

# Från delar till helhet

En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet



DEL BETÄNKANDE AV  
SAMSJUKLIGHETSUTREDNINGEN

  
STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR  
SOU 2021:93



# Från delar till helhet

En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet

*Delbetänkande av Samsjuklighetsutredningen*

*Stockholm 2021*



STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

**SOU 2021:93**

SOU och Ds finns på [regeringen.se](http://regeringen.se) under Rättsliga dokument.

*Svara på remiss – hur och varför*

*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).*

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](http://regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0281-5 (tryck)

ISBN 978-91-525-0282-2 (pdf)

ISSN 0375-250X

## Till Statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 17 juni 2020 att uppdra åt en särskild utredare att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. I utredningens uppdrag har bland annat ingått att analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman och se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman (Dir. 2020:68). Uppdraget skulle redovisas senast den 30 november 2021. Regeringen beslutade i tilläggsdirektiv (Dir. 2021:96) den 28 oktober 2021 att ge utredaren i uppdrag att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för att bland annat göra tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning, säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov samt stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångslagstiftningen samt ta ställning till och bedöma behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen. Ett slutbetänkande ska lämnas senast den 31 januari 2023.

Jur.kand. Anders Printz förordnades den 29 juni 2020 som särskild utredare.

Den 25 september 2020 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: departementssekreteraren Joanna Hägg, departementssekreteraren Andrea Larsson och departementssekreteraren Max Roos. Samma dag förordnades som experter: enhetschef Thomas Fröberg, social strateg Sara Gustavsson Roxell, socialpolitisk chef Fredrik Hjulström, specialistsjuksköterska psykiatri Joffen Kleiven, utredare Carl Lundgren, enhetschef Sara Lövenhag, handläggare Mikael Malm, handläggare Zophia Mellgren, medicinsk råd-

givare Lars-Håkan Nilsson, legitimerad läkare Eva Nilsson Bågenholm, enhetschef Marie Risbeck, specialist i psykiatri Sofia Rydgren Stale, utredare Peter Salmi, förbundsordförande Ann-Kristin Sandberg, legitimerad psykolog Sara Finn Wallhed.

Den 1 december 2020 entledigades departementssekreteraren Andrea Larsson och ersattes av departementssekreteraren Kalle Brandstedt. Samma dag entledigades utredaren Carl Lundgren och ersattes av utredaren Linda Hörnqvist. Den 1 januari 2021 entledigades enhetschefen Marie Risbeck och ersattes av biträdande enhetschefen Jenny Telander. Den 6 september entledigades departementssekreteraren Joanna Hägg och ersattes av kanslirådet Lisa Ståhlberg.

Som sekreterare i utredningen anställdes den 26 juni 2020 docenten i offentlig rätt Ewa Gustafsson på halvtid och den 17 augusti 2020 departementssekreteraren Linda Hindberg och den 15 september 2020 utredaren Maria Branting.

Mikaela Javinger har bistått utredningen i intervjuer och erfarenhetsdialoger med personer med samsjuklighet och anhöriga samt genom expertstöd i frågor som rör maktförhållanden, stigma och brukarinflytande.

Även Kajsa Westling har genomfört intervjuer och bistått vid erfarenhetsdialogerna samt varit utredningens kontakt hos Experio Lab som tillsammans med Hälsolabb samarbetat med utredningen i vissa delar.

Utredningen har utsett en vetenskaplig referensgrupp som bistått utredningen i arbetet. Den vetenskapliga referensgruppen har bestått av professor Agneta Öjehagen, docent Anette Skårner, professor Markus Heilig, professor Peter Allebeck, professor Anders C Håkansson, docent Anders Hammarberg, professor Arne Gerdner, professor Anders Anell, docent Lilas Ali, professor Björn Johnsson och professor Clara Hellner.

I arbetet med att ta fram ekonomiska beräkningar och konsekvenser har ämnesråd Tom Nilstierna, kansliråd Mattias Ossowicki och kansliråd Brigitta Hultblad bistått utredningen.

I arbetet med kapitel 7 Internationell utblick har Med. dr. Marianne Larsson Lindahl bidragit.

Vi vill tacka alla medarbetare, verksamhetsföreträdare och organisationer som har bidragit med kunskap och erfarenhet.

Vi vill också rikta ett särskilt tack till alla personer med egen erfarenhet av samsjuklighet och anhöriga som bidragit till utredningens arbete.

Utredningen överlämnar härmed delbetänkandet *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

Stockholm i november 2021

Anders Printz

/Ewa Gustafsson  
Linda Hindberg  
Maria Branting





# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>21</b>
<b>DEL 1 INLEDNING .....</b>	<b>33</b>
<b>1 Författningsförslag.....</b>	<b>35</b>
1.1 Förslag till lag om samordnad vård- och stödverksamhet .....	35
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga .....	38
1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård .....	40
1.4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	42
1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler .....	49
1.6 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	52
1.7 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	54
1.8 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821) .....	55
1.9 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	56
1.10 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937).....	60

<b>2</b>	<b>Om uppdraget och dess genomförande.....</b>	<b>63</b>
2.1	Utredningens direktiv .....	63
2.2	Utredningens arbete.....	64
2.2.1	Expertgrupp och vetenskaplig referensgrupp .....	64
2.2.2	Användarbaserad metodik i samarbete med Experio Lab och Hälsolabb .....	65
2.2.3	Sammanställning och analys av befintliga utredningar, rapporter, registerdata och statistik .....	67
2.2.4	Kartläggning av insatser i kommuner, regioner och vissa privata verksamheter .....	67
2.2.5	Internationell utblick .....	68
2.2.6	Redovisning av inriktning på förslag och hantering av synpunkter .....	69
2.2.7	Löpande dialog i delegationer, beredningar och nätverk .....	69
2.2.8	Övriga dialoger.....	69
<b>3</b>	<b>Betänkandets innehåll och viktigaste budskap .....</b>	<b>71</b>
3.1	Betänkandet består av fyra avdelningar.....	71
3.2	Betänkandet innebär en reform med tio bärande delar .....	72
3.3	Betänkandets analyser och förslag har tagit sin utgångspunkt i personernas målbilder.....	73
	<b>DEL 2 BAKGRUND .....</b>	<b>75</b>
<b>4</b>	<b>Definition, förekomst och konsekvenser av samsjuklighet .....</b>	<b>77</b>
4.1	Vad är samsjuklighet?.....	77
4.1.1	Utredningens direktiv omfattar psykiatrisk men inte somatisk samsjuklighet .....	77
4.1.2	Psykiatriska diagnoser i diagnossystemet ICD.....	78
4.1.3	Det finns överlappande förklaringar till samsjuklighet .....	79

4.2	Hur vanligt är bruk, skadligt bruk, beroende och psykisk ohälsa i befolkningen i Sverige?.....	80
4.2.1	Alkohol .....	81
4.2.2	Narkotika.....	82
4.2.3	Spel om pengar.....	85
4.2.4	Dopningsmedel.....	86
4.2.5	Psykisk ohälsa.....	87
4.2.6	Psykisk funktionsnedsättning .....	88
4.3	Hur vanligt är samsjuklighet? .....	88
4.3.1	Samsjuklighet enligt hälsodataregister .....	89
4.3.2	Samsjuklighet bland socialtjänstens klienter .....	90
4.3.3	Samsjuklighet i vetenskapliga studier.....	91
4.3.4	Somatisk ohälsa och överdödlighet .....	95
4.3.5	Dödlighet i alkohol- och narkotikaförgiftningar och suicid .....	97
4.3.6	Sociala förhållanden.....	99
4.4	Sammanfattande slutsatser .....	102
<b>5</b>	<b>Gällande rätt.....</b>	<b>103</b>
5.1	Mänskliga fri- och rättigheter .....	103
5.1.1	Regeringsformen .....	103
5.1.2	Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen).....	105
5.1.3	Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr m.m. ....	106
5.1.4	FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling m.m.....	106
5.1.5	FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning .....	108
5.1.6	FN:s konvention om barnets rättigheter .....	108
5.2	Socialtjänsten.....	115
5.2.1	Vägledande principer.....	116
5.2.2	Socialtjänstens mål.....	118
5.2.3	Kommunens ansvar .....	118
5.2.4	Individuell plan .....	121

5.2.5	Vissa uppgifter inom socialtjänsten .....	121
5.2.6	Socialnämndens ansvar vid missbruk .....	123
5.2.7	Socialnämndens ansvar vid funktionshinder .....	124
5.2.8	Socialnämndens ansvar för barn, särskilt vad avser missbruk .....	126
5.2.9	Socialnämndens ansvar för personer som vårdar eller stödjer närstående .....	127
5.2.10	Vård utanför det egna hemmet .....	128
5.2.11	Särskilt om familjehem, hem för vård eller boende och stödboenden .....	129
5.2.12	Tillståndsplikt för enskild verksamhet respektive anmälningsplikt för kommunal eller regional verksamhet .....	131
5.3	Hälso- och sjukvården .....	132
5.3.1	Definitioner .....	133
5.3.2	Organisation och ledningsuppgifter .....	134
5.3.3	God vård .....	135
5.3.4	Särskilda skyldigheter i fråga om barn .....	135
5.3.5	Regionens ansvar som huvudman .....	137
5.3.6	Kommunens ansvar som huvudman .....	139
5.3.7	Primärvårdens grunduppdrag .....	141
5.3.8	Överlåtelse av ansvar från region till kommun ...	141
5.3.9	Samverkan mellan huvudmän .....	142
5.3.10	Individuell plan .....	143
5.4	Tvångsvård .....	143
5.4.1	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall .....	143
5.4.2	Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga .....	145
5.4.3	Lagen om psykiatrisk tvångsvård .....	147
5.4.4	Lagen om rättspsykiatrisk vård .....	148
5.5	Dokumentation .....	149
5.5.1	Hälso- och sjukvårdsverksamhet .....	149
5.5.2	Socialtjänst .....	151
5.6	Offentlighet- och sekretess .....	152
5.7	Enskildas rättigheter .....	155
5.7.1	Målinriktade ramlagar .....	155

5.7.2	Rättighets- och skyldighetslagar.....	156
5.7.3	Rätt till bistånd .....	159
5.7.4	Kommunens insatser vid missbruk .....	163
5.7.5	Rätten till bistånd .....	167
5.7.6	Patientens ställning i vården .....	172
<b>6</b>	<b>Tidigare utredningar .....</b>	<b>189</b>
6.1	Huvudmannaskapsreformer.....	189
6.2	LVM-utredningen (SOU 2004:3) .....	190
6.3	Missbruksutredningen (SOU 2011:35) .....	195
6.4	Psykiatrilagsutredningen (SOU 2012:17) .....	201
6.5	Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (SOU 2016:2) .....	204
6.6	Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.....	205
6.7	En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34).....	210
6.8	Utredningen framtidens socialtjänst (SOU 2020:47) .....	211
<b>7</b>	<b>Internationell utblick .....</b>	<b>223</b>
7.1	Norge.....	223
7.1.1	Allmänt.....	223
7.1.2	Ansvarsfördelningen .....	224
7.1.3	Skadereducerande insatser .....	226
7.1.4	Tvångsvård .....	233
7.2	Finland.....	235
7.2.1	Ansvarsfördelning .....	235
7.2.2	Skadereducerande insatser .....	239
7.2.3	Tvångsvård .....	241
7.3	Danmark.....	242
7.3.1	Ansvarsfördelning .....	242
7.3.2	Skadereducerande insatser .....	244
7.3.3	Tvångsvård .....	250

7.4	Australien.....	251
7.4.1	Ansvarsfördelning.....	252
7.4.2	Skadereducerande insatser.....	254
7.4.3	Tvångsvård.....	259
7.5	Kanada.....	265
7.5.1	Allmänt.....	265
7.5.2	Ansvarsfördelning.....	265
7.5.3	Skadereducerande insatser.....	267
7.5.4	Läkemedelsassisterad behandling.....	267
7.5.5	Tvångsvård.....	271
7.6	England.....	272
7.6.1	Ansvarsfördelning.....	272
7.6.2	Skadereducerande insatser.....	274
7.6.3	Tvångsvård.....	277

### **DEL 3 BEDÖMNINGAR OCH FÖRSLAG..... 281**

#### **8 Förändrad styrning av insatser för personer med samsjuklighet..... 283**

8.1	Målbilder framtagna av personer med samsjuklighet.....	284
8.2	Statlig, regional och kommunal styrning av insatser till personer med samsjuklighet.....	289
8.2.1	Staten ansvarar för tydlig ansvarsfördelning och långsiktiga planeringsförutsättningar.....	289
8.2.2	Nya sätt att styra behöver utvecklas.....	290
8.2.3	En trygg och säker arbetsmiljö.....	294

#### **9 Mer renodlat ansvar för skadligt bruk och beroende för huvudmännen..... 297**

9.1	Begreppen skadligt bruk och beroende ska användas i både hälso- och sjukvårds och socialtjänstlagstiftningen...	298
9.2	Regionernas hälso- och sjukvård får ett tydligare ansvar för skadligt bruk och beroende.....	300
9.2.1	Hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende.....	300

9.2.2	Vården ska samordnas med vården av andra psykiatriska tillstånd.....	312
9.2.3	Roller och ansvar inom hälso- och sjukvården behöver fastställas.....	318
9.2.4	Hälso- och sjukvårdens ansvar för stöd till anhöriga kan förtydligas .....	330
9.3	Perspektivförskjutning för socialtjänstens arbete med skadligt bruk och beroende.....	332
9.3.1	Uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete är fortsatt viktiga insatser ..	334
9.3.2	Tillgången till sociala stödinsatser med fokus på att stärka resurser behöver förbättras .....	340
9.3.3	Anhörigstöd behöver omfatta personer vars närstående har skadligt bruk och beroende .....	350
9.3.4	Socialtjänstens ansvar för uppväxtförhållanden omfattar fortfarande skadligt bruk och beroende.....	354
9.4	HVB fortsatt socialtjänstinsats men regionernas ansvar för hälso- och sjukvård förtydligas .....	361
9.4.1	Regionernas ansvar för hälso- och sjukvård på HVB ska regleras i HSL och SoL.....	362
9.4.2	En individuell plan ska upprättas om det inte är uppenbart obehövligt .....	371
9.4.3	Om regionen inte fullgör sina åtaganden inträder betalningsansvar .....	373
9.5	Trots positiv utveckling kvarstår utmaningar med samverkansöverenskommelser.....	375
9.6	Fortsatt behov av utvecklad samordning på individnivå ....	377
9.6.1	Fast vårdkontakt kan bidra till samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser .....	378
9.6.2	Utvecklad individuell plan för samordning inom och mellan huvudmännen.....	379
9.6.3	Samverkan vid utskrivning från psykiatrisk vård behöver fortsatt följas upp och utvecklas ....	381

<b>10</b>	<b>Ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv .....</b>	<b>385</b>
10.1	Helhetssyn på hälsa för personer med samsjuklighet .....	385
10.1.1	Somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas .....	386
10.1.2	Insatserna ska betona hälsa.....	388
10.1.3	Risken för suicid hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas och förebyggas .....	390
10.2	Åtgärder som reducerar skador av skadligt bruk och beroende av narkotika .....	391
10.2.1	Ökad tillgång till och mindre vidareförmedling från LARO-behandling.....	392
10.2.2	Sprututbyte utvecklas till lågröskelverksamheter som ska finnas i hela landet.....	399
10.2.3	Försök med lågröskelverksamhet i form av hälsocentral med brukarrum .....	407
10.2.4	Utvärdering av kriminalisering av eget bruk .....	409
<b>11</b>	<b>En samordnad verksamhet för dem med störst behov ...</b>	<b>413</b>
11.1	En skyldighet att bedriva samordnad verksamhet införs ...	413
11.2	Verksamheten ska regleras i en särskild lag .....	425
11.3	Syftet med verksamheten .....	431
11.4	Verksamhetens innehåll .....	434
11.4.1	Uppsökande arbete .....	434
11.4.2	Utförande av insatser i verksamheten.....	436
11.4.3	Samordnade insatser .....	439
11.4.4	Kompetenser .....	444
11.5	Verksamhetens målgrupp.....	447
11.6	Påbörjande och avslutande av insatser i verksamheten .....	454
11.7	Deltagarnas inflytande och delaktighet.....	456
11.8	Uppföljning.....	457



11.9	Informationsdelning och sekretess.....	458
11.9.1	Om förslagen i Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg .....	458
11.10	Styrning och ledning av verksamheten .....	461
11.11	Utökad möjlighet till kommunal samverkan .....	462
11.11.1	Möjligheter till kommunal samverkan i nuvarande regelverk.....	463
11.12	Fördelning av kostnader .....	471
11.13	Avtal om verksamhetens bedrivande .....	473
11.14	Bemyndigande.....	473
<b>12</b>	<b>Bättre uppföljning, kunskapsutveckling och kompetensförsörjning.....</b>	<b>475</b>
12.1	Det behövs långsiktiga insatser för att säkra kompetensförsörjningen inom området.....	476
12.2	Viktigt att de insatser som erbjuds är baserade på bästa tillgängliga kunskap .....	479
12.3	Effektivare kunskapsstyrning genom stärkt samverkan och stöd .....	481
12.4	Bättre uppföljning en viktig del av kunskapsstyrning och förbättringsarbete .....	486
<b>13</b>	<b>Utveckling för att stärka inflytande och minska stigmatisering .....</b>	<b>493</b>
13.1	Metoder som stödjer individers delaktighet och inflytande behöver utvecklas och stödjas .....	494
13.2	Det krävs fortsatt utveckling för att stärka gruppens inflytande och minska stigmatisering .....	495
13.3	Tillgång till oberoende stödfunktioner behöver öka .....	502
13.3.1	Personer med skadligt bruk och beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud .....	503

13.3.2	Höjning av statsbidrag avsatta för personliga ombud.....	504
13.3.3	Medel avsätts särskilt för att stärka samverkan med civilsamhället .....	505
<b>14</b>	<b>En gemensam tvångslagstiftning .....</b>	<b>507</b>
14.1	Bakgrund.....	507
14.2	Domstolsstatistik .....	508
14.3	Statens institutionsstyrelse .....	510
14.4	Klienten och patienten i tvångsvården .....	512
14.4.1	LVM.....	512
14.4.2	LVU .....	513
14.4.3	LPT och LRV .....	514
14.5	Allmänt om LPT, LRV och LVM.....	514
14.6	Gränsdragningen mellan psykiatri och socialtjänsten.....	518
14.7	Fördelar och nackdelar med en gemensam tvångslag.....	522
14.7.1	Sammanfattande slutsatser .....	522
14.7.2	Inledning.....	523
14.7.3	Reglering i LPT eller i en ny gemensam lag?.....	524
14.7.4	Förutsättningar för tvångsvård .....	526
14.7.5	Syftet med tvångsvården.....	534
14.7.6	Initiativ till tvångsvård.....	536
14.7.7	Beslut om tvångsvård.....	538
14.7.8	Omedelbart omhändertagande.....	541
14.7.9	Öppna vårdformer .....	544
14.7.10	Vårdtid .....	546
14.7.11	Stödperson.....	550
14.7.12	Sakkunnig i domstolsförhandlingen .....	551
14.8	Förslag.....	552
14.8.1	Inriktning på förslag till ny reglering av vård utan samtycke vid skadligt bruk och beroende...	552
<b>DEL 4</b>	<b>KONSEKVENSER OCH IKRAFTTRÄDANDE .....</b>	<b>557</b>
<b>15</b>	<b>Konsekvenser .....</b>	<b>559</b>

15.1	Konsekvenser för personer med skadligt bruk, beroende och annan psykiatrisk sjukdom .....	559
15.2	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen .....	564
15.2.1	Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet.....	565
15.2.2	Förslaget om förtydligat och förändrat huvudmannaskap .....	566
15.2.3	Förslag som innebär nya åtaganden.....	566
15.3	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service .....	567
15.3.1	Sysselsättning.....	567
15.3.2	Offentlig service .....	567
15.4	Konsekvenser för brottsligheten och brottsförebyggande arbete .....	568
15.5	Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration .....	569
15.5.1	Jämlik vård .....	570
15.5.2	Integration och hälsa .....	570
15.5.3	Jämställdhet mellan kvinnor och män.....	571
15.6	Konsekvenser för företag .....	572
15.7	Konsekvenser för EU-rätten.....	574
15.8	Ekonomiska konsekvenser .....	574
15.8.1	Kostnader och andra konsekvenser för staten.....	575
15.8.2	Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om förtydligat huvudmannaskap .....	579
15.8.3	Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om schablonavgifter för HVB .....	586
15.8.4	Kostnader och intäkter för kommunerna och regionerna med anledning av förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet .....	588
15.8.5	Kostnader för nya åtaganden för regioner och kommuner.....	599

<b>16</b>	<b>Ikraftträdande, förberedelser och stöd till införande.....</b>	<b>603</b>
16.1	Förslagen träder i kraft 1 januari 2025.....	603
16.2	Införandet av utredningens förslag ska förberedas .....	603
16.2.1	Gemensamma förberedelser .....	604
16.2.2	Användarbaserad tjänstedesign kan användas i utvecklingen.....	605
16.2.3	Regionernas förberedelser .....	605
16.2.4	Kommunernas förberedelser .....	606
16.2.5	Myndigheternas förberedelser.....	607
16.2.6	Förberedelser när det gäller kompetensförsörjning.....	607
16.2.7	Stimulansmedel .....	607
16.2.8	Nationellt stöd till implementering .....	608
16.2.9	Uppföljning .....	609
<b>17</b>	<b>Författningskommentarer.....</b>	<b>611</b>
17.1	Förslaget till lag om samordnad vård- och stödverksamhet .....	611
17.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga .....	621
17.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	622
17.4	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) .....	624
17.5	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler .....	632
17.6	Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) .....	635
17.7	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) .....	637
17.8	Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821) .....	638
17.9	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) .....	638

17.10 Förslaget till förordning om ändring  
i socialtjänstförordningen (2001:937)..... 643

**Referenser ..... 647**

**Bilaga**

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2020:68 ..... 669



## Sammanfattning

Vi anser att det behövs en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet som också förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende. Syftet med vårt uppdrag är att lämna förslag som bidrar till att insatserna till målgruppen blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade<sup>1</sup>. Vi anser att detta även ska vara syftet med den reform vi föreslår. Reformen som ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering består av tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.

---

<sup>1</sup> I direktiven används begreppet patientcentrerade men vi bedömer begreppet personcentrerade som mera relevant. Vad vi avser med begreppet framgår av kapitel 1 och 13.

7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys vi presenterar i det här betänkandet.

Nedan följer en sammanfattning av hur vi arbetat, hur målgruppen ser ut samt av bedömningar och förslag. Vi använder genomgående begreppen skadligt bruk eller beroende och inte missbruk, om vi inte citerar lagtext, förarbeten eller andra texter. Vi lämnar också förslag som innebär att begreppen skadligt bruk och beroende förs in i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen med tillhörande författningar.

## Om uppdraget och dess genomförande

Vår ambition har varit att förslagen ska tas fram genom aktivt deltagande av personer med samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar i, styr och leder verksamheter som riktar sig till målgruppen. Inledningsvis samlade vi in erfarenheter och kunskaper från personer med samsjuklighet och anhöriga. Det gjorde vi genom tre workshops, och genom ett femtiotal intervjuer och dialoger med personer med sådana erfarenheter. Detta resulterade i ett antal målbilder för samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Vi tog också fram underlag till våra bedömningar och förslag genom att sammanställa och analysera tidigare utredningar och rapporter, och genom att jämföra svenska förhållanden med några andra länder. Vi har i enkäter ställt frågor till samtliga regioner, kommuner och HVB-verksamheter om insatsernas innehåll, organisation och kostnader. Vi har också haft en omfattande dialog med företrädare för regioner, kommuner, privata aktörer och andra berörda.



Vi har tillämpat ett öppet arbetssätt där vi löpande har beskrivit inriktningen på våra förslag, och bearbetat dem utifrån inkomna synpunkter. Vi har också prövat dem i den miljö där de ska tillämpas genom workshops och intervjuer med företrädare för regioner, kommuner, privata aktörer, personer med samsjuklighet och anhöriga. Våra analyser, bedömningar och förslag har dessutom löpande stämts av med den expertgrupp som utsetts av regeringen, och med den vetenskapliga referensgrupp som vi själva initierat.

### **Personer med samsjuklighet – vilka är de och hur är deras levnadsförhållanden?**

Socialstyrelsens rapportering visar att en majoritet av de personer som får vård på grund av skadligt bruk eller beroende också har vårdats för en annan psykiatrisk diagnos, och därför kan beskrivas ha en samsjuklighet. Det är en heterogen målgrupp. Vissa har endast behov av behandling av de psykiatriska tillstånden inklusive skadligt bruk och beroende, medan andra också har omfattande behov av sociala insatser. Det är en grupp som generellt har dålig hälsa och stor överdödlighet. Andelen personer som har begått eller varit utsatt för brott är högre bland personer med samsjuklighet än i befolkningen i övrigt. Särskilt bland kvinnor är det vanligt med erfarenheter av övergrepp och andra trauman.

### **Målbilder för samhällets insatser**

Nedan listas de målbilder som vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga. Vi bedömer att dessa målbilder bör användas för att visa vad samhällets insatser till målgruppen ska uppnå.

- Tidig hjälp för psykisk ohälsa och skadligt bruk.
- Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.
- Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.
- Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.

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

### **Styrningen inom området**

Vi har övergripande analyserat statens, regionernas och kommunernas styrning av insatser som ges till målgruppen. Analysen bygger dels på organisationsforskning som bedömts relevant, dels på de workshops vi genomfört med ledningspersoner i regioner och kommuner. Vår slutsats är att styrformer, kultur och policys inom samsjuklighetsområdet behöver utgå från behov, resurser och beteenden hos personer med samsjuklighet och anhöriga, ge professionellt handlingsutrymme och premiera samarbete.

### **Regionernas hälso- och sjukvård ska behandla skadligt bruk och beroende**

Vi föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, och att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende, oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder. Vårt förslag att samla behandlingen hos en huvudman ligger i linje med hur ansvarsfördelningen ser ut i de flesta andra länder.

## **Behandlingen ska samordnas med behandling av andra psykiatriska tillstånd**

Utifrån de dialoger som vi fört med olika aktörer och utifrån tidigare utredningar inom området konstaterar vi att det är vanligt att personer med skadligt bruk och beroende inte får tillgång till den psykiatriska behandling som de har behov av. Detta beror inte bara på hur huvudmannskapet är fördelat, utan också på resurser, kompetens, arbetssätt och kultur inom hälso- och sjukvården. Vi föreslår därför att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen att behandlingen av skadligt bruk eller beroende ska samordnas med behandling av andra psykiatriska tillstånd.

## **Angeläget med somatisk vård, suicidprevention och insatser som främjar hälsa**

Den somatiska hälsan är kraftigt nedsatt och överdödligheten stor hos personer med samsjuklighet, jämfört med befolkningen i övrigt. Vi konstaterar därför att hälso- och sjukvården måste uppmärksamma somatisk ohälsa hos personer med samsjuklighet. Både psykiatriska och somatiska insatser bör ingå i en individuell plan och samordnas av en fast vårdkontakt som verkar för att vårdbehoven på båda områdena samordnas. Vi bedömer också att fast läkarkontakt i primärvården kan ge förutsättningar för ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska vårdbehov. Personer med psykiska sjukdomar inklusive personer med skadligt bruk och beroende bör också uppmärksammas som en högriskgrupp för ohälsosamma levnadsvanor i regionernas planering av det sjukdomsförebyggande arbetet. Även risken för suicid hos personer med samsjuklighet måste uppmärksammas. Det görs genom att tillgången till adekvat behandling för psykiatrisk sjuklighet ökar, samt genom ökad kunskap om suicid hos personer som möter personer med samsjuklighet.

## Särskilda insatser till personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika

Vi konstaterar att LARO (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) har god effekt för tillfrisknande och minskad dödlighet hos målgruppen för behandlingen, och att den rekommenderas i nationella riktlinjer. Samtidigt innebär den risker, särskilt för personer som inte finns i behandling men får tillgång till preparaten genom vidareförmedling. Vi föreslår därför ett uppdrag till Socialstyrelsen inriktat på kunskapsstöd, uppföljning och viss utredning. Syftet med uppdraget ska vara att bidra till att tillgängligheten till behandlingen ökar, samtidigt som vidareförmedling från programmen minskar.

Vi gör också bedömningen att sprututbytesverksamheterna når personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika bättre än övrig hälso- och sjukvård. Detta är av stor vikt eftersom målgruppen har väsentligt sämre hälsa än befolkningen i övrigt och en hög överdödlighet. Sprututbytesverksamheterna erbjuder viktiga insatser både genom att reducera skadorna av narkotikaanvändningen och genom att behandla vissa sjukdomar eller förmedla kontakt med andra vårdgivare. Utbudet av sprututbytesverksamhet är lägre i Sverige än i övriga nordiska och några anglosaxiska länder som vi jämfört med. Vi föreslår därför att sprututbytesverksamheter måste erbjudas av alla regioner och att de utvecklas till lågtröskelverksamheter som främjar psykisk och fysisk hälsa genom sprututbyte och till exempel vissa somatiska insatser, stöd till sexuell och reproduktiv hälsa, förmedling av kontakt med psykiatri och socialtjänst, utdelande av och utbildning om naloxon, hälsorådgivning och varningar för farliga preparat i omlopp.

Därutöver gör vi bedömningen att det bör genomföras ett försök med en lågtröskelverksamhet i form av en hälsocentral med brukarum där narkotika kan intas på ett säkert sätt, samtidigt som till exempel viss somatisk vård, kontakt med psykiatri och socialtjänst, naloxon och hälsorådgivning tillhandahålls. Vi gör också bedömningen att kriminaliseringen av eget bruk av narkotika bör utredas och att det inom ramen för ett sådant uppdrag bör belysas hur kriminaliseringen påverkar möjligheten för personer med samsjuklighet, och övriga personer med skadligt bruk eller beroende, att få en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg.

## **Socialtjänstens uppdrag inriktas på fyra områden**

Socialtjänstens uppdrag när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende ska enligt vårt förslag kvarstå och förtydligas för följande huvudsakliga områden:

1. Kartläggning av levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet, information om och förmedling till samhällets stöd och annat förebyggande arbete för att motverka skadligt bruk och beroende.
2. Sociala stödinsatser för försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang, med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv.
3. Stöd till anhöriga.
4. Insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Vi bedömer att det sociala arbetet gynnas av en sådan renodling som vi föreslår. Det kan bland annat underlätta resursfördelning och kompetensförsörjning. Ett tydligare fokus på den typ av insatser vi beskriver ovan kan också öka behovet av och stimulera till mer forskning om sådana insatser. Det kan även öka motivationen att förbättra uppföljningen av insatserna, vilket kan ligga till grund för systematiserad beprövad erfarenhet kring nyttan av olika typer av insatser, och därmed stärka förutsättningarna för en kunskapsbaserad socialtjänst.

## **Regionerna får ett förtydligt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB**

Utifrån uppgifter som framkommit i enkätsvar från kommuner och HVB-hem, och genom intervjuer med kommuner om placering på och upphandling av sådana hem, drar vi slutsatsen att hemmen både idag och med en ny ansvarsfördelning främst tillhandahåller socialtjänstinsatser. Socialtjänsten ska därför ha fortsatt ansvar för placering på hem för vård eller boende (HVB) både för barn och för vuxna, men definitionen av HVB i socialtjänstförordningen anpassas till vårt förslag om socialtjänstens uppdrag. Vi konstaterar dock att det är av avgörande betydelse att den enskilde får sitt hälso- och sjukvårdsbehov

tillgodosett under placeringen och att detta inte sker i tillräcklig grad i dag. Därför ska regionens ansvar för sådana insatser, vilket med vårt förslag även inkluderar behandling för skadligt bruk eller beroende, förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs under placeringen inträder betalningsansvar enligt en schablon. Regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser gäller dock inte för sådana hem som bedrivs av Statens Institutionsstyrelse. Skälet är att vi bedömer att förändringar av ansvarsförhållanden inom den verksamheten kan få konsekvenser för rättssäkerhet och samhällsskydd och därför bör utredas i särskild ordning.

### **Samordnad vård- och stödverksamhet för dem med störst behov**

Vi föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för en avgränsad målgrupp med särskilt stora samordningsbehov och bristande förmåga att själv samordna insatser. Med samordnad vård- och stödverksamhet menas en gemensam verksamhet där olika professioner från båda huvudmännen jobbar tillsammans. Syftet med verksamheten är att främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang.

Verksamheten ska bedriva uppsökande arbete, utföra hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser samt samordna insatser. I samordning ingår att deltagarna tilldelas en vård- och stödsamordnare som ansvarar för att det upprättas en individuell plan och att de insatser som den enskilde behöver planeras och genomförs.

Verksamhetens målgrupp är personer som har behov av både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras. Främst är det personer vars funktionsförmåga är nedsatt av psykisk sjukdom, skadligt bruk och beroende, och som är i behov av intensiva och samordnade insatser för att upprätthålla liv, hälsa, boende och sysselsättning. Det handlar om personer som inte tar

emot insatser i ordinarie strukturer, där ofta många insatser i öppen- och slutenvård prövats och där samordningsverktyg som SIP eller fast vårdkontakt inte är tillräckligt. Verksamheten ska regleras i en ny särskild lag.

### **Fokus på kompetensförsörjningen är nödvändigt**

Vi konstaterar att bristen på personal med rätt kompetens begränsar huvudmännens förutsättningar att säkerställa en god och jämlik sjukvård och insatser med god kvalitet inom socialtjänsten. Exempelvis påverkas väntetider och samverkan mellan huvudmännen när utredningar eller behandlingar inte kan genomföras eftersom det saknas personal med kompetens för uppgiften. Samordnade och långsiktiga insatser för att säkerställa kompetensförsörjningen är också nödvändigt för att den reform vi föreslår ska få önskat resultat. Initiativ på området behöver tas så snart det har fattats beslut om att genomföra våra förslag. Det är varje aktörs ansvar att samordna sina insatser med andras och bidra till att det sker ett nödvändigt samarbete inom området. Det gäller lärosätena, arbetsgivarna och statliga myndigheter.

### **Förbättrad statistik och uppföljning från brukares perspektiv**

Dagens uppföljning av vården och omsorgen för personer med samsjuklighet har stora brister och saknar de mest grundläggande uppgifter som behövs för att beskriva vården på nationell nivå. Det går inte att säga hur många personer som får insatser, vilka insatser som erbjuds eller vad insatserna ger för resultat. Förutsättningarna skiljer sig delvis åt när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men sammantaget saknas det förutsättningar för att ge en samlad bild av innehållet i och resultatet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för personer med samsjuklighet. Både Socialstyrelsen och utredningen *Framtidens socialtjänst* har dock lämnat förslag som kan förbättra förutsättningarna, i form av ett utvidgat nationellt patientregister som inkluderar primärvården och en ny lag om socialtjänstdataregister. Vår bedömning är att dessa förslag bör genomföras.

Utöver förbättrad tillgång till grundläggande uppgifter om vården och omsorgen är det också viktigt att uppföljningen belyser det som personer med samsjuklighet själva tycker är viktiga områden. Vi föreslår därför att regeringen ger lämplig myndighet i uppdrag att ta fram en struktur för uppföljning som omfattar de målbilder vi har tagit fram tillsammans med personer med samsjuklighet och deras anhöriga.

### **Förbättrad tillgång till personliga ombud**

Vi lämnar också ett förslag som syftar till att öka den enskildes möjlighet att få tillgång till ett oberoende stöd i kontakter med myndigheter och med vården. Det ska ske genom att personer med psykisk funktionsnedsättning på grund av skadligt bruk eller beroende i högre grad än idag får tillgång till ett personligt ombud, att de medel som avsätts till personligt ombud ökar och att samarbetet mellan personligt ombud och civilsamhället förstärks.

### **Ökat brukarinflytande och minskad stigmatisering**

Flera av våra förslag understryker vikten av att den enskilde har inflytande över de insatser om ges och att insatserna utgår från personens behov, resurser och individuella mål. Detta är särskilt tydligt när det gäller förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet. Men vi bedömer också att det, utöver de långsiktiga strukturförändringarna som vi anser ska genomföras, krävs särskilda insatser för att påskynda och förstärka ett ökat inflytande för personer med samsjuklighet och anhöriga. Vi föreslår därför ett nationellt program för ökat kollektivt inflytande för och minskad stigmatisering av personer med samsjuklighet.

### **En gemensam tvångslag**

Vi har i enlighet med våra direktiv analyserat för- och nackdelar med en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM och LPT. Utifrån den analysen konstaterar vi att tvångsvård på grund av skadligt bruk och beroende bör vara en fråga för



hälso- och sjukvården och att fördelarna med att reglera detta i LPT överväger nackdelarna. Samsjuklighetsutredningen fick genom regeringsbeslut den 28 oktober 2021 ett tilläggsdirektiv att lämna förslag utifrån den analys av tvångsvårdslagstiftningen som vi gjort detta betänkande. Uppdraget ska redovisas senast den 31 januari 2023.

### **Stöd till införande och uppföljning**

Införandet av förslagen ska genomföras så att huvudmännen och berörda myndigheter ges förutsättningar att planera förändringarna i uppdragen och ha möjlighet att vidta nödvändiga utvecklingsinsatser gemensamt och var för sig. Därför föreslår vi att det ska gå två år mellan beslut och ikraftträdande. Stimulansmedel föreslås utgå två år innan och tre år efter ikraftträdandet. Vi föreslår att våra förslag träder i kraft 1 januari 2025, inklusive de förslag som tas fram inom ramen för tilläggsdirektivet om tvångsvård. Staten ska ingå en överenskommelse med SKR om implementeringsstöd till regioner och kommuner. När det gäller den samordnade vård- och stödverksamheten kan det krävas särskilda insatser för att utveckla ett gemensamt arbetssätt som inte tidigare praktiserats i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Med stöd av erfarenheterna från vårt eget arbetssätt anser vi att verksamheterna med fördel kan utvecklas genom användarbaserad tjänstedesign där medarbetare, patienter, brukare och anhöriga gemensamt skapar och testar verksamheten. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys föreslås få i uppdrag att följa upp reformen, samt att initiera en oberoende vetenskaplig utvärdering av den samordnade vård- och stödverksamheten.

