det 2500 patienter med aktuell samsjuklighet som vårdades på psykiatrisk slutenvård och hade en eller flera återinläggningar efter utskrivningen inom 365 dagar. Andelen män var 68 procent och andelen kvinnor 32 procent.

Totalt hade dessa patienter 5 743 vårdtillfällen och 54 384 vård dagar, till en kostnad av 381 miljoner kronor, under uppföljningsperioden. Det ger en genomsnittlig kostnad på 152 000 kronor per patient under ett år. Dessa kostnader inkluderar endast behandling i slutenvård (tabell 7).

Tabell 7. Patienter, vårdtillfällen och kostnader i psykiatrisk slutenvård samsjuklighet missbruk psykiatrisk diagnos, 2016

Antal Patienter	Antal vårdtillfällen	Antal vård dygn	Totala kostnader (miljoner kronor)	Genomsnittlig kostnad per patient (kronor)
2 500	5 743	54 384	381	152 493

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Kommunernas kostnader för vård av missbruk

Socialtjänstens totala kostnader för vård av vuxna med missbruksproblem uppgick 2018 till 8,2 miljarder kronor enligt kommunernas räkenskapsammandrag. Av detta var cirka 3,4 miljarder (40 procent) kostnader för institutionsvård. De kostnader som redovisas är poster i budgeten som exklusivt avser insatser till personer med missbruk eller beroende av alkohol och andra droger. Kommunernas sammanlagda kostnader har sedan 2014 ökat med 25 procent (tabell 8). Till detta kommer även kostnader för vård av barn och unga. Detta redovisas inte i kommunernas räkenskapsammandrag.

Tabell 8. Kommunernas kostnader för vård av vuxna med missbruksproblem

Miljoner kronor, justerat till 2018 års priser.

Verksamhetsområde	2014	2015	2016	2017	2018
Vård för vuxna med missbruksproblem	6 892	7 382	7 585	7 953	8 210
Varav institutionsvård vuxna	3 041	3 303	3 256	3 290	3 361

Källa: Statistiska centralbyrån, Kommunernas räkenskapsammandrag

Det finns studier gjorda på kostnader för olika former av psykiatriska tillstånd och för olika former av missbruk. Däremot finns det begränsad information om ekonomiska konsekvenser för individer som har en samsjuklighet med både psykisk ohälsa och beroende. Dessa individer finns ju inom båda dessa områden, eftersom behandling och stöd hanteras av olika specialiteter under olika huvudmän. Om missbruk kan förebyggas eller upptäckas tidigare, genom att identifiera riskfaktorer för skadligt bruk hos ungdomar som kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Tidig upptäckt torde också bromsa ett eskalerande beroende eller psykiska besvär vilket kan begränsa insatsbehovet. Ett minskat vårdbehov skapar också förutsättningar för att minskade kostnader för samhället, men kan också skapa bättre förutsättningar för att rikta större insatser till individer med större behov.

Eftersom vård av individer med samsjuklighet sträcker sig över vårdformer och huvudmän är en fungerande samverkan en förutsättning för att vården ska vara effektiv. I en kartläggning av återkommande besökare inom missbruksområdet visas på vikten av kontinuitet för att vården ska vara effektiv både för behandlingsutfall och för att resurser ska användas på ett så effektivt sätt som möjligt [19].

Analys av förutsättningar för samverkan

I detta regeringsuppdrag ingår att analysera hur samverkan mellan olika verksamheter inom vården och omsorgen fungerar och hur den påverkar förutsättningarna för en god vård och omsorg för personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. I detta avsnitt redovisas resultaten av denna analys. Analysen utgår delvis från befintlig litteratur om hur samverkan fungerar i dag i den svenska vården och omsorgen – både på ett övergripande plan och specifikt för personer med samsjuklighet. Dessutom utgår den från de erfarenheter och synpunkter om hinder och framgångsfaktorer för samverkan som har lyfts i intervjuer, under studiebesök och på seminarier under arbetet med uppdraget.

I både nationella studier och internationella jämförelser har samverkan och samordning identifierats som områden där den svenska hälso- och sjukvården brister. Också samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten har utpekats som ett viktigt utvecklingsområde för det svenska vård- och omsorgssystemet [9, 11, 12, 15, 20, 21].

Under senare år har ett antal satsningar och lagändringar gjorts i syfte att främja samverkan i vården och omsorgen, både på ett övergripande plan och specifikt för personer med beroendeproblematik och/eller psykisk ohälsa. Här ingår till exempel att kommuner och regioner idag är skyldiga att upprätta en samordnad individuell plan när enskilda har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.¹⁵³ Kommuner och regioner är också ålagda att ingå överenskommelser om hur de ska samarbeta kring personer med psykisk funktionsnedsättning respektive beroendeproblematik.¹⁵⁴

Flera utredningar och rapporter har emellertid dragit slutsatsen att dessa bestämmelser och satsningar inte har gett avsedda resultat [10, 12, 22]. Det

¹⁵³ 16 kap. 4 § HSL, en motsvarande bestämmelse finns i 2 kap. 7 § Sol. Se även 4 kap. 1 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

¹⁵⁴ 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § Sol.

har anmärkts att avtal mellan huvudmän inte har upprättats i tillräcklig utsträckning eller att de inte fyller sitt syfte där de finns. Liknande slutsatser har dragits om användandet av olika samordningsverktyg såsom samordnad individuell plan [11, 12, 22].

I Socialstyrelsens öppna jämförelser för 2019 anger knappt hälften av kommunerna, 47 procent, att de har aktuella överenskommelser med regionen för samarbete mellan socialtjänstens och regionens personal kring personer med missbruk och beroendeproblematik. För att uppfylla indikatorns mål krävs att kommunen har en aktuell på ledningsnivå beslutad överenskommelse om samarbete med regionen som innehåller:

1. gemensamma mål med överenskommelsen
2. resurs- och ansvarsfördelningen mellan kommun och region
3. rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och regionens personal kring enskilda personer som missbrukar beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

För området socialpsykiatri är motsvarande andel 41 procent. På frågan om kommunerna erbjuder insatsen case manager¹⁵⁵ i form av integrerade team till personer med missbruk eller beroende och psykisk sjukdom uppger 33 procent att de erbjuder detta, vilket är en minskning mot föregående år.

Bland kommuner och stadsdelar uppger 51 procent att de har en aktuell rutin för att informera enskilda personer om att de vid behov kan få en samordnad individuell plan. Dessa siffror anger endast i vilken utsträckning dessa avtal och verktyg existerar eller erbjuds, inte hur de används eller hur väl de fungerar för berörda brukare eller verksamheter (läs mer om öppna jämförelser i bilaga 1).

Vidare har flera källor påpekat att de samordningsverktyg och integrerade verksamheter och arbetssätt som nyttjas i dag är otillräckligt utvärderade. Bland annat har Vårdanalys anmärkt att de utvärderingar som finns av olika samordningsmodeller huvudsakligen granskar de ekonomiska och organisatoriska effekterna av samordning. Myndigheten menar att det saknas kunskap om hur dessa arbetssätt upplevs av och påverkar utfallet för patienter och brukare [9, 10].

I betänkandet *Effektiv vård* konstaterade den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården att befintliga samverkansavtal inte tycks utgå från forskning om fungerande samverkan [12]. Betänkandet är en av utgångspunkterna för regeringens uppdrag till utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01) som utreder hur samverkan mellan och inom huvudmän och vårdgivare kan underlättas och hur gränssnitten bör se ut. Vidare utreds hur förutsättningarna kan förbättras för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare med omfattande och komplexa vårdbehov.

¹⁵⁵ Åtgärden case management i form av integrerade eller samverkande team innebär en samordning av vård- och stödåtgärder i ett multiprofessionellt team där både behandling av missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen och sociala stödåtgärder finns tillgängliga.

Vilka är utmaningarna och framgångsfaktorerna för en god samverkan?

I en sammantagen analys av litteratur, tidigare rapporter och utredningar, intervjuer, dialogmöten och seminarier framträder ett antal framgångsfaktorer och utmaningar för en god samverkan.

Sammanfattningsvis handlar det om faktorer inom områdena organisation, kultur, ekonomi, regelverk och styrning som påverkar hur väl samverkan fungerar. I följande avsnitt presenteras det sammanvägda resultatet av hur samverkan fungerar mellan olika verksamheter och vad som hindrar respektive förbättrar samverkan. Analysen ligger till grund för Socialstyrelsens förbättringsförslag som presenteras avslutningsvis.

Personcentrerad samverkan

En konklusion som Socialstyrelsen drar i detta uppdrag är vikten av en personcentrerad samverkan och ett personcentrerat arbetssätt och förhållningssätt. Det innebär att aktörer som samverkar, inklusive personen själv, har en gemensam bild av och förståelse för hur vård- och stödprocessen ska se ut. SKL beskriver att samverkan byggs upp kring den enskilda individen. På individnivå möts de som arbetar med att vårda och stödja individen (exempelvis vårdpersonal och handläggare). Här samverkar även verksamhetschefer utifrån att de innehar budget- och resultatansvar för verksamheterna som individen möter. Även de närståendes perspektiv tas i beaktning, givet att det finns ett samtycke till det [21].

Behovet av samordning av vård, omsorg och stödinsatser varierar utifrån sjukdomsbild. Enligt de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende är det viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att båda tillstånden behandlas samtidigt [4].

Inom ramen för detta uppdrag framförde representanter från patient- och brukarorganisationerna på ett dialogmöte några exempel på personcenterat arbetssätt såsom att läkare och andra professioner behöver planera in mer tid vid nybesök av personer med psykisk ohälsa och beroende. Vidare lyfte de värdet av att anpassa behandling och åtgärder utifrån personens funktionsnedsättning för att följsamheten till behandlingen ska bli så bra som möjligt och för att förhindra avhopp. Detta betyder att det måste finnas en förståelse för de svårigheter som följer av funktionsnedsättningen, och att man därför inför åtgärder som kan kompensera för dessa. Till exempel nämndes att det är vanligt att personer med adhd har svårt med tidsuppfattningen, vilket kan göra det svårt att passa tider. För att hjälpa dessa personer att fullfölja en behandling kan digitala stöd såsom sms-påminnelser eller andra tidshjälpmedel göra det enklare. Det kan också handla om hur den fysiska miljön är utformad där behandlingen äger rum. Blinkande lysrör och högljudda fläktar kan göra det svårt för dessa personer att koncentrera sig och därmed påverka resultatet av behandlingen. Det gäller även hur information eller annat stödmaterial utformas till personer med olika typer av funktionsnedsättning.

Vårdanalys utvecklade 2016 ett ramverk för att identifiera generella patient- och brukargrupper som har olika behov av stöd för samordning [5]. Faktorer som påverkar kan vara personens kognitiva förmåga, psykiska mående,

fysiska funktionsförmåga, ålder, språkliga kunskaper och kännedom om samhället. Det är inte ovanligt att personer med samsjuklighet har flera av dessa riskfaktorer vilket medför att de har en nedsatt förmåga att aktivt delta i planering och följa sina vårdplaner.

Ramverket som Vårdanalys utvecklade [5] innehåller fem olika generella grupper enligt följande:

Grupp 1: Personer med komplexa behov och små förutsättningar för att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Grupp 2: Nyinsjuknade personer som snabbt kräver insatser av flera aktörer och vars snabba sjukdomsförlopp påverkar deras förutsättningar för att vara delaktig i samordningen av sin vård och omsorg.

Grupp 3: I huvudsak somatiskt friska personer med små förutsättningar för att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Grupp 4: Personer med komplexa behov, men med goda förutsättningar för att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Grupp 5: I huvudsak psykiskt och somatiskt friska personer.

Under åren 2010–2014 genomfördes kartläggningar i sex län för att lokalt ta fram kunskap om hur vård och stöd till frekventa besökare inom missbruksområdet fungerar [7-9]. Metoden omfattar kartläggning av den enskilda individens nyttjande av olika typer av vård- och stödinsatser under en tolv månadersperiod. Det gjordes genom en granskning av akt- och registerdata från sjukvård och socialtjänst. Kartläggningen visade att insatser som erbjöds i stor utsträckning inte svarade mot individens behov och problem.

En gemensam nämnare för de svaga punkter som ringades in genom kartläggningarna var att de rör avbrott som sker under insatser/aktiviteter, eller glapp som uppstår mellan eller efter olika insatser [8]:

1. Glappet som uppkommer när individen erbjuds hjälp för ett problem i taget, vid väntan på nästa steg i rehabiliteringen eller när en insats avslutas och ingen annan tar vid.
2. Glappet som uppstår när idén om individens integritet och självbestämmande hamnar i motsatsförhållande till en persons oförmåga att själv ta beslut som rör den egna hälsan.
3. Det tomrum som uppstår när individen lämnas ensam på akutmottagningen i ett ångestfyllt tillstånd, efter akuta vårdinsatser när individen skrivs ut utan stöd i vardagen.
4. Tomrummet som uppstår när hjälpen villkoras på ett sätt som individen inte klarar av att uppfylla.

Punkter som lyfts i rapporten [8] har det gemensamt att individerna som har en komplex problematik inte får vård och stöd som utgår från ett personcentrerat arbetssätt eller genom en personcentrerad samverkan. Det tas ingen hänsyn till att personerna i kartläggningarna ofta har komplexa behov och små förutsättningar för att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Organisatoriska mellanrum

En viktig aspekt som behöver ingå i en analys av effektiva samverkansformer är det som kan kallas organisatoriska mellanrum [19]. Den alltmer specialiserade och fragmentiserade vården och omsorgen, inkluderat missbruks- och beroendevården, skapar sådana mellanrum. De uppstår när samordning av aktiviteter uteblir eller misslyckas: ”när en persons, grupps eller organisations ansvar, befogenheter, ambitioner, kompetens, information etc. tar slut utan att någon annans tar vid”. Sådana mellanrum förekommer både inom en organisation och mellan organisationer. En uppdelning av resurser på olika huvudmän och enheter gör det svårt att arbeta med helhetsperspektiv, utifrån individens problembild och behov. Det hjälper dock inte alltid att skapa nya enheter, eftersom nya enheter innebär nya gränser och att nya mellanrum uppstår. Glappen, alltså de organisatoriska mellanrummen, kräver gränsöverskridanden för att hanteras. Om det går att identifiera var glappen finns, så kan det finnas en potential till lösningar [19]. Samverkan kan då innebära att alla inte gör samma sak, utan att man gör sin egen sak bättre definierad i ett större sammanhang. När samverkan fungerar, förstärks specialistkompetensen samtidigt som den integreras i en större helhet. Helhetssyn och synergier i samverkanssituationer uppstår när specialister tillsammans kan skapa en mer fullständig bild av verkligheten än om de agerar var för sig [23].

Fragmentering och stuprör inom hälso-och sjukvård och socialtjänst

Fragmentering kan ses som en konsekvens av hur den moderna hälso- och sjukvården och socialtjänsten har utvecklats och resulterat i många olika verksamheter och olika typer av specialiteter. Ju mer komplexa problem en person har, desto svårare kan det bli att få samordnad hjälp och desto mindre beaktas personens totala situation[24]. Högre grad av specialisering innebär naturligtvis givna fördelar för vårdens kvalitet. Samtidigt finns risk för ökad distansering till andra yrkesgrupper och fragmentering av den samlade kompetensen [12].

Detta är ett citat från en intervju med en myndighetsföreträdare:

Även socialtjänsten går mot en mer och mer specialiserad organisation, med en mindre omfattning av generalister. Vilket bygger in stuprör i verksamheten som kan leda till att individerna bollas mellan verksamheterna, såsom individ/familj, missbruk osv. Hälso- och sjukvården är ofta specialiserad och uppdelade i olika enheter som psykosenheter, ätstörningsvård, bipolär mottagning med mera.

Patienter rör sig mellan olika vårdenheter och ingen tar ansvar för hela vårdförloppet eller de ledtider som uppstår mellan besöken. En följd av detta ”stuprörssystem” är att det är svårt att skapa samordnade horisontella vårdprocesser för patienten [12]. Behovet av samordning beror dels på hur komplex samordningen av individens vård och omsorg är, dels på individens förutsättningar att själv vara delaktig i och medskapande i samordningen [10].

Utvecklingen mot mer specialiserade enheter med mer eller mindre fristående budgetansvar riskerar att varje verksamhet ser till sina egna intressen och inte tar ansvar för helheten. Det kan i praktiken innebära att en aktör, av ekonomiska skäl, avstår från att sätta in förebyggande och tidiga insatser, vilket leder till att en annan del av välfärdssektorn kan få betydligt större utgifter för samma individ längre fram i vårdkedjan. Ett sådant ”stuprörstänkande” riskerar att missgynna personer med komplexa vårdbehov som har behov av insatser från flera huvudmän [25].

Företrädare från kommuner upplever att det är otydligt vilken part inom regionen som kommunen ska samverka med. Både regionerna och kommunerna anser att det finns ett behov av att utveckla den interna samverkan inom regionen. De ser också att gränssnittet mellan primärvård och psykiatri kan bli bättre, vilket man menar skulle underlätta samverkan mellan huvudmännen [9].

IVO rapporterar att socialtjänsten ibland anpassar sitt stöd utifrån vilka insatser den egna kommunen kan erbjuda. Det kan medföra att vissa personer inte får ett stöd som är anpassat till deras behov, vilket ökar risken att insatserna inte får avsedd effekt. Förbättringsområden inom vården är att gemensamt identifiera, genomföra och följa upp åtgärder. Inom hälso- sjukvården konstaterar vårdgivarna själva att de behöver bli bättre på att samverka och säkerställa överföringen av viktig information om patienterna. De lyfter också att samverkan ibland resulterar i att man delar upp ansvaret i stället för att ta ett gemensamt ansvar. Sammanfattningsvis konstaterar IVO att bristande samordning kan leda till långa väntetider, uteblivna insatser, felaktig medicinering eller oro då den enskilde inte vet vem som bär ansvaret för vad [26].

Ett annat perspektiv illustreras i citatet från deltagare på ett seminarium:

Samverkan är viktigt inte bara för patienter och brukare utan också för medarbetarna själva. Det är nedbrytande att arbeta i ett system som inte fungerar, där man inte kan erbjuda fungerande insatser. När samverkan fungerar bra mår medarbetarna bättre. Så det är också en arbetsmiljöfråga.

För kommuner och regioner är det sedan 2010 respektive 2013 en lagstadgad skyldighet att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete kring målgruppen personer med psykisk funktionsnedsättning respektive med missbruks- och beroendeproblem¹⁵⁶. Chefer inom kommuner och regioner upplever ofta att länsöverenskommelser som tas fram, kan vara för övergripande för att kunna användas som vägledning i den lokala verksamheten [10].

Ansvarsfördelning och gränsdragning

Kommuner och regioner delar ansvaret för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina respektive ansvarsområden.¹⁵⁷ I tidigare rapporter och studier, samt i expertintervjuer och

¹⁵⁶ Se 16 kap. 3 § HSL samt 5 kap. 8 a och 9 a § SOL.

¹⁵⁷ Se bland annat prop. 2012/13:77 s.11 f.

på seminarier som utförts inom ramen för detta regeringsuppdrag, har framförts att en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmän och verksamheter är avgörande för en fungerande samverkan i vården och omsorgen för personer med samsjuklighet. Klarhet kring vem som har det ekonomiska ansvaret för olika insatser har också utpekats som en viktig framgångsfaktor för samverkan såväl inom som mellan huvudmän [9, 11, 21, 22, 27].

I arbetet med detta regeringsuppdrag har professionsföreträdare och patient- och brukarorganisationer emellertid påtalat att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen är otydlig avseende behandling och stöd för personer med samsjuklighet, och att detta skapar kontinuerliga utmaningar i vården och omsorgen för dessa patient- och brukargrupper. Man har framhållit att gällande lagstiftning för missbruks- och beroendevården lämnar stort utrymme för kommuner och regioner att göra egna tolkningar av hur uppdrag och kostnadsansvar ska fördelas. Detta får till följd att organiseringen och utbudet av vård- och omsorgsinsatser skiljer sig mycket åt på olika platser i landet. Också de överenskommelser som kommuner och regioner är ålagda att upprätta sägs alltför ofta sakna detaljerad information om hur ansvaret ska delas upp mellan huvudmän och verksamheter, med följden att förhandlingar ändå måste ske på verksamhetsnivå [22]. I intervjuer och seminarier påtalades att situationen för personer med samsjuklighet är än mer komplicerad eftersom de har ett eller flera psykiatriska tillstånd som behöver utredas eller behandlas samtidigt med beroendetillståndet.

Flera tidigare rapporter har uppmärksammat att den delade ansvarsfördelningen i vården och omsorgen för personer med beroende ger upphov till praktiska utmaningar för de kommunala och regionala verksamheter som förväntas samverka [9, 10, 12, 20-22, 28]. Att ansvarsfördelningen ser olika ut på olika platser i landet sägs också bidra till att göra den svenska missbruks- och beroendevården svåröverblickbar, vilket leder till brister i tillgänglighet [11, 21, 28]. Även dessa tillgänglighetsproblem riskerar att särskilt drabba personer med samsjuklighet, som kan lida av kognitiva svårigheter som gör det svårare för dem att navigera bland olika vård- och omsorgsinstanser [11].

Förhandlingar om ansvarsfördelning medför administrativ börda och risk att ingen tar ansvar

Att komma överens om ansvarsfördelningen på regional eller lokal nivå medför tids- och resurskrävande förhandlingar om vem som ska göra vad och vem som har kostnadsansvaret för olika åtgärder och insatser. Dessa förhandlingar förs ofta på verksamhetsnivå. I intervjuer och på seminarier framförde professionsföreträdare att förhandlingar om ansvarsfördelning är ett grundläggande hinder i vården av personer med samsjuklighet och någonting man ”sliter med dagligen”. Detta kan försvåras av att de berörda verksamheterna kan stå inför sparkrav och andra ekonomiska begränsningar. Man menade att när så är fallet uppstår en risk för att ingen tar ansvar för vissa insatser eller patientgrupper och att personer med behov av vård och stöd faller mellan stolarna. Också denna problematik har lyfts i tidigare rapporter och utredningar [12].

Delat ansvar för psykosocial behandling en knäckfråga

Ett område som utpekades som särskilt otydligt av intervjupersoner och seminariedeltagare gäller vem som bär ansvaret för psykosocial behandling och hur skiljelinjerna mellan psykologisk behandling, psykosocial behandling och psykosocialt stöd ska dras. Medan det i förarbetena till lagstiftningen har fastställts att psykosocial behandling ska kunna erbjudas av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården¹⁵⁸ menade vissa intervjupersoner och seminariedeltagare att kommunerna varken har kompetensen, resurserna eller lagutrymmet för att fylla denna funktion.¹⁵⁹ Man menade vidare att den upplevda ”gråzonen” i lagstiftningen avseende vem som bär ansvaret för psykosocial behandling är för stor. Vid Socialstyrelsens arbetsseminarium framfördes att det inte går att lösa detta regionalt utan att en samsyn behöver kommuniceras från nationell nivå. Frågan om vem som ska utföra psykosocial behandling beskrevs som ”en knäckfråga” och ”det absolut svåraste” i samordningen av vården och omsorgen för personer med beroende generellt och personer med samsjuklighet i synnerhet. Vidare lyftes att den osäkerhet som oklarheter i ansvarsfrågan leder till för brukare och patienter också drabbar anhöriga till personer med samsjuklighet, inklusive deras barn.

Synpunkter om tydliggörande i ansvarsfrågan

Otydligheter i ansvarsfördelningen skapar osäkerhet om vart personer med samsjuklighet ska vända sig och vem som har ett övergripande ansvar. Som nämnts ser såväl ansvarsuppdelningen som utbudet av tjänster olika ut på olika platser i landet, vilket ytterligare bidrar till att systemet uppfattas som otydligt.

Att dessa förhållanden skapar ojämlikhet och tillgänglighetsproblem för personer med beroende har uppmärksamats tidigare [9, 19, 28].

Majoriteten av intervjupersoner och seminariedeltagare var eniga om att de upplevda oklarheterna i ansvarsfördelning och gränsdragningar skapar stora utmaningar i det praktiska arbetet med att ge vård och stöd till personer med samsjuklighet. Man menade att detta i förlängningen kan leda till en mindre effektiv vård och omsorg för dessa patient- och brukargrupper. Liknande synpunkter har framförts i tidigare utredningar av missbruks- och beroendevården [21, 22, 28].

Hur ansvarsfördelningen bör se ut rådde det dock olika meningar om. Några intervjupersoner och seminariedeltagare som efterfrågade ett tydliggörande hade inte själva en klar åsikt om var gränserna borde dras. Andra uttryckte, i enighet med det förslag som riksdagens socialutskott lämnade till regeringen i april 2019, att ansvarsfrågan bör utredas med intentionen att samla behandlingsansvaret för personer med samsjuklighet hos en huvudman. Ett antal intervjupersoner och seminariedeltagare hade emellertid redan landat i ståndpunkten att ansvaret för både medicinsk och psykosocial behandling för missbruk och beroende bör samlas hos hälso- och sjukvården, medan ansvaret för det psykosociala stödet bör ligga hos socialtjänsten. Denna uppfattning är i linje med det förslag om en ny ansvarsfördelning som

¹⁵⁸ Prop. 2012/13:77 s. 14 f.

¹⁵⁹ En liknande slutsats har dragits av Sveriges Kommuner och Landsting (Handlingsplan mot missbruk och beroende 2018).

missbruksutredningen lämnade år 2011, och flera hänvisade också till utredningens slutsatser i sina inlägg [28].

Även de skäl som gavs för en sådan ansvarsförflyttning överlappade i stor utsträckning med missbruksutredningens analys. Exempelvis framhöll flera intervjupersoner och seminariedeltagare att den gällande ansvarsfördelningen, att kommunerna har ett särskilt ansvar för missbruksvården, inte är förenlig med det nuvarande forskningsläget om beroendeproblematik och hur det bör behandlas. Man pekade på att missbruk och beroende inte längre ses som sociala problem i första hand utan som sjukdomstillstånd, och menade att de därmed bör behandlas inom hälso- och sjukvården. Att hälso- och sjukvården ansvarar för behandling av andra former av substansberoende såsom av tobak och läkemedel ansågs stärka detta argument.

Ett ytterligare skäl som gavs för att se över ansvarsfördelningen var att kunskapen om förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik har ökat. Några av de experter och professionsföreträdare som deltog inom ramen för uppdraget menade att förutsättningarna för att ge god vård och omsorg till personer med samsjuklighet är större om ansvaret för utredning och behandling av psykisk ohälsa eller psykiatriska diagnoser och behandling av beroendeproblematik är samlade under samma huvudman.

Det påpekades vidare att en förflyttning av behandlingsansvaret till regionerna skulle öka förutsättningarna för att skapa en mer likvärdig vård och omsorg för personer med samsjuklighet. Ett argument för detta var att framförallt mindre kommuner kan sakna resurser och kompetens för att klara av uppdraget. Vårdpersonalens legitimerade status, med den standardiserade kompetens, det ansvar och den beslutsautonomi som legitimationerna medför, angavs som ytterligare skäl. Därtill noterades att patientsäkerhetslagen ger både patienter och deras barn ett bättre skydd än det som erbjuds genom SoL.

När dessa frågor diskuterades i seminarier och expertintervjuer var deltagarna dock inte samstämmiga. En reservation som framfördes mot förslaget om ett samlat huvudmannaskap var att en förflyttning av behandlingsansvaret till hälso- och sjukvården skulle medföra en risk för att missbruksvården blir allt för medikaliserad och att det nödvändiga helhetsgreppet, där även psykosocialt stöd ingår, då riskerar att gå förlorat. En annan fråga var om det finns möjlighet för regionerna att involvera den kommunala behandlingskompetens som i dag finns i de kommunala verksamheterna. Man menade att en förflyttning av behandlingsansvaret därmed skulle innebära en stor förlust av såväl kompetens som arbetstillfällen i den svenska missbruks- och beroendevården.

Gränsdragningsproblem mellan LVM och LPT

Ett relaterat område som också har utpekats som problematiskt är de två tvångslagstiftningar som aktualiseras för personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Genomgående i dialogmöten och intervjuer i uppdraget har det på olika sätt framförts att det finns en gränsdragningsproblematik mellan lagen LVM och LPT. Det konstateras att lagstiftningen är föråldrad och inte tar hänsyn till en nyutvecklad förståelse

om beroendesjukdom, samsjuklighet och metodik inom behandling och stöd av personer med samsjuklighet.

Kartläggningen inom detta uppdrag, och underlaget i missbruksutredningen och internationella vetenskapliga studier, visar att en relativt stor andel av personer med beroendetillstånd även har ett eller flera psykiatriska tillstånd. På samma sätt är det en stor andel personer med psykiatriska tillstånd som även har ett beroendetillstånd som räknas som ett psykiatriskt tillstånd.

Bland personer som 2018 vårdades med stöd av LVM hade 29 procent av kvinnorna respektive 40 procent av männen tidigare vårdats med stöd av LPT. Majoriteten av de som vårdades hade också någon gång fått frivillig psykiatrisk vård [29]. Till viss del är det alltså samma population som tvångsvårdas med stöd av de båda lagstiftningarna. Lagstiftningarna är utformade utifrån att den enskilde har en allvarlig psykisk störning respektive missbruk. En sådan uppdelning kan försvåra förutsättningarna att ge samlad vård och omsorg till personer med samsjuklighet.

Faktorer som påverkar ekonomiska förutsättningar för vård och stöd

När det gäller den ekonomiska styrningen för verksamheterna att tillhandahålla vård och stöd till personer med samsjuklighet finns det två huvudsakliga faktorer som kan utgöra hinder. Den första är att ansvarsfördelningen är delad mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, och det därmed finns risk för att verksamheter skjuter över ansvaret och den ekonomiska utgiften till den andra huvudmannen. Detta är inte bara ett problem mellan huvudmännen utan också inom hälso- och sjukvården. Denna fragmentisering av vården medför risker för att det bildas stuprör och för att ingen tar ansvar med ett helhetsperspektiv som tar in både det bästa ur vårdperspektivet och fördelningen av de ekonomiska kostnaderna. Denna bild är i linje med det som beskrivs i rapporten "*Att komma överens*" [4] där det nämns att ansvarsfördelningen är fortsatt utmanande att enas kring, i synnerhet kostnadsansvaret på verksamhetsnivå inom kommuner och regioner. Ekonomiska drivkrafter uppfattas också driva på tendensen att förtydliga och avgränsa ansvaret, snarare än att samverka kring det gemensamma ansvaret [4].

Den andra faktorn som påverkar ekonomiska förutsättningar för vård och stöd är att personer med samsjuklighet (per definition multisjuka) har behov av omfattande resurskrävande åtgärder. Det är inte alltid de resurser som förbrukas av vården täcks in i de ersättningsprinciper som tillämpas i regionerna. Detta skulle i sig vara ett incitament för verksamheterna att inte vilja ta vårdansvaret och de ekonomiska utgifterna vilket kan medföra att personer hamnar i de organisatoriska mellanrummen.

Återkopplingen från våra intervjuer och möten om hur ekonomi påverkar samordning och samverkan har mest relaterat till att ansvarsfördelningen mellan verksamheter och huvudmän skapar otydlighet, att det inte finns resurser för att utbilda personal och att det saknas medel för samordningsmöten. Ekonomiska och finansiella system driver på tendensen att förtydliga och avgränsa ansvaret, och förstärker därmed de organisatoriska stuprören snarare än att överbygga dem, framhåller flera företrädare för kommuner och regioner [4].

Användbara IT-system och sammanhållen journalföring

Enligt IVO (2016) ger den nuvarande informationsstrukturen inom IT-stöden inte tillräckliga förutsättningar för samordning och lagstiftningen hindrar att information delas.

Personer som har flera samtidiga sjukdomar och behov av insatser från socialtjänsten har ofta flera kontakter med vården och omsorgen. En av förutsättningarna för att uppnå en samordnad vård och omsorg är att information om patienten eller brukaren finns tillgänglig vid rätt tidpunkt för den som behöver den. Eftersom informationen samtidigt behöver skyddas mot obehörig åtkomst är frågan komplex. I dag finns informationen huvudsakligen inom den organisation som personen har haft kontakt med. Normalt sett är det exempelvis svårt för en annan organisation att nå informationen på något annat sätt än genom att ringa eller faxa över den då informationen inte alltid är dokumenterad i ett gemensamt IT-system eller utifrån en gemensam informationsstruktur.

Inom några landsting finns dock gemensamma verksamhetssystem så att information kan delas elektroniskt inom landstinget. Detta är i vissa fall möjligt eftersom det inte finns några sekretessgränser mellan hälso- och sjukvårdsverksamheter inom samma landsting.¹⁶⁰ Att det inte finns någon sekretessgräns innebär dock inte att det är fritt fram för hälso- och sjukvårdspersonal att utbyta uppgifter hur som helst. Enligt bestämmelser om inre sekretess har den som arbetar hos en vårdgivare endast rätt att ta del av uppgifter om en patient om denne deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna i sitt arbete inom hälso- och sjukvården.¹⁶¹ Det innebär att samtycke från patienten i regel krävs för att uppgifter om en patient ska kunna delas inom ett landsting.

Det finns också sekretessbrytande bestämmelser som innebär att uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden kan lämnas mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det gäller om uppgifterna behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel, eller vårdas med stöd av LPT eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.¹⁶²

Vikten av en sammanhållen journalföring är också något som påtalats många gånger, för meningen är att information enkelt och säkert ska kunna utbytas mellan slutenvård, primärvård, specialiserad öppen vård, kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Till exempel kan uppgiften om att patienten redan har en fast vårdkontakt vara viktig för nya vårdgivare. Användarvänlig teknik kan också i många avseenden stödja personal att ge en god vård och omsorg på ett effektivt sätt [30].

Inom hälso- och sjukvården får vårdgivare under vissa förutsättningar använda sammanhållen journalföring. Det innebär att de kan få direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar¹⁶³. En förutsättning är att uppgifterna rör en patient som det finns en aktuell patientrelation med. Det krävs

¹⁶⁰ 25 kap. 11 § 2 OSL

¹⁶¹ 4 kap. 1 § PDL

¹⁶² 25 kap. 12 § OSL

¹⁶³ Se 6 kap. 1 § PDL

också att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador hos patienten, eller för att utfärda intyg om vården samt att patienten samtycker till det. Det är alltså endast uppgifter som är dokumenterade i vårdsyfte som får delas mellan vårdgivare genom sammanhållen journalföring.¹⁶⁴

Kulturella hinder och brist på samsyn

Kunskapen om beroendesjukdomar har utvecklats snabbt och i dagsläget finns flera läkemedel och psykosociala åtgärder som är tillgängliga att sätta in i behandling för beroende av alkohol, opioider och psykostimulantia.

I litteraturgenomgången och i de intervjuer och på de seminarier som genomförts inom ramen för detta regeringsuppdrag framkommer att det finns en brist på samsyn om beroendesjukdom. Det finns ibland ett moraliserande med attityder och förutfattade meningar som kan påverka mötet med patient eller brukare. I detta avseende skiljer sig beroende från andra sjukdomar. Missbruk ses i vissa fall inte som ett psykiskt problem, utan inställningen är att man kan ”rycka upp sig”. Ett exempel som gavs på detta är inställningen -”du kom inte på återbesöket, du får skylla dig själv”. Dessutom krävs fortfarande att patienten är drogfri under en lång period innan psykiatrisk behandling inleds, trots ny kunskap och nya riktlinjer. Att patienten inte är drogfri kan leda till att försörjningsstöd inte beviljas, att sjukskrivning inte godkänns eller att individen skrivs ut från boendet.

Under våra möten och dialoger har flera beskrivit att det är ett problem att psykiatrin inte utreder eller behandlar psykiatrisk problematik förrän personen först varit drogfri under en viss tidsperiod. Eftersom många personer med beroende inte klarar att vara drogfria tillräckligt lång tid för att en psykiatrisk utredning påbörjas, finns det risk att personer med beroende aldrig genomgår en sådan utredning.

Även i dialog med patient- och brukarorganisationerna framfördes svårigheten att personer med en missbruksproblematik tvingas vänta på till exempel en adhd-utredning utan att några andra åtgärder sätts in. Tiden för drogfrihet innan en utredning kan påbörjas kan variera mellan fyra veckor och tre månader mellan olika regioner. Att på egen hand försöka bli drogfri utan något stöd eller annan behandling är i det närmaste omöjligt.

Utifrån intervjuer i detta regeringsuppdrag återkopplas att huvudmän och professioner använder skilda begrepp, vilket bidrar till brister i förståelse om varandras roller och kompetens. Det i sin tur kan leda till brister i kommunikation och slutligen problem för samordning och samverkan. Ett förslag på lösning som lämnades under seminariedagarna är att införa gemensamma beroendeblock på grundutbildningar för sjuksköterskor, socionomer och läkare. Samtidigt påtalas även att det behövs kunskap om hur samordningen och samverkan ska genomföras.

Tidsbrist och personalomsättning försvårar samverkan

Medan det inom ramen för uppdraget framkom efterfrågan på kunskapsstöd och andra kompetenshöjande insatser i syfte att förbättra samverkan påpekade andra att problemet inte är bristande kunskap om hur samverkan ska gå

¹⁶⁴ Se 6 kap. 3 § PDL

till, utan att man saknar praktiska förutsättningar för att implementera det man vet.

Ett praktiskt hinder för samverkan som lyfts i både denna och tidigare undersökningar är en utbredd brist på personal, tid och resurser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården [1-3]. Samverkan ställer krav på regelbunden kommunikation och fysiska möten med andra verksamheter och medför en ökad administrativ börda för berörd personal. Därtill tar det tid för samverkanspartners att bygga tillit och förståelse för varandras kunskap och perspektiv samt att skapa samsyn om patientens behov. Hög arbetsbelastning kan också göra personalen mindre mottaglig för de nya arbets- och synsätt som samverkan med andra professioner och verksamheter innebär [4, 5].

När försök till samverkan ändå genomförs riskerar arbetet att undergrävas av att berörd personal saknar resurser, mandat eller motivationen. En beroendeforskare som intervjuades i detta uppdrag varnade för att olika försök att stimulera ökad samverkan riskerar att ge motsatt effekt om det får till följd att personalen får mindre tid för att ge vård och omsorg:

Vår främsta utmaning för att kunna leverera god vård är tillgången till kunnig personal. Om man då i all välmening identifierar brist på samverkan som det stora problemet, finns risk att det redan otillräckliga antalet kompetenta vårdgivare som finns sitter av sin tid på samverkansmöten ... istället för att ge vård.

Flera personer som vi mötte i vårt uppdrag talade om personalkontinuitet. Trots många försök att bygga varaktiga strukturer för samverkan hävdades att arbetet i praktiken tenderar att bli personbundet. Det bygger på enskilda medarbetares engagemang och är ofta beroende av en fungerande personkemi mellan samverkanspartner. Därmed är samverkansstrukturer sårbara för personalförändringar. När personalen byts ut måste alltför mycket tid ägnas åt att uppdatera nya deltagare om patientens bakgrund, behov och planerade insatser, med följderna att arbetet tappar styrfart.

Under våra seminarier påpekades att hög personalomsättning i verksamheterna kan begränsa möjligheterna till kompetensutveckling och kulturförändring. Exempelvis framfördes att regionernas beroende av stafettläkare inte bara är ett ekonomiskt problem utan också påverkar möjligheterna till kompetenshöjning om såväl gruppen med samsjuklighet som sätt att förbättra samverkan.

Brister i styrning och uppföljning

I intervjuer med verksamhetschefer som redovisas av Vårdanalys (2016) framkommer att många upplever att det är svårt att leda och styra samordningsinsatser. Det saknas kunskap om vad samordning innebär, det vill säga hur chefer kan skapa förutsättningar för samordning och vad det kan ge för resultat. När man inte förstår värdet med samverkan och samordning blir det svårt att prioritera resurser och tid till detta. När kunskapen saknas både hos medarbetare och hos chefer finns en risk för att ingen tar initiativen eller ledarskapet i samordningen.

Under de dialogmöten som genomfördes i uppdraget framfördes mycket starkt att samverkan i mångt och mycket är en ledningsfråga. Ett tydligt ledarskap i alla led efterfrågades.

I rapporten från Vårdanalys (2016) framkom att det på ledningsnivå väldigt sällan görs någon gemensam uppföljning av de patienter och brukare för vilka flera olika aktörer har ett ansvar. När detta inte sker får ledningen inte heller en gemensam bild av om den samordning och de insatser som görs är tillräckliga.

I en annan rapport från Vårdanalys (2017) görs en uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. I rapporten konstateras att det är fortsatt en utmaning att enas om fördelningen av kostnadsansvaret på verksamhetsnivå inom kommuner och regioner. Som tidigare nämndes tenderar ekonomiska system bidra till att göra det svårare att enas om ansvarsfördelning. Primärvården lyftes som en svag länk när det gäller överenskommelser. Några orsaker nämndes och det handlar om primärvårdens breda och delvis otydliga uppdrag i kombination med hög personalomsättning, olika system som inte understödjer samverkan och geografiska skillnader. Chefernas kompetens, mandat och engagemang spelar stor roll för hur arbetet med överenskommelser prioriteras [22].

Vårdvalssystemet riskerar att försvåra samverkan

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) har gett regioner nya förutsättningar för att utveckla hälso- och sjukvården genom upphandling av privata vårdgivare i kombination med valfrihet för individer [1]. Även om marknadsmekanismer har införts inom hälso- och sjukvården är marknaden relativt hårt reglerad samtidigt som den offentliga finansieringen har bibehållits med skatteuttag och låga patientavgifter [2].

I arbetet med vårt uppdrag diskuterades på dialogmöten och på seminarier om det fria vårdvalet kan påverka samverkan och förutsättningarna för en god vård av personer med samsjuklighet, och om vårdvalssystemet kan ge oönskade konsekvenser för målgruppen. Det återkopplades också att det fria vårdvalet bidrar till att många avtal ska tecknas med olika aktörer som ska samverka och samordnas vilket medför en administrativt tidskrävande börda.

Sammanfattande bild och exempel på utmaningar och framgångsfaktorer för god samverkan

Områden	Framgångsfaktorer	Hinder och utmaningar för samverkan
Organisation	Delaktighet i samordningen Personcentrerad samverkan Identifiera glappen där vårdkedjan bryts Tydlighet i ledarskap	Delat ansvar för psykosocial behandling Organisatoriska mellanrum Stuprörssystem som medför problem i samordning av individens vård och omsorg Otydligt gränssnitt mellan primärvård och psykiatri
Kultur	Bemötande och attityder Personcentrerat arbetssätt	Svårigheter i kommunikation på grund av brister i samsyn

Områden	Framgångsfaktorer	Hinder och utmaningar för samverkan
Ekonomi	Tydlighet i ekonomisk styrning och finansiella system Tydlighet i samverkan om ekonomiskt ansvar	Ekonomiska resurser Ersättningsprinciper
Regelverk	Samordnad individuell plan Överenskommelser Användarvänliga och gemensamma IT-system och verksamhetssystem	Administrativa hinder som IT-system för sammanhållen journalföring Tvångslagarna LVM och LPT med delat huvudmannaskap
Styrning	Tydlig styrning och uppföljning Stabilitet och kontinuitet	Brister i ledning och styrning på flera nivåer
Övrigt	Gemensamma utbildningsblock som bidrar till kunskap och samsyn Kunskap om hur samverkan och samordning kan utvecklas	Personalomsättning och brist på personal

Socialstyrelsens förbättringsförslag

Ett genomgående tema i analysen är att alla förslag bygger på att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska arbeta med ett personcentrerat arbetssätt, och att all vård och stöd som erbjuds ska vara kunskapsbaserad.

Samtliga förslag bygger på analys av rapporter, vetenskapliga artiklar och intervjuer från nyckelaktörer, professionsföreträdare och experter från hälso- och sjukvården, socialtjänsten och patient- och brukarorganisationer samt Socialstyrelsen och andra myndigheter.

Förslagen har tagits fram i syfte att påverka eller analysera modeller för samordning och samverkan på nationell-, regional-, lokal- och individnivå.

Socialstyrelsens processmodell för samverkan

Ett redan framtaget stöd för samverkan är Socialstyrelsens modell ”Process för samverkan” som i dagsläget är framtagen för området levnadsvanor. Socialstyrelsens processmodell är ett arbetsmaterial och stöd vid samverkan mellan olika vårdnivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen kommer att kunna vidareutveckla och anpassa modellen för att den också ska kunna vara ett stöd för verksamheter i arbetet med patienter/brukare med samsjuklighet.

Länsseminarier

Socialstyrelsen överväger att genomföra en serie länsseminarier med syftet att implementera och stimulera det regionala och lokala arbetet med personcentrerad vård och omsorg.

Huvudsyftet med länseminarierna är att ge stöd för det lokala och regionala arbetet med att implementera en personcentrerad vård och personcentrerad samverkan som är anpassad till den heterogena populationen med samsjuklighet och de särskilda behov som denna grupp har. Länseminarierna kan också kombineras med presentation av en utvärdering av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende som enligt plan ska publiceras våren 2021.

Socialstyrelsen föreslår:

Plan för personcentrerad vård, omsorg och samverkan

Förslag 1. *Socialstyrelsen tar i samråd med SKL fram en plan som förankras hos båda huvudmännen samt patient- och brukarorganisationer om hur personcentrerad vård, omsorg och samverkan kan implementeras i verksamheterna. I planen ingår att ta hänsyn till och anpassa samverkan och samordning till de särskilda behov som den heterogena populationen med samsjuklighet har.*

Ett genomgående tema som löper som en röd tråd genom förslagen i detta regeringsuppdrag är strävan mot en personcentrerad samverkan. Verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver samverka och samordnas för att personer med komplexa behov ska tillhandahållas vård och stöd. Detta är systemets ansvar gentemot individen. Detta synsätt har också lyfts i utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Samordning av vård- och stödinsatser behöver individanpassas, och graden av stöd för att hjälpa patienten/brukaren att navigera i systemet varierar utifrån sjukdomsbild och sociala förutsättningar. En förutsättning för detta är att aktörer som samverkar (gäller såväl mellan som inom huvudmännen) har ett personcentrerat arbetssätt med beredskap och förståelse för de särskilda behov som patienter/brukare med samsjuklighet har. En viktig komponent för en personcentrerad vård, omsorg och samverkan är ett stärkt brukar- och anhörigdeltagande.

Utveckling av gemensamma utbildningsblock

Förslag 2. *Det behöver utvärderas vilket behov professioner från båda huvudmännen har av gemensamt innehåll i utbildningar om beroendesjukdom, psykisk ohälsa och samsjuklighet.*

Gemensamma utbildningar på olika nivåer kan potentiellt bidra till en samsyn mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst om vad samsjuklighet är. Om huvudmännen i större utsträckning har samma problembild, och använder samma begrepp och terminologi, kan det potentiellt bidra till en större förståelse för varandras roller, vilket kan underlätta samordning och samverkan. Det behöver utredas om grundutbildningen behöver stärkas eller om det behövs olika typer av fortbildningar etc.

Standardiserat vård- och insatsförlopp

Förslag 3. *Den nationella programområdesstrukturen (NPO) tar fram ett standardiserat vård- och insatsförlopp för vuxna personer med samsjuklighet. Vård- och insatsförloppet bör ha ingång från både socialtjänst och hälso- och sjukvård, och inkludera utredning, behandling, uppföljning, socialt stöd och rehabilitering.*

Missbruk- och beroendevården är organiserad på olika sätt i regionerna i landet. Det som skiljer är bland annat samordningen mellan psykiatri och beroendevård och hur väl verksamheterna är integrerade. Personer med samsjuklighet kan behöva insatser från socialtjänsten och det varierar hur väl dessa insatser sker i samverkan och samordnat med hälso- och sjukvården. Ett standardiserat vård- och insatsförlopp kan ge särskilt stöd när det finns risk för så kallade organisatoriska mellanrum där patienter och brukare faller mellan stolarna. Vård- och insatsförloppet bör ha ingång från både socialtjänst och hälso- och sjukvård (inklusive primärvård) och innefatta utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering inom definierade verksamheter.

Utredning är en viktig del i vård- och insatsförloppet, och väntan på en psykiatriutredning för personer med substansberoende har identifierats som ett kritiskt moment för patienten. Rutiner hur länge personen behöver vara drogfri före utredningen varierar i regionerna i landet. Socialstyrelsen har startat arbetet med Nationella riktlinjer för neuropsykiatriska sjukdomar, och adhd och autistiskt syndrom ingår i dessa. Under våren 2020 ska sannolikt arbetet med att ta fram vetenskapliga underlag för utredning av adhd och autism påbörjas. I samband med detta planeras en utredning av huruvida det finns vetenskapligt stöd eller beprövad erfarenhet för hur länge en person behöver vara drogfri innan en utredning kan påbörjas. Underlaget för utredningen, som tas fram inom arbetet med de nationella riktlinjerna, kan även användas som stöd för en åtgärd i det föreslagna vård- och insatsförloppet.

Standardiserat vård- och insatsförlopp för barn och unga personer

Förslag 4. *Den nationella programområdesstrukturen (NPO) tar fram ett standardiserat vård- och insatsförlopp för barn och unga personer med samsjuklighet.*

Vård- och insatsförloppet bör ha ingång från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och inkludera utredning, behandling, uppföljning, socialt stöd och rehabilitering.

När det gäller tidig upptäckt för barn och unga är det andra verksamheter såsom barn- och ungdomspsykiatri som har en viktig roll. I kartläggningen inom detta uppdrag framkommer att barn- och ungdomspsykiatri i större utsträckning kan behöva uppmärksamma barn och unga med adhd som har intag av beroendeframkallande substanser. Av dessa skäl kan rutiner för samordning och samverkan mellan verksamheter när det gäller utredning, behandling, uppföljning, socialt stöd och rehabilitering ha stor betydelse.

Förnyad satsning och implementering

Förslag 5. *En riktad satsning på att implementera integrerade eller samverkande team*

Case management i form av integrerade eller samverkande team till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (rekommendation E08). Åtgärden innebär en samordning av vård- och stödåtgärder i ett multiprofessionellt team där behandling av både missbruket eller beroendet och den psykiska sjukdomen och sociala stödåtgärder finns tillgängligt. Metoden används inte i stor utsträckning trots

vetenskapligt stöd och en stark rekommendation i de nationella riktlinjerna. En riktad satsning på integrerade och samverkande team kan eventuellt samordnas med tidigare förslag om länseminarier.

Utvärdering av olika organisatoriska modeller

Förslag 6. *Socialstyrelsen ser ett behov att utvärdera vilket resultat modeller för integrerad samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst har på kostnader för huvudmännen och upplevd nöjdhet hos brukare och patienter.*

Olika organisatoriska modeller för samordning och samverkan har analyserats av Vårdanalys i rapporten ”Från medel till mål” (Rapport 2017:9). Fokus för utvärderingen var att jämföra olika lokala och nationella initiativ som syftar till att förbättra samordningen. I utvärderingen ingick bland annat en kartläggning av i vilken utsträckning utvalda verksamheter arbetar med 7 olika medel för samordning (normativ samordning som utgår från individens perspektiv, tjänstesamordning, professionell samordning, administrativ samordning, organisationssamordning, finansiell samordning och systemsamordning). Som en uppföljning av den tidigare utvärderingen föreslår Socialstyrelsen att ytterligare en utvärdering genomförs, med fokus på brukarperspektiv och huvudmännens kostnader. Utfallsmått och fokus för analysen bör vara hur definierade samordningsmodeller påverkar (a) kostnader för båda huvudmännen, (b) antal vårdtillfällen och insatser och (c) upplevd nöjdhet hos brukare och patienter.

Utvärdering av olika ekonomiska styrmedel

Förslag 7. *Det finns ett tydligt behov av att utvärdera hur ekonomiska styrmedel kan förbättra eller försämma förutsättningar för en god samverkan när det gäller vård och stöd till personer med samsjuklighet*

Det kan konstateras utifrån underlaget i detta regeringsuppdrag att ekonomiska incitament påverkar förutsättningarna att tillhandahålla vård och stöd till personer med samsjuklighet. Problematisering av ekonomiska incitament i vården och omsorgen har belysts i olika utredningar men huvudfokus i utredningarna har inte varit på vad som styr förutsättningar för vård och stöd till personer med just samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykiatriska tillstånd. Populationen har behov av vård och stöd som tillhandahålls från verksamheter från både hälso- sjukvården och socialtjänsten. Verksamheterna behöver samverka och det finns risk att ekonomiska incitament utgör hinder för samordning som syftar till att tillhandahålla vård och stöd till populationen.

Referenser

1. Sverige, M. Missbruket, kunskapen, vården : Missbruksutredningens forskningsbilaga : delbetänkande / av Missbruksutredningen [Elektronisk resurs]: Fritze.
2. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2006.
3. Kunskapsguiden. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar 2017. Hämtad 2019-10-16 från: https://www.kunskapsguiden.se/funktionshinder/Teman/Neuropsykiatriska_funktionsnedsattningar
4. EMCDDA. Comorbidity of substance use and mental health disorders; 2016.
5. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2019.
6. OECD. Integrating Social Services for Vulnerable Groups– Bridging Sectors for Better Service Delivery: OECD; 2015.
7. Lundin, L, Ohlsson, OS. Psykiska funktionshinder : stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar. Stockholm: Cura; 2002.
8. Danermark, B. Samverkan - himmel eller helvete. Malmö: Gleerups Utbildnings AB.
9. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
10. Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
11. Samverkan för patienter och brukares välbefinnande. Missbruks- och beroendevården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2016.
12. Effektiv vård. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2).
13. SKL. Personcentrerad vård i Sverige. 2018.
14. Oortmerssen, E-v. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. : Drug and Alcohol Dependency 2012.
15. OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013. Raising Standards. [Elektronisk resurs]. OECD; 2013.
16. Ekman, M, Granström, O, Omerov, S, Jakob, J, Landen, M. Costs of bipolar disorder, depression, schizophrenia and anxiety. The right treatments can have significant positive socio-economic effects / Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest. Rätt behandlingar kan få stora positiva samhällsekonomiska effekter. Läkartidningen. 2014; (34-35):1362.
17. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
18. Ramböll. Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser. 2019. Hämtad 2019-11-25 från: www.systembolaget.se

19. Bringlöv, Å. Varför kommer de tillbaka? Missbruksvård för personer med komplex behov- analys av Mångbesökarkartläggningar i sex län. FoU Södertörns skriftserie. 2016; 145/16.
20. God och nära vård. Vård i samverkan. (SOU 2019:29).
21. Handlingsplan mot missbruk och beroende. Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting 2018.
22. Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
23. Samverkan i re/habilitering : en vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
24. Axelsson, R, Bihari Axelsson, S. Om samverkan [Elektronisk resurs] för utveckling av hälsa och välfärd. Johanneshov: MTM; 2014.
25. landsting, Sko. En långsiktig gemensam handlingsplan för psykisk hälsa 2012-2016; 2012.
26. Vad har IVO sett? 2018 [Elektronisk resurs]. 2019.
27. Hur kan vi hjälpas åt? Om samverkan och utvecklingsarbete bland verksamheter som arbetar med personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk sjukdom och missbruk. Slutrapport från projekt KPM. Göteborg: Göteborgs Länsstryckeri AB; 2007.
28. Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individens, kunskapen och ansvaret. Missbruksutredningens förslag. (SOU 2011:35).
29. Forskningsprojekt finansierade av Statens institutionsstyrelse, SiS. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS; 2018.
30. Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan : nationell vägledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Öppna jämförelser

Öppna jämförelser socialtjänst

Nedan presenteras indikatorer inom området missbruks- och beroendevård som berör eller kan beröra samsjuklighet med psykisk ohälsa.

Uppgifterna i öppna jämförelser beskriver om kommunen/stadsdelen¹⁶⁵ har en aktuell överenskommelse med landstinget/regionen¹⁶⁶ innehållande gemensamma mål, ansvars- och resursfördelning och rutiner för personalens samarbete.

Överenskommelse med landstinget/regionen inom missbruks- och beroendeverksamhet

För enskilda personer som har behov av samordnade insatser från flera aktörer är samverkan central. Personer med missbruks- och beroendeproblematik har många gånger behov av insatser från både kommunen och landstinget. För att möta detta ska kommunen ingå en överenskommelse med regionen om ett samarbete i fråga om dessa personer¹⁶⁷. Med utgångspunkt i att personer med missbruk och beroende ska få sina samlade behov av vård och omsorg tillgodosedda är det viktigt att det finns överenskommelser som tydliggör ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. För att säkra att överenskommelsen är aktuell, används och stödjer insatserna till den enskilde är det också viktigt att den regelbundet följs upp.

Det är 47 procent av kommunerna som uppger att de har en aktuell överenskommelse med landstinget. Motsvarande resultat inom området socialpsykiatri 2019 är 41 procent. Andelen har minskat jämfört med 2018 då motsvarande andel var 53 procent, se tabell 1. För att uppfylla indikatorns mål krävs att kommunen har en aktuell och på ledningsnivå beslutad överenskommelse om samarbete med landstinget som innehåller:

1. gemensamma mål med överenskommelsen
2. resurs- och ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting
3. rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingets personal kring enskilda personer som missbrukar beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

¹⁶⁵ Nedan i texten skriver vi kommunen, vilket också innefattar stadsdelar i Stockholm och Göteborg.

¹⁶⁶ Vidare i texten använder vi ordet landsting för läsbarhetens skull.

¹⁶⁷ 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 9 a § SoL.

Tabell 1. Aktuell överenskommelse med regionen/landstinget, missbruk

Andel kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, procent, riket

Indikator	2016	2017	2018	2019
Aktuell överenskommelse med region, innehållande: gemensamma mål, ansvars- och resursfördelning och rutiner för personalen samarbete	52	56	53	47

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, myndighetsutövning, 2017, 2018, 2019 Socialstyrelsen.

Aktuell rutin för samordning mellan socialtjänstens olika verksamhetsområden – missbruk

En formaliserad och strukturerad samordning i form av gemensamma skriftliga rutiner för handläggningen i enskilda ärenden bidrar till stabilitet, förutsägbarhet och kontinuitet. Personer med missbruks- och beroendeproblematik är en målgrupp som ofta har behov detta. Rutiner som beskriver ansvarsfördelningen och ett bestämt tillvägagångssätt kan minska risken för godtycke, dessutom är det ett stöd för handläggarna och till nytta för den enskilde. Indikatorn beskriver om kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för intern samordning i enskilda ärenden mellan olika verksamhetsområden inom socialtjänsten.

I tabell 2 presenteras resultaten för åren 2017–2019.

Tabell 2. Aktuell rutin för samordning mellan missbruk och beroende och andra områden inom socialtjänsten

Andel kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, procent, riket

Aktuell rutin för samordning med:	2017	2018	2019
Ekonomiskt bistånd	69	74	73
Socialpsykiatri	54	58	57
Barn och unga	59	67	66
LSS barn och vuxna	37	46	45
Äldreomsorg	35	39	40

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, myndighetsutövning, 2017, 2018, 2019 Socialstyrelsen.

Case management i form av integrerade team

Case management-modeller syftar till att samordna och se till att den enskilde får tillgång till adekvata vård- och stödinsatser.

Indikatorn avser att spegla om kommunen erbjuder insatsen case management i form av integrerade team till personer med missbruk eller beroende och psykisk sjukdom.

Enligt Socialstyrelsens rekommendationer i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2019) bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda insatsen case management i form av integrerade team för personer med missbruk eller beroende med samtidig svår psykisk sjukdom. Ett multiprofessionellt team samordnar individuellt anpassade vård- och stödåtgärder.

Tabell 3. Andel kommuner/stadsdelar som uppger att de erbjuder case Management i form av integrerade team, procent, riket

Indikator	2016	2017	2018	2019
Erbjuder case management i form av integrerade team	35	39	37	33

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, myndighetsutövning, 2016, 2017, 2018, 2019 Socialstyrelsen.

Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP)

Indikatorn syftar till att belysa om kommunen har rutiner för att delge enskilda personer information om att de vid behov kan få en samordnad individuell plan (SIP). Sådana rutiner är ett sätt att säkerställa att brukarna får kännedom om dessa möjligheter (och socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldigheter).

Syftet med en SIP är att säkerställa samordning av insatser när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården¹⁶⁸.

Personer med missbruks- och beroendeproblematik har många gånger behov av olika vård- och stödinsatser, och dessa behöver samordnas och anpassas kontinuerligt. Med SIP avses en vård- och omsorgsplan som beskriver insatser som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering.

Det är 50 procent av kommunerna som har rutiner för information om SIP. Andelen har ökat sedan 2017 då resultatet var 43 procent, se tabell 4.

Tabell 4. Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP), missbruk

Andel kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, procent, riket

	2017	2018	2019
Aktuell rutin information om SIP	43	47	50

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, myndighetsutövning, 2017, 2018, 2019 Socialstyrelsen

Öppna jämförelser socialtjänst – indikatorer inom området socialpsykiatri

Sedan början av 2018 finns åter indikatorn aktuell överenskommelse med landstinget inom området socialpsykiatri.

Det är 41 procent av kommunerna som uppger att de har en aktuell överenskommelse med landstinget. Motsvarande inom området missbruk för 2019 är 47 procent. Andelen har minskat något jämfört med 2018 då motsvarande andel var 46 procent, se tabell 5.

För att uppfylla indikatorns mål krävs att kommunen har en på ledningsnivå beslutad och aktuell överenskommelse om samarbete med landstinget.

¹⁶⁸ 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL.

Vilken beskriver gemensamma mål och resurs- och ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting. Den ska också innehålla rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingets personal kring enskilda personer som missbrukar beroendeframkallande medel eller missbrukar spel om pengar.

Tabell 5. Aktuell överenskommelse med regionen/landstinget, socialpsykiatri

Andel kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, procent, riket

Indikator	2018	2019
Aktuell överenskommelse med region, innehållande: gemensamma mål, ansvars- och resursfördelning och rutiner för personalen samarbete	46	41

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, myndighetsutövning, 2018, 2019 Socialstyrelsen.

Aktuell rutin för samordning mellan socialtjänstens olika verksamhetsområden

Uppgifterna beskriver om kommunen har en aktuell, skriftlig och på ledningsnivå beslutad rutin för intern samordning i enskilda ärenden mellan olika verksamhetsområden inom socialtjänsten. I tabell 6 presenteras resultaten för åren 2017–2019.

Tabell 6. Aktuell rutin för samordning mellan socialpsykiatri och andra områden inom socialtjänsten

Andel kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, procent, riket

Aktuell rutin för samordning med:	2017	2018	2019
Ekonomiskt bistånd	43	44	49
Missbruk	54	58	57
Barn och unga	38	40	47
LSS barn och vuxna	55	60	63
Äldreomsorg	49	50	47

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, myndighetsutövning, 2017, 2018, 2019 Socialstyrelsen.

Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP) – socialpsykiatri

Indikatorn syftar till att belysa om kommunen har rutiner för att informera enskilda personer om att de vid behov kan få en SIP. Sådana rutiner är ett sätt att säkerställa att individen får kännedom om dessa möjligheter och om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens skyldigheter.

Det är 51 procent av kommunerna som har rutiner för information om SIP. Andelen har ökat sedan 2017 då resultatet var 43 procent, se tabell 7.

Tabell 7. Aktuell rutin för information om samordnad individuell plan (SIP), socialpsykiatri

Andel kommuner och stadsdelar i Stockholm och Göteborg, procent, riket

	2017	2018	2019
Aktuell rutin information om SIP	43	51	51

Källa: Enkät Öppna jämförelser Socialtjänst, kommunundersökning, myndighetsutövning, 2017, 2018, 2019 Socialstyrelsen