

Missbruk och beroende i åldern 13-29 år

SÅ HÄR VÄNDER VI UTVECKLINGEN



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förord

Missbruks- och beroendevården är en prioriterad fråga för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). En handlingsplan har tagits fram på uppdrag av SKL:s styrelse och har fastställts av styrelsen den 14 december 2018.

Följande områden behandlas i handlingsplanen:

- Synen på missbruk.
- Lättillgänglighet.
- Samverkan, samordning och delaktighet.
- Tidig upptäckt och tidiga, samordnade insatser.
- Stöd och behandling – inklusive frågan om ansvarsfördelning mellan huvudmännen och gränssnitt mellan socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- Kunskapsutveckling.

Denna rapport är ett kunskapsunderlag som utgör bilaga 1 till *Handlingsplan mot missbruk och beroende – tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år*. Bilaga 2 heter *Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nätdroger*. Dessa två bilagor kan läsas fristående från handlingsplanens beslutsdel av den som vill fördjupa sig i frågorna.

Rapporten följer samma struktur som handlingsplanens beslutsdel men är mer fördjupande och förklarande. Här återfinns även ett flertal lärande exempel. Vi hoppas därför att denna skrift ska fungera både som kunskapsunderlag och inspiration till lokalt och regionalt utvecklingsarbete.

Stockholm i december 2018

Lena Micko

Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Bakgrund, syfte och innehåll	7
ANDT-strategin.....	8
Syfte	8
Handlingsplanens områden och upplägg	9
Definition av målgruppen	9
Avgränsningar	10
Fokus på de största utvecklingsbehoven	10
Resultat av kartläggningen hösten och vintern 2017/2018	11
Utvecklingen av alkohol- och narkotikasituationen	12
Konsumtionsmönster för alkohol.....	12
Narkotikaerfarenheter.....	12
Alkohol- och narkotikarelaterad vård och behandling för vuxna	15
Alkohol- och narkotikarelaterad vård och behandling för barn och unga.....	17
Konsumtion av alkohol och narkotika bland skolelever	18
Nätdroger	20
Förändrat synsätt på missbruk och beroende	24
Sammanfattning och viljeinriktning.....	24
Förklaringsmodeller och konsekvenser.....	24
Ökad kunskap och förändrat synsätt över tid.....	25
Begreppet missbruk bör ersättas med skadligt bruk.....	28
Narkotikastrafflagen bör utvärderas	28
Utveckling av stöd och behandling som är lättillgänglig.....	32
Sammanfattning och viljeinriktning.....	32
Utveckla attraktivt och tillgängligt stöd	32
God och nära vård.....	33
Jämlik hälsa och jämlik vård	34
Tillgänglighet	35
Exemplet "Första linjen" handlar om jämlikhet, nära vård och tillgänglighet.....	36
Öppna mottagningar för olika åldrar.....	37
Fysisk tillgänglighet	38
Digitala mottagningar och digital behandling	38
Webbsajter och chattfunktioner.....	39
E-tjänster	39
Information och hänvisningar	40

Öppettider som passar individen.....	40
Målgrupper som är svåra att nå	40
Vikten av samverkan, samordning och delaktighet	42
Sammanfattning och viljeinriktning.....	42
Samverkan genom ledningssystem och samverkansöverenskommelser	43
Fast vårdkontakt för bättre sammanhållen vård.....	44
Samordning genom samordnad individuell plan (SIP).....	44
Samordnade organisationslösningar.....	48
Ökat barn-, brukar- och patientinflytande	53
Stöd till anhöriga och närstående.....	56
Barn som anhöriga och familjeorienterat arbetssätt	56
Arbeta med tidig upptäckt och fånga riskbeteenden	59
Sammanfattning och viljeinriktning.....	59
Risk- och skyddsfaktorer	60
Exempel på särskilt utsatta grupper	61
Riskbeteenden	65
Verktyg för upptäckt	67
Överblick över orosanmälningar	67
Viktiga aktörer för tidig upptäckt.....	67
Stort behov av kompetenshöjning för tidig upptäckt	77
Tidiga och samordnade insatser är ledord	79
Sammanfattning och viljeinriktning.....	79
Socialtjänstens myndighetsutövning bör fokusera på de mest utsatta	80
Utveckling av samordnade arbetssätt för tidiga insatser	80
Stöd och behandlingsinsatser behöver tydliggöras och utvecklas	83
Sammanfattning och viljeinriktning.....	83
Begränsad tillgång till vissa insatser	84
Eftervården behöver planeras och samordnas	86
Kriminalvården	86
Samverkan med idéburna aktörer.....	87
Oklarheter vid drogtest	87
Oklar ansvarsfördelning och otydligt gränssnitt i praktiken.....	87
Ansaret för psykologisk och psykosocial behandling	88
Konsekvenser av den oklara ansvarsfördelningen	90
Så går vi vidare med ansvarsfördelning och gränssnitt	90
Kunskapsutveckling är en förutsättning för bättre insatser.....	92

Sammanfattning och viljeinriktning.....	92
Evidensbaserad praktik.....	92
Stärk den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS).....	93
Nationellt programområde psykisk hälsa (NPO)	93
Partnerskap	94
Kunskapsstyrning	94
Bättre sammanhållen planering och uppföljning på lokal och regional nivå	98
Juridiska och tekniska hinder för samordning och uppföljning	99
Mer forskning behövs	100

Bakgrund, syfte och innehåll

Missbruks- och beroendevård är en prioriterad fråga för SKL.

SKL:s kongress har för kongressperioden 2016-2019 angett att:

- SKL ska verka för att kommunernas och landstingens missbruks- och beroendevård präglas av förbättrad samverkan, samordning och ansvarsfördelning.

SKL:s styrelse har beslutat att:

- missbruk och beroende ska vara en av SKLs prioriterade frågor 2017-2018 och att
- en handlingsplan för missbruk och beroende ska vara framarbetad och beslutad under 2018.

Några av de trender och signaler som SKL:s styrelse hade fångat upp, och som utgjorde bakgrunden till önskemålet om att ta fram en handlingsplan, var följande.

- Allt fler vårdas inom hälso- och sjukvården för missbruksrelaterade diagnoser.
- Frivillig institutionsvård enligt Socialtjänstlagen (SoL) har minskat samtidigt som det skett en ökning av antalet personer som tvångsvårdas enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).
- Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat över tid och ligger högt jämfört med övriga EU-länder.
- De komplexa vårdbehoven ökar – fler identifieras med samsjuklighet (missbruk i kombination med annan psykisk ohälsa).
- Användningen av cannabis ökar.
- Narkotikabruket är vanligare bland män än kvinnor och vanligast i yngre åldersgrupperna (16-29 år). Cannabis är den vanligaste illegala drog som används.
- Oroväckande hög och ökad tillgänglighet till nya psykoaktiva substanser (NPS), så kallade nätdroger.
- Signaler om att missbruk bland de ensamkommande ungdomarna är ett problem.

Oacceptabla konsekvenser för brukarna och patienterna på grund av otydligheter kring ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och gränssnittet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst var också något som uppmärksammades av SKL:s styrelse.

Handlingsplanen adresserar alla dessa frågor och svarar mot tre av målen i den nationella ANDT-strategin.

ANDT-strategin

I februari 2016 beslutade regeringen om en förnyad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken, den så kallade ANDT-strategin. Den nya strategin avser perioden 2016–2020. För ANDT-strategin finns ett gemensamt övergripande mål och sex mål som tillsammans anger inriktningen för ANDT-arbetet i sin helhet.

Det övergripande målet är: **Ett samhälle fritt från narkotika och doping, med minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol och ett minskat tobaksbruk.**

Denna handlingsplan kopplar till följande tre mål i ANDT-strategin.

Mål 3: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som utvecklar skadligt bruk, missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska successivt minska.

Mål 4: Kvinnor och män samt flickor och pojkar med missbruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha ökad tillgänglighet till vård och stöd av god kvalitet.

Mål 5: Antalet kvinnor och män samt flickor och pojkar som dör och skadas på grund av sitt eget bruk eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel eller tobak ska minska.

Syfte

Handlingsplanen

- riktar sig till *beslutsfattare*,
- omfattar *tidig upptäckt/tidiga insatser, stöd och behandling*, och
- gäller för målgruppen *barn, unga och unga vuxna 13-29 år*.

Handlingsplanens syfte är att

- bidra till att minska missbruket bland barn, unga och unga vuxna genom att utgöra underlag för att stödja ett kunskapsbaserat utvecklingsarbete som bygger på bättre samverkan och samordning mellan aktörerna,
- tydliggöra ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän och tydliggöra gränssnittet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, samt
- tydliggöra behovet av åtgärder som kan minska missbruket bland barn och unga.

Handlingsplanens områden och upplägg

Dessa områden behandlas i handlingsplanen:

- Synen på missbruk.
- Lättillgänglighet.
- Samverkan, samordning och delaktighet.
- Tidig upptäckt och tidiga samordnade insatser.
- Stöd och behandling – inklusive frågan om ansvarsfördelning mellan huvudmännen och gränssnitt mellan socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- Kunskapsutveckling.

Beslutsdel och kunskapsunderlag (bilagor)

Handlingsplanen består av tre delar:

- En beslutsdel.
- Två kunskapsunderlag i form av bilagor. *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år – så här vänder vi utvecklingen* (denna del) och *Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nättdroger*.

Tanken med upplägget är att handlingsplanen ska fungera både som beslutsunderlag och kunskapsunderlag för utvecklingsarbete.

Könsuppdelad statistik

I handlingsplanen redovisas i så stor utsträckning det är möjligt könsuppdelad statistik för att visa på könsskillnader, i syfte att öka jämställdheten. SKL är medveten om HBTQ-perspektivet och att alla inte kan eller vill identifiera sig som kvinna eller man, men det står inte i motsats till ett jämställdhetsarbete. Även HBTQ-personer påverkas av strukturer som upprätthåller ojämställdhet i samhället.

Definition av målgruppen

Barn, unga och unga vuxna

I handlingsplanen används i huvudsak begreppen barn, unga och unga vuxna, men i vissa fall används begreppet ungdomar när ursprungskällan har benämnt målgruppen på detta sätt. Det kan också vara så att ursprungskällan använder andra åldersspann för begreppen unga och unga vuxna än de som används här.

SKL har valt att använda sig av samma begrepp och åldersindelning för barn och unga som Socialstyrelsen gör i sin handbok för utredning av barn och unga.¹

Barn är personer under 18 år. *Unga* är personer som fyllt 18 år men inte 21 år, det vill säga 18-20 år. Med detta följer att *unga vuxna* i handlingsplanen är personer som är 21-29 år.

Avgränsningar

En avgränsning som SKL:s styrelse gjort är att handlingsplanen inte behandlar generellt förebyggande insatser. Den fokuserar på tidig upptäckt, tidiga insatser samt stöd och behandling. Den behandlar dock inte tvångsvård, annat än i beskrivande termer.

Handlingsplanen innefattar inte förskrivna läkemedel och inte heller specifikt spel om pengar, trots att spel om pengar sedan den 1 januari 2018 jämställs med substansmissbruk. Mycket av det som beskrivs och föreslås gällande organisering, arbetssätt/metoder och förslag till åtgärder är generiskt. Även om det handlar om substansmissbruk kan det innefatta spel om pengar.

Att alkohol och narkotika kan ge upphov till både sociala, medicinska och samhällsekonomiska skador är väl känt. En del av skadorna går att beskriva någorlunda väl med statistiska uppgifter, men det är svårt att ge en komplett bild av omfattning och utveckling över tid. Det är också svårt att fånga in skador som till exempel sjukskrivningar, produktionsbortfall, effekter på den växande hjärnan eller konsekvenser för anhöriga och närstående i hem där missbruk förekommer. Handlingsplanen behandlar därför inte skador och konsekvenser i någon större omfattning.

Fokus på de största utvecklingsbehoven

Handlingsplanen fokuserar på de största utvecklingsbehoven och är inte heltäckande i alla avseenden. Den tar sin utgångspunkt i ett brett förankringsarbete kring vilka problem som behöver lösas med handlingsplanen. Det arbetet genomfördes under hösten och vintern 2017/2018 med profession och förtroendevalda på olika nivåer inom berörda verksamheter i kommun, landsting och regioner. Såväl probleminventering som förslag till lösningar har även diskuterats med brukar- och intresseorganisationer, myndighetsföreträdare samt fackliga organisationer. Dessa har inte behövt ta ställning till de olika delarna i sak och de har inte heller behövt ställa sig bakom handlingsplanen som helhet.

Detta kunskapsunderlag följer rubriksättningen i beslutsdelen och innehåller såväl fördjupande text som lärande exempel.

¹ Att utreda barn och unga – Handbok för socialtjänstens arbete enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen (2015)

Resultat av kartläggningen hösten och vintern 2017/2018

De viktigaste frågorna att hantera enligt förankringsarbetet:

Individen i fokus

- Utgå från individens behov
- Brukarinflytande
- Tillgänglighet
- Jämlikt
- Anhörig/närstående-perspektiv - familjeperspektiv

Gemensamt

- Team och mottagningar
- Nämnder
- Avtalssamverkan
- Ekonomi
- Juridik

Samsjuklighet

Missbruk/beroende kopplat till:

- Psykisk ohälsa
- Fysisk funktionsnedsättning
- Personer som omfattas av LSS
- Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (till exempel ADHD)

Skolan som gemensam arena

- Fånga upp – för i stort sett alla barn/unga går i skolan
- Elevhälsan!
- Samarbete med andra – andra aktörer kan koppla till skolan
- Slutförd utbildning = skyddsfaktor

Kompetensutveckling

- Risk- och skyddsfaktorer
- Tidig upptäckt
- Beroendelära

Synsätt

- Stigmatisering
- Objekt – subjekt
- Vård – straff
- Sjukdom – socialt problem
- Olika kulturer kommun – landsting

Bollande mellan instanser

- Ansvar
- Finansiering
- Juridik

Omsätta forskning till praktik

- Implementeringsstöd
- Följsamhet till riktlinjer

Viktiga aktörer för tidig upptäckt

- Skola
- Ungdomsmottagning
- BUP
- Primärvård
- Polis
- Föreningsliv
- Föräldrar m.fl.

Samordning och samverkan mellan olika aktörer

- Samtida insatser
- Enkla kontaktvägar

Stärka samarbetet mellan och inom huvudmännen

- Samverkansöverenskommelser
- Samordnad individuell plan (SIP)

Systematisk uppföljning

- Individnivå
- Verksamhetsnivå
 - Lokal nivå
 - Regional nivå
 - Nationell nivå

Utvecklingen av alkohol- och narkotikasituationen

Det har funnits, och finns fortfarande, oroande trender och signaler när det gäller alkohol- och narkotikasituationen bland barn, unga och unga vuxna.

Konsumtionsmönster för alkohol

Den totala alkoholkonsumtionen i befolkningen i Sverige har minskat sedan mitten av 2000-talet. Kvinnors självrapporterade alkoholkonsumtion var ungefär 34 procent av männens 1990 medan den 2015 utgjorde 50 procent. Könsskillnaderna i självrapporterad alkoholkonsumtion har alltså minskat jämfört med början av 1990-talet.² Vidare framkommer att könsskillnaderna i årskonsumtion har minskat vid en jämförelse av åren 2004 och 2017. Detta kommer sig främst av att män, främst yngre män, i större utsträckning än kvinnor sänkt sin alkoholkonsumtion över tid. Kvinnor har sänkt sin genomsnittliga konsumtion i alla åldersgrupper utom den äldsta (65-84 år). De yngsta (17-29 år) visar på störst sänkning över tid.³

Studerar man andelen riskkonsumenter finner man att män är överrepresenterade i jämförelse med kvinnor. Andelen riskkonsumerande män var 20 procent 2016, vilket kan jämföras med 13 procent bland kvinnorna. Utvecklingen över tid ser olika ut i olika åldersgrupper. Exempelvis har andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 16-29 år minskat från 37 till 25 procent mellan 2004 och 2016.⁴

Samtidigt är män mindre benägna att söka hjälp och vård än kvinnor.⁵ Och tre gånger fler män än kvinnor dör i alkoholrelaterade sjukdomar.⁶ Andelen som är beroende av eller missbrukar alkohol har beräknats till 5,9 procent av den svenska befolkningen och det motsvarar 285 000 män och 161 000 kvinnor, alltså sammanlagt runt 450 000 personer.⁷

Narkotikaerfarenheter

År 2016 svarade 4 procent av 15-16-åriga eleverna att de använt narkotika de senaste 12 månaderna och 13 procent av de 17-18-åriga eleverna. Tittar man på en bredare grupp unga vuxna 16-29 år så angav cirka 8 procent att de använt cannabis under det senaste året.⁸

² Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

³ Befolkningens självrapporterade alkoholvanor 2004-2017. CAN-rapport 173 (2018)

⁴ Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

⁵ Män och maskulinitet. SKL (2018)

⁶ Dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen (2016)

⁷ Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

⁸ Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

I den vuxna befolkningen (16-84 år) uppgav cirka 12 procent att de någon gång prövat cannabis och en procent att de använt medlet under de senaste 30 dagarna. Bland de 17-18-åriga eleverna uppgav 5 procent att de använt narkotika de senaste 30 dagarna. Av dessa har närmare två tredjedelar enbart använt cannabis.⁹

Narkotikaerfarenheter bland vuxna är vanligare bland män än bland kvinnor. Skillnaderna uppstår i sena tonåren och blir än tydligare när man ser till mera regelbunden och frekvent användning. Narkotikaanvändning är vanligast i storstadsområden och minst vanliga på mindre orter och i glesbygdsregioner. Detta gäller inte minst regelbunden användning. När det gäller cannabisanvändning är den som mest utbredd i befolkningsgruppen yngre män i storstadsregioner.¹⁰

Cannabisbruket har dock ökat bland både kvinnor och män sett till utvecklingen mellan 2013 och 2017 enligt en studie av den vuxna befolkningens användning som CAN har gjort. Cannabisanvändningen bland kvinnor har ökat från 1,5 till 2,6 procent och bland män från 3,5 till 4,5 procent (använt cannabis de senaste 12 månaderna). Det är en statistiskt signifikant ökning. En tydlig könsskillnad framkommer i den yngsta åldersgruppen (17-29 år) där ökningen är betydande bland kvinnor (5,2 till 9,3 procent) men endast marginell och inte statistiskt signifikant bland män.¹¹

Narkotikarelaterad dödlighet

Om man jämför Sverige med Europa i övrigt är det förhållandevis ovanligt att svenska sextonåringar har provat narkotika. Även bland unga vuxna, liksom befolkningen i stort, är narkotikaerfarenheterna mindre omfattande i Sverige jämfört med övriga Europa.¹² Samtidigt har Sverige en av de högsta siffrorna när det gäller narkotikarelaterad dödlighet i Europa.¹³

De narkotikarelaterade dödsfall som redovisats i den officiella statistiken har ökat mellan åren 2004-2014. Socialstyrelsen är emellertid försiktig i sina slutsatser och menar att ökningen kan förklaras av metodförändringar i rapporteringen, men kan samtidigt inte utesluta en reell ökning i narkotikarelaterad död de senaste åren.¹⁴ Utvecklingen visar däremot en nedåtgående kurva. 2016 dog 910 personer till följd av läkemedels- och

⁹ Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

¹⁰ Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

¹¹ Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. CAN rapport 174 (2018)

¹² Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

¹³ Enligt uppgifter som publicerats 2018 rapporterades över 40 dödsfall per miljon invånare i åtta länder i norra Europa. De högsta siffrorna rapporterades från Estland (132 per miljon), Sverige (88 per miljon), Norge (81 per miljon), Irland (70 per miljon) och Storbritannien (70 per miljon). Europeisk narkotikarapport 2018 – Trender och utveckling, Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (2018)

¹⁴ Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet – åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer, Socialstyrelsen (2017)

narkotikaförgiftningar. Det är en minskning jämfört med både 2015 och 2014 då 950 respektive 940 personer dog.¹⁵

Det finns en övervikt av överdoser bland män som avlider med narkotikarelaterade dödsorsaker, medan det finns en ungefär lika stor övervikt bland kvinnor av suicid eller oklar avsikt. Suicid är en vanlig dödsorsak främst bland medelålders kvinnor, ofta med receptförskrivna opioider. Dödsfallen minskar i antal med ökande ålder, men även dödssätten förändras. Bland yngre dominerar överdoser och bland äldre är suicid vanligast.¹⁶

Även om det har skett en minskning av dessa dödsfall de senaste åren dör mer än 900 personer årligen av skäl som kan knytas till narkotikamissbruk.

Uppdrag från regeringen

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att i samverkan med Folkhälsomyndigheten redovisa en åtgärdsplan för ett nationellt utvecklingsarbete i syfte att motverka den narkotikarelaterade dödligheten. Förebyggande arbete och minskad tillgång till narkotika är viktiga delar, men det behövs även insatser för de personer som har ett missbruk och beroende. Förslag som lyftes i åtgärdsplanen var bland annat följande.

- Bättre tillgång till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO).
- Bättre tillgång till sprututbyte och andra så kallade lågröskelverksamheter, dit personer med injektionsmissbruk kan vända sig för att få råd, stöd och vid behov slussas vidare till sjukvård och socialtjänst.
- Ett varningssystem med målgruppsanpassad information till personer med missbruk och beroende.
- Att överdosmotgiftet naloxon tillgängliggörs för personer i riskzonen för överdos, närstående och personal inom polisen och socialtjänsten.
- En undersökning av hur socialtjänsten och sjukvården klarar att fånga upp unga med missbruksproblem, utifrån oroande förändringar i vårdlandskapet.

Regeringen har därefter gett Socialstyrelsen i uppdrag

- att i samverkan med Folkhälsomyndigheten ta fram information om överdosrisker och säkrare användning riktad till personer som brukar narkotika eller narkotikaklassade läkemedel.
- att i samverkan med Folkhälsomyndigheten utreda möjligheterna att utveckla riktad hälsoinformation om drogmarknaden och akuta risker med mera till personer som brukar narkotika.
- att utveckla och ta fram ett kunskapsstöd om läkemedelsbehandling vid opiatberoende samt lämna förslag till samverkansformer mellan huvudmännen. Kunskapsstödet ska beakta köns- och åldersspecifika behov hos patienterna och innehålla modeller för brukarmedverkan.

¹⁵ Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2018, Socialstyrelsen (2018)

¹⁶ Narkotikarelaterade dödsfall – En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken. Socialstyrelsen (2016)

- att presentera förslag till en kartläggning av akutmottagningarnas rutiner för fortsatt vård, behandling och uppföljning av personer som kommer till akutmottagningarna på grund av en överdos.

Uppdraget att ta fram information om överdosrisker och säkrare användning redovisades i maj 2018. Övriga uppdrag redovisas senast den 15 december 2018.

Läkemedelsverket har tillsammans med Socialstyrelsen utrett förutsättningarna för att öka tillgängligheten till naloxonläkemedel. Detta har resulterat i att det sedan den 1 mars är tillåtet att lämna över naloxon i samband med förskrivningen, istället för att läkemedlet hämtas ut på apotek. Sjuksköterskor får rätt att skriva ut naloxonläkemedel från november/december 2018 och räddningstjänst har nu möjlighet att ge läkemedlet i avvaktan på ambulans.

Alkohol- och narkotikarelaterad vård och behandling för vuxna

Mellan 2006 och 2016 ökade andelen personer som vårdats inom hälso- och sjukvårdens slutenvård eller specialiserade öppenvård med en diagnos som indikerar ett pågående beroende. Det är oklart om den generella ökningen av andelen patienter som vårdas för *alkoholberoende* beror på ett faktiskt ökat behov i befolkningen eller om det kan förklaras av att hälso- och sjukvården blivit bättre på att fånga upp dessa personer.¹⁷

När det gäller *drogmissbruk* bland de som vårdats inom slutenvård eller specialiserad öppenvård är ökningen störst bland unga män och kvinnor. Inom den specialiserade öppenvården har andelen vårdade män och kvinnor i åldrarna 15-24 år ökat med 178 procent respektive 147 procent mellan 2006 och 2015.¹⁸

Svårt fånga upp den yngre gruppen med öppna insatser

När det gäller socialtjänstens insatser framgår av ASI-data¹⁹ att omfattningen av problem varierar mellan olika åldersgrupper. Den yngre gruppen (18-30 år) har problem med narkotika, psykisk hälsa, arbete och försörjning. Den yngre målgruppen fångas inte upp inom ramen för befintliga arbetssätt och resurser, enligt företrädare för socialtjänsten som Socialstyrelsen haft dialogmöte med. Det finns en samstämmighet kring att det både är svårt att etablera kontakter med och att uppnå längre hållbara drogfria perioder hos den unga gruppen, trots ett brett utbud av öppenvårdsinsatser. Statistiken över socialtjänstens insatser visar också att personer i åldrarna 21-24 år utgör en liten andel (10 procent) av

¹⁷ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2018, Socialstyrelsen (2018)

¹⁸ Kartläggning av vårdlandskapet. PM Gunnel Hedman-Wallin. Socialstyrelsen (2015)

¹⁹ ASI (Addiction Severity Index) är ett bedömnings- och uppföljningsinstrument som används av de flesta kommuner

de som beviljas öppna insatser. De yngre åldersgrupperna dominerar däremot inom institutionsvården.²⁰

Fler vårdas med tvång

Enligt Socialstyrelsen har antalet personer som får frivilliga insatser inom socialtjänsten minskat samtidigt som fler personer vårdas med tvång enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).²¹ Under åren 2006-2016 ökade antalet som vårdades enligt LVM. Ökningen uppgick till 33 procent. Den 1 november 2017 tvångsvårdades 372 personer på institution enligt LVM. Det är drygt tre procent färre än 2016 då 384 personer vårdades med tvång. Drygt en tredjedel av dessa är kvinnor.²² Det har däremot inte varit möjligt att inom ramen för arbetet med handlingsplanen få veta hur många av dessa som var under 30 år.

Medianåldern bland de som tvångsvårdas för missbruk har sjunkit från 43 till 34 år mellan 2008 och 2017. Kvinnorna som vårdas enligt LVM är generellt yngre än männen. Under 2017 var medianåldern för kvinnor 32 år medan den var 35 år för män.²³ Andelen yngre har ökat de senaste tio åren, främst sedan 2012. Mer än hälften (54 procent) var 2015 i åldrarna 21-34 år, och 20 procent var mellan 20-24 år vid utskrivningen.²⁴

Statistiken visar också förändringar i vilket missbruk de tvångsvårdade har. Mellan 2010 och 2016 har andelen med alkoholmissbruk minskat från 47 till 24 procent medan de med narkotikamissbruk ökat från 33 till 40 procent. Under samma period har andelen tvångsvårdade med blandmissbruk gått från 21 till 36 procent.²⁵

Stora regionala skillnader gällande tvångsvård

Enligt Socialstyrelsen finns det också stora regionala skillnader i hur många personer som blir föremål för vård enligt LVM.²⁶ I det län där det var vanligaste med tvångsvård var antalet personer som skrevs ut från tvångsvård enligt LVM 35 personer per 100 000 invånare år 2017 jämfört med det län där man i minst utsträckning använde sig av tvångsvård var antalet utskrivna personer 8 per 100 000 invånare. Det innebär att det är mer än fyra gånger så vanligt att vårda personer inom tvångsvården i X jämfört med Y län. Enligt Socialstyrelsen måste skillnaderna mellan länen och regionerna ses i ljuset av flera

²⁰ Kartläggning av vårdlandskapet. PM Gunnel Hedman-Wallin. Socialstyrelsen (2015)

²¹ Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2017 Socialstyrelsen

²² Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2017 och 2018 på www.socialstyrelsen.se

²³ Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2017 och 2018 på www.socialstyrelsen.se

²⁴ Kartläggning av vårdlandskapet. PM Gunnel Hedman-Wallin. Socialstyrelsen (2015)

²⁵ Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende, Socialstyrelsen 2017 och 2018 på www.socialstyrelsen.se

²⁶ Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2017, Socialstyrelsen
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20971/2018-5-15.pdf>

omvärldsfaktorer. Missbrukssituationen lokalt och vårdens organisering samt graden av samverkan mellan kommuner och landsting bör vägas in för att på ett mer uttömmande sätt kunna tolka LVM-statistiken. För att förstå och förklara de regionala skillnaderna när det gäller tvångsvård enligt LVM krävs en fördjupad analys och utredning.

Tungt missbruk och psykisk ohälsa har ökat

Andelen klienter med tungt missbruk och psykisk ohälsa har ökat inom socialtjänstens missbruksvård. Många av de som vårdats enligt LVM har tidigare också vårdats inom psykiatri. Enligt Socialstyrelsen har nästan 40 procent av kvinnorna och drygt 25 procent av männen vid något tillfälle vårdats med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).²⁷ När det gäller psykiatrisk tvångsvård visar Socialstyrelsens tvångsvårdsdatabas att psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10-F19)²⁸ är en av de vanligaste orsakerna till vård enligt LPT.²⁹ För män mellan 18-34 år var det under 2017 den näst vanligaste orsaken till slutna tvångsvård enligt LPT. För kvinnor (18-34 år) var det den fjärde vanligaste orsaken till tvångsvård enligt LPT.

Alkohol- och narkotikarelaterad vård och behandling för barn och unga

Eftersom skälen till placeringar i heldygnsvård och tvångsvård för barn och unga, enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) inte enbart grundar sig på eget missbruk är det inte möjligt att få fram uppgift om hur många barn och unga som har varit placerade och vårdats för specifikt missbruk. Som placerade barn och unga räknas personer i åldersgruppen 0-20 år som får omvårdnad, stöd, fostran och ibland behandling i ett familjehem, jourhem, HVB (hem för vård eller boende) eller stödboende med stöd av SoL eller LVU. Barn och unga med funktionsnedsättning kan även ha boendeinsatser utanför det egna hemmet med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Statistiken är inte heltäckande

Det finns inte heller heltäckande statistik över samtliga placerade barn och unga i Sverige, eftersom statistiken sedan 2014 bara omfattar personer med svenskt personnummer. Det innebär att ensamkommande asylsökande barn och unga inte ingår i statistiken förrän de får uppehållstillstånd.

Andelen barn 0-17 år som var placerade i heldygnsvård någon gång under året 2016 var densamma som 2015. Fler pojkar än flickor placeras i heldygnsvård.

²⁷ Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2017 Socialstyrelsen

²⁸ Diagnoskoder enligt Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10)

²⁹ Socialstyrelsens statistikbas för psykiatrisk tvångsvård

<http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/psykiatrisktvangsvard>

Till och med 2013 ökade andelen placerade barn, främst tonåringar, och det beror till största delen på att många ensamkommande barn sökte asyl i Sverige och placerades i heldygnsvård. Minskningen 2014-2016 beror dels på att färre ensamkommande asylsökande kom till Sverige, dels på att barn utan svenskt personnummer inte längre ingår i statistiken.³⁰

Konsumtion av alkohol och narkotika bland skolelever

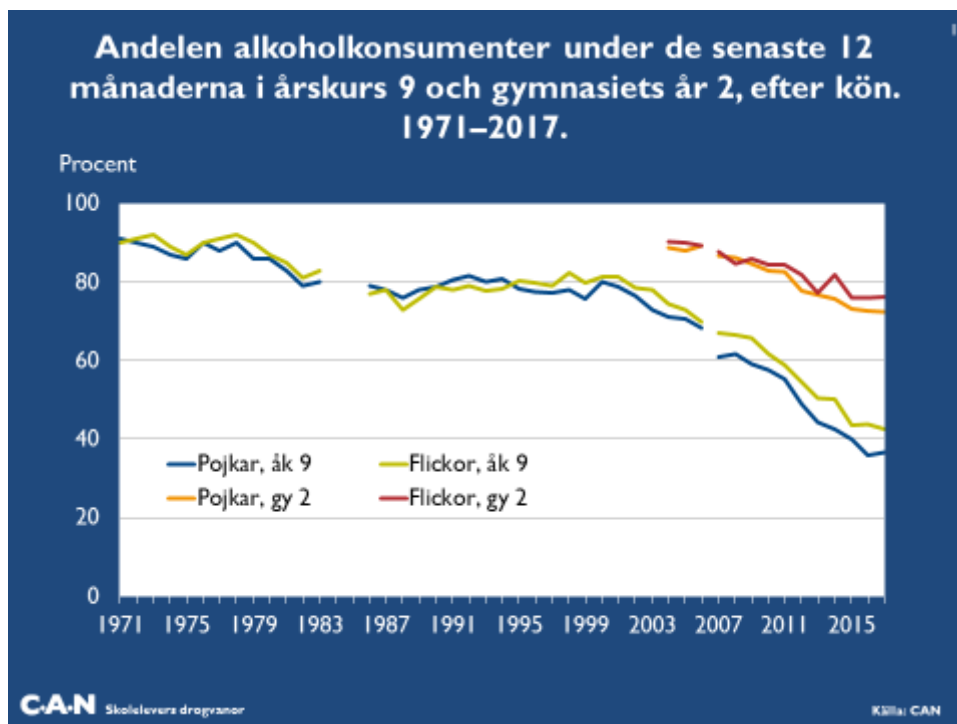
Sedan 1986 ansvarar Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) för de årliga drogvanundersökningarna som genomförs i skolornas årskurs 9 och årskurs 2 på gymnasiet. Undersökningarnas syfte är i första hand att belysa utvecklingen av drogvanorna och att studera skillnader mellan olika grupper. Den senaste publicerade undersökningen är från 2017. Ny undersökning förväntas publiceras i december 2018.

Alkohol

Andelen alkoholkonsumenter bland svenska elever är år 2017 på fortsatt historiskt låga nivåer i både årskurs 9 och i gymnasiets år 2. Även den genomsnittliga årskonsumtionen av alkohol har minskat. Sedan år 2000 har trenden bland niondeklassarna varit tydligt nedåtgående. År 2017 svarade 37 procent av pojkarna och 43 procent av flickorna att de druckit alkohol under de senaste 12 månaderna. Bland eleverna i gymnasiets år 2 har andelen alkoholkonsumenter (under de senaste 12 månaderna) också minskat sedan mätningarna inleddes, 2004. Bland gymnasieleverna var det 73 procent av pojkarna och 76 procent av flickorna som svarade att de hade druckit alkohol de senaste 12 månaderna. Att andelen flickor är högre än pojkarna är statistiskt säkerställt.³¹

³⁰ Individ- och familjeomsorg, lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

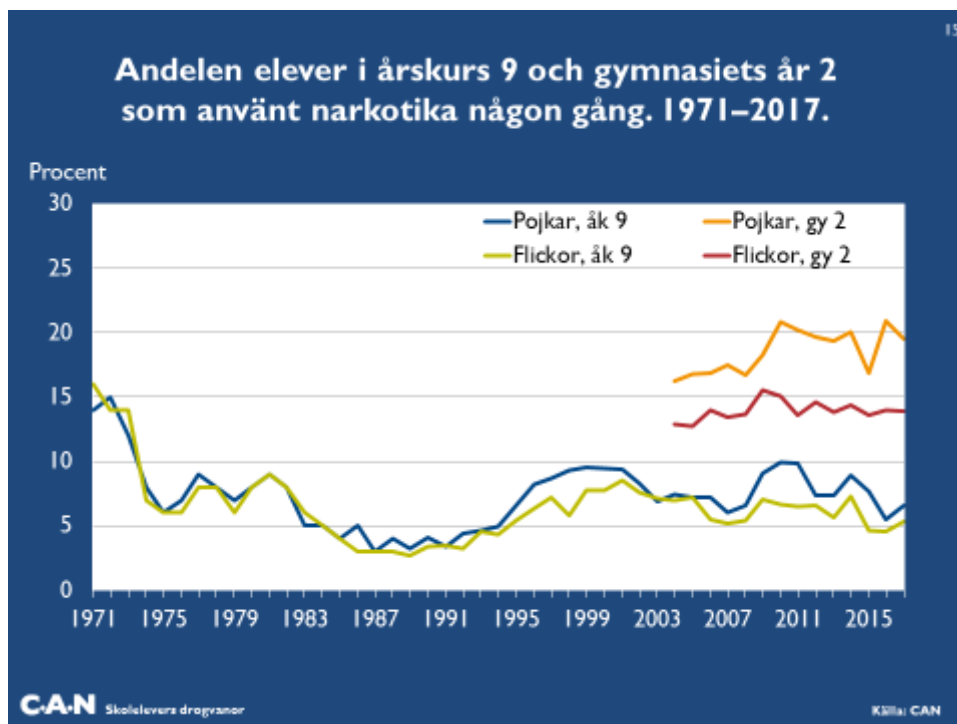
³¹ Skolelevers drogvanor, CAN rapport 170 (2017)



Narkotika

När det gäller narkotika svarade 7 procent av pojkarna och 5 procent av flickorna i årskurs 9 att de någon gång använt narkotika. Sedan mitten av 1990-talet har nivån varierat mellan 5 och 10 procent. I gymnasiets år 2 svarade nästan tre gånger fler att de har använt narkotika; 20 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna. Det är alltså fler pojkar än flickor som uppger att de har använt narkotika. Cannabis (hasch/marijuana) är den allra vanligaste narkotikasorten eleverna använt. Även om narkotikaerfarenheten varit relativt stabil de senaste tio åren så visar utvecklingen bland dem som väl använt narkotika på en viss ökning av konsumtion de senaste tio åren.³²

³² Skolelevers drogvanor, CAN rapport 170 (2017)



Nätdroger

Nya psykoaktiva substanser (NPS), som kallas nätdroger, produceras i laboratorium för att skapa en upplevelse som påminner om droger som påverkar hjärnans funktion och orsakar förändringar i beteende, stämning, uppfattning och medvetande. Drogerna kan köpas över internet men majoriteten överläts på samma sätt som traditionella droger. NPS kan finnas i olika narkotikalikande preparat, till exempel rökmixer som liknar cannabis. NPS kan också finnas i dopingpreparat och olika former av kosttillskott. NPS tillverkas ofta i stora kvantiteter i Asien och förs in i Sverige på samma sätt som övriga droger. Tull och polis arbetar kontinuerligt för att beslagta och förstöra hälsofarliga varor vid gränsen eller inom landet. Mindre kvantiteter kan skickas med brev eller paket till langare eller slutanvändaren.³³

De flesta NPS har huvudsakligen amfetamin- eller cannabisliknande effekter. Opiatliknande och bensodiazepinliknande finns också. Den vanligaste NPS-drogen bland unga är rökmixar med syntetiska cannabinoider. Det är en cannabisliknande drog som för många är den första narkotikaklassade drogen de använder.³⁴

³³ Underlag sammanställt på uppdrag av SKL. Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nätdroger. Anna Karin Wallberg (2018).

³⁴ Underlag sammanställt på uppdrag av SKL. Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nätdroger. Anna Karin Wallberg (2018).

Tramadol och Fentanyl har figurerat i media kring droger och unga personer. Dessa substanser tillhör inte NPS egentligen för det är syntetiska opioider som används som läkemedel. Däremot finns Tramadol på den svarta marknaden och Fentanylliknande preparat säljs över internet. Problematiken kopplat till unga personer är samma som för NPS.

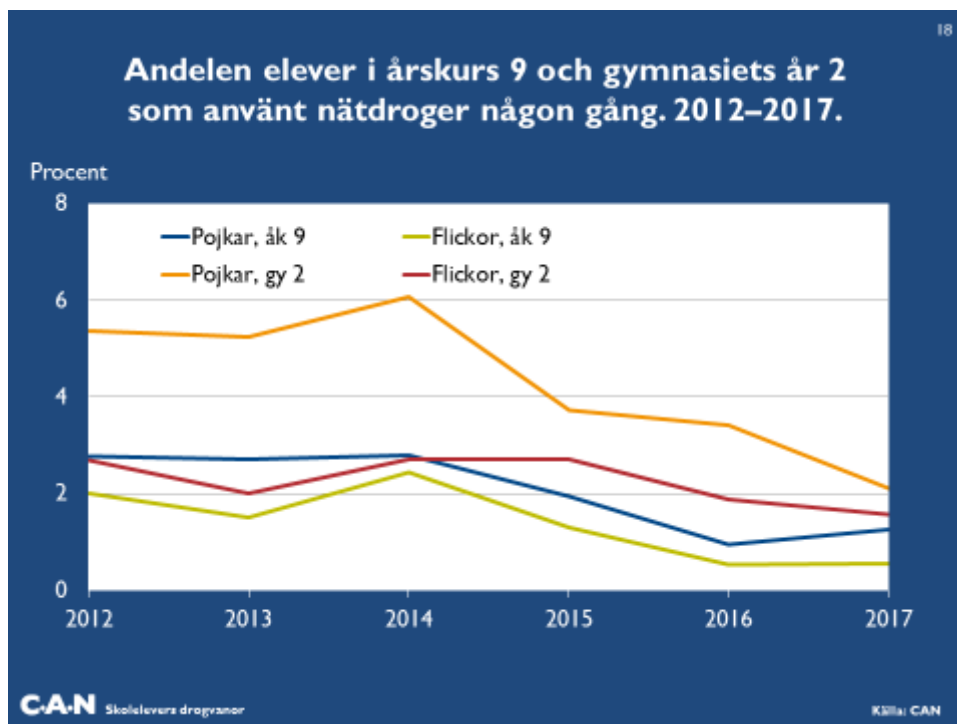
Vilka använder NPS?

I CAN:S skolenkät om drogvanor 2017 uppgav 1 procent i årskurs 9 och knappt 2 procent i gymnasiet år 2 att de använt nättdroger vilket var en signifikant minskning jämfört med 2014. Vanligast var att ha använt rökmixar med syntetiska cannabinoider. Könsskillnaderna i gymnasiet år 2 var något större när frågan började ställas år 2012 men har i de senaste två årens undersökningar minskat. I årskurs 9 har skillnaden mellan könen under hela perioden varit mycket liten.³⁵

I en rapport av Leifman & Henriksson³⁶ framgår att de som använt nättdroger har betydligt mer avancerade drogvanor än övriga elever. Majoriteten av dem som använt nättdroger hade exempelvis också erfarenhet av att ha använt cannabis eller annan narkotika och ytterst få befanns vara ”rena” nättdrogsanvändare (elever som endast använt nättdroger och inte andra droger). Vidare konstaterades att eleverna med nättdrogs erfarenheter också uppvisade högre ansamling av olika riskfaktorer jämfört med övriga elever och att de hade egenskaper liknande elever som använt annan narkotika än cannabis.

³⁵ Skolelevers drogvanor, CAN rapport 170 (2017)

³⁶ Ungdomar som använder nättdroger – vilka är de?, Leifman & Henriksson (2013)



Det finns inga undersökningar som säkert kan ange hur vanligt förekommande NPS är bland den vuxna befolkningen. Och även om användandet av NPS har minskat bland skolelever sedan 2014 så ökar antalet dödsfall. Enligt sammanställning från Rättsmedicinalverket (RMV) har dödsfall orsakade av NPS ökat från 13 stycken år 2013 till 79 stycken år 2017.³⁷

Den mest uppenbara och allvarliga risken med NPS är att varornas exakta innehåll och styrka ofta inte är kända av brukarna. Varornas sammansättning förändras ständigt för att undgå att bli klassificerade som narkotika och hinner därför aldrig bli så testade av brukarna att de kan lära sig vilka biverkningar respektive vara har. Brukarna vet inte heller vilken styrka/renhet de nya varorna har och kan därför lätt överdosera. Flertalet nya psykoaktiva substanser är dessutom svåra att detektera vid rutinmässig blodprovstagning men kan påvisas i blod och urin genom utvidgad och riktad analys.³⁸

Utredning om nättdroger

Den så kallade Utredningen om nättdroger la fram sitt betänkande i december 2016 under namnet Klassificering av nya psykoaktiva substanser (SOU 2016:93). Regeringen har utifrån detta bland annat tillfört mer resurser

³⁷ Underlag sammanställt på uppdrag av SKL. Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nättdroger. Anna Karin Wallberg (2018).

³⁸ Underlag sammanställt på uppdrag av SKL. Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nättdroger. Anna Karin Wallberg (2018).

till Folkhälsomyndigheten för arbetet med att bevaka och utreda nya substanser. Polisen ges också möjlighet att göra anonyma inköp för att snabbare komma över nya substanser.

Det är många aktörer som behöver samverka för att motverka NPS. Ytterst handlar det om att inkludera NPS i det ordinarie förebyggande ANDT-arbetet och att socialtjänsten och sjukvården, tillsammans med andra aktörer som exempelvis skola, primärvård, BUP och ungdomsmottagningar blir bra på att upptäcka och hittar vägar att slå larm om dessa substanser.

Förändrat synsätt på missbruk och beroende

Sammanfattning och viljeinriktning

SKL ANSER

Frågan om hur samhället ser på missbruk och beroende genom exempelvis språkbruk och lagtexter kan i vissa fall försvåra för en del individer att söka hjälp. Detta har framkommit i arbetet med handlingsplanen. Missbruk och beroende är omgärdat av mycket skuld och skam och utvecklingen måste gå i en riktning som minskar utpekandet och stigmatiseringen. För att personer som har ett missbruk/beroende ska stärkas i att söka hjälp behövs en rad åtgärder. Det handlar om exempelvis information, utbildning, lättillgänglig vård och stödjande lagstiftning. I detta förändringsarbete behöver även könsmachtsstrukturer synliggöras. Enligt SKL behöver därför begreppet *missbruk* utredas för att se om det kan ersättas med *skadligt bruk*. Narkotikastrafflagen bör utvärderas för att se om det finns skäl att ändra i lagstiftningen i syfte att underlätta för personer med missbruk/beroende att söka hjälp. Avsikten är dock inte att förändra den restriktiva narkotikapolitiken.

Förklaringsmodeller och konsekvenser

Det finns flera förklaringsmodeller till missbruk och beroende och förklaringarna har dessutom förändrats över tid. I den så kallade missbruksutredningen från 2011 uttrycktes förändringen i synen så här:³⁹

”I vetenskapliga och yrkesmässiga sammanhang har synen på missbruk och beroende av alkohol och andra droger förändrats från att betraktas som moraliska och karaktärsföreläggelser hos individen till att ses som multifaktoriella tillstånd orsakade av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Denna utveckling illustreras bland annat av att missbruk (skadligt bruk) och beroende ingår i de internationella diagnosystemen inom hälso- och sjukvården och den manifesteras av definitionen av missbruk och beroende i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården. Denna utveckling av synen på missbruk och beroende från sociala problem till multifaktoriella tillstånd avspeglas inte i den lagstiftning som i dag reglerar missbruks- och beroendevården.”

I hälso- och sjukvården talar man om riskbruk, skadligt bruk och beroende. I lagtext används ordet missbruk. Många gör gällande att det finns ett likhetstecken mellan missbruk och skadligt bruk. Andra säger att beroende är alkoholens/drogens påverkan och missbruk handlar om hur användandet påverkar den enskildes liv.

³⁹ Missbruket, Kunskapen, Vården. Delbetänkande av Missbruksutredningen (SOU 2011:6)

Inget enkelt svar på vad som orsakar missbruk och beroende

Hälso- och sjukvården bedömer hälsotillstånd med hjälp av diagnoser. En diagnos är en bedömning av en patients hälsotillstånd och en identifiering av eventuella sjukdomar. Forskning visar att det finns en viss genetisk ärftlighet när det gäller framförallt alkoholberoende som gör att vissa människor är mer sårbara att hamna i ett beroende. Det är många faktorer som är kopplade till såväl individen som till omgivande företeelser som bidrar till att ett användande/bruk övergår till missbruk/skadligt bruk och beroende. Det finns alltså inget klart och enkelt svar på frågan vad som orsakar ett missbruk/skadligt bruk eller ett beroende.

Konsekvenser av alkohol- och narkotikakonsumtion

Det kan uppstå *fysiska sjukdomar* och medicinska problem (till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, leverskador, cancer och neurologiska skador), *psykisk ohälsa* (till exempel ångest och depression) och *sociala problem* (till exempel problem med ekonomi, boende och relationer) som konsekvens av alkohol- och narkotikakonsumtion. Biologiska skillnader mellan män och kvinnor och andra utsattheter kopplat till kön kan också innebära olika konsekvenser av alkohol- och narkotikakonsumtion.

Komplex problematik kräver sociala och medicinska insatser

Ett missbruk/beroende utgör en komplex problematik där behoven av insatser ofta behöver mötas utifrån både sociala och medicinska aspekter. Socialtjänsten möter samtidigt många som inte har kontakt med hälso- och sjukvården och som inte heller är i behov av det. Det finns även många som söker hjälp för sitt beroende hos hälso- och sjukvården utan att vara aktuella inom socialtjänsten.

Ökad kunskap och förändrat synsätt över tid

Den generella kunskapen har ökat när det gäller insikten om att det är vanligt med samsjukligheten vid missbruk och beroende. Vid psykisk ohälsa är risken för missbruk eller beroende förhöjd och risken är också högre att utveckla psykisk ohälsa till följd av missbruk eller beroende. För att ringa in ett missbruk/beroende och behov av insatser används flera verktyg av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessa har utvecklats över tid.

Skadereducerande insatser har blivit fler

Det har även utvecklats ett flertal skadereducerande insatser, som exempelvis sprututbytesverksamhet och ökad möjlighet att förhindra dödlighet kopplat till opioidöverdoseringar genom naloxon. Läkemedelsassisterad behandling (LARO) är en evidensbaserad och rehabiliterande behandling mot opioidberoende som även kan verka skadereducerande. Skadereducerande insatser kan av en del upplevas som en paradox till en samtidigt restriktiv narkotikapolitik.

Kunskapsbaserat arbetssätt används mer

Tillgången till och användningen av evidensbaserade metoder och ett kunskapsbaserat arbetssätt har ökat, vilket bidrar till en professionalisering. De evidensbaserade metoderna är metoder som genomsnittligt har bättre effekt än andra metoder men inte nödvändigtvis för den enskilde individen. De professionellas roll är att utifrån sin kompetens och erfarenhet väga samman vad forskningen säger med brukarens/patientens erfarenhet och önskemål. Professionen ska också följa upp insatserna och säkerställa att dessa leder till goda resultat. Lokal systematisk uppföljning är också en viktig källa till kunskap och kunskapsutveckling.

Nationella riktlinjer

Sedan 2007 finns nationella riktlinjer, som bygger på bästa tillgängliga kunskap kring missbruk och beroende, riktat till både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och profession inom området.⁴⁰ Det kan påpekas att i de vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjerna saknas könsperspektiv och även åldersfaktorer. Dessa riktlinjer innehåller i sin reviderade version från 2015 rekommendationer om bedömningsinstrument, medicinska test, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, psykosociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet och behandling av ungdomar. Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och profession inom området.⁴¹

Utifrån forskningen, de nationella riktlinjerna och annat kunskapsstöd, den enskildes preferenser och en systematisk uppföljning utvecklar professionen det som benämns en evidensbaserad praktik.

Diagnos, klassificering och kartläggning

För att ringa in ett missbruk/beroende och behov av insatser används flera verktyg. Dessa utvecklas också över tid.

Hälso- och sjukvården

DSM-5 är ett diagnosinstrument för klassificering av psykiska sjukdomar. Instrumentet används som ett redskap för bedömning och behandling, men även i forskningssammanhang. I den nya diagnoshandboken DSM-5 (svensk översättning 2014) har begreppen missbruk och beroende ersatts av ett gemensamt begrepp. Det nya begreppet ”substance use disorder” kan översättas till ”substansbruksyndrom” på svenska.⁴² Det nya begreppet är en sammanslagning av de tidigare sju beroendekriterierna och de fyra missbrukskriterierna i diagnoserna som fanns i DSM-4. Den enda skillnaden är att

⁴⁰ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen (2015)

⁴¹ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen (2015)

⁴² www.kunskapsguiden.se

kriteriet om kontakter med rättsväsendet ersatts av kriteriet ”begär/sug”. Diagnosen i DSM-5 kan graderas i olika svårighetsgrader. För diagnos krävs att minst två av kriterierna är uppfyllda. Svårighetsgraden anges som mild om 2-3 kriterier är uppfyllda, måttlig om 4-5 kriterier är uppfyllda och svår om fler än 5 kriterier är uppfyllda.

ICD-10 är en allmänt accepterad standard för klassificering av hälsotillstånd i vilken beroende definieras. Den är utgiven av Världshälsoorganisationen (WHO) och används inom all hälso- och sjukvård. Enligt ICD-10 betecknas begreppet *missbruk* med *skadligt bruk*, det vill säga bruk av substanser på ett sätt som skadar hälsan fysiskt eller psykiskt.⁴³

För *beroende* enligt ICD-10 gäller att tre av följande sex kriterier ska vara uppfyllda:

- Stark längtan efter alkohol.
- Svårigheter att kontrollera intaget.
- Fortsatt användning trots skadliga effekter.
- Prioritering av alkoholanvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser.
- Ökad tolerans.
- Fysiska abstinenssymtom.

Socialtjänsten

Inom socialtjänsten görs istället en kartläggning av individens problematik, som innefattar flera delar av livssituationen, för att komma fram till vilka insatser personen är i behov av. Det är vanligt att bedömnings- och uppföljningsinstrumentet ASI (Addiction Severity Index) används. År 2018 är det 283 kommuner som använder ASI-intervjun, som är en standardiserad bedömningsmetod för utredning och uppföljning. Den används även som underlag för planering och utveckling av vård och behandlingsinsatser.

ADAD, som är en bedömningsmetod i intervjuform, kan användas för unga med missbruk och social problematik. ADAD är väldigt lik ASI-intervjun men särskilt anpassad till ungdomar. En del använder även UngDOK och Addis Ung, när det gäller det unga målgruppen.

Fortfarande mycket skuld och skamkänslor

Trots ett till stora delar förändrat synsätt över tid lever det kvar mycket föreställningar kring personer med missbruk och beroende. Det råder fortfarande mycket skuld och skamkänslor, såväl hos den som lever i eller nära ett missbruk som hos omgivningen. Detta bidrar till en stigmatisering. Det råder dessutom olika synsätt på kvinnor och män som har ett missbruk/beroende. För att nå fler personer med stöd och vårdinsatser behöver stigmatiseringen brytas.

⁴³ www.kunskapsguiden.se

I vissa fall kan lagstiftningen och dess förarbeten upplevas omoderna och motverka utvecklingen. Ibland kan också utvecklingen hamna i konflikt med de signalvärden lagstiftningen skickar ut. Det är inte helt enkelt att tydliggöra en restriktiv narkotikapolitik och signalera hårda tag mot den organiserade brottsligheten samtidigt som personer som har ett missbruk/beroende ska erbjudas lättillgänglig vård och behovsbaserat stöd.

Begreppet missbruk bör ersättas med skadligt bruk

SKL anser att ordet *missbruk* på sikt bör fasas ut i styrande dokument, för att skapa en gemensam begreppsbild och för att minska stigmatiseringen. Istället bör begreppet *skadligt bruk* användas. Med skadligt bruk menas att användandet leder till problem, på ett sätt som skadar hälsan och/eller får sociala konsekvenser.

Behov av insatser styr

Den enskilde kan då vara i behov av, eller efterfråga medicinsk och/eller psykologisk behandling och/eller sociala insatser kopplat till exempelvis arbete/sysselsättning, boende, ekonomi och familjerelationer. Det behöver dock inte finnas ett diagnostiserat beroendetillstånd. Behovet av insatser kan emellertid vara det samma även vid ett beroende. Valet av insatser är alltså inte kopplat till tillståndet och konsekvenserna. Det är den enskildes behov av insats som styr.

Begreppsförändring behöver utredas

Det är inte möjligt att göra en sådan begreppsförändring över en natt, om det ens är möjligt. Det krävs även analys av vilka konsekvenser det kan få juridiskt, praktiskt arbetsrättsligt och verksamhetsmässigt ur ett organisations- respektive individperspektiv. Frågan behöver utredas.

Narkotikastrafflagen bör utvärderas

Narkotikastrafflagens (1968:64) första paragraf lyder på följande sätt:

1 § Den som olovligen

1. överlåter narkotika,
2. framställer narkotika som är avsedd för missbruk,
3. förvärvar narkotika i överlåtelssyfte,
4. anskaffar, bearbetar, förpackar, transporterar, förvarar eller tar annan sådan befattningsmedel med narkotika som inte är avsedd för eget bruk,
5. bjuder ut narkotika till försäljning, förvarar eller befordrar vederlag för narkotika, förmedlar kontakter mellan säljare och köpare eller företar någon annan sådan åtgärd, om förfarandet är ägnat att främja narkotikahandel, eller
6. innehar, brukar eller tar annan befattningsmedel med narkotika

döms, om gärningen sker uppsåtligt, för narkotikabrott till fängelse i högst tre år.

1988 genomfördes lagändringen i punkt 6 om att det är straffbart att såväl bruka som inneha narkotika. I förarbetena till bestämmelsen angavs som skäl bland annat att kriminalisering av konsumtion krävs för att ge uttryck för att samhället tar avstånd från varje befattning med narkotika. Ett sådant avståndstagande skulle vara påkallat inte minst för att motverka att ungdomar och andra som befinner sig i en risksituation dras in i missbruk. Det fanns ett stort stöd bland remissinstanserna för detta ställningstagande. Farhågor fanns emellertid att en utvidgad kriminalisering skulle kunna inverka negativt på den enskildes ambitioner och ansträngningar att söka vård för sitt missbruk. Synpunkter lyftes också om att förslaget skulle komma att leda till tillämpningssvårigheter och ta alltför mycket av framför allt polisens resurser i anspråk. Till detta kan också läggas utpekande och stigmatisering för en person med missbruk/beroende.

Spanings- och ingripandebrott

Narkotikabrott i form av eget bruk är ett typiskt så kallat spanings- och ingripandebrott. Detta innebär att antalet personer som varje år misstänks för eget bruk i första hand speglar polisens resurser och prioriteringar, snarare än det faktiska bruket.

I en så kallad kortanalys från BRÅ (Brottsförebyggande rådet) avseende Stockholm rapporterades att andelen ungdomar som misstänkts för eget bruk av narkotika varierar mycket såväl mellan olika kommuner i länet som inom Stockholms stads stadsdelsområden. Vid en jämförelse med självdeklarerat bruk framgår att även användningen av narkotika varierar mellan olika områden, men att variationen inte korrelerar med andelen misstänkta. I flera fall var andelen som uppgett narkotikabruk som lägst i områden som uppvisat en hög andel misstänkta och vice versa. Förhållandet såg likartat ut för både pojkar och flickor.⁴⁴

Ungdomar är den grupp som under 2000-talet andelsmässigt ökat mest sett till misstankar om eget bruk, samtidigt som andelen negativa blod- och urinprov visat sig vara störst inom denna grupp. För ungdomar 15-17 år uppgår andelen positiva prov till 57 procent för pojkar och 48 procent för flickor. En stor del av de som misstänks bedöms alltså senare vara oskyldiga.⁴⁵

Användning av narkotika har inte minskat

Det finns tecken som pekar på en ökning av narkotikabruk under de senaste åren. År 1979 skattades antalet problematiska narkotikaanvändare till 1,8 per 1000 invånare, 1992 till 2,2 och 1998 till 2,8 enligt CAN:s rapport Drogutvecklingen i Sverige 2017. I samma rapport framgår att tillgängliga indikatorer ger en någorlunda samstämmig bild av ökande nivåer av tungt narkotikamissbruk under 1990-talet. Det finns dock vissa svårigheter med

⁴⁴ Narkotikaanvändning och misstankar om eget bruk bland ungdomar i Stockholm. Kortanalys 2/2018, BRÅ (2018)

⁴⁵ Narkotikaanvändning och misstankar om eget bruk bland ungdomar i Stockholm. Kortanalys 2/2018, BRÅ (2018)

jämförbarheten eftersom skattningarna har gjorts med olika metoder. Tillgängliga indikatorer pekar på att det har skett ytterligare en ökning av det problematiska narkotikamissbruket under de senaste tio åren och att en viss nyrekrytering förekommit. Det verkar inte ha varit så att injektionsmissbruket har ökat utan ökningarna torde handla om oral användning, inte minst med inslag av narkotikaklassade läkemedel av opiat- och bensodiazepintyp.⁴⁶

Under 2006-2016 ökade andelen kvinnor och män som använt cannabis under de senaste 12 månaderna. Andelen är högre bland unga vuxna jämfört med äldre åldersgrupper.⁴⁷ Även sett till utvecklingen mellan 2013 och 2017 har användandet ökat, bland kvinnor från 1,5 till 2,6 procent och bland män från 3,5 till 4,5 procent. Ökningen är störst bland kvinnor i åldersgruppen 17-29 år.⁴⁸

Syntetiska opioider har under de senaste åren orsakat problem både i Europa och i Nordamerika. Substanserna har sålts på internetmarknader och även på den illegala marknaden.⁴⁹

Ungdomsbrottlighet och narkotika

En stor andel av ungdomsbrottligheten är narkotikarelaterad. Påföljdssystemet för unga lagöverträdare är utformat utifrån att barn och unga ska hållas utanför kriminalvården och i stället bli föremål för insatser inom socialtjänsten. Under 2016 fick totalt 5 318 unga personer ett lagföringsbeslut där brott mot narkotikastrafflagen var ett huvudbrott eller bibrott. Lagföringsbesluten för huvudbrott mot narkotikastrafflagen mot 15-17-åringar gäller till 98 procent innehav och/eller bruk. För 18-20-åringarna är motsvarande siffra 97 procent. Det saknas studier som belyser huruvida unga med begynnande missbruk uppmärksammas inom ramen för påföljdssystemet och nås av erbjudanden om vård och behandling från socialtjänsten.⁵⁰

Man kan bara spekulera i om det är förutsättningen att bruk av narkotika är straffbart som gör att dessa unga upptäcks eller om de ändå skulle fångas upp av socialtjänsten. Det finns också de som gör gällande att unga vuxna kvinnor som fastnat i missbruk sällan begår grövre brott. De skulle därför riskera att glida igenom rättsväsendets nät om eget bruk inte omfattades av narkotikastrafflagen.

Syftet med en utvärdering

Konsekvenserna av den 30 år gamla paragrafen i narkotikastrafflagen (1§6) har inte utvärderats i relation till sitt syfte. Oavsett ståndpunkt gällande om det ska vara straffbart att bruka och inneha narkotika för eget bruk så behöver

⁴⁶ Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

⁴⁷ Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2018, Socialstyrelsen (2018)

⁴⁸ Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017. CAN rapport 174 (2018)

⁴⁹ Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2018, Socialstyrelsen (2018)

⁵⁰ Pilotstudie om vård och behandling till unga som lagförts för brott – slutredovisning av regeringsuppdrag, Socialstyrelsen (2018)

konsekvenserna av just den delen av narkotikastrafflagen belysas för att se om effekterna har blivit de som avsågs vid införandet.

Avsikten med en utvärdering är *inte* att förändra Sveriges restriktiva narkotikapolitik och får inte blandas ihop med frågan om legalisering av narkotika. Utvärderingen ska inte heller motverka polisiära och rättsliga insatser mot kriminalitet och organiserad brottslighet. Avsikten är istället att se om det finns skäl att ändra i lagstiftningen för att underlätta för personer med missbruk att söka och få hjälp. Utvärderingen bör titta på vad som samtidigt är hindrande för personer med missbruk att söka hjälp. Utvärderingen bör även innehålla en internationell utblick.

Utveckling av stöd och behandling som är lättillgänglig

Sammanfattning och viljeinriktning

SKL ANSER

En viktig synpunkt som framkommit i arbetet med handlingsplanen är att det måste vara enkelt för den enskilde att söka hjälp när denne behöver och vill. Det betyder att hjälpen måste vara lättillgänglig på olika sätt. Det är ett stort utvecklingsområde för kommuner, landsting och regioner att förbättra tillgänglighet för råd, stöd och behandling ur flera perspektiv. Dessa perspektiv kan handla om exempelvis efterfrågan och behov, svårnådda målgrupper, närhet, fysiska hinder, öppettider och digitala möjligheter.

Utveckla attraktivt och tillgängligt stöd

Endast ungefär var femte person med ett alkoholberoende söker vård. Liknande uppskattningar görs internationellt. I en studie från Karolinska Institutet har ett tvärsnitt av drygt 9 000 individer 16-80 år tillfrågats om vilken behandling för alkoholproblem de föredrar och hos vilken vårdgivare. Även skäl att inte söka vård undersöktes. Resultatet visade att en majoritet föredrog behandling för alkoholproblem inom hälso- och sjukvården, medan endast fem procent föredrog socialtjänsten. Stödgrupper, psykologisk behandling och behandlingshem föredrogs i störst utsträckning. Skam var det vanligaste skälet till att inte söka behandling. Även de individer som hade ett alkoholberoende, och som tillfrågades i en annan delstudie, uppgav att skam och stigma är hinder för att söka behandling.⁵¹

Resultaten från ovan nämnda studie stärker en bild av att stigmatiseringen behöver brytas. Det gäller inte bara alkohol utan även narkotika. Om fler individer med riskbruk, skadligt bruk/missbruk eller beroende ska nås med stöd och behandling bör den erbjudas på ett sätt som ur den enskildes perspektiv är både attraktivt och tillgängligt, såväl inom hälso- och sjukvård som socialtjänst. Arbetet med att utveckla en mer jämlik och jämställd tillgång till råd, stöd och behandling måste fortgå, liksom utvecklingen av en nära vård och omsorg. Det är ett stort utvecklingsområde för kommuner, landsting och regioner att förbättra tillgängligheten ur flera perspektiv.

⁵¹ Alcohol dependence: Barriers to treatment and new approaches in primary care. Sara Wallhed Finn, Karolinska Institutet (2018)

God och nära vård

Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Regeringen har uttryckt att en förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov. En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

Närhet kan ha flera dimensioner. Det kan exempelvis handla om

- geografisk närhet,
- närhet i relationen till vård och omsorg (såsom kontinuitet, trygghet, samordning) och
- olika aspekter av tillgänglighet.

Utgångspunkten måste vara individens behov och upplevelse av närhet.

I det utvecklingsarbete som pågår i många kommuner, landsting och regioner, finns flera framgångsfaktorer. Det handlar om samverkan mellan kommuner och landsting/regioner, användning av ny teknik för att utveckla arbetssätten, satsning på utveckling av egenvård, att personalen kan medverka i utvecklingen av e-tjänster, har digital kompetens och börjar arbeta på nya sätt, att personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt i organisationen samt satsning på kompetensförsörjning som stödjer omställningen mot nära vård, där förmåga att arbeta över traditionella gränser, kommunicera och jobba preventivt och proaktivt är viktiga delar.

I januari 2018 lämnade regeringen propositionen *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* (prop 2017/18:83). I propositionen föreslår regeringen bland annat en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen om att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Ett förslag handlar också om att stärka vårdgarantin. Den enskilde ska inom viss tid garanteras medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Lagändringarna träder i kraft 1 januari 2019.

Utredning om god och nära vård

Den 1 juni 2018 lämnade utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård sitt delbetänkande *God och nära vård – en primärvårdsreform*.⁵²

I internationella jämförelser har svensk vård goda resultat när det gäller medicinsk kvalitet, men faller sämre ut i jämförelser när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet. Utredningen konstaterar att det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad

⁵² God och nära vård – en primärvårdsreform. Delbetänkande från utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (SOU 2018:39)

kvalitet och patientdelaktighet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen.

Utredningen tydliggör att det är patienters och brukares behov som är utgångspunkten för omställningen till nära vård och att ett personcentrerat arbetssätt och patientens medskapande betonas, vilket SKL ställer sig positiv till. I förslaget synliggörs också primärvårdens uppdrag att samordna och koordinera patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård.

Utredningen föreslår att det ska framgå av definitionen att primärvården ska svara för behovet av sådan medicinsk bedömning och behandling, förebyggande arbete, omvårdnad och rehabilitering som inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl kräver andra medicinska eller särskilda tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Syftet med denna ändring är att tydligt markera att primärvården är första vårdnivån, och att det är dit befolkningen i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov. Vidare läggs förslag som syftar till att tydliggöra primärvårdens uppdrag och skapa förutsättningar för en stark och likvärdig primärvård i hela Sverige. Utredningen föreslår att primärvårdens grunduppdrag regleras i förordning.

Primärvård kan ge lika bra resultat som specialistvård

Förutom ett bättre resursutnyttjande, och att fler därmed kan få tillgång till vård, så finns studier som visar att behandling i primärvård kan ge lika bra resultat som specialistvård. Ett exempel inom vård av alkoholberoende finns i tidigare nämnda studie från Karolinska institutet om vilka hinder som finns för att söka behandling. Där undersöktes även effekter av behandling för alkoholberoende inom primärvård. 288 vuxna med alkoholberoende randomiserades antingen till behandling i primärvård enligt 15-metoden, en kort behandling som anpassats för generalistmiljöer, eller till specialiserad beroendevård. Vid uppföljning efter 12 månader visade sig primärvårdsbehandlingen varit lika effektiv som specialistbehandling avseende veckokonsumtion. Behandling för alkoholberoende i primärvård med 15-metoden framstår som lovande då effekterna är likvärdiga med specialistvårdens. Behandlingen kan genomföras inom ordinarie behandlingsrutiner i primärvården och kräver en dags utbildning för allmänläkare.⁵³ Eftersom studien är genomförd bland vuxna finns inte kunskap om det fungerar på samma sätt för barn och unga.

Jämlik hälsa och jämlik vård

Förutsättningarna för en god hälsa varierar beroende på livsvillkor, levnadsvanor, arv och miljö. Det finns också skillnader i hälsa som kan kopplas

⁵³ Alcohol dependence: Barriers to treatment and new approaches in primary care. Sara Wallhed Finn, Karolinska Institutet (2018)

till kön, födelseland, socioekonomiska faktorer (utbildning, arbete och ekonomi) både mellan grupper och mellan geografiska områden.

Kommissionen för jämlik hälsa

Kommissionen för jämlik hälsa har haft i uppdrag att föreslå åtgärder som kan bidra till att minska hälsoklyftorna i Sverige. Ett slutbetänkande lämnades 2017⁵⁴ som bland annat innefattade förslag för mer jämlika villkor och möjligheter inom ramen för åtta olika målområden. Dessa områden berör direkt eller indirekt även frågorna om missbruk och beroende kopplat till åldersgruppen 13-29 år. Områden är:

- Det tidiga livets villkor.
- Kompetenser, kunskaper och utbildning.
- Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.
- Inkomster och försörjningsmöjligheter.
- Boende och närmiljö.
- Levnadsvanor.
- Kontroll, inflytande och delaktighet.
- En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

En jämlik *hälso- och sjukvård* innebär att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla oavsett kön, etnicitet etcetera. En grundläggande tanke bakom *socialtjänsten* är att den ska vara tillgänglig och vara av god kvalitet för alla som har behov av den.⁵⁵

Tillgänglighet

Tillgänglighetsaspekterna är viktiga för en jämlik hälso- och sjukvård och socialtjänst. Tillgänglighet kan ses från olika perspektiv. Det kan vara en verksamhet som är tillgänglig genom att den geografiskt ligger bra till för invånarna. Det kan vara en verksamhet som är tillgänglig för att personer med rörelsehinder kan komma in i lokalen. Det kan handla om öppettider som är anpassade efter målgruppens behov men det kan också vara en verksamhet som inte har väntetider, en typ av verksamhet som finns i tillräcklig omfattning. Det kan också handla om begriplighet. Tillgänglighet kan även handla om att få möjlighet till råd och kortare stödinsatser utan utredning och formella beslut. Vad som är en god tillgänglighet för en enskild person och olika målgrupper, exempelvis unga, kan skilja sig åt och kan behöva undersökas.

⁵⁴ Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa - förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2017:47)

⁵⁵ Definitioner från www.socialstyrelsen.se

Exemplet ”Första linjen” handlar om jämlikhet, nära vård och tillgänglighet

Ett exempel som kan åskådliggöra hur delarna påverkar varandra och hör ihop är *Första linjen inom psykisk hälsa för barn och unga*.

Andelen barn och unga som upplever psykisk ohälsa har ökat under de senaste decennierna. Enligt Socialstyrelsen hade cirka 10 procent av flickor och pojkar (10-17 år) samt unga män (18-24 år) psykisk ohälsa år 2016. När det gäller unga kvinnor (18-24 år) var siffran omkring 15 procent. Detta motsvarar, i totalt antal, ungefär 34 200 flickor respektive 45 300 pojkar i åldersgruppen 10-17 år, och 63 400 unga kvinnor respektive 47 200 unga män i åldersgruppen 18-24 år.⁵⁶

Den samlade bilden är att barn och unga med psykisk ohälsa ofta ”faller mellan stolarna” när det gäller stöd och vård. För att överbrygga glappet mellan de insatser som erbjuds alla barn och unga och det som erbjuds inom specialistnivån inom vård och omsorg har kommuner och landsting byggt upp en första linje. Första linjen är den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn, unga eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt. I vissa kommuner och landsting har man byggt upp nya verksamheter med ett specifikt uppdrag att ansvara för första linjen. I andra kommuner och landsting har man istället valt att utöka uppdraget för befintliga verksamheter att även inkludera ansvaret för första linjen. Fokus ligger på vilken typ av insats som görs, inte vilken aktör som utför den eller hur det är organiserat. I Skåne finns exempelvis särskilda första linjemottagningar inom BUP (barn och ungdomspsykiatri). I Västernorrland är det hälsocentraler eller vårdcentraler som är första linjen, medan det i de flesta kommuner i Uppsala län är ungdomsmottagningarna.

Kontaktorsaker och väntetider

Ett sätt att öka tillgängligheten är att korta väntetiderna. Inom *Första linjen psykisk hälsa barn och unga* ges möjlighet att mäta väntetiden. Mätningen ger möjlighet att se hur många barn och unga som besöker verksamheten varje månad med könsuppdelad statistik och uppgifter om orsak till kontakten och antal aktiviteter. I en kartläggning från 2015 framkom bland annat att tonårspojkar i mindre utsträckning än tonårsflickor var föremål för en insats på första linjen, de flesta barn och unga sökte vård och stöd på första linjen på grund av problem med oro/ångest och nedstämdhet/depression och att den vanligaste insatsen som erbjöds var stödjande samtal. Det fanns en stor efterfrågan från professionen på ett ökat stöd när det gäller kunskap om vilka metoder som finns för att upptäcka psykisk ohälsa och vilka metoder som har evidens vid insatser till barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.⁵⁷

⁵⁶ Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016. Socialstyrelsen (2017)

⁵⁷ Kartlägningsrapport: Första linje för barns och ungas psykiska hälsa. En kvantitativ beskrivning utifrån data insamlad mars – september 2014. Uppdrag Psykisk Hälsa (2015)

Ofta samverkar olika anledningar till att barn och unga mår dåligt och användande av alkohol och/eller cannabis är inte ovanligt, även om det inte anges som kontaktorsak.

Områdesskillnader

I en rapport som Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) tagit fram kring första linjens psykisk ohälsa visar att det finns områdesskillnader inom Stockholm län. I socialt utsatta områden har en lägre andel barn och unga besökt första linje mottagningar. Ju högre andel arbetslösa, utrikesfödda eller andel familjer med låg köpkraft i området desto lägre andel barn och unga som hade kontakt med första linje verksamhet. Detta antyder att det finns stora mörkertal av barn i behov av hjälp, vilket även tillgänglig forskning visar.⁵⁸

Kartläggning av situationen lokalt och regionalt

Utifrån denna typ av bakgrundskunskap blir det angeläget att arbeta med frågor som handlar om hur förhållandena ser ut lokalt och regionalt. Hur kan skillnader i hälsa minskas, hur kan en mer jämlik och jämställd tillgång till råd, stöd och behandling uppnås, hur kan man arbeta systematiskt med uppföljning, utvärdering och kunskapsstyrning?

Uppdrag Psykisk Hälsa har med olika frekvens sedan 2008 genomfört kartläggningar av psykiatrisk specialistvård omfattande vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt rättspsykiatri. Kartläggningarna har bland annat omfattat landstingens resurser för öppenvård och heldygnsvård i form av vårdplatser, patientbesök, diagnosgrupper, personal samt kostnader. Syftet med kartläggningarna är att inspirera till kunskapsutbyte och att bli en del av landstingens analyser och förbättringsarbete inom psykiatrisk specialistvård. I den senaste kartläggningen framkommer att besöken på barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har ökat med 18 procent mellan 2016 och 2017 och inom vuxenpsykiatri är ökningen sex procent. Samtidigt har bemanningen inom BUP ökat genom att antalet läkare och antalet sjuksköterskor ökat med 8 respektive 4 procent.⁵⁹

Öppna mottagningar för olika åldrar

Personer med olika grad av missbruk och beroende kan ha jobb, bostad, familj och ett socialt fungerade liv. För att det ska vara enkelt att söka hjälp bör det finnas många möjligheter till rådgivnings- och behandlingsinsatser även för socialt etablerade personer.

Mottagningar som exempelvis Riddargatan 1 i Stockholm är inriktade på att hjälpa personer som dricker för mycket men som inte har andra sociala hjälpbehov. Dessa personer kan då få hjälp innan allvarliga sociala och

⁵⁸ Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) (2018)

⁵⁹ Psykiatri i siffror 2018, kartläggning Uppdrag Psykisk Hälsa (2018)

hälsorelaterade konsekvenser är ett faktum. För unga vuxna 18-25 år som är i riskzonen för eller har ett skadligt bruk av alkohol, andra droger och spel i kombination med dåligt psykiskt mående, finns i Stockholm Livsstilsmottagningen på samma adress. Det är en del av Maria Ungdom, som i sin tur har mottagning för personer under 18 år. Dessa tre delar representerar öppna mottagningar för olika åldrar, dit personer kan söka hjälp på egen hand men som även tar emot remisser. Verksamheterna är lättillgängliga och har hög kompetens som består av exempelvis läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer.

Mottagningar riktade till unga vuxna brottas med svårigheter att nå och fånga upp målgruppen de är avsedda för. De behöver även rikta sig till personer med kognitiv funktionsnedsättning.

Fysisk tillgänglighet

Det är svårt att tillgodose behovet av fysiska mottagningar överallt i landet. Inom tätbebyggda områden är det enklare att nå en mottagning för stöd och hjälp än i de delar av landet där det är långa avstånd. Man kan också behöva tänka att personal ska komma till invånarna istället för att patienter och brukare ska förflytta sig långt. En del kommuner, landsting och regioner förlägger viss service integrerat med annan för att samla resurserna, vanligtvis med begränsade öppettider. Vissa kommuner och landsting/regioner försöker lösa tillgängligheten genom att använda sig av mobila mottagningar, exempelvis bussar, för att nå ut i glesbygden. Det gäller emellertid att tänka på hur verksamheterna, ur ett tillgänglighetsperspektiv, nås av personer med funktionsnedsättningar av olika slag.

Digitala mottagningar och digital behandling

På Glesbygdsmedicinskt centrum i Storuman har en modell för virtuellt hälsorum utvecklats. Rummet är utrustat med teknik som patienten kan använda för att ta blodprov, mäta pulsen, lyssna på hjärtat, väga sig och undersöka hals och öron. Det finns en videoupkoppling med vårdpersonal. På Djurö i Stockholms skärgård kan patienterna boka digitala vårdbesök via landstingets app och samtalen förs via skärmen. Det finns även flera privata appar där man kan få medicinsk hjälp. I Umeå prövas, hittills med goda resultat, att ha Ungdomsmottagningstjänster on-line. Framförallt barnmorsketjänsten tycks fungera väl.

När det gäller behandling är internetbaserad KBT-behandling är ett annat exempel på digital lösning för att erbjuda flexibel och tillgänglig vård. Det är en digital behandlingsform som idag är väletablerad och har forskningsstöd när det gäller vissa tillstånd. I flera kommuner i landet, exempelvis Motala, Kalix, Österåker och Norrtälje använder personer med missbruk/beroende av alkohol en app i sin mobiltelefon. Det går ut på att i appen svara på dagliga frågor om sitt mående, vilket kopplas till dagliga blåstester/nykterhetstester i mobilen. Behandlaren kan i realtid upptäcka avvikelser och kontakta individen. Genom

insamlade data bildas mönster i kopplingen mående och nykterhet, som kan stödja beteendeförändringar. Systemet är baserat på artificiell intelligens (AI) för att tidigt identifiera återfall och är ett komplement och stöd vid behandling oberoende av behandlingsmetod.

Vid Akademiska sjukhuset i Uppsala finns en e-mottagning för den som har ett riskbruk eller beroende av alkohol. Målet är att individen med hjälp av sex korta besök på nätet hos läkare och sjuksköterska ska få stöd i att reducera sin höga konsumtion av alkohol. Förutom samtalen kan läkemedel som minskar sug för alkohol erbjudas. Två provtagningar erbjuds som ger en bild av hur kroppen mår efter beslutet om reducerad eller upphörd alkoholkonsumtion.

Såväl provtagningar som råd och stöd samt behandling kan alltså bedrivas i digital form och det bör öppna möjligheter för missbruks-/beroendevården framöver. När det gäller tillgång till läkartjänster pågår dock diskussion om processer för att sortera och prioritera patienter (triagering) eftersom alla digitala vårdbesök inte kräver läkarkontakt. Den statliga utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* (dir. 2018:14) räknar med att ta upp de frågorna i sitt slutbetänkande 2019.

Webbsajter och chattfunktioner

Det finns även webbsajter som är väl kända och som har ett gott renommé, där barn, unga och unga vuxna söker viss information men inte har direktkontakt med en professionsföreträdare. Ungdomsmottagning på nätet är ett sådant tydligt exempel (www.umo.se) och systersajten på många språk (www.youmo.se). Eftersom umo.se är så etablerad bör det vara möjligt att utveckla chattfunktion för att öka tillgängligheten. Även 1177 bör kunna utveckla en chattfunktion, kopplat till informationssökning dygnet runt. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) bedriver Sveriges största ungdomssajt med fakta, frågor och svar om alkohol och andra droger (www.drugsmart.com).

E-tjänster

Det bör även vara enkelt att boka tid och göra ansökningar på nätet. Socialstyrelsen menar att utvecklingen av e-tjänster inom socialtjänsten går långsamt. Att inte erbjuda den enskilde möjligheten att kommunicera, boka tid med sin handläggare eller ansöka om bistånd digitalt innebär en begränsning för den enskilde att själv styra över sin kontakt med socialtjänsten. Många andra samhällsfunktioner har öppnat upp för självservice och digitala kommunikationskanaler, vilket medför att kontakterna mellan den enskilde och myndigheten till större del sker på den enskildes villkor. Socialstyrelsen konstaterar att socialtjänsten inte följer med i denna utveckling och att möjligheterna till kontakt med socialtjänsten begränsas för grupper och

individer.⁶⁰ E-tjänster får emellertid inte ta bort möjligheten till personlig kontakt. Särskilt gäller detta för personer som av olika skäl har svårt att klara av digitaliseringen, ofta personer med funktionsnedsättningar.

Information och hänvisningar

Rent generellt bör kommuner, landsting och regioner se över sin information och sina hänvisningar för att se om de kan anpassas digitalt. Det ska vara enkelt att få svar på det man söker och tydligt vart man som individ, anhörig/närstående och profession ska vända sig.

Öppettider som passar individen

Det vanligaste är att verksamheter för råd, stöd och behandling har öppet kontorstider, om det inte är fråga om akut- eller jourverksamhet. Samtidigt är det angeläget att verksamheten är tillgänglig när patienter och brukare efterfrågar den. Motivation att söka hjälp infaller inte alltid nio till fem. Digitala tjänster kan här spela en stor roll, exempelvis tidsbokning och stödjande samtal. Även ett stort antal drop-in tider gör att tillgängligheten ökar. Det blir lättare att möta ett så kallat motivationsfönster hos en individ. För exempelvis personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är det viktigt att kunna göra oplanerade besök utifrån att det ingår i svårigheterna att planera för detta. En skriftlig kallelse till ett möte fungerar bra för de flesta men inte för alla. Sms-påminnelser kan också användas.

Målgrupper som är svåra att nå

I de flesta kartläggningar bekräftas bilden av att det är svårt att nå de unga vuxna som är 20-29 år och har ett riskbruk, skadligt bruk/missbruk eller beroende. Dessa har sällan hunnit uppleva de negativa konsekvenserna av sitt användande och är därför inte motiverade att söka en förändring. Och även om det ibland kan finnas en förändringsvilja så varierar den starkt över tid. Många är inte heller medvetna om hur skadligt ett missbruk av en drog kan vara för hälsan eller hur länge cannabis dröjer sig kvar i kroppen, vilket exempelvis kan få överraskande negativa konsekvenser för den som kör bil påverkad.

Det är ett stort utvecklingsområde att försöka nå denna grupp unga vuxna. Det görs olika ansatser men de flesta brottas med samma problem. I Tyresö har försök gjorts med motivationsgrupper för unga vuxna 20-30 år med narkotikamissbruk/beroende. De har på egen hand översatt en manualbaserad metod från USA som bygger på MI (Motiverande samtal) och som syftar till att deltagarna ska få ett ökat medvetande som kan leda till förändring. Gruppdeltagarna ska även stödja varandra. Det finns liknande arbetssätt på

⁶⁰ E-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna 2018. Redovisning av en uppföljning av utvecklingen inom e-hälsa och välfärdsteknik i kommunerna, Socialstyrelsen (2018)

andra ställen. Att bedriva ett uppsökande arbete i miljöer där unga vuxna vistas görs i varierad grad av kommuner, landsting och regioner.

Andra grupper av individer som normalt inte nås av de traditionella erbjudandena är personer med fysiska och/eller intellektuella funktionsnedsättningar. Även barn, unga och unga vuxna som kommer från andra länder är underrepresenterade i besöksgruppen.

Vikten av samverkan, samordning och delaktighet

Sammanfattning och viljeinriktning

SKL ANSER

Det är mer regel än undantag att personer med missbruk/beroende har behov av insatser från flera håll. Det är då centralt att samordningen fungerar på ett tillfredsställande sätt. En avgörande faktor för att samordning och samverkan ska fungera är ett ledarskap som stödjer ett sådant arbetssätt. Vikten av ett gott ledarskap speglar sig i alla frågor, men tas inte upp som en särskild fråga i handlingsplanen.

Bättre spridning och användande av kunskapsprodukter

Socialstyrelsen och SKL har gett ut olika stödmaterial för att arbeta med samverkan och delaktighet. Ändå finns behov av förbättring. Det finns stort behov av att få spridning på nationella kunskapsprodukter samt öka kännedomen om relevanta webbsidor som rör missbruk och beroende, bland annat kring samordning, samverkan och delaktighet. Ett konkret och angeläget område rör samordnad individuell plan (SIP), där användandet behöver förbättras. Det finns även ett stort behov av vägledning till kommuner, landsting och regioner när det gäller utveckling av brukar- och patientinflytande.

Samordnad individuell plan (SIP) behöver användas mer

Fler huvudmän än idag bör arbeta med samordnad individuell plan (SIP). Alla som tar myndighetsbeslut bör omfattas av skyldigheten att ta initiativ och medverka till SIP. Samtidigt bör en översyn göras när det gäller alla bestämmelser om olika individuella planer så att regelverket hänger ihop. De många planerna som olika aktörer ansvarar för kan förvirra och riskerar att motverka istället för att underlätta samverkan och samordning. Det är också angeläget att staten tydliggör vilket ansvar huvudmännen har när det gäller stöd till anhöriga och närstående då detta är oklart i nuvarande bestämmelser.

Bättre samverkan mellan aktörer

Det finns bestämmelser som påtalar att det är nödvändigt för olika aktörer att samverka. Samtidigt finns ett stort behov av stöd på regional och lokal nivå för att göra samverkansöverenskommelserna konkreta och anpassade även till gruppen barn och unga. Det finns också föreskrifter som reglerar att avvikelser när det gäller verksamhetens kvalitet ska hanteras. Dessa avvikelshanteringssystem behöver kunna aggregeras på en övergripande och för huvudmännen gemensam nivå.

Samordningslösningar utifrån lokala och regionala behov

För att uppnå en likvärdig och effektiv missbruks- och beroendevård behöver kommuner och landsting se över möjligheten till olika lösningar för samordning av verksamheter. Det finns en rad olika samordnade organisationslösningar som kan passa beroende på lokala och regionala förutsättningar. Kommuner, landsting och regioner har behov av vägledning kring vilka förutsättningar som råder för olika alternativ.

Samverkan genom ledningssystem och samverkansöverenskommelser

Det finns tydliga bestämmelser som gör det nödvändigt för olika aktörer att samordna sig och samverka med fokus på individens behov utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

Ett sådant exempel är Socialstyrelsens föreskrifter om *ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9). Där anges att både vårdgivare och de som bedriver omsorgs verksamhet ska identifiera processer där det finns behov av samverkan och säkerställa att samverkan möjliggörs med bland annat vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten. Av föreskrifterna framgår också att den som bedriver verksamhet ska ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet. Utredningen ska leda till att den som bedriver verksamheten ska kunna ta ställning till om det förekommit avvikelser i verksamheten. Verksamheterna har emellertid olika system för avvikelshantering och det finns inget sätt att aggregera avvikelserna på en mer övergripande nivå. Det finns inte heller någon process som är gemensam för huvudmännen och därmed erhålls heller ingen transparens för den enskilde. Det bör därför undersökas om det är möjligt att åstadkomma gemensamma avvikelshanteringsprocesser.

Samverkansöverenskommelser behöver utvecklas

Det finns särskilda krav på kommuner och landsting att ingå överenskommelser med varandra om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning, personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet (16 kap. 3 § HSL samt 5 kap. 1 d, 8 a och 9 a §§ SoL). *Samverkansöverenskommelserna* är inte tillräckligt konkreta och omfattar ofta inte heller unga personer.⁶¹

De lagstadgade samverkansöverenskommelserna bör därför både utvecklas och förtydligas. Dels behöver konkretiseringsgraden bli högre. Om något ska följas upp regelbundet behöver det stå vad som ska följas upp, när det ska följas upp, hur och vem som ska göra det. Dels behöver överenskommelserna vara begripliga och lättillgängliga för patienter och brukare. Inom ramen för samverkansöverenskommelserna bör även definieras vad som är första linjen för missbruk/beroende och psykisk hälsa, både lokalt och regionalt, liksom vilka aktörer man samverkar med internt och externt. Målgruppen unga behöver ett eget fokus. När det gäller överenskommelser om tillnyktring bör dessa innefatta barn under 18 år också. Det finns även skäl att involvera skolan och elevhälsan i överenskommelserna eftersom de även ska omfatta barn och unga. En checklista för vad som bör ingå i samverkansöverenskommelserna kan utgöra ett stöd för det regionala och lokala arbetet.

⁶¹ Att komma överens – en uppföljning av samverkansöverenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Vårdanalys (2017)

Förutom det som är lagstadgat förespråkar även de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende samtidiga insatser vid samsjuklighet.⁶²

Fast vårdkontakt för bättre sammanhållen vård

Det finns bestämmelser om *fast vårdkontakt* för patienter med omfattande behov av hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) och patientlagen (2014:821). Socialstyrelsen gav hösten 2017 ut en vägledning vars syfte är att bidra till att patienter med omfattande behov i större utsträckning än tidigare erbjuds en fast vårdkontakt, samt att det vid långvariga behov av både vård och omsorg upprättas en samordnad individuell plan (SIP).⁶³ Av vägledningen framgår några enkla tumregler när det gäller fast vårdkontakt:

När – en fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Var – en fast vårdkontakt kan utses i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.

Hur – en fast vårdkontakt bör kunna bistå patienten i att samordna vårdens insatser, informera om vårdssituationen, förmedla kontakter och vara patientens kontaktperson.

Vem – det kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, undersköterska eller mentalskötare. Men det kan också i vissa fall vara en mer administrativ funktion som koordinerar patientens vård. Detta är beroende på patientens medicinska och övriga behov.

Kännedomen om patientens möjlighet att begära, samt hälso- och sjukvårdens skyldighet att tillhandahålla, en fast vårdkontakt behöver förbättras.

Samordning genom samordnad individuell plan (SIP)

Det finns särskilda bestämmelser om *samordnad individuell plan (SIP)*, i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I bestämmelserna anges att en individuell plan ska upprättas när den enskilda har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården, förutsatt att planen behövs för att den enskilda ska få sina behov tillgodosedda och att den enskilda samtycker till det. Det räcker att en av huvudmännen gör bedömningen att en plan behöver upprättas för att skyldigheten ska inträda för båda. Planen ska när det är möjligt upprättas

⁶² Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2015)

⁶³ Om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan – Nationell vägledning, Socialstyrelsen (2017)

tillsammans med den enskilde. Om det är lämpligt ska närstående få möjlighet att delta i arbetet med planen, om inte den enskilde motsätter sig det.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs och vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för. I planen ska det också redovisas åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen och landstinget. Vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen ska också framgå.

Det är landstinget och kommunen som är skyldiga att upprätta en samordnad individuell plan när de bedömer att det behövs. Däremot kan andra föreslå att en samordnad individuell plan upprättas och delta i arbetet med planen. Det kan till exempel vara anhöriga och närstående, skolan, personligt ombud, Kriminalvård, Arbetsförmedling eller Försäkringskassan. Kommuner kan ha egna rutiner som anger att elevhälsan, skolan och förskolan ska ta initiativ till en samordnad individuell plan om de bedömer att barnet eller den unga är i behov av en sådan plan.

I proposition 2008/09:193 om vissa psykiatrirådgivningsfrågor framgår att landstinget och kommunen bör utgå från att det finns behov av en individuell plan för vissa personer. Det gäller personer med omfattande behov, exempelvis personer som har en kombination av psykisk sjukdom och missbruksproblem, allvarliga psykiska sjukdomar och funktionsnedsättning, demenssjukdom och annan somatisk sjukdom, samt ungdomar med omfattande psykosociala behov.

Utvärdering av utfallet av SIP

Socialutskottets utvärderings- och forskningsgrupp har utvärderat utfallet av SIP för två grupper – barn och unga med funktionsnedsättning och äldre multisjuka.⁶⁴ Det är dock sannolikt att de resultat och slutsatser som dras för dessa grupper även gäller för andra grupper. Det är samtidigt svårt att få en sammantagen bild av lagändringens genomslag eftersom det inte finns heltäckande statistik för alla berörda grupper. Hinder för samverkan som identifierades i utvärderingen är:

- Bristande tid och kunskap.
- Bristande samsyn mellan aktörer.
- Otydlig ansvarsfördelning.
- Begränsad brukardeltagande.
- Begränsningar i infrastruktur.

Under 2016 kunde kommuner och landsting ta del av statliga stimulansmedel inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och SKL om de länsvis sammanställt en handlingsplan för området psykisk hälsa. En analys av handlingsplanerna visade att arbetet med att erbjuda SIP och utveckla formerna för SIP var ett återkommande insatsområde i länen.

⁶⁴ Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering, Socialutskottets utvärderings- och forskningsgrupp (2018)

Den generella bilden visar att arbetet med att genomföra SIP-lagstiftningen har kommit längre för gruppen barn och unga med funktionsnedsättning jämfört med gruppen äldre med komplexa behov. Utbildningssatsningar och stimulansmedel för gruppen barn och unga är några av förklaringarna bakom resultatet. En viktig framgångsfaktor som de flesta intervjuade i Socialutskottets utvärdering har lyft fram är kunskap om och kring SIP. För att få genomslag av lagstiftningen måste alla viktiga aktörer känna till SIP. Det är även viktigt att öka kunskapen om möjligheten att få en SIP hos brukarna. På det viset skapas en efterfrågan på SIP. Vikten av att de personer som deltar i SIP-möten har mandat att fatta beslut lyfts i flera olika sammanhang.

Erfarenheter av SIP

I en avhandling vid Jönköpings universitet undersöktes professionellas, barns och föräldrars erfarenheter av SIP.⁶⁵ Hindrande faktorer för att arbeta med SIP handlar om:

- Olika mandat och behov.
- Tvång till närvaro och insats.
- Ifrågasättande och klander.
- Tidsramar och prioritering.

Som främjande faktorer nämns:

- Likartad tolkning av gemensamma avtal.
- Ömsesidig respekt och kollegialt lärande.
- Gemensam terminologi.
- Dokumentation.
- Intresse för samverkan.

SIP har potential att bidra till både samordning och samverkan om de professionella visar kollegial respekt och fokuserar på brukarens behov. Det bygger på förutsättningen att professionerna inte hamnar i konflikt utifrån en primär önskan att skydda den egna verksamhetens kärnuppdrag. Ifall de konkurrerande resonemangen får för stort utrymme finns det risk för att brukaren blir till ett objekt som professionerna samordnar insatser kring, istället för att samverka med brukaren som ett subjekt, vilken är intentionen med SIP.⁶⁶

Öka kunskapen om SIP

SIP kan användas oavsett ålder och oavsett problematik. SIP kan också användas vid tidiga insatser. SIP kan även bidra till bättre eftervård. SIP kan med fördel utvecklas även för att användas för samordning inom respektive huvudmäns område, till exempel skola-socialtjänst, barn och familj-missbruk-försörjningsstöd och BUP-primärvård-beroendevård-psykiatri. Viktigt är

⁶⁵ Samordnad individuell plan (SIP) – professionellas samt barn och föräldrars erfarenheter, Erik Nordström, Jönköping University (2016)

⁶⁶ Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan (SIP), Socialvetenskaplig tidskrift 2016:1

emellertid att ha i minne att SIP:s fokus är individens samordning, inte organisationens.

SKL har tagit fram ett stödmaterial för att underlätta arbetet med att ta fram dessa samordnade individuella planer, som finns tillgängligt på SKLs webbplats <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/samordnadindividuellplansip.samordnadindividuellplan.html>visar

SIP-samordnare

På flera håll i landet har det arbetats med koordinators och särskilda samordnare för att underlätta kontakterna med olika aktörer. En SIP-samordnare som känner till relevanta aktörer, och kan kartlägga tillgängliga insatser och på vilken nivå de kan sättas in, kan vara ett värdefullt stöd vid SIP-möten. En samordnare kan också upptäcka och informera ledningarna om strukturella problem i verksamheterna och på så vis vara en motor i utvecklingsarbetet.

Digital SIP

SKL genomför 2018 en förstudie för att utreda om plattformen *Stöd och behandling* (en av 1177:s e-tjänster) kan vara en lösning för kommuner och landsting att samverka i en digital version av SIP. Syftet är att göra det möjligt för individen och olika aktörer att enkelt ta del av planen. Med en digital SIP kan alla se vad de andra har skrivit, den kan undertecknas digitalt och är lätt att nå.

De två landsting/kommuner som testar en digital SIP är dels Stockholms läns landsting och Södertälje kommun som genomför pilottester gällande vuxna, dels landstinget i Blekinge och Ronneby kommun gällande barn och unga.

Lagstadga om SIP för fler aktörer

SIP används inte i tillräcklig omfattning⁶⁷ men framstår som ett viktigt verktyg när det gäller att skapa förutsättningar för samordning. I SKL:s positionspapper *Funktionshinder och delaktighet* har SKL:s styrelse slagit fast att SIP är viktigt för att samordna stödinsatser tillsammans med den enskilde. Alla som upptäcker behov av samordning ska kalla till SIP oavsett om det är inom kommun, landsting eller region. Det skulle underlätta om SIP lagstadgades så att även förskola, skola, färdtjänst, bostadsanpassning, Kriminalvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan omfattas. Önskvärt är att SIP kan vara en samordnad plan inte bara mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård utan även exempelvis mellan socialtjänst, kriminalvård och arbetsförmedling.

Många planer att förhålla sig till

En samordnad individuell plan (SIP) handlar om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En genomförandeplan handlar

⁶⁷ Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård- och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys (2017)

däremot om hur en viss insats ska genomföras i praktiken. Det gäller även för andra planer, till exempel vårdplan, rehabiliteringsplan och utvecklingsplan. Finns det som ska finnas i en SIP redan i en annan plan, behöver ingen ny plan upprättas.⁶⁸

Det finns många planer att förhålla sig till, vilket kan vara frustrerande för den enskilde samt skapa osäkerhet och merarbete för kommun och landsting. Till exempel kan en enskild ha en vårdplan enligt HSL, en individuell plan enligt LSS, en genomförandeplan enligt SoL och ett åtgärdsprogram enligt Skollagen. De olika planerna upprättas i respektive verksamhet och förvaras i respektive verksamhets dokumentationshanteringssystem. Flera av planerna syftar till att få till stånd en bättre samverkan mellan aktörerna men mångfalden av planer får motsatt verkan. Det behövs en översyn när det gäller alla planer så att inte mångfalden motarbetar sitt syfte att samordna insatserna för individuell planering mellan olika aktörer.

Samordnade organisationslösningar

Det finns en flora av möjligheter till samordnad organisering som kan skapa en likvärdig och effektiv missbruks- och beroendevård till gagn för individen:

- gemensamma nämnder
- samordningsförbund
- kommunalförbund
- integrerade mottagningar
- koordinatorsfunktion, som Case Manager (CM)
- multiprofessionella team
- nära samarbete mellan verksamheterna
- beroendevårdskedja
- avtalssamverkan mellan kommuner.

Vad dessa olika alternativ innebär beskrivs nedan.

Gemensamma nämnder

Inom ramen för en gemensam nämnd finns förutsättningar för kommuner och landsting att fullgöra olika uppgifter på vård- och omsorgsområdet gemensamt, men de samverkande kommunerna och landstingen behåller det yttersta huvudmannasvaret för de uppgifter de samverkar kring i nämnden (lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet). Den gemensamma nämnden är alltså inte en egen juridisk person vilket bland annat innebär att den inte själv kan anställa personal. Nämndens behörighet, befogenhet, verksamhet och arbetsformer ska regleras i en överenskommelse mellan de samverkande parterna och ett reglemente som beslutas av fullmäktige i respektive samverkande kommun och landsting (9 kap. 19-22 och 33 §§

⁶⁸ Frågor och svar om samordnad individuell plan (SIP), Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se

KL).⁶⁹ Ett exempel är kommunerna Mora, Orsa och Älvdalen som har en gemensam nämnd för social myndighetsutövning och gemensam gymnasienämnd. Ett annat exempel är Sörmland som sedan flera år tillbaka har en gemensam nämnd där samtliga kommuner i länet och landstinget ingår, ”Nämnden för samverkan kring socialtjänst och sjukvård”.

Samordningsförbund

Finsam, eller lagen om finansiell samordning (2003:1210) riktar sig till personer som behöver samordnade rehabiliteringsinsatser för att kunna arbeta. Rehabiliteringsinsatserna finansieras genom att stat, kommun och landsting går samman och bidrar med ekonomiska medel. Målgruppen utgörs av individer i förvärvsaktiv ålder men äldre och yngre kan också ingå. Den finansiella samordningen bedrivs av lokala samordningsförbund som består av Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget. Vid slutet av 2017 fanns det 82 samordningsförbund som innefattade 253 av Sveriges 290 kommuner. Ett samordningsförbund kan ses som en struktur för att få samverkan mellan myndigheterna att fungera över tid. Samordningsförbunden är fristående organ som leds av en gemensam styrelse som i sin tur förvaltar den gemensamma budgeten som parterna bidrar till. Förbunden kan bedriva både individinriktade och strukturövergripande insatser, men det är de ordinarie verksamheterna från Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, kommun och landstinget som utför insatserna gentemot individerna.⁷⁰

Det finns en utvärdering som har studerat Finsams kostnadseffektivitet, det vill säga att kostnaderna för initiativet har relaterats till effekterna för patienter och brukare.⁷¹ Resultatet visar att individerna som tagit del av insatserna snabbare kommer tillbaka i arbete än om de inte hade fått insatsen.

Kommunalförbund

Ett annat sätt att samverka på är att upprätta ett kommunalförbund, vilket är en egen juridisk person som helt övertar uppgifterna som dess medlemmar överlämnar till förbundet och blir därmed huvudman för dessa. Ett kommunalförbund får ha hand om hela verksamheter eller geografiskt, funktionellt eller på annat sätt avgränsade uppgifter (9 kap. 1-6 §§ KL). Kommunalförbund kan under vissa förutsättningar exempelvis upprätta olika typer av interkommunala bolag för att utföra uppgifter inom vården och omsorgen.⁷²

Exempel på detta är Vårdförbundet Sörmland, som är ett kommunalförbund med fem kommuner i Södermanlands län som medlemmar. Vårdförbundet är

⁶⁹ Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård- och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv (Rapport 2017:9), *Vårdanalys* (2017)

⁷⁰ Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård- och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv (Rapport 2017:9), *Vårdanalys* (2017)

⁷¹ Rapport publicerad av Nationella nätverket för samordningsförbund (NNS 2015)

⁷² Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård- och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv (Rapport 2017:9), *Vårdanalys* (2017)

huvudman för viss verksamhet inom socialtjänsten, hem för vård och boende och öppenvårdsformer. Ett annat exempel är Norrtälje, där de offentligt drivna vård- och omsorgsverksamheterna, som tidigare var uppdelade mellan kommun och landsting, slagits samman till en gemensam organisation i vårdbolaget Tiohundra AB.

Integrerade mottagningar

Det finns flera exempel på integrerade mottagningar där landstingets och kommunens personal sitter samlokaliserade. Beroendekliniken i Norrköping och Södermalms beroendeteam i Stockholm är två exempel. Ett annat exempel är de många Mini-Mariamottagningar som finns i landet. På orter där Maria Ungdom eller mini-Maria finns fungerar arbetet bra för de barn, unga och unga vuxna som behöver stöd och hjälp med missbruks- och beroendefrågor.⁷³ Ett syfte med integrerade mottagningar är att erbjuda en väg in i missbruks- och beroendevården, där kontakter mellan olika verksamheter ska fungera smidigt.

Det som är viktigt att klara ut är ansvarsfördelningen mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård vid integrerade mottagningar och team. Vad som är insatser som socialtjänsten, med socialtjänstpersonal, utför och vad som är hälso- och sjukvård som det krävs legitimerad personal för. Dokumentationen är en annan fråga som det krävs tydlighet kring, eftersom det ställs olika krav på dokumentation ur de båda lagstiftningarnas perspektiv och möjligheten till gemensam dokumentation är begränsad. Det handlar om att anpassa insatserna till de krav som ställs både för socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Koordinatorsfunktion eller case management

Case management är egentligen ett samlingsnamn för flera typer av stödmodeller. I samtliga modeller har en vårdsamordnare, en så kallad case-manager, en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med klienten. Däremot skiljer sig de olika modellerna vad gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning samt vårdsamordnarens roll i de behandlande och rehabiliterande insatserna.⁷⁴

Multiprofessionella team

På många håll arbetar man i team som består av personal från både hälso- och sjukvård och från socialtjänst. Man kan kalla det multiprofessionella team.⁷⁵ Några kännetecken på att ett team har ett multiprofessionellt arbetssätt kan vara att man är ett team som arbetar tillsammans i näraliggande, men separata, yrkesgrupper mot ett gemensamt mål, att teamet ingår som en del i en

⁷³ Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa (2017)

⁷⁴ Metodguiden, Socialstyrelsen

⁷⁵ Multiprofessionella team är enligt Socialstyrelsens termbank en grupp av vård- och omsorgspersonal med olika professioner och/eller kompetenser som samarbetar kring den enskilde

vårdkedja, att man lär av varandra, tar tillvara den samlade kompetensen och kan se den gemensamma helheten. Ett exempel på multiprofessionellt team är så kallade ACT-team (Assertive Community Treatment) som är en uppsökande verksamhet med sociala stödinsatser och psykiatrisk behandling för personer med psykisk sjukdom i kombination med exempelvis missbruk/beroende. Personalen i teamet består till exempel av skötare, arbetsterapeuter, socialsekreterare, psykiater och sjuksköterskor. Även om Vårdanalys påpekar att det saknas fullständiga utvärderingar så menar man att verksamheternas egen uppföljning visar att professionell samordning, såsom multiprofessionella team, kan bidra till ökad nöjdhet bland patienter och brukare samt färre akutbesök och inläggningar på sjukhus.⁷⁶

Nära samarbete mellan verksamheterna

Det finns även andra former av samverkan som bygger på nära samarbete, men som inte har något namn för sitt arbetssätt. Ett sådant exempel finns i Gagnefs kommun där socialtjänsten sedan flera år tillbaka har ett nära samarbete med primärvården och öppenvård psykiatri vid vårdcentralen i Gagnef kring riskbruk, riskbruk/missbruk och beroende. Det finns ett lokalt vårdprogram (Lovis) framtaget och en grupp bestående av socialsekreterare, psykolog, sjuksköterska och kurator som träffas regelbundet. Syftet med gruppen är att förbättra omhändertagandet av kommuninvånare och öka tillgängligheten för de med riskbruk/missbruk- och beroendeproblematik och deras anhöriga. Gruppen arbetar lokalt utifrån de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården.

Beroendevårdskedja

Ett annat sätt att tänka är i en integrerad vårdkedja mellan socialtjänsten, psykiatri/beroendevården och närsjukvården. I Halland finns nu en vårdavdelning och två beroendepsykiatriska team som samverkar allt tätare med socialtjänst och närsjukvården. Tanken är att teamen på sikt ska flytta ihop i gemensamma lokaler, men redan nu träffas man regelbundet, tar upp ärenden (med brukares medgivande) och diskuterar vem som skulle kunna göra vad. SIP används i planeringen. Genom att man kan planera eventuella gemensamma insatser, konsultationsinsatser och vem som borde vara huvudman i just detta skede och vem av samarbetsparterna som eventuellt kan komma in i senare skede, så slipper man bolla patienten mellan enheterna. All personal har dock en tillhörighet inom sin moderorganisation. Modellen bygger alltså på att vårdgivarna samlas kring den enskilde i stället för att patienten/brukaren ska skickas runt.

⁷⁶ Från medel till mål – Att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, Vårdanalys (2017)

Avtalssamverkan

För många mindre kommuner är det svårt att upprätthålla en tillgänglighet i service som är acceptabel ur ett medborgarperspektiv. Man kan inte ha specialistkompetens inom alla områden. Den så kallade kommunutredningen har öppnat upp för att det ska kunna bli möjligt med avtalssamverkan mellan kommuner och mellan landsting.⁷⁷ Kommittén föreslog i ett betänkande bland annat att kommuner och landsting ska få en generell möjlighet att träffa avtal om att dess uppgifter ska utföras av en annan kommun eller ett annat landsting. Dock med en begränsning att avtalssamverkan sker inom det så kallade Hamburgundantaget. Det innebär att ett avtal bara kan slutas mellan upphandlande myndigheter, det vill säga kommuner emellan, om de har gemensamma mål som tydligt hänger samman med allmänintresset. Det får alltså inte bara vara den ena partens intresse. Det ska dessutom bara röra offentliga tjänster som den privata marknaden inte kan/får utföra. För socialtjänsten innebär det att den kan avtalssamverka kring all slags myndighetsutövning där socialnämnden kan delegera beslutandet till en tjänsteman. Förslaget har resulterat i en lagändring den 1 juli 2018. Kommuner och landsting kan alltså uppdra åt en anställd i en annan kommun eller landsting att besluta på kommunens eller landstingets vägnar. Detta innebär emellertid inte att kommuner kan utföra uppgifter som landstingen ansvarar för eller att landstingen kan överta ansvar från kommunerna.

Ersättningssystem för samverkan

Ersättningssystem utgör en del i ett större system. Studier pekar på att ersättningssystemen sällan ger incitament till samarbete mellan aktörer och att de även i vissa fall kan skapa gränser mellan vård och omsorgsverksamheter och hindra samarbete, men en blandning av styrsystem är att föredra för att nå samordning. Tillitsdelegationen⁷⁸ förordar att ersättningsmodeller hålls så enkla som möjligt. De ska så långt som möjligt fungera som ett neutralt sätt att fördela resurser. Uppmaningen är också att tänka igenom modellen noggrant och komplettera en mer detaljerad ersättningsmodell med annan styrning, framför allt kommunikation, dialog och ledarskap.⁷⁹

Vårdanalys pekar i sin rapport om att styra mot en samordnad vård och omsorg att det saknas kunskap om vad som bidrar till en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys understryker att det är angeläget att främja fortsatt kunskapsutveckling om hur ersättningssystemen kan utformas för att ge incitament till samordning.⁸⁰

⁷⁷ En generell rätt till avtalssamverkan (SOU 2017:77), delbetänkande från kommunutredningen

⁷⁸ Tillitsdelegationen är en kommitté utsedd av regeringen som arbetar för en mer tillitsbaserad styrning av offentlig sektor. Delegationen slutredovisar sitt uppdrag i juni 2018.

⁷⁹ Jakten på den perfekta ersättningsmodellen. Delbetänkande från Tillitsdelegationen (SOU 2017:57)

⁸⁰ Från medel till mål – Att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv, Vårdanalys (2017)

Identifiera olika samordningslösningar

För att veta vilka samordningslösningar som är bäst att initiera utifrån lokala och regionala förutsättningar behöver det identifieras vad en samordnad vård och omsorg innebär för olika målgrupper i olika sammanhang. Är det till exempel kommunalförbund, samordningsförbund, koordinatorsfunktion eller integrerad mottagning som gynnar samverkan bäst här och nu? Vilka regelverk omgärdar uppdraget och professionen? Det behövs även kunskaps- och metodstöd för att huvudmännen ska kunna implementera integrerade arbetssätt och metoder.

Det är viktigt att patienter, brukare och närstående deltar i utformandet av olika samordningslösningar och att man drar lärdomar från tidigare initiativ. I utformandet av initiativen är det även viktigt att säkerställa att det går att följa upp om samordningslösningarna faktiskt bidrar till en samordnad vård och omsorg för patienter och brukare.

Socialstyrelsen har presenterat en kunskapssammanställning om betydelsen av socialtjänstens organisering för kvaliteten i verksamheten, där det konstateras att verksamheterna är väldigt heterogena. Olika varianter av specialiserade respektive integrerade organisationsformer kan förekomma inom en och samma kommun eller stadsdel. En slutsats som kan dras utifrån befintlig forskning är att arbetsuppgifter bör organiseras på olikartat sätt för att kunna möta variationen i den enskildes behov. Differentierade organisationsformer ger olika bra förutsättningar för att hantera klientproblem av varierad svårighetsgrad och komplexitet. Det krävs därför olika strategier och rutiner för att väga upp de nackdelar för klienterna som organisationsformen samtidigt kan medföra.⁸¹

Det finns behov av vägledning till kommuner, landsting och regioner kring vilka förutsättningar som krävs för olika samordningslösningar, med olika exempel kopplat till alternativen.

Ökat barn-, brukar- och patientinflytande

Brukar- och patientinflytande – och till och med aktiv medverkan – leder med största sannolikhet till förbättrad kvalitet och effektivitet både för den enskilde individen och när det gäller utveckling av verksamheten. Detta har konstaterats under en längre tid och är en central del i utvecklingen av en kunskapsbaserad socialtjänst. Men synen på brukare och patienter som ”mottagare” av vård och stöd behöver fortfarande förändras och utvecklingen gå mot ett tydligare medskapande. Den regionala samverkans- och stödstrukturen kan fungera som stöd för den lokala och regionala nivån att utveckla ökat barn-, brukar- och patientinflytande.

⁸¹ Betydelsen av socialtjänstens organisering och ärendebelastning för kvaliteten i verksamheten. En kunskapssammanställning. Socialstyrelsen (2018)

Barnkonventionen

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, uttrycker ett förhållningssätt till barn som sätter barnet i fokus vid beslut eller åtgärder som kan beröra ett enskilt barn eller en grupp barn. Ett barnperspektiv handlar om att se barn som fullvärdiga medborgare som ska bemötas med respekt. Barnets bästa och barns rätt till inflytande är två av grundprinciperna som genomsyrar hela barnkonventionen. Sverige har undertecknat och ratificerat barnkonventionen.

Med utgångspunkt i barnkonventionen har begreppet barnets bästa införts i ett antal svenska lagar. Vid åtgärder som rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas och vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn ska vad som är bäst för barnet vara avgörande, enligt Socialtjänstlagen (1 kap. 2 § SoL). Även vid beslut enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) ska vad som är bäst för den unge vara avgörande (1 § LVU). En annan grundläggande princip i barnkonventionen är rätten att fritt uttrycka sina åsikter och att bli hörd. Från den 1 januari 2020 förstärkt barnrätten ytterligare då barnkonventionen blir svensk lag.

Stöd för delaktighet, patient- och brukarinflytande

Det finns lagstadgade rättigheter gällande delaktighet och patient- och brukarinflytande i såväl socialtjänstlagen (SoL) som hälso- och sjukvårdslagen (HSL), patientlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Socialstyrelsen ger i sin vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård en utförligare beskrivning av rättslig reglering med mera. Vägledningen gäller för alla åldersgrupper.⁸² Socialstyrelsen har även givit ut en del stöd i form av utbildningsmaterial, handbok och en guide som rör bemötande, delaktighet och trygg och säker vård.⁸³

Involvera brukare/patienter

Brukarna/patienterna har ofta ett annat fokus på förbättringar som kan komplettera verksamheternas egna förbättringsförslag. Det finns en rad olika möjligheter att involvera brukare och patienter i förbättringsarbetet. Det är viktigt att se till att både kvinnor och män ges möjlighet att vara delaktiga. Särskilt viktigt är att hitta former för att barn och unga ska vara delaktiga då dessa generellt sett inte är vana att göra sin röst hörd och bli lyssnad till. Brukarorganisationerna är många gånger beroende av statliga och kommunala

⁸² Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen (2013)

⁸³ Att mötas i hälso- och sjukvård – ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor, Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – handbok för vårdgivare, chefer och personal och Min guide till säker vård. Socialstyrelsen

medel för att driva sina verksamheter och representanter kan behöva ersättning för att medverka i olika sammanhang. Det är också viktigt att hitta sätt för patienter och brukare att vara delaktiga utan att tillhöra en organisation.

Kommuner och landsting kan i sitt arbete behöva stöd med beskrivningar av olika verktyg för utveckling av patient- och brukarinflytande.

Olika exempel på barn-/brukar- och patientinflytande

Förslagslådor, brukarråd och fokusgrupper där förbättringsförslag regelbundet tas upp är några exempel på hur verksamheter systematiskt kan lyssna på och förbättra verksamheten utifrån brukarnas behov.

Innovationsguiden kan hjälpa kommuner och landsting att utveckla verksamheten. Metoderna utgår från användarens behov och upplevelser men lyfter också fram medarbetarnas och utförarnas perspektiv på utmaningarna.⁸⁴

Det är ibland svårt för brukare som är i behandling att orka diskutera förbättringar av verksamheten. Därför har det visat sig att många verksamheter beställer brukarstyrda brukarrevisioner av verksamheten som utförs av före detta brukare. Metoden har utvecklats av den ideella organisationen Verdandis Brukarkraft⁸⁵ som med hjälp av studieförbundet ABF utbildar revisorer. Brukarkraft har tagit fram en handledning för att kvalitetssäkra insatserna. År 2018 finns 50 utbildade revisorer i landet.

I en annan metod som Brukarkraft har utvecklat i socialtjänstens öppenvård och på HVB-hem reflekterar personal och brukare tillsammans över förbättringsområden både på individ- och verksamhetsnivå med hjälp av en checklista. De sammanställer sedan sina förbättringar i en handlingsplan. Det leder till att verksamhetens brukarinflytande blir certifierat och att brukarinflytande drivs mer långsiktigt än bara utifrån en dialog i ett brukarråd. Metoden inkluderar också utbildning av all personal i brukarinflytande. Brukarkraft har 2018 beviljats medel från Arvsfonden för ett treårigt projekt – Tredje kraften – i syfte att utveckla brukarinflytandet för unga vuxna med samsjuklighet.

Det finns även andra modeller för brukarmedverkan som används. Ett exempel är Delaktighetsmodellen, vars bärande idé är att stödja brukare att öka sin förmåga att uttrycka och formulera sina behov och önskemål tillsammans med dem som de delar vardagen med. Modellen bygger på dialogsamtal, delaktighetsslingor, som förs i mindre grupper, brukare för sig och personal för sig, innan alla träffas för ett gemensamt samtal.

Ytterligare en modell är Shared decision making (SDM), som är ett arbetssätt för att öka den enskildes delaktighet i vården och omsorgen. Metoden syftar till att hjälpa personerna att spela en aktiv roll i beslut som rör deras hälsa samt

⁸⁴ www.innovationsguiden.se

⁸⁵ Brukarkraft är Verdandis resurscentrum för kvalitetsstyrning och verksamhetsutveckling genom brukarstyrda brukarrevisioner och brukarmedverkan

vård och stöd, förmedla information om alternativ, tydliggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling.

En annan form av delaktighet är Peer support som innebär att personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning blir professionellt verksamma inom vård och omsorg för att stötta brukare/patienter i deras återhämtningsprocesser. Peer supportens arbete utgår ifrån kamratstöd till brukare/patienter baserat på egna erfarenheter av återhämtning, egenmaktsutveckling och minskad självstigma. Peer support kan användas i öppen-, och slutenvård likväl som inom socialpsykiatrisk verksamhet.

Stöd till anhöriga och närstående

Anhöriga/närstående till personer mellan 13 och 29 år kan vara föräldrar, partner, syskon, barn eller vänner. Missbruk påverkar hela familjen. Känslomässiga band mellan människor belastas. Många föräldrar till barn med missbruksproblem beskriver sin livssituation i termer av ständig oro, ångest, känslor av skuld och skam. Det bidrar även till att de upplever att det är känsligt att söka hjälp. Närstående behöver även få stöd för sin egen del. De behöver få tips på brukar-/anhörigorganisationer och träffa andra anhöriga för att dela erfarenheter. De behöver också få klarhet i vad de har för rättigheter och hur man gör för att få det att hända. Om vården för den unge ska ge full effekt krävs att hela familjen får stöd utifrån sina behov. Lagstiftningen kring anhörigstöd upplevs som oklar när det gäller vilket ansvar kommunerna har för att stödja anhöriga/närstående till personer med missbruk/beroende och bestämmelsen i SoL behöver därför tydliggöras.

Eftersom frågan om missbruk är känslig för anhöriga och eftersom internet idag är förstahandsval för att hämta kunskap finns webbsidor som kan behöva göras kända för anhöriga.⁸⁶ Det finns även ett flertal anhörigorganisationer som kan vara ett stöd för anhöriga.

Socialstyrelsens uppföljning har flera år i rad pekat på behovet av att utveckla stödet till anhöriga och närstående. Det pågår sedan 2016 forskning vid Malmö universitet, finansierat av Brottsoffermyndigheten och FORTE (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd), om föräldrarnas situation som är intressant att följa. I studien undersöks föräldrarnas situation med huvudfokus på olika typer av brott som de kan utsättas för av sina barn, till exempel stölder, skadegörelse, hot och våld. Även andra konsekvenser undersöks, till exempel upplevelser av oro, ångest och maktlöshet. Föräldrars erfarenheter av olika hjälpinsatser och strategier för att hantera sin situation ska också belysas. Analysarbetet pågår och kommer att utmynna flera vetenskapliga publikationer.

Barn som anhöriga och familjeorienterat arbetssätt

17 procent av alla barn har någon gång under sin uppväxt levt med en förälder som har missbruksproblem. Barn till föräldrar med missbruk löper större risk att

⁸⁶ Till exempel www.anhorigstodet.se, www.alkoholhjalpen.se och www.droghjalpen.se

själva hamna i missbruk. Exempelvis vårdas fyra till sju gånger fler för eget missbruk senare i livet och förtida död är två till tre gånger vanligare. Det finns även annan social utsatthet som är större för denna grupp, som exempelvis psykiatrisk vård, fängelsestraff och beroende av ekonomiskt bistånd.⁸⁷

Vart fjärde barn som växer upp i familjer med beroendeproblem går ut grundskolan utan gymnasiebehörighet, vilket är dubbelt så många som i andra familjer.⁸⁸ Det finns all anledning att öka exempelvis skolans förmåga, oavsett skolform, att upptäcka och ge stöd till barn som växer upp i en familj där den ena eller båda föräldrarna har ett missbruk. En av de viktigaste skyddsfaktorerna är att fullfölja utbildningen.

Stöd till föräldrar och barn

Insatser till vuxna runt barnen är viktiga men även stödgrupper för barnen. Stöd i föräldraskapet för unga föräldrar med missbruksproblem skapar bättre förutsättningar för barnen. En positiv relation är skyddande även om föräldern har egna svårigheter. Risken för återfall minskar också med ett familjeorienterat arbete. I praktiken får ett familje- och relationsperspektiv också konsekvenser för arbetets organisering så att det behöver ske en ökad intern samordning mellan vuxenenheter och barn- och familjeenheter.⁸⁹ Kommuner, landsting och regioner behöver också utveckla stödformer, gärna i samarbete med ideella organisationer, för att ge stöd till föräldrar i föräldraskapet och erbjuda stödgrupper för barn vars föräldrar har ett missbruk/beroende.

Utbildning

Under åren 2011-2015 hade Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Folkhälsomyndigheten och SKL leda, samordna och stimulera till ett nationellt utvecklingsarbete gällande stöd till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller där våld förekommer. 2016 fortsatte sedan Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SKL, CAN och Nka (Nationellt kunskapscentrum anhöriga) att samordna sig och samarbeta inom befintliga ekonomiska ramar. I detta ingår att stödja utveckling av insatser inom socialtjänsten mellan de som arbetar med barn respektive vuxna med missbruk i syfte att utveckla ett familjeperspektiv. En utbildning har utformats på temat ”Att stärka barn och föräldraperspektiv vid missbruk och beroende” som kan användas såväl i interna utbildningar inom socialtjänsten som vid externa utbildningar som exempelvis kan riktas till mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, skola och primärvård. Studiehandledningen och upplägg för utbildningen går att ladda ner från CAN:s hemsida (www.CAN.se) tillsammans med filmer som kan användas i utbildningssyfte.

⁸⁷ Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? NKA (2014:4)

⁸⁸ Barn som anhöriga, hur går det i skolan? NKA (2013:3)

⁸⁹ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen (2015)

Skol-BIM

I Uppsala har ett forsknings- och utvecklingsprojekt, Skol-BIM (Barn i missbruksmiljö i skolan), bedrivits med finansiering från Folkhälsomyndigheten. Projektet bedrevs 2015-2017 mellan Uppsala universitet, Region Uppsala/FoU och fyra skolor. Skolpersonal, forskare och utvecklingsledare har arbetat tillsammans för att utveckla skolans förmåga att upptäcka och ge stöd till barn och unga som har en förälder med missbruksproblem. Slutrapporten kan tjäna som inspiration så att fler skolor kan öka sin förmåga att upptäcka och ge relevant stöd till barn i denna situation.⁹⁰

Jag och min familj

I januari 2018 startade ett forskningsprojekt på Högskolan Dalarna, i samarbete med Region Gävleborg och Uppsala universitet ("Jag & min familj"). Kunskapen om konsekvenser för barn som växer upp i missbruksmiljö är god. Det finns forskningsunderlag i såväl svensk som i internationell kontext som motiverar att samhället satsar på insatser för den här gruppen. Forskningsunderlaget om olika insatserns effekter är inte lika gott även om det finns en del kunskap även om det.⁹¹ Ny kunskap utvecklas på området i Sverige. Ett öppenvårdsprogram ska därför utvecklas och implementeras i Borlänge, Uppsala, Gävle, Sandviken, Hudiksvall och Hofors som involverar hela familjen, med särskilt fokus på barnens delaktighet. Effekterna ska sedan prövas i en studie. Det kan vara av intresse att följa detta forskningsprojekt.

⁹⁰ Shit, den här människan bryr sig om mig! Om skolans förmåga att upptäcka och ge stöd till elever som växer upp med föräldrar som har missbruksproblem, Region Uppsala och Uppsala universitet (2017)

⁹¹ Familjer med alkoholproblem: Et litteraturstudium af familieorienteret alkoholbehandling, Lindgaard H. Kbh, Sundhedsstyrelsen (2012)

Arbeta med tidig upptäckt och fånga riskbeteenden

Sammanfattning och viljeinriktning

SKL ANSER

I arbetet med handlingsplanen har framkommit ett stort behov av att hitta arbetssätt för att tidigt upptäcka om det finns ett begynnande eller utvecklat missbruk. Ett stort antal aktörer inom kommun, landsting, myndigheter och civilsamhället möter barn, unga och unga vuxna och kan uppmärksamma detta.

Behov av kunskap

Många behöver kunskap om risk- och skyddsfaktorer och hur man kan arbeta med tidig upptäckt. Det behövs därför en nationell utbildningssatsning kring detta. Även process-/utvecklingsledare som ska arbeta med detta bör få sin finansiering säkerställd av staten för att satsningen ska kunna implementeras överallt och få effekt. Det behövs en kartläggning för att veta vilka grupper som är i behov av kompetenshöjning och vilken utbildningsinsats som krävs. Det bör också undersökas om det är möjligt att införa beroendelära på grundutbildningarna till socionomer, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, behandlingsassistenter och läkare. Det bör även undersökas om den webbaserade lärplattformen *Yrkesresan* kan omsättas till alla områden inom socialtjänsten och omfatta hela landet.

Utveckla arbetssätt vid riskbeteenden

Det finns också ett behov av att utveckla arbetssätt när det gäller riskbeteenden, som exempelvis att bli omhändertagen enligt LOB (Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.) eller vid misstanke om alkohol- och/eller narkotikafylleri. En gemensam utgångspunkt för att utveckla metoder kring att anmälningar av LOB till socialtjänsten och att arbeta med SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken) är att personen ska erbjudas samtal och stöd när denne är som mest mottaglig för hjälpen, det vill säga så snart som möjligt i närtid till omhändertagandet. Screeningverktyg kan användas inom många verksamheter för att tidigt upptäcka missbruk, men dessa behöver kvalitetssäkras och anpassas till unga personer och även unga med funktionsnedsättningar.

Skolan är central arena för tidig upptäckt

Skolan är en central arena för att tidigt upptäcka om en elev befinner sig i svårigheter. Samstämmiga forskningsresultat visar att det är en skyddsfaktor att klara skolan så det finns starka incitament för att skolan ska arbeta med generella åtgärder som omfattar alla för att eleverna ska klara kunskapskraven, men också arbeta med insatser riktat till enskilda elever. Kommunerna arbetar med att följa upp närvaro och skolresultat men detta arbete behöver intensifieras så att avvikelser lättare kan uppmärksammas och fångas upp. Elevhälsan fyller en viktig funktion som resurs och skydds nät samt som brygga till bland annat socialtjänsten.

Viktiga aktörer med otydligt uppdrag

Det har i arbetet med denna handlingsplan uppmärksamats att framförallt tre viktiga aktörer har ett otydligt uppdrag när det gäller tidig upptäckt av missbruk och

beroende. Det gäller barn- och ungdomspsykiatri (BUP), primärvården och ungdomsmottagningarna. Deras uppdrag behöver förtydligas så att det inkluderar målgruppen personer med missbruk och beroende och annan psykisk ohälsa.

Orosanmälningar behöver göras sökbara

Socialtjänsten behöver ges möjlighet att internt upprätta register över anmälningar som inte leder till utredningar. En sammanvägning av flera orosanmälningar kan indikera på behov av insatser. Orosanmälningar behöver därför vara sökbara.

Risk- och skyddsfaktorer

En grundläggande bestämning av hur risk- och skyddsfaktorer ska beskrivas är att de är uppsättningar av individuella särdrag, personliga kvalitéer, erfarenheter och individuella omständigheter som man som människa bär med sig. Individens risk- och skyddsfaktorer samspelar med risk- och skyddsfaktorer i individens omgivning. Risk- och skyddsfaktorer brukar delas in i tre nivåer – individuell nivå (exempelvis hyperaktivitet), grupp-nivå (exempelvis familj och skolan) och samhällsnivå (exempelvis tillgång på droger och normbildning).

Risikfaktorer

Några exempel på riskfaktorer som kan ha betydelse för barnets utveckling är erfarenhet av otillräcklig omsorg, misshandel och övergrepp, en ineffektiv uppfostringsstil och bristande skolgång.⁹²

Risikfaktorer för alkoholproblem är vantrivsel i skolan, hyperaktivitet, svag familjesammanhållning, avsaknad av fritidsaktiviteter och alkohol- och drogpositiv norm bland kamrater.⁹³

Bruk av alkohol är en av de största enskilda riskfaktorerna för dödsfall och ohälsa bland unga 15-19 år. Alkoholkonsumtion under tonåren har visat sig öka risken för senare problematisk alkoholanvändning. För unga under 18 år definieras all alkoholkonsumtion som riskbruk.⁹⁴

Skyddsfaktorer

Ett ökat antal riskfaktorer leder till ökad risk för problembeteenden och riskfaktorer tenderar att samvariera. Skyddsfaktorer som kan neutralisera och dämpa måttliga risker kan exempelvis vara en bra skolgång, god omvårdnad och tillsyn och så få separationer som möjligt från viktiga personer.⁹⁵

Exempel på skyddande faktorer är god känslomässig kontakt mellan föräldrar och barn, låg tolerans från vuxna mot normöverträdelser, sen alkoholdebut,

⁹² www.kunskapsguiden.se

⁹³ Förebygg alkoholskador - insatser för riskgrupper. Alkoholkommittén (2004)

⁹⁴ Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen (2018)

⁹⁵ www.kunskapsguiden.se

välfungerande skola, många färdigheter, goda kamratrelationer och fritidssysselsättningar.⁹⁶

Unga personer som utvecklar missbruk har fler riskfaktorer och färre skyddsfaktorer. Det handlar alltså om att reducera riskfaktorerna och förstärka skyddsfaktorerna för att undvika detta.

Samstämmiga forskningsresultat visar att en av de viktigaste skyddsfaktorerna för att få ett gott liv är att fullfölja utbildningen i grund- och gymnasieskolan. Och att begränsa tillgången på alkohol- och narkotika är kanske också en av de viktigaste skyddsfaktorerna, särskilt för sårbara grupper. Unga personer med tidiga missbruksproblem är högriskindivider och har oftast omfattande problem inom en rad områden.

Exempel på särskilt utsatta grupper

Vissa individer befinner sig i särskilt utsatt situation i kombination med ett missbruk/beroende. Följande grupper ska endast ses som exempel då det finns många som kan befinna sig i en risksituation för att utveckla ett missbruk/beroende.

Psyksiska problem hos unga personer med alkohol- och narkotikaproblem

Den samlade forskningen visar att merparten unga personer med alkohol- och narkotikaproblem även har omfattande psykiska problem. Resultat från en studie baserad bland annat på intervjuer med 917 unga personer på Maria-mottagningar visar att den primära drogen för inskrivning hos både pojkar och flickor är cannabis (8 av 10). Flickor anger i högre grad än pojkar alkohol som huvuddrog och totalt har 2 av 10 ett blandmissbruk. 3 av 10 uppger att det har funnits problematik i uppväxtmiljön kring missbruk och psykisk ohälsa. Flickor har i större utsträckning en mer belastad bakgrund gällande hemförhållanden, skolproblem och utsatthet för våld och kränkningar. Flickor har även en högre grad av samsjuklighet än pojkar. Samma bild förkommer även i andra studier.⁹⁷

Ensamkommande barn och unga

Gruppen ensamkommande är mycket heterogen och har olika förutsättningar och behov.

Kartläggning av narkotikavanor bland ensamkommande

Generellt har gruppen ensamkommande fler riskfaktorer för psykisk ohälsa och social utsatthet än barn och unga som anlänt i sällskap med sina föräldrar. Det kan i sin tur öka risken för narkotikaanvändning. De största riskfaktorerna för

⁹⁶ En grund för att växa – forskning om att förebygga beteendeproblem hos barn. Knut Sundell och Martin Forster, Stockholms stad (2005)

⁹⁷ Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden. Mikael Dahlberg och Mats Anderberg, NAD - Nordic studies on alcohol and drugs (2018)

att börja med narkotika är en lång asylprocess, brist på fritidsaktiviteter, stora boenden och avsaknad av en trygg bas, tillsammans med psykisk ohälsa. Det framkommer av de intervjusvar som ingår i en kartläggning som Folkhälsomyndigheten gjort i samråd med Socialstyrelsen.⁹⁸

Kartläggningen, som baseras på fyra delstudier, tyder inte på att narkotikaanvändning generellt skulle vara vanligare bland ensamkommande barn och unga än bland andra. Situationen är dock oroande på vissa orter, med uttalade problem, enligt fokusgruppsintervjuer med kommuner. Dessutom visade registeranalyser att den grupp ensamkommande som kom till Sverige innan 2015 i högre grad hade vårdats för substansbruk i jämförelse med övriga unga.⁹⁹

Deltagarna i intervjuerna i kartläggningen anser att skolan har en viktig roll i att fånga upp barn och unga med narkotikabruk. Boendepersonal borde kunna agera mer, men här finns en kunskapsbrist och bristande erfarenhet i att hantera dessa frågor. Samverkan mellan myndigheter och de aktörer som finns runt ensamkommande barn och unga ses som avgörande. Det finns brister i åtgärdskedjan efter upptäckt av narkotikabruk och dessa brister beror ofta på okunskap kring vad som gäller, vilken hjälp som får ges, oklarheter kring lagar och regler. Det behövs också förbättrade kanaler för informationsdelning och kompetenshöjande åtgärder kring både frågor om substansberoende, bemötande och ökad kulturspecifik förståelse till dem som arbetar med ensamkommande. Såväl socialtjänsten som fokusgrupperna lyfter vikten av samverkan och informationsdelning, samt behov av kunskapsstöd och kompetenshöjande insatser.¹⁰⁰

Handbok om ensamkommande

I Malmö stad pågick, med finansiering från Länsstyrelsen i Skåne, ett projekt under åren 2015-2016 utifrån behov av att öka kompetensen kring missbruk för de som i sitt arbete möter ensamkommande barn och unga. Projektet resulterade i en handbok för att sprida erfarenheter och kunskap. Handboken heter PID – Preventiva Insatser mot Droger, en handbok för dig som i ditt arbete möter ensamkommande barn och unga.

Minskat antal ensamkommande

Antalet ensamkommande barn som söker asyl i Sverige minskar och socialtjänsten står inte inför samma utmaning att ordna med placeringar och annat stöd direkt vid ankomsten som 2015-2016. De ensamkommande barn som kommit till Sverige fortsätter dock att vara en viktig grupp för den sociala barn-

⁹⁸ Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

⁹⁹ Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

¹⁰⁰ Regeringsuppdrag att kartlägga narkotikavanor bland ensamkommande barn och unga. Folkhälsomyndigheten (2017)

och ungdomsvården, både när det gäller stöd och skydd och när det gäller samverkan med andra aktörer kring hälsa, utbildning, boende och arbete.¹⁰¹

Nationellt kunskapscentrum

I mars 2017 fick Socialstyrelsen uppdraget att inrätta ett nationellt kunskapscentrum för hälso- och sjukvården och socialtjänsten som arbetar med ensamkommande barn och unga upp till 21 år. Uppdraget sträcker sig till och med 2020. Kunskapscentrum för ensamkommande barn vänder sig till yrkesverksamma inom socialtjänst och hälso- och sjukvård. Kunskapscentrumet ska

- samla och sprida aktuell kunskap
- tydliggöra hur lagar och regler ska tillämpas
- synliggöra insatser för att utveckla samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård samt skola.

Våldsutsatta kvinnor

Våldsutsatta kvinnor med ett missbruk/beroende är också särskilt sårbara. Den särskilda sårbarheten kan handla om att vissa grupper av kvinnor löper en högre risk att utsättas för våld än kvinnor i allmänhet, att de utsätts för en specifik typ av våld, och att myndigheter och frivilligorganisationer kan ha dålig beredskap för att möta och bemöta vissa utsatta kvinnor och deras behov av stöd och hjälp.¹⁰²

Flickor och unga kvinnor riskerar också att bli sexuellt utnyttjade när de är påverkade och/eller utnyttjas för att ges tillgång till narkotika. Det är inte heller ovanligt att hbtq-personer som är våldsutsatta utvecklar ett missbruk/beroende.

Våldsutsatta kvinnor med ett missbruk/beroende har också en förhöjd risk för allvarlig våldsutsatthet och dödligt våld. Om den våldsutövande mannen bidrar till att upprätthålla kvinnans missbruk, till exempel förser henne med alkohol eller droger, blir det svårare för kvinnan att lämna honom. Han kan också hindra henne från att söka hjälp för att komma till rätta med sina missbruksproblem. En våldsam partner kan både utsätta kvinnan för våld och samtidigt vara den som skyddar henne mot andra förövare, eftersom kvinnor med ett missbruk/beroende också ofta är utsatta för våld från flera olika personer.¹⁰³

Det är också svårare för en kvinna med missbruk att söka stöd och hjälp då många skyddade boenden inte tar emot kvinnor i ett aktivt missbruk, och det finns få instanser som arbetar både med missbruksproblematik och med våldsutsatthet. Har kvinnan barn finns en rädsla för att barnen ska omhändertas, och

¹⁰¹ Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

¹⁰² Till exempel visade tillsynen som utfördes av IVO (2014) och Socialstyrelsen (2009) att bristerna att tillgodose behoven är ännu större när det gäller särskilt sårbara grupper som funktionsnedsatta, hbtq-personer, personer med missbruk/beroende och äldre, än vad gäller övriga våldsutsatta kvinnor.

¹⁰³ Holmberg et al. (2005), Socialstyrelsen (2011), Eriksson (2014)

om hon själv har begått brott kan hon ha svårt att lita på polisen och exempelvis ansöka om kontaktförbud eller anmäla det våld hon blivit utsatta för.¹⁰⁴

Situationen kan se olika ut för olika kvinnor med missbruk/beroende, men många har ett omfattande och komplext behov av hjälp och stöd kring till exempel ekonomiska problem, hemlöshet, kriminalitet och ohälsa.¹⁰⁵

Utvecklingsarbete

SKL ska genom kongressuppdrag bidra till utvecklingen av kvinnofridsarbetet och till att kommuner, landsting och regioner har ett ökat fokus på våldsförebyggande arbete. I positionspapperet *För kvinnofrid – mot våld i nära relationer* redogörs närmare om SKL:s ställningstaganden på området. Sedan 2018 ingår SKL en överenskommelse med regeringen om att tillsammans med kommuner och landsting stödja arbetet med våld i nära relationer.

Under hösten 2017 påbörjade Linköpings stadsmission det treåriga projektet *Utbildningsmaterial om våldutsatta personer med substansbrukssyndrom* som SKL är delaktig i. Projektet är finansierat av Allmänna Arvsfonden.¹⁰⁶

Personer som är hemlösa

Att ha ett missbruk/beroende är riskfaktor för att bli bostadslös. Socialstyrelsens hemlöshetskartläggning 2017 visar att andelen individer med missbruksrelaterade problem är något färre än i kartläggningen 2011. Det är dock en grupp som återkommer i alla hemlöshetssituationer (akut hemlöshet, institutionsvistelse och stödboende, långsiktiga boendelösningar och eget ordnat kortsiktigt boende).¹⁰⁷

Bland män i *akut hemlöshet* är missbruk en vanlig bakomliggande orsak till hemlösheten. Drygt 40 procent av männen ansågs ha behov av stöd och behandling för missbruk. Bland kvinnor är det färre och andra orsaker. För männen uppgavs missbruk och beroende vara den enskilt vanligaste faktorn som bidragit till den nuvarande hemlösheten. För 15 procent av samtliga inrapporterade personer fanns det inget boende ordnat efter vistelsen på institution eller stödboende där över hälften av personerna hade fått insatser för sitt missbruk och beroende samt boendeinsatser senaste året.¹⁰⁸

En tredjedel av de 15 700 individer som befann sig i *långsiktiga boendeformer* ordnat av kommunen uppgav att de hade behov av insatser eller behandling för sitt missbruk. Drygt en tredjedel av dessa hade barn under 18 år. Minst 24 000 barn hade under mättillfället föräldrar som befann sig i någon av ovanstående hemlöshetssituationer. Mer än en tredjedel av de som befann sig i

¹⁰⁴ Holmberg et al. (2005), Socialstyrelsen (2011), Eriksson (2014)

¹⁰⁵ Holmberg et al. (2005), Socialstyrelsen (2011), Eriksson (2014)

¹⁰⁶ <http://www.arvsfonden.se/projekt/utbildningsmaterial-om-valdsutsatta-personer-med-substansbrukssyndrom> och <http://www.linkopingsstadsmission.se/utbildningsprojekt>

¹⁰⁷ Hemlöshet – omfattning och karaktär, Socialstyrelsen (2017)

¹⁰⁸ Hemlöshet – omfattning och karaktär, Socialstyrelsen (2017)

eget ordnat kortsiktigt boende hade behov av stöd och behandling för sitt missbruk. I denna grupp återfinns flest unga.¹⁰⁹

Boende rekommenderas för att ta sig ur ett missbruk/beroende

Boende och sysselsättning lyfts i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende som viktiga faktorer när det kommer till missbruk och beroende. Det är svårt att ta sig ur ett missbruk utan ett stabilt boende. Socialstyrelsen rekommenderar boendeinsatser i form av vårdkedja eller Bostad först till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och som är hemlösa (prioritet 4) framför insatser i form av boendetrappa (prioritet 8), vilket är en vanligare insats. I Öppna jämförelser 2017 uppgav drygt 20 procent av kommunerna att de erbjöd Bostad först som insats till personer med missbruk och beroende, psykisk sjukdom eller i hemlöshet.

Utvecklingsarbete

SKL planerar att under 2018-2019 göra en kartläggning av hur kommunerna arbetar med att skapa förutsättningar för grupper med svag ställning på bostadsmarknaden, däribland personer med missbruk och beroende. Med utgångspunkt ur detta kommer förslag på hur lokal, regional och nationell nivå kan arbeta för att få fram bostäder till grupper med svag ställning på bostadsmarknaden att tas fram.

Riskbeteenden

Det är viktigt att fånga upp riskbeteenden. Det kan handla om att köra bil i onyktert tillstånd eller att bli omhändertagen enligt LOB (Lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.). Många gånger är polisen den personalgrupp som först uppmärksammar en ung person med missbruksproblem. Rapporteringen till socialtjänsten när det gäller barn under 18 år bedöms fungera väl, men när personerna är 18 år och äldre sker ingen självskriven orosanmälan. Det har bland annat uppmärksammats att när det gäller barn som lagförs för narkotikabrott görs ingen rapportering till socialtjänsten när den unge är myndig. Samtidigt finns LVU (Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga) som säger att tvångsvård får beredas den som fyllt 18 år och i vissa fall upp till 20, under vissa omständigheter.

Omhändertagande enligt LOB

Varje år omhändertar polisen drygt 60 000 berusade personer enligt LOB. De omhändertas eftersom de inte kan ta hand om sig själva, eller för att de är en fara för sig själva eller andra. Av de som är över 18 år är 86 procent män och av de som är under 18 år är 69 procent män (uppgifter från 2015). En större andel

¹⁰⁹ Hemlöshet – omfattning och karaktär, Socialstyrelsen (2017)

flickor omhändertas alltså jämfört med vuxna kvinnor. En övervägande majoritet av alla omhändertagna (86 procent 2014) förs till arrest, vilket begränsar både den medicinska säkerheten och möjligheten att fånga upp de personer som behöver stöd för att komma ur ett missbruk eller ett beroende.¹¹⁰

Utvärdering av regeringssatsning

Regeringen beslutade 2014 om en treårig satsning för att förbättra den medicinska säkerheten och omvårdnaden i samband med ett omhändertagande enligt LOB. Syftet var att stimulera landstingen, kommunerna och polisen att gemensamt utveckla alternativa lösningar till att föra omhändertagna till arrest, i synnerhet när det gäller personer yngre än 18 år.

Vårdanalys har genomfört en utvärdering av satsningen som visar att det har påbörjats en utveckling men att mycket arbete återstår. En kartläggning visar att nästan 50 procent av de omhändertagna enligt LOB under 2015 i Örebro län var mellan 18 och 35 år. Att bli omhändertagen tidigt är en viktig riskfaktor som gör det angeläget att uppmärksamma denna grupp. Utvärderingen visar också att 30 procent av personer under 18 år fortfarande förs till arrest. Vårdanalys pekar också på att det behövs kvalificerad medicinsk bedömning av hälsotillstånd och alternativ till tillnyktring. Det behövs även bättre uppföljning för att fånga upp fortsatta insatser och ett utvecklat kunskapsstöd. Vårdanalys rekommenderar att regeringen, kommuner och landsting bör stärka kunskapsutvecklingen och säkerställa att kunskaper och erfarenheter från patienter och brukare tas tillvara. De bedömer också att det är viktigt att huvudmännen kommer överens om hur ansvarsfördelningen för tillnyktring ska förtydligas och fungera i praktiken. Regeringen bör samtidigt överväga hur den från nationellt håll bäst kan stötta huvudmännen i att tydliggöra ansvaret.¹¹¹

Det är angeläget att få en uppfattning om i vilken utsträckning LOB:ar för barn, unga och unga vuxna upp till 29 år kommer socialtjänsten till del och att hitta goda arbetssätt för att arbeta med målgruppen.

SMADIT

SMADIT (Samverkan mot alkohol och droger i trafiken) är en nationell modell för att kunna erbjuda professionell hjälp till personer som är misstänkta för alkohol- och/eller narkotikarattfylleri. SMADIT bygger på ett nära samarbete mellan polisen, Kustbevakningen, Tullverket, socialtjänsten och beroendevården. Målet är att minska antalet återfall i rattfylleri/ drograttfylleri för att på sikt minska antalet vägtrafikolyckor där onyktra eller drogpåverkade förare är inblandade. Utgångspunkten för arbetssättet är att en person är som mest mottaglig för att ta emot hjälp i samband med att han eller hon har rapporterats misstänkt för rattfylleri. Därför ska personen erbjudas ett första

¹¹⁰ En lob i mål? – uppföljning av satsningen på ett förbättrat omhändertagande av berusade personer, Vårdanalys (2018)

¹¹¹ En lob i mål? – uppföljning av satsningen på ett förbättrat omhändertagande av berusade personer, Vårdanalys (2018)

samtal med socialtjänsten eller beroendevården så snart som möjligt, helst inom 24 timmar. Hur arbetet med SMADIT ser ut varierar regionalt och lokalt. På många håll upplevs inte modellen vara levande och kan därför behöva återaktiveras.

Verktyg för upptäckt

Det är angeläget att upptäcka berusningsdrickande tidigt. De barn och unga som omhändertas av polisen för berusningsdrickande är en riskgrupp som kräver samverkan mellan socialtjänst och polis. Men för att kunna upptäcka ett missbruk i ett tidigt skede behövs även en kombination av kompetens, rutiner/metoder och verktyg. Screeningverktyg för att identifiera riskfyllt alkohol- och narkotikamissbruk kan användas i större utsträckning av verksamheter som kommer i kontakt med barn, unga och unga vuxna. Exempel på verktyg är AUDIT och DUDIT som är självskattningsinstrument för att bedöma om problem med alkohol respektive narkotika förekommer. Instrumenten har högsta rekommendation i de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende och är lättillgängliga. Det finns även andra screeningverktyg, men dessa är oftast inte anpassade för unga personer och inte heller för olika funktionsnedsättningar. En anpassning behöver göras av befintliga och nya screeningverktyg utifrån dessa målgrupper.

Överblick över orosanmälningar

Socialtjänsten saknar möjlighet att internt upprätta register över anmälningar som inte leder till utredningar. Utgångspunkten är att den enskildes integritet behöver skyddas och att det inte ska upprättas register som kan innehålla ogrundade anmälningar. Konsekvensen är att en anmälan som inte föranleder utredning inte kan ses som en del i en helhet av flera anmälningar, trots att en sammanvägning skulle kunna indikera på behov av insatser. Detta behöver ändras så att orosanmälningar kan göras sökbara. Det är sannolikt mer integritetskränkande att göra anmälningar sökbara genom att inleda utredning än att göra handlingar sökbara på annat sätt.

Viktiga aktörer för tidig upptäckt

Skolan

Alla barn som är bosatta i Sverige har skolplikt. Skolplikten innebär att eleven ska delta i den verksamhet som anordnas i skolan, om eleven inte har giltigt skäl att utebli. Skolplikten gäller utbildning i förskoleklass, grundskola, grundsärskola, specialskola eller sameskola. Det är inte skolplikt i gymnasieskolan eller gymnasiesärskolan. Dessa är frivilliga skolformer. Det är vårdnadshavaren som ansvarar för att barnet går till skolan. En stor andel av barnen fortsätter i gymnasieskola. Runt 90 procent av alla 16-19-åringar går ett gymnasieprogram. Det gör att skolan är en aktör som möter de allra flesta barn

och unga i åldern 7-18 år. På så sätt utgör skolan en central arena för att fånga upp elever med begynnande eller pågående missbruk.

Förebygga och upptäcka

Skolan har en viktig uppgift att förebygga och upptäcka om elever befinner sig i svårigheter samt att se till att barn, unga och föräldrar får stöd – inom skolans ram eller i samverkan med exempelvis socialtjänsten – med syftet att eleverna ska klara utbildningens mål. Eftersom samstämmiga forskningsresultat visar att det är en skyddsfaktor att klara skolan finns starka incitament att sätta in åtgärder i skolan för att elever ska klara kunskapskraven och minska utsattheten i olika hänseenden. Det handlar om såväl generella åtgärder som omfattar alla, som insatser riktat till enskilda elever. Det är viktigt att ta reda på orsakerna till varför individen inte utvecklas enligt utbildningens mål.

Kunskap att upptäcka och lotsa vidare

Alla i skolan bör ha kunskap om att upptäcka beteendeförändringar. Det handlar inte bara om att upptäcka droger utan kan också handla om att ha rutiner för att tidigt fånga upp beteendeförändringar, skolfrånvaro eller kognitiva svårigheter. Att skolorna har utvecklade rutiner för att åtgärda skolfrånvaro är angeläget, men lika viktigt är skolornas arbete för att främja skolnärvaro samt förebygga skolfrånvaro. Skolfrånvaro kan ha många olika orsaker och är ofta en indikation på psykisk ohälsa.¹¹²

Det är också viktigt att personal i skolan vet vad de ska göra om de misstänker eller upptäcker missbruk hos en elev. Pedagogerna behöver kunna resonera med elevhälsan. Ofta finns möjlighet att även anonymt diskutera sin oro med socialtjänsten. Vid behov ska självklart en orosanmälan göras.¹¹³ Det handlar inte om att pedagogerna och skolledarna ska få ett utökat uppdrag utan att annan profession på ett naturligt sätt ska haka i.

Elevhälsan

I skollagen framgår att elevhälsan främst ska vara förebyggande och hälsofrämjande. Ett viktigt fokus för elevhälsoarbetet är att tillsammans med lärarna analysera och utveckla skolans lärmiljöer. Främst utifrån ett förebyggande och hälsofrämjande, men också ur ett åtgärdande perspektiv, för att kunna möta elevers olika behov och förutsättningar. Elevhälsan har därför en viktig roll i det drogförebyggande arbetet. Samtidigt fungerar elevhälsan som ett skyddsnät för elever när tillvaron ruckas av familjesociala skäl eller svårigheter i skolan. Skolan bidrar med sin struktur och rutiner till en förutsägbarhet och trygghet för elever som kanske har en mindre ordnad livssituation i övrigt.

Hälsobesöken hos skolsköterskan innebär en möjlighet att samtala med eleverna om goda hälso- och livsstilsvanor samt fånga upp oro och eventuella

¹¹² Nuläge och utmaningar i elevhälsan. SKL (2015)

¹¹³ Anmälningsskyldighet framgår av 14 kap. 1 § socialtjänstlagen och 29 kap 13 § skollagen.

missförhållanden. Sjuksköterskor, och andra yrkesgrupper som skolkuratorerna, kan vara viktiga samtalsparter i möten med elever. Dessa träffar eleverna både individuellt och i grupp kring frågor som rör elevernas livssituation. Elevhälsan ska också fungera som en brygga till socialtjänsten när det behövs. Det kan även finnas behov av samarbete med andra verksamheter utanför skolan som polis, fritidssektorn och hälso- och sjukvårdens aktörer. Samarbetet med föräldrar är centralt.

Inspirationsmaterial

2017 publicerade SKL inspirationsmaterialet *Olika är normen – Att skapa inkluderande lärmiljöer*. Inspirationsmaterialet belyser hur skolan kan arbeta med inkluderande lärmiljöer, extra anpassningar, särskilt stöd och elevhälsan som resurs. Materialet riktar sig till hela styrkedjan: politiker, chefer inom förvaltning, rektorer, lärare och elevhälsoteam.

Statliga satsningar

Skolverket fick 2011 i regleringsbrevet i uppdrag att genomföra en elevhälsosatsning under åren 2012-2015. Den största delen av medlen användes till ett riktat statsbidrag för personalförstärkning (625 miljoner kronor) inom de yrkesgrupper som är reglerade i skollagen och lärare med specialpedagogisk kompetens. Kommuner och fristående skolhuvudmän kunde ansöka om det riktade statsbidraget. Övriga delar i elevhälsosatsningen handlade om utbildningsinsatser, stödmaterial för övergångar mellan skolor och skolformer samt att föreslå en modell för uppföljning av kvalitet och tillgång till elevhälsa.¹¹⁴ Detta statsbidrag finns kvar 2018 och huvudmännen kan fortsatt ansöka om medel.

Enkätundersökningar

Kommunerna tillfrågades 2015 i en enkätundersökning från SKL om vilka satsningar som skulle vara viktigast att staten gjorde för att de skulle kunna förbättra elevhälsan i sin kommun. En majoritet av kommunerna, 69 procent, ville ha statliga kompetensutvecklingssatsningar. Sex av tio kommuner önskade även riktade statsbidrag för personalförstärkning.¹¹⁵

SKL har upprepat undersökningen 2018 med resultatet att 71 procent av kommunerna vill ha statliga kompetensutvecklingssatsningar och fortsatt sex av tio kommuner önskar riktade statsbidrag för personalförstärkning. En slutsats av 2018 års undersökning är att elevhälsans rekryteringsutmaningar har ökat. Det har blivit svårare att rekrytera en del av de kompetenser och yrkesgrupper som det enligt skollagen ska finnas tillgång till. Kommunerna uppger också att det finns flera andra stora utmaningar inom elevhälsan. De vanligaste svaren är

¹¹⁴ Nuläge och utmaningar i elevhälsan, SKL (2015)

¹¹⁵ Nuläge och utmaningar i elevhälsan, SKL (2015)

ökande psykisk ohälsa bland eleverna, att utveckla inkluderande lärmiljöer för att möta elevers olikheter och att utveckla det hälsofrämjande arbetet.¹¹⁶

Ungdomsmottagningar

Den första ungdomsmottagningen i Sverige öppnade år 1970 och i många kommuner och landsting finns idag en eller flera ungdomsmottagningar. Det finns även ungdomsmottagning på nätet www.umo.se. UMO är en webbplats för alla som är mellan 13 och 25 år. På UMO kan man hitta svar på frågor om sex, hälsa och relationer, vilket även inkluderar alkohol och droger. Bakom UMO står alla landsting och regioner. Det finns även sedan 2017 en webbplats med delar av UMO på flera språk, www.youmo.se.

Ungdomsmottagningarna har hög trovärdighet hos unga personer och är en väl känd instans. När det gäller UMO har en kännedomundersökning gjorts som visar att det är 83 procent av de tillfrågade 15-25-åringarna som känner till UMO, 9 av 10 flickor/kvinnor och nästan 8 av 10 pojkar/män. De tre främsta karaktärsdragen vad som är bra jämfört med andra liknande webbsidor uppges vara att sidan är lättillgänglig/enkel, tydlig/förklarande information samt seriös.¹¹⁷

Däremot är det en övervägande del flickor som söker sig till ungdomsmottagningarna. Mottagningarna behöver hitta sätt att nå även pojkar/män. Endast 10-15 procent av besökarna vid ungdomsmottagningarna är unga män och pojkar. Män och pojkar upplever psykisk ohälsa som mer skamfylld, och vården missar ofta psykisk ohälsa hos män och pojkar då den inte sällan döljs av ett samtidigt missbruk och utåtagerande beteende.¹¹⁸

En kartläggning som STAD (Stockholm förebygger Alkohol- och drogproblem) har genomfört på 14 ungdomsmottagningar i Stockholms län visar att de som besöker dem har en högre grad av riskbeteende. De screenar ofta för alkohol och narkotika, vilket visar att många har en högre alkoholkonsumtion än genomsnittet bland jämgamla.¹¹⁹ Ungdomsmottagningarna är därför också viktiga för att fånga upp barn och unga med begynnande eller pågående missbruk.

Insatserna varierar

Det saknas vägledning för vad som är ungdomsmottagningars uppdrag, vilket bidrar till en variation mellan olika mottagningar när det gäller vilka insatser som finns tillgängliga. Det finns ungdomsmottagningar som inkluderar alkohol- och drogrådgivning i sin verksamhet, men detta behöver utvecklas. Även unga

¹¹⁶ Nuläge och utmaningar i elevhälsan, SKL (2018)

¹¹⁷ UMO kännedom/varumärke 2017, Markör (2017)

¹¹⁸ Maskulinitet och psykisk hälsa, SKL (2018)

¹¹⁹ Alkohol, droger och sexuell hälsa. Utveckling av alkohol- och drogförebyggande arbete i samarbete med Ungdomsmottagningar. STAD (2017)

med intellektuell funktionsnedsättning behöver tillgång till det stöd som kan ges på ungdomsmottagningarna.

Både kommun och landsting kan var och en för sig eller gemensamt vara huvudman för en mottagning.¹²⁰ Det måste dock vara tydligt vilka insatser respektive huvudman har befogenhet att bedriva, enligt SoL respektive HSL.

På de allra flesta mottagningar arbetar barnmorska och kurator. Tillgången till läkare kan variera mellan olika mottagningar, men vanligt är att det finns en gynekolog eller allmänläkare kopplad till mottagningen.

Alla ungdomsmottagningar arbetar med insatser för ungas sexuella och reproduktiva hälsa. Ungdomsmottagningar är också en av de verksamheter som, tillsammans med till exempel elevhälsan, primärvården, socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, har ett uppdrag att arbeta med ungas psykiska hälsa. Det uppdraget kan dock se lite olika ut. En del mottagningar har ett främjande och förebyggande uppdrag medan andra mottagningar även har ett uppdrag att erbjuda stöd och behandling.¹²¹

I policyprogram för Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM) står att ungdomsmottagningarna ansvarar för psykisk hälsa. Vid psykisk ohälsa remitteras ungdomen vid behov till vårdcentral, psykiatri eller i enlighet med lokala rutiner. På liknande sätt skulle ungdomsmottagningarna kunna arbeta med missbruk. Att besitta kompetens för att kunna upptäcka begynnande eller pågående missbruk och länka vidare vid behov.

Ungdomshälsan i Umeå inkluderar alkohol- och drogrådgivning i sin verksamhet i något som kallas Ingången. Barn, unga och unga vuxna som har tankar och funderingar eller känner oro för sig själv eller andra när det gäller alkohol eller droger, liksom föräldrar och andra vuxna, kan höra av sig. Verksamheten bedriver rådgivning och information om alkohol och droger och motivation, råd och stöd till förändring. Man hjälper vid behov till att ta kontakt med övrig socialtjänst eller andra verksamheter. Man fungerar även som en kunskapsbank för yrkesverksamma som lärare, socialsekreterare, fritidsledare med flera.

BUP (Barn- och ungdomspsykiatri)

BUP är den verksamhet inom landstingens specialistnivå som möter och hjälper barn och unga som lider av allvarlig psykisk ohälsa.

Köerna till de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna har ökat kraftigt under senare tid, arbetsbelastningen har ökat och verksamheterna berättar själva om svårigheter att attrahera och behålla kompetent personal. Det beskrivs att BUP drunknar i utredningar och har svårt hinna med behandlingsarbete. För att kunna rekrytera och behålla medarbetare krävs att verksamheten har tillräckligt

¹²⁰ Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar, Uppdrag Psykisk Hälsa (2017)

¹²¹ Psykisk hälsa på ungdomsmottagningen – en kartläggning av Sveriges ungdomsmottagningar, Uppdrag Psykisk Hälsa (2017)

goda förutsättningar, tydligt uppdrag, ekonomi i paritet med uppdraget samt stöd från överordnade chefer och politik.¹²²

De privata vårdgivarna har generellt tydligare formulerade uppdrag än de landstingsdrivna verksamheterna. Upplevelsen hos många är att andra definierar BUP:s uppdrag och det är oklart vem som har tolkningsföreträde. Många beskriver att BUP:s uppdrag är oklart och att vårdgrannar gärna använder BUP som både en ”första-instans” och ”sista-utväg”.¹²³ Landstingen styr BUP genom att besluta om vilka tjänster som ska ingå och om vilka krav och villkor som ska ställas på leverantörerna. Samma sak gäller för primärvården, men det kan sannolikt bli en större tydlighet kring detta.

Många vittnar också om att det uppstår ett slags glapp i insatser när den unge åldersmässigt lämnar BUP för att tillhöra vuxenpsykiatri. Uppdragen och arbetssätten skiljer sig åt mellan dessa olika verksamhetsgrenar inom psykiatri. BUP är en viktig aktör både när det gäller upptäckt och insatser kring missbruk, inte minst mot bakgrund av att många barn och unga har en kombination av psykisk ohälsa och missbruk.

Primärvård

Många unga män och kvinnor söker sig till primärvården för somatiska symptom, som exempelvis magont, huvudvärk eller sömnproblem. Att det ibland även finns ett riskbruk eller missbruk av alkohol eller tabletter är väl känt. Primärvården bör därför kunna vara en viktig aktör för att tidigt upptäcka missbruk och det bör finnas såväl kompetens som organisatoriska strukturer som stödjer detta.

Det är viktigt att samverka mellan primärvården, psykiatri, beroendemottagningar och socialtjänsten fungerar. Samtidigt framhålls primärvården som en svag länk för att kunna ta fram överenskommelser mellan huvudmännen. Primärvårdens breda och delvis otydliga uppdrag anges som orsak till primärvårdens bristande medverkan. Detta i kombination med hög personalomsättning, ekonomiska och organisatoriska system som inte premierar samverkan samt en fragmenterad organisation uppfattas påverka primärvårdens incitament och förutsättningar för att arbeta med överenskommelser.¹²⁴

Styrning

Landstingen styr primärvården genom att besluta om vilka tjänster som ska ingå i primärvården och om vilka krav och villkor som ska ställas på leverantörer av primärvård, samt hur dessa ska ersättas. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag kartlagt hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade.

¹²² Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa (2017)

¹²³ Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa (2017)

¹²⁴ Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården, Vårdanalys (2017)

Kartläggningen omfattar både hur det medicinska uppdraget är formulerat och hur uppdraget om samordning med andra vårdnivåer och huvudmän ser ut.¹²⁵

Enligt 2 kap 6 § hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Förutom denna bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen finns det inte någon lagstadgad definition av primärvårdens uppdrag. Det kommunala självstyret innebär att landstingen har stor frihet att själva besluta hur hälso- och sjukvården ska organiseras.

I Socialstyrelsens kartläggning framgår att omkring hälften av landstingen skriver att missbruk- och beroendeproblematik ingår i vårdcentralernas åtagande. Det varierar dock mellan landstingen om det är formulerat som en del av vårdcentralernas åtagande inom det psykosociala området eller om det ligger i något annat avsnitt av uppdragsbeskrivningen. Landstingen ställer dessutom delvis olika krav på vilken kompetens vårdcentralerna ska ha för de psykosociala insatserna. Det varierar också om landstingen har ställt krav på hälsofrämjande arbete, där riskbruk ingår, och det varierar från landsting till landsting hur utförligt uppdraget att samverka är formulerat. Till detta kan även ersättningssystemen läggas som olika incitament.

2014 rekommenderade Riksrevisionen regeringen att ta initiativ till att göra vårdvalssystemen mer lika och formulera ett nytt mer enhetligt primärvårdsuppdrag. Både Socialstyrelsen och SKL har gjort flera uppföljningar av vårdvalssystemet.

Förfrågningsunderlagen är centrala i landstingens styrning och organisering av primärvården eftersom de innehåller de krav som leverantörer måste uppfylla om de önskar etablera sig. Om det inte är möjligt att formulera ett mer nationellt enhetligt primärvårdsuppdrag bör istället stöd ges till upphandling på ett mer systematiskt sätt.

Polisen

Ibland är polisen den instans som först uppmärksammar att en ung person bryter mot lagen eller har ett på annat sätt normbrytande beteende, vilket gör dem viktiga i syftet att tidigt upptäcka missbruk. Det kan handla om skadegörelse, misshandel, olika former av tillgreppsbrott eller ett omhändertagande för fylleri. Det är angeläget att socialtjänsten får kännedom om när en ung person misstänks för brott. Detta med anledning av att barn med utpräglade

¹²⁵ Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade. Socialstyrelsen (2016)

beteendeproblem (till exempel normbrytande beteende) har en förhöjd risk att hamna i kriminalitet och få psykiatriska problem och missbruk i vuxen ålder.¹²⁶

Rutiner för kontakter med socialtjänsten varierar men det råder anmälningsskyldighet om det handlar om barn.¹²⁷ Polisen genomför också så kallade bekymringssamtal, medling och medverkar i sociala insatsgrupper (lokal samarbetsform som koordineras på individnivå för unga i riskzon att återfalla i allvarlig brottslighet). Arbetet bedrivs i samarbete med socialtjänsten. Polisen har även en viktig roll när det gäller tidig upptäckt i samband med LOB-omhändertagande¹²⁸ och SMADIT-arbete.¹²⁹

Socialstyrelsen redovisade i mars 2018 ett regeringsuppdrag om vård- och behandlingsinsatser till barn och unga under 20 år som lagförts för brott och där dessa fått en påföljd som saknar vårdinslag. Socialstyrelsen genomförde mot bakgrund av uppdraget en pilotstudie där målgruppen omfattade barn och unga som lagförts för brott mot narkotikastrafflagen och man konstaterade att det finns begränsad kunskap om målgruppen.¹³⁰

Det pågår 2018 ett arbete inom Polismyndigheten med att ta fram en narkotikahandbok med målet att bidra till enhetliga arbetsmetoder, rutiner och stöd för polisens arbete med att bekämpa narkotika. I handboken betonas vikten av att arbetet bedrivs i nära samverkan med bland annat socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Medborgarlöften

På många ställen i landet samarbetar polisen och kommunen genom så kallade Medborgarlöften. Dessa kan se ut på olika sätt. I Svenljunga handlar medborgarlöftet om att förebygga missbruk hos barn och unga. I konkreta insatser ska det bland annat genomföras informationsinsatser i skolan. Socialtjänst, skola, polis och fritidsorganisationer ska samarbeta för att identifiera personer upp till 18 år som är på väg att fastna i missbruk. Det ska även genomföras minst två insatser mot narkotika.

Ett annat exempel är Bollebygd som bestämde sitt medborgarlöfte utifrån resultatet från en bred medborgarenkät som signalerade oro gällande ungas syn på droger. Därför ska ett drogförebyggande arbetet bedrivas. Även här kommer skolorna att besökas. I skolan genomförs också ett preventivt elevprogram som går under namnet PEP. Polisen ska genomföra utbildningsinsatser om cannabis till kommunanställda. I utbildningsdelen ligger även information om hur stadsplaneringen kan utifrån ett brottsförebyggande perspektiv. Kommunen

¹²⁶ Forskningsresultat som framförs bland andra av Henrik och Anna-Karin Andershed, Örebro universitet

¹²⁷ Anmälningsskyldighet framgår av 14 kap. 1 § socialtjänstlagen

¹²⁸ LOB – lag (1976:511) om omhändertagande av berusade personer

¹²⁹ SMADIT - Samverkan mot alkohol och droger i trafiken

¹³⁰ Pilotstudie om vård och behandling till barn och unga som lagförts för brott. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen (2018)

kommer också att svara för kurser i Active Parenting och det kommer att finnas en kontaktruta på hemsidan för oroliga föräldrar. Kommunen ska även se till att reglerna för försäljning av alkohol och tobak följs.

Studenthälsan och företagshälsovården

Personal på Studenthälsan och hos företagshälsovården kan vara viktiga aktörer för tidig upptäckt av missbruk när det gäller unga vuxna som befinner sig i arbetslivet eller läser på universitet och högskola. Kompetensbehoven för denna målgrupp skulle kunna jämföras med personalens inom primärvården.

Under 2001-2005 genomförde den då tillsatta Alkoholkommittén ett antal insatser i universitets- och högskolemiljöer för att förebygga alkoholskador. Exempel på insatser som genomfördes vid universitet och högskolor var utbildningsinsatser riktade till arrangemangsansvariga, faddrar, kårhusstyrelser, pubansvariga och pubjobbare. Det handlade om utbildning till exempel i ansvarsfull alkoholservering enligt den så kallade STAD-modellen och kunskap om symptom och tecken på droganvändning. Studenthälsan utbildades i att använda screeninginstrumenten AUDIT och DUDIT för upptäckt av riskfylld alkohol- respektive drogkonsumtion. Man utbildades även i motiverande samtalsteknik, som MI (Motivational Interview).

Inom ramen för implementeringen av de tidigare nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande insatser (numera Nationella riktlinjer för prevention och behandling av ohälsosamma levnadsvanor) har bland andra Föreningen för svensk företagshälsovård utbildat personal inom företagshälsovården i hur de kan arbeta för tidig upptäckt och behandling.

Föreningsliv, fritidsgårdar och fältarbete

Föreningslivet, fritidsgårdar och fältarbete kan också betraktas som viktiga arenor för att tidigt upptäcka risk för missbruk. Det kan hos personal som möter unga människor behövas mer kunskap om exempelvis risk- och skyddsfaktorer och beteendeförändringar som kan indikera svårigheter.

Föräldrar och syskon

Föräldrar, syskon och andra nära nätverk är av central betydelse för tidig upptäckt. De behöver få kunskap att upptäcka tecken på missbruk och veta vart man ska vända sig och hur man ska agera. Många förespråkar särskilda föräldrautbildningar och vissa kommuner erbjuder sådana. Exempelvis erbjuds ABC (Alla barn i centrum) i Stockholm och Göteborg och Älskade förbannade tonåring bland annat i Västerås och Bromölla. Dessa bygger på fyra föräldraträffar i grupp med erfarenhetsutbyte.

Mödrahälsovård och barnhälsovård

Mödrahälsovården och barnhälsovården är viktiga aktörer ur perspektivet att upptäcka missbruk hos föräldrar så att deras barn kan få stöd. Men det finns

även unga mödrar upp till 29 år (målgruppen för handlingsplanen) som själva är i ett missbruk med behov av insatser.

I Malmö, Göteborg och Stockholm bedrivs preventivt arbete inom mödrahälsovården för gravida med missbruk. Målet är tidig upptäckt och adekvat stöd till kvinnor som har drogproblematik vilket ska leda till att fosterskador undviks. I Göteborg och Stockholm finns även en specialiserad barnhälsovård för målgruppen. Samstämmig forskning visar att barn som växer upp med missbruk och psykisk ohälsa i sin närhet har ökad risk att drabbas av egen ohälsa och missbruk. Det är därför angeläget att tidigt fånga upp mödrar med missbruk under graviditet och även ge särskilt stöd till föräldrarna vid behov under tiden barnet är litet.

Habilitering

Habilitering är det stöd och den behandling som inom hälso- och sjukvårdens område ges till barn, unga, unga vuxna och vuxna med funktionsnedsättning för att de ska få möjlighet att utveckla en ny förmåga eller stärka en förmåga de redan har. Det är angeläget att personal inom habiliteringsverksamheten kan uppmärksamma ett missbruk i familjen och även ha kunskap om hur och vilket stöd och hjälp som kan erbjudas.

Akutmottagningar

Akutmottagningarna tar dagligen emot alkohol- och drogpåverkade personer med skador där dessa inte tidigare har sökt vård för sitt missbruk och inte heller har uppmärksammats i andra vårdssammanhang. Akutmottagningarna är därför också viktiga för att upptäcka ett missbruk.

Socialtjänsten

Socialtjänsten har det övergripande samhälleliga ansvaret för barn och ungas sociala situation, enligt 5 kap. 1 § SoL. I det ingår ett särskilt ansvar för unga med missbruksproblem och för unga lagöverträdare.

Idag förknippas socialtjänsten inte så ofta med tidig upptäckt och tidiga insatser. Undersökningar bekräftar erfarenheten att det är ett långt steg att ta till en kontakt med socialtjänsten. Bland annat för att socialtjänstens myndighetsutövande roll i förlängningen kan innebära begränsningar för den enskilde individens önskemål. Det är inte heller så väl känt vad socialtjänsten kan bidra med för slags stöd.

Tidigt riktat stöd utan biståndsbeslut

Antalet orosanmälningar till socialtjänsten har ökat kraftigt, vilket ur ett visst perspektiv är bra. Det kan tyda på att kunskapen om att anmäla barn som far illa eller riskerar att fara illa har ökat både hos allmänheten och bland organisationer och offentliga verksamheter. Samtidigt leder ungefär hälften av alla orosanmälningar till att det inleds utredningar och av dessa leder ungefär hälften

i sin tur till insatser. Det betyder att ungefär 25 procent av alla anmälningar leder till insatser. Kommuner lägger mycket resurser på att utreda ärenden samtidigt som uppföljningen av insatser blir mer begränsad. Ansökan, bedömning av behov och utredning av ärendet upplevs av enskilda som krånglig och byråkratisk.¹³¹ Därför behöver lagstiftningen ändras så att det blir möjligt att erbjuda tidigt och riktat stöd utan biståndsbeslut.

Samverkan med rättsvårdande myndigheter

Ett väl fungerande samarbete med rättsvårdande myndigheter är av stor betydelse för socialtjänstens förutsättningar att uppmärksamma barn och unga som visat tecken på en ogynnsam utveckling. Det saknas dock studier om huruvida barn och unga som lagförts för narkotikabrott får det stöd och den hjälp de behöver för att förhindra ett begynnande missbruk. Vilka stödinsatser som i så fall erbjuds finns det heller inga studier om.¹³² Socialstyrelsen har i rapporten om vård och behandling till barn och unga som lagförts för brott lämnat förslag på två delstudier, där den första adresserar frågan om socialtjänstens insatser har betydelse för att motverka missbruk och återfall i brott mot narkotikastrafflagen. Den andra delstudien har ett utvecklingsfokus där modeller för att uppmärksamma unga mellan 15 och 20 år studeras.

Stort behov av kompetenshöjning för tidig upptäckt

Det finns ett stort och i många fall önskat behov av kompetenshöjning hos ett flertal aktörer när det gäller att upptäcka beteendeförändringar. De kan vara tecken på ett begynnande missbruk, exempelvis sena ankomster, hög korttidsfrånvaro, försämrad skolprestation, skador, stölder, våld och olaga hot. Det är även viktigt att få kunskap om risk- och skyddsfaktorer för att vid behov kunna sätta in åtgärder i tidigt skede. Aktörer som kan vara i behov av kompetenshöjning kan vara föräldrar, skolpersonal, aktiva inom föreningslivet samt personal på ungdomsmottagningar, inom primärvården, BUP, vuxenpsykiatri och de delar av socialtjänsten som inte primärt arbetar med missbruksfrågor. Hur behoven ser ut behöver kartläggas.

Erfarenhet från tidigare satsningar visar att kompetenshöjningsinsatser behöver stödjas av lokala och regionala utvecklingsledare eller motsvarande för att få genomslag. För vissa personalkategorier bör det även undersökas om inslaget beroendelära kan integreras i grundutbildningen. Det gäller socionomer, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, behandlingsassistenter, psykologer och läkare.

¹³¹ Barnets och ungdomens reform – förslag för en hållbar framtid. Slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården (2017).

¹³² Pilotstudie om vård och behandling till barn och unga som lagförts för brott. Slutredovisning av regeringsuppdrag. Socialstyrelsen (2018)

Yrkesresan

Göteborgsregionen (samarbetsorganisation för 13 kommuner i Västsverige) har arbetat fram en webbaserad lärplattform – *Yrkesresan* – som på ett pedagogiskt sätt både ger introduktion till nya socialsekreterare inom myndighetsutövning barn och unga samt kompetensutveckling för erfarna socialsekreterare och arbetsledare/chefer. Eget arbete via webbverktyget varvas med muntliga föreläsningar och workshops som anordnas via den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS). Den webbaserade lärplattformen skulle kunna omsättas till alla områden inom socialtjänsten och omfatta evidensbaserad kunskapsutveckling och introduktion för hela landet. Detta behöver undersökas.

Tidiga och samordnade insatser är ledord

Sammanfattning och viljeinriktning

SKL ANSER

Det råder en stor samstämmighet kring vikten av att arbeta med tidiga och samordnade insatser. Det finns inte en klar gräns mellan vad som är att betrakta som tidig upptäckt och vad som är tidiga insatser. Det går ofta i varandra. En beskrivning kan vara att tidiga insatser i detta sammanhang är

- en åtgärd som sätts in så fort ett riskfyllt beteende har upptäckts och
- görs i början av en tänkt tidslinje.

Tidigt riktade och samordnade insatser utan biståndsbeslut

Utgångspunkten är att hjälpen ska finnas där barnen, föräldrarna, de unga och unga vuxna är. Lättillgänglig hjälp utan trösklar, när motivation och efterfrågan hos den enskilde är hög. Men för detta krävs bland annat att socialtjänstlagen ändras så att det blir möjligt att ge tidigt riktat stöd utan biståndsbeslut. Med fokus på att erbjuda tidigt stöd blir det också angeläget att tydliggöra vad som är "första linjen" och vilka aktörer som ska utföra specialiserade insatser. På flera håll i landet pågår utveckling av arbetssätt med den så kallade "Skottlandsmodellen" som förebild. Förskola och skola är basen där allt arbete kring barn och unga samordnas.

Det finns även andra arbetssätt som kan vara värda att följa upp och sprida. Maria Ungdom eller Mini-Maria är exempel på öppenvårdsmottagningar som är specialister på att hjälpa barn, unga och unga vuxna med problem som är kopplade till alkohol och droger. Gemensamt för dessa arbetssätt är att dessa insatser bygger på tidiga samordnade insatser och där socialtjänstens insatser ges utan biståndsbeslut enligt Socialtjänstlagen (SoL). Skolverket och Socialstyrelsens utvecklingsarbete, som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser, ska följas.

Möjliggör avtalssamverkan

Endast en liten andel av orosanmälningarna som rör barn och unga leder till insatser. Olika studier har visat att cirka en tredjedel av anmälningarna sorteras bort utan utredning och att cirka hälften av utredningarna inte leder till insatser. Det betyder att en stor del av socialtjänstens arbete går åt till att utreda barn och ungas livssituation, vilket kan leda till att preventiva och behandlande insatser får stå tillbaka. Det behövs ett mer nyanserat och proaktivt förhållningssätt för att kunna utveckla tidiga, riktade insatser och säkrare kunna avgöra skillnaden mellan allvarliga och mindre allvarliga fall. Ett sådant sätt att arbeta bygger på en nära samverkan mellan socialtjänsten, förskolan eller skolan och hälso- och sjukvården. Samarbetet över huvudmannaskapsgränserna försvåras av att det råder olika lagstiftningar, ekonomier, prioriteringar och kulturer. Trots goda intentioner är det svårt att överbrygga svårigheterna. Samarbetet skulle underlättas om det vore möjligt att avtalssamverka mellan kommun och landsting/region när huvudmännen är överens om det, och ge kommunen rätt att bedriva viss hälso- och sjukvård. Idag kan till exempel inte en kommun, som egen huvudman, bedriva ungdomsmottagning med hälso- och sjukvårdsinsatser.

Socialtjänstens myndighetsutövning bör fokusera på de mest utsatta

Barn och unga som är i behov av insatser från socialtjänsten tillhör i många fall de mest utsatta i vårt samhälle. De är ofta i behov av sammansatta insatser från skola och hälso- och sjukvård och då måste samverkan fungera. Det handlar om såväl tidiga som specialiserade insatser. Rimligt vore att socialtjänstens myndighetsutövning kunde fokusera på dessa mest utsatta unga och att en större del av insatserna, jämfört med idag, skulle kunna betraktas som råd och stöd som inte kräver biståndsbeslut enligt 4 kap 1 § socialtjänstlagen. Men för detta ska bli möjligt krävs ändring i nämnda lag.

Utveckling av samordnade arbetssätt för tidiga insatser

Flera kartläggningar inom socialtjänsten visar att anmälningar om att barn som far illa ökar, medan endast en fjärdedel av orosanmälningarna leder slutligen till insatser. Samtidigt är det få barn och unga och deras föräldrar som kontaktar socialtjänsten frivilligt. Endast 7 procent av ärendena är ansökningar.¹³³

Barn och ungas psykiska ohälsa ökar, både den upplevda och den diagnosticerade.¹³⁴ Det är en utveckling som pågått under många år. Den så kallade första linjens psykiatri, som ska fånga upp psykiska problem tidigt, är ojämnt utbyggd i landet. Det råder även oklarheter i uppdraget för första linjen om vilka insatser som bör ingå samt oklarheter mellan första linjen och specialistnivån.

Skolan ser ofta behoven av insatser men det ingår inte i skolans uppdrag att ge dessa insatser när barn/unga är i behov av stöd från första linje och specialistnivå. Skolan har varken kapacitet eller befogenheter att stå för sådana insatser. När det gäller elever med problematisk skolfrånvaro behövs ofta ett nära samarbete mellan skolan och andra verksamheter, till exempel socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

De samlade resurserna når inte alla barn och unga

Sammanfattningsvis handlar det om att de resurser som finns inom primärvård, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst inte når alla de barn och unga som skulle behöva stöd, vård och behandling. Däremot når elevhälsan alla barn i skolålder.

Åtskilliga statliga utredningar och rapporter har genom årens lopp uppmärksammat huvudmännens ansvar och fördelning av ansvar sinsemellan för denna grupp barn och unga, som är i behov av samordnat stöd. Från 1999

¹³³ Exempelvis Lag om stöd och skydd för barn och unga – betänkande från Barnskyddsutredningen (SOU 2009:68) samt Barnets och ungdomens reform – förslag för en hållbar framtid. Slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården (2017).

¹³⁴ Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016. Socialstyrelsen (2017)

och fram tills idag har det också genomförts stora satsningar med stöd av statliga medel för att stimulera utvecklingen samt främja samverkan mellan olika aktörer kring barn och unga. Som exempel kan nämnas överenskommelserna mellan staten och SKL om barns psykiska hälsa och uppbyggnaden av en så kallad första linje. Trots alla satsningar och försök finns alltså stora brister när det gäller samordning av insatser mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, förskola och skola/elevhälsa.

Oklar ansvarsfördelning förhindrar samordning

En del av SKL:s medlemmar – huvudmännen – beskriver att ansvarsfördelningen är oklar när det gäller gränssnittet mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård (primärvård, specialistvård och rehabilitering) och skola/elevhälsa. Ofta lyfts det otydliga ansvaret i frågor som rör barn med psykiska problem och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, eftersom det i många fall finns behov av insatser från olika huvudmän och därmed behov av samverkan. Ekonomiska begränsningar tenderar att leda till att varje aktör snävar åt sina ansvarsgränser, vilket gör att barn och unga med behov av insatser från flera aktörer riskerar att inte få det stöd de behöver på grund av att ingen aktör ser det som sitt ansvar. Det gäller exempelvis unga med missbruksproblematik eller annan psykisk ohälsa.

För att undvika stuprör behöver huvudmännen tillsammans se över hur de tidigt riktade insatserna ser ut och hur ingången till den första linjen ska vara organiserad för att vara lättillgänglig och samordnad. Denna samordning och samverkan underlättas om lagstiftningen ändras så att avtalssamverkan mellan kommun och landsting/region blir möjlig samt att kommunen får bedriva viss hälso- och sjukvård inom detta område om huvudmännen är överens om det.

Det pågår utvecklingsarbete

Arbete pågår 2018 på flera håll i landet för att utveckla en organisation och ett arbetssätt med den så kallade "Skottlandsmodellen" som förebild. Förskola och skola är basen där allt arbete kring barn och unga samordnas. Det finns även andra arbetssätt som kan vara värda att följa upp och sprida. På olika håll utvecklas modeller för elevhälsobaserat första linjens arbete, vilket innebär att skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården arbetar tillsammans för att erbjuda förebyggande och tidiga insatser i skolan. Att socionomer från socialtjänsten finns tillgängliga på skolorna för samtal, råd och stöd är något som tillämpas på flera håll och kan underlätta tidiga insatser.

Ett annat exempel är Hallstahammar där det finns barn- och ungdomscoacher som arbetar uppsökande och förebyggande med ett relationsskapande och coachande arbetssätt. Coacherna fungerar som en länk mellan barn och unga, familjer och myndigheter och har ett tätt samarbete med skola, socialtjänst, ungdomsmottagning, polis, fritidsverksamhet, kultur- och föreningsliv. Vid misstanke om narkotika- och/eller alkoholpåverkan kan de lotsa vidare till behandling.

Ytterligare ett exempel finns i Uppsala med sitt Ungdomscentrum som vänder sig till barn och unga i åldern 12-20 år och deras föräldrar. Målgruppen är barn och unga som befinner sig i riskzonen för missbruk, kriminalitet, själva blivit utsatta för brott eller annat självdestruktivt beteende. Barn, unga eller föräldrar kan själva kontakta verksamheten men kontakt med Ungdomscentrum kan även vara ett biståndsbeslut. Huvudsakliga arbetsuppgifter inom Ungdomscentrum är familjesamtal samt individuella kontakter med barnen/de unga. Kontakten kan bestå av information (till exempel om droger eller hur en rättegång går till), vara stödjande (till exempel att upprätthålla drogfrihet eller delta i en medling) eller det kan vara ett mer omfattande stöd och behandling (i form av ett intensivare förändringsarbete). Personal från Ungdomscentrum tar även emot samtal från elevhälsan och träffar vid behov barn, unga och deras föräldrar där det från skolan finns en misstanke om, eller oro för, missbruk av alkohol eller narkotika.

Maria Ungdom eller Mini-Maria är öppenvårdsmottagningar som är specialister på att hjälpa barn, unga och unga vuxna med problem som är kopplade till alkohol och droger. Mottagningarna drivs ofta, men inte alltid, i samarbete mellan kommun och landsting/region. Uppdraget är att arbeta med barn, unga och unga vuxna (upp till cirka 25 år) och deras familjer där det finns en oro för missbruk av alkohol eller andra droger. Det är angeläget att fortsätta utveckla samordnade insatser som dessa, som bygger på tidiga insatser utan behov av biståndsbeslut enligt SoL.

Regeringen har 2017 gett Skolverket och Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans genomföra ett treårigt utvecklingsarbete som ska syfta till att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser (U2017/01236/GV). Det är viktigt att följa och intressebevaka detta arbete.

Stöd och behandlingsinsatser behöver tydliggöras och utvecklas

Sammanfattning och viljeinriktning

SKL ANSER

Såväl profession som patienter och brukare upplever att det finns svårigheter när det gäller att erbjuda målgruppsanpassad behandling för barn, unga och unga vuxna.

Se över behandlingsalternativ och inkludera eftervård

Kommuner, landsting och regioner behöver se över tillgång och efterfrågan ur ett tillgänglighetsperspektiv och målgruppsanpassa behandlingsalternativ. Det finns även brister i planeringen av eftervården och därför bör samordnad individuell plan (SIP) användas i större utsträckning, både vid in- och utskrivning. SKL-skriften *Upphandling och uppföljning av HVB för barn och unga* behöver spridas för att tydliggöra vikten av att följa upp upphandlade HVB-hem och andra sociala tjänster så att goda resultat kan uppnås för den enskilde och lärdom dras inför nästkommande upphandling. Det finns ibland fördelar med att en verksamhet drivs av en förening eller annan idéburen aktör och modellen *Idéburet offentligt partnerskap* (IOP) bör därför också spridas.

Oklarheter i ansvarsfrågan

Det är tydligt att det råder oklarheter kring ansvarsfrågorna mellan huvudmännen, i huvudsak när det gäller psykosocial behandling. Oklarheter förekommer också när det gäller regelverk och arbetssätt kring drogtester, vilket bör tydliggöras.

Den praktiska tillämpningen av lagstiftningen leder ofta till svårigheter att komma överens om hur ansvaret ska fördelas mellan kommun och landsting. Enligt regeringens bedömning ska psykosocial behandling kunna erbjudas både av hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men att huvudmännen har ett gemensamt ansvar för detta kan vara i strid med kommunallagens (2017:725) grundläggande bestämmelser om kommunernas och landstingens befogenheter.

Huvudmännen bör ges möjlighet att komma överens

Det önskvärda är att kommuner och landsting ska kunna komma överens om vem som ska bedriva viss hälso- och sjukvård när det gäller personer med missbruk och beroende. Idag är det inte lagligt för kommunen att exempelvis bedriva kognitiv beteendeterapi (KBT). SKL gör bedömningen att KBT är en hälso- och sjukvårdsinsats eftersom det är en form av psykoterapi där man måste vara leg. psykolog eller leg. psykoterapeut alternativt ha grundläggande psykoterapibehandling med stöd och handledning. Både psykologer och psykoterapeuter är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Även Högsta förvaltningsdomstolen har slagit fast att psykoterapi är att betrakta som en sjukvårdande insats. Socialstyrelsen rekommenderar i sina nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården att kompetenskraven för KBT, psykodynamisk terapi, interaktionell terapi och parterapi ska vara grundläggande psykoterapiutbildning.

Det tycks ha skett en glidning i den praktiska tillämpningen av lagstiftningen som gör att kommunerna bedriver KBT för personer med missbruksproblematik. Ibland kan detta vara praktiskt av olika skäl. För att möjliggöra sådana överenskommelser om att viss hälso- och sjukvård får bedrivas av kommunen måste det regleras i lagstiftning.

Landstinget ansvarar för sjukvårdande behandling

Om huvudmännen inte är överens om vems ansvaret är att bedriva psykosocial behandling, som kräver minst grundläggande psykoterapibehandling, så behöver ansvaret klargöras. Det är landstinget som har det samlade ansvaret för sjukvårdande behandlingsinsatser när det gäller personer med missbruk/beroende, precis som vid andra ohälsotillstånd. Även socialtjänstens roll och ansvar behöver tydliggöras.

Socialstyrelsen bör definiera vid oklarheter

Det pågår inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbete med att definiera vilka åtgärder/evidensbaserade metoder som utförs av respektive huvudman. Ibland är detta inte möjligt att göra på ett enkelt sätt och då bör Socialstyrelsen definiera vem som ska utföra insatserna.

Begränsad tillgång till vissa insatser

Det har i samband med arbetet med handlingsplanen uppmärksammat att det råder det brist på vård- och behandlingsmöjligheter för barn och unga med ett missbruk/beroende inom flera områden, exempelvis inom avgiftning/tillnyktring och behandling. Socialstyrelsen kartlade 2016 utbudet av och tillgången till vård- och behandlingsinsatser för unga och unga vuxna med missbruks- och beroendeproblem. Kartläggningen pekar på brist på vårdplatser vid akuta tillstånd och abstinensbehandling.¹³⁵

Utbudet av vård- och behandlingsalternativ för unga upplevs också vara begränsat. Det saknas även anpassning efter könsspecifika förutsättningar. Flickor och kvinnor med missbruk/beroende kan behöva separata vård- och behandlingsplatser. Kunskapen om hbtq-personers livsvillkor behöver stärkas. Personer med exempelvis neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller låg begåvning kan också ha svårt att tillgodogöra sig traditionell vård och behandling.

Barn och unga är inte heller så delaktiga i beslutet om insats, förstår inte syftet, de individuella målen och är inte heller med i uppföljningen vilket är angeläget för ett lyckat resultat. Därför är det viktigt att även utveckla brukarinflytandet för barn och unga. Det är angeläget att följa upp upphandlade HVB-hem och andra sociala tjänster så att goda resultat kan uppnås för den enskilde genom att dra lärdom dras inför nästkommande upphandling. Därför bör SKL-skriften *Upphandling och uppföljning av HVB – för barn och unga*¹³⁶ spridas.

¹³⁵ Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen (2017)

¹³⁶ Upphandling och uppföljning av HVB – för barn och unga. SKL (2010)

Följ forskning och utvecklingsprojekt

Det pågår 2018 ett utvecklingsarbete mellan Statens institutionsstyrelse (SIS), några kommuner i landet och Föreningen Sveriges Socialchefer (FSS) som syftar till att förbättra samverkan när det gäller personer som är i behov av institutionsvård. Erfarenheterna från detta arbete behöver spridas.

Erfarenheter från Brukarkrafts utvecklingsarbete ”Tredje kraften” kan också följas i syfte att utveckla brukarinflytande.

Det är också viktigt att ta tillvara de erfarenheter som utvecklades i det samarbete som genomfördes mellan Stockholm, Göteborg och Malmö för utveckling av öppenvård för unga med missbruk. När det gäller utvärdering, metod- och verksamhetsutveckling visade erfarenheterna bland annat att skattningsskalan ORS (Outcome Rating Scale), som ger behandlaren feedback kring behandlingsrelationen och behandlingsinnehållet, uppfattades positivt av brukarna. UngDOK användes också i dokumentationen. Intervjuformulären i manualen är relativt kortfattade och frågorna är anpassade för en ung målgrupp.¹³⁷

Ett alternativ till institutionsvård för unga med kriminella eller drogrelaterade problem är exempelvis behandlingsfamilj med ett förstärkt stöd, där familjehemsföräldrarna har genomgått specialutbildning. Behandlingsfamiljen tar bara emot en person i taget och kontakten med andra unga som har liknande problem blir alltså mer begränsad än vid vård på institution. En rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) visar att jämfört med placering på institution leder placering i en sådan behandlingsfamilj till mindre kriminalitet och färre intag på låst avdelning. De unga som bott i behandlingsfamilj verkar också i mindre grad ha psykisk ohälsa och använda mindre narkotika än de som placerats på institution.¹³⁸

I en avhandling vid Umeå universitet fokuseras på personer som är i behov av behandling vid upprepade tillfällen för sitt missbruk av alkohol eller andra droger. Resultaten visar att klienter med en högre grad av svårigheter inom ett flertal livsområden också hade ökade behov av behandling för missbruk vid upprepade tillfällen. Vidare visade resultaten att klienter som tidigare upplevt tvingande insatser, som tvångsvård som ung, psykiatrisk tvångsvård, fängelse eller fått sina barn omhändertagna också i större utsträckning hade blivit dömda till tvångsvård för missbruk upprepade gånger. När det gäller personer som avviker från behandlingar, visade en delstudie i avhandlingen att 59 procent av de klienter som var dömda till tvångsvård avvek under det aktuella vårdtillfället. Yngre klienter var mer benägna än äldre att avvika. De som avvek drabbades sedermera av olika negativa resultat av detta. Förutom att de i högre grad blev dömda till ytterligare tvångsvård, visade gruppen dessutom på en högre risk för

¹³⁷ Mot en mer kunskapsbaserad öppenvård för unga med missbruk. Torkel Richert, Malmö högskola (2011)

¹³⁸ Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem, Treatment Foster care oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive etiska och ekonomiska aspekter. SBU, Rapport 279/2018.

förtidig död. Tillgång till samordnade kontinuerliga behandlingsinsatser förefaller vara avgörande för att motverka risken för återfall i allvarligt drogmissbruk där även tvångsvård ingår.¹³⁹

Eftervården behöver planeras och samordnas

Många som befinner sig i ett missbruk behöver bryta mönster och byta miljö. Det är samtidigt nödvändigt att planera för eftervården när man beslutar om en institutionsvistelse. Det brister ofta i eftervård när en person har varit placerad på institution, oavsett om det handlar om HVB-hem, tvångsvård vid någon SIS-institution eller kriminalvårdsanstalt. I samtliga fall behövs en bättre samverkan mellan socialtjänsten och institutionerna. Med en god målgruppsbedömning och planering för utskrivning i ett tidigt skede kan eftervården bli bättre för den enskilde. Vid kortare placeringar behöver detta göras redan innan inskrivning. Samverkan är centralt för att få eftervården att fungera. Att använda samordnad individuell plan (SIP) kan vara ett bra sätt att få struktur på insatserna och på ett tidigt stadium planera eftervården.

Kriminalvården

Kännetecknande för personer som döms till kriminalvårdspåföljder är att de oftast har problem inom mer än ett område. Enligt en stor klientundersökning som Kriminalvården genomförde år 2013 har de som får sina straff verkställda i genomsnitt problem inom tre av de nio undersökta områdena – missbruk, boende, sysselsättning och försörjning, skulder, familj, utbildning, hälsa, kriminella attityder och värderingar samt umgänge och nätverk. Det återfallsförebyggande arbetet förutsätter därför insatser inom en rad olika områden och samarbete mellan flera olika aktörer.¹⁴⁰

Totalt har 70 procent av de som vistas på kriminalvårdsanstalt något eller flera former av missbruk. Cirka 30 procent klassificeras som narkotika-missbrukare.¹⁴¹ Kriminalvården erbjuder olika behandlingsprogram riktade mot missbruk, både baserade på kognitiv beteendeterapi och det så kallade 12-stegsprogrammet. Det kan för klienter med beroendeproblematik vara aktuellt med en vårdvistelse på behandlingshem eller frigång och samtidigt tar del av behandling i öppenvård. Om en medicinsk behandling inletts under anstaltstiden skriver Kriminalvårdens läkare en remiss för fortsatt behandling i samband med frigivningen.¹⁴²

Kriminalvården har ett övergripande regeringsuppdrag att utveckla och förstärka myndighetens arbete med utslussning i syfte att öka klienternas förutsättningar att inte återfalla i brott. Det är ett stort utvecklingsområde även

¹³⁹ I behandling - Klienter som återkommer i den svenska missbruksvården. Robert Grahn, Umeå universitet (2018)

¹⁴⁰ Inslussning – en idéskiss. Rapport Inslussningsutredningen (Ju 2016:E)

¹⁴¹ Inslussning – en idéskiss. Rapport Inslussningsutredningen (Ju 2016:E) Endast cirka 5 procent av de intagna är kvinnor.

¹⁴² Inslussning – en idéskiss. Rapport Inslussningsutredningen (Ju 2016:E)

för socialtjänsten att planera för utslussningen och eftervården för personer inom Kriminalvården. Deras situation kan i många fall jämföras med situationen som råder kring in- och utskrivning inom psykiatrin.

Samverkan med idéburna aktörer

I många fall kan det finnas fördelar med att en verksamhet drivs av en förening eller annan idéburen aktör. Kommuner och landsting hamnar ibland i situationer där det inte är relevant eller möjligt att erbjuda den aktuella organisationen föreningsbidrag och samtidigt är i så fall en offentlig upphandling alternativet som står till buds. Det finns emellertid en modell som har väckt intresse och som har utvecklats av *Idéburna organisationer med social inriktning* (Forum). Flera kommuner har testat modellen *Idéburet offentligt partnerskap* (IOP) och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) har gett ut en kunskapsöversikt om IOP.¹⁴³ I denna beskrivs vad IOP är, hur det används och vilken betydelse den kan ha. Det finns skäl att utveckla samverkan och partnerskap med idéburna organisationer för att finna lösningar som i vissa situationer kan tillgodose stödinsatser som komplement till offentliga aktörer. Vägledningen bör därför spridas.

Oklarheter vid drogtest

I arbetet med denna handlingsplan har vid flera tillfällen frågan om drogtester kommit upp ur olika perspektiv och otydligheter i samband med detta har lyfts. Dels handlar det om metodfrågor kring om det är lämpligt att använda drogtester och i så fall när. Dels handlar det om ansvarsfördelningen och juridiken kring vem som i så fall ska och får utföra testerna (hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola) och tvång kontra frivillighet.

Det finns en del oklarheter i samband med denna fråga kring både regelverk och metoder där olika huvudmän och personalgrupper är i behov av olika former av guidning. I sådan vägledning behöver även kunskapsläget kring drogtester belysas.

Oklar ansvarsfördelning och otydligt gränssnitt i praktiken

Både kommuner och landsting har ansvar för personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, dopningsmedel eller spel om pengar. För utveckling av samverkan och för att ansvarsfördelningen ska tydliggöras på lokal och regional nivå är kommun och landsting skyldiga att ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om dessa personer.¹⁴⁴ För att huvudmännen ska ha goda förutsättningar för att göra överenskommelser om samarbete och ansvarsfördelning är det nödvändigt att det klargörs vilka åtgärder som är att betrakta som hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

¹⁴³ Idéburet offentligt partnerskap – en kunskapsöversikt. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (2018)

¹⁴⁴ 16 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 5 kap. 9 a § socialtjänstlagen (2001:453)

I socialtjänstlagen (2001:453) regleras kommunens skyldighet att genom sociala insatser förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra substanser. Efter en lagändring 1 januari 2018 omfattar kommunens ansvar inte enbart substansmissbruk utan också ett ansvar att förebygga och motverka problem och missbruk med spel om pengar.¹⁴⁵

Landstingets ansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Med hälso- och sjukvård avses enligt 2 kap. 1 § åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Under förutsättning att missbruket eller beroendet efter en medicinsk bedömning uppfyller kriterierna för en medicinsk diagnos är det att betrakta som ett sjukdomstillstånd. Utifrån det har hälso- och sjukvården ett ansvar för att förebygga och behandla sådana tillstånd precis som vid andra psykiatriska och somatiska sjukdomstillstånd. Inte heller landstingets ansvar är avgränsat till enbart substansmissbruk utan kan även gälla spelmissbruk eftersom det också per definition kan vara en medicinsk diagnos.

I den praktiska tillämpningen av lagstiftningen blir gränsen mellan vad som är huvudmännens ansvar oklar. Gränssnittet mellan vad som är att betrakta som insatser enligt socialtjänstlagen och vad som är insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen uppfattas av huvudmännen som otydlig och leder inte sällan till svårigheter att komma överens om hur ansvaret ska fördelas mellan kommun och landsting.

Ansvaret för psykologisk och psykosocial behandling

Det område som förefaller vålla mest diskussion är ansvarsfördelningen för psykologisk och psykosocial behandling. Enligt regeringens bedömning ska psykosocial behandling kunna erbjudas av både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Även om regeringens bedömning är i enlighet med SKL:s yttrande över Missbruksutredningen¹⁴⁶ (dnr. 11/3363) och SKL:s motionssvar inför kongressen 2015 (dnr. 15/4197) är det en bedömning som saknar stöd i lagstiftningen. Att huvudmännen har ett gemensamt ansvar för psykosocial behandling kan vara i strid med kommunallagens (2017:725) grundläggande bestämmelser om kommunernas och landstingens befogenheter. Enligt den bestämmelsen har huvudmännen ingen möjlighet att bistå med insatser som åligger en annan huvudman. Vidare finns också en risk att kommuner utför hälso- och sjukvårdsinsatser utan att lagstöd finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Kommuner kan endast ansvara för sådan psykosocial behandling som är att betrakta som socialtjänst och landstingen kan endast svara för psykosocial behandling i form av hälso- och sjukvård.

¹⁴⁵ Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk. Regeringens proposition (2016/17:85)

¹⁴⁶ Bättre insatser vid missbruk och beroende. Slutbetänkande av Missbruksutredningen (SOU 2011:35)

Inte heller Socialstyrelsens nationella riktlinjer¹⁴⁷ bidrar till att klargöra ansvarsfördelningen. De centrala rekommendationerna i riktlinjerna riktar sig nämligen till båda huvudmännen samtidigt utan att Socialstyrelsen anger om de olika åtgärderna ska ges som insats enligt hälso- och sjukvårdslagen eller insats enligt socialtjänstlagen. Rekommendationerna vad gäller psykologisk och psykosocial behandling behandlas i riktlinjerna under en gemensam rubrik.

Enligt regeringens bedömning ska båda huvudmännen kunna tillhandahålla *psykosocial* behandling. En rimlig tolkning är då, även om det inte uttryckligen nämns, att *psykologisk* behandling är ett landstingsansvar. Om nu psykologisk behandling är ett hälso- och sjukvårdsansvar och ett landstingsansvar – var går då skiljelinjen mellan psykologisk behandling och psykosocial behandling?

KBT i kommunens regi?

Ett konkret exempel är frågan om kommunen har befogenhet och behörighet att erbjuda kognitiv beteendeterapi (KBT) individuellt eller i grupp för behandling av personer med missbruk. SKL gör bedömningen att KBT är en hälso- och sjukvårdsinsats. Det är en form av psykoterapi och för att bedriva sådan ska man vara leg. psykolog eller leg. psykoterapeut alternativt ha en grundläggande psykoterapiutbildning med stöd och handledning. Både psykologer och psykoterapeuter är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal enligt patientsäkerhetslagen (2010:659).¹⁴⁸ Vad som är hälso- och sjukvård framgår av hälso- och sjukvårdslagens 2 kap. 1 §. I kommentarerna till bestämmelsen framgår det att *”hälso- och sjukvård är sådan verksamhet som bedöms kräva medicinskt utbildad personal eller sådan personal i samarbete med annan personal”*. Bedömningen att psykoterapi är att hänföra till hälso- och sjukvård och därvidlag sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose har också Högsta förvaltningsdomstolen gjort. I en prejudicerande dom framgår bland annat att psykoterapi är att betrakta som en sjukvårdande insats.¹⁴⁹ I domen lutar man sig mot vad som sägs om vård och behandling i förarbetena till socialtjänstlagen: *”Det kan inte vara rimligt att t.ex. kostnader för psykoterapi, alternativ medicinsk behandling eller andra sjukvårdande insatser skall bekostas av socialtjänsten”*.¹⁵⁰

Utifrån det faktum att en stor andel av kommunerna erbjuder och bedriver KBT individuellt eller i grupp till personer med missbruksproblematik förefaller det som att det skett en glidning i den praktiska tillämpningen av lagstiftningen. Det innebär att kommunerna utför hälso- och sjukvårdsinsatser utan att lagstöd finns i hälso- och sjukvårdslagen.

¹⁴⁷ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2015)

¹⁴⁸ 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

¹⁴⁹ RÅ 2004 ref.79

¹⁵⁰ Regeringens proposition (2000/01:80) s. 93

Konsekvenser av den oklara ansvarsfördelningen

Den övergripande och oklara regleringen av huvudmännens ansvar resulterar i att kommuner och landsting samt andra aktörer tolkar huvudmännens uppdrag olika. Det för bland annat med sig

- att vårdbehoven bedöms utifrån olika principer och insatser ges enligt olika lagstiftningar beroende på var i landet en person med missbruks- och beroendeproblematik är bosatt,
- en risk att kommuner utför hälso- och sjukvårdsinsatser utan att lagstöd finns i hälso- och sjukvårdslagen och i strid mot kommunallagens (2017:725) grundläggande bestämmelser om kommunernas och landstingens befogenheter, samt
- en risk, om huvudmännen gör olika tolkningar, att det gemensamma ansvaret innebär att ingen av huvudmännen tar ansvar för vissa delar av vården med hänvisning till den andra huvudmannen.

Så går vi vidare med ansvarsfördelning och gränssnitt

Låt kommunerna bedriva viss hälso- och sjukvård

Enligt Kommunallagen är det tydligt att hälso- och sjukvård som enbart åligger landstingen inte får bedrivas av kommunen, eftersom kommuner och landsting inte får ägna sig åt sådant som enbart åligger någon annan (2 kap. 1 § KL). Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar gäller bara i följande, i lagtext preciserade, sammanhang:

- För personer som efter beslut av kommunen bor i särskilt boende (enligt SoL och motsvarande boenden enligt LSS), och
- i samband med dagverksamhet (enligt SoL och motsvarande enligt LSS).
- Kommunen får även erbjuda de som vistas i kommunen s.k. hemsjukvård i ordinärt boende.

Det är endast hälso- och sjukvård, som är att betrakta som primärvård som kommunerna har juridisk kompetens att bedriva i ovanstående sammanhang. Annan hälso- och sjukvård, till exempel specialistsjukvård, är landstingens ansvar (se till exempel prop. 2005/06:115 s. 178).

Kommunerna kan alltså inte bedriva sjukvård på HVB eller i öppenvårds-sammanhang, vilket även gäller Ungdomsmottagningar. Det kan endast landstingen göra.

Gränsdragningsproblemen uppstår till synes i huvudsak kring KBT-behandling, som egentligen är psykoterapi och därmed är att betrakta som en sjukvårdsinsats.

Erfarenheterna visar att det ibland av praktiska och behandlingsmässiga skäl kan vara lämpligare för individen att kommunen ansvarar för KBT-insatsen. Detta är alltså inte juridiskt möjligt idag. Det förekommer även att ingen av

huvudmännen erbjuder KBT, med hänvisning till att det är en insats som den andre huvudmannen borde ansvara för.

Det önskvärda är att huvudmännen ska kunna komma överens om vem som ska bedriva viss hälso- och sjukvård för personer med missbruk och beroende. Men det också ska vara tydligt vem som har huvudansvaret om man inte är överens. Därför bör regeringen se över lagstiftningen så att kommunerna kan och får bedriva viss hälso- och sjukvård när det gäller personer med missbruk och beroende. Vidare att tydliggöra det grundläggande ansvaret på följande sätt.

Klargör landstingens hälso- och sjukvårdsansvar

För att avgöra om en insats är att betrakta som en psykoterapi när det gäller behandling av personer med missbruk och beroende har SKL:s kansli tittat närmare på *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning* (Socialstyrelsen 2015). Där har man för de olika rekommenderade insatserna även angett vilken kompetens som utförande personal bör besitta. Av dessa insatser finns fyra stycken där grundläggande psykoterapiutbildning rekommenderas. Det gäller:

- kognitiv beteendeterapi (KBT)
- psykodynamisk terapi
- interaktionell terapi
- parterapi.

Socialstyrelsens rekommendationer om kompetenskrav stödjer inte bara bedömningen att psykoterapi ska betraktas som en sjukvårdsinsats, utan också bedömningen att för att erbjuda KBT bör huvudansvaret åvila landstinget. Det gäller även då psykodynamisk terapi, interaktionell terapi och parterapi. Det bör från SKL:s sida klargöras att landstinget har det samlade ansvaret för sjukvårdande vård- och behandlingsinsatser när det gäller personer med missbruk/beroende, precis som vid andra ohälsotillstånd. Även socialtjänstens roll och ansvar bör tydliggöras. Vilka samverkansmöjligheter som finns bör också tydliggöras i detta sammanhang.

Arbeta med vård- och insatsprogrammen

Inom ramen för landstings och regioners system för kunskapsstyrning, nationellt programområde psykisk hälsa (NPO), pågår 2018 ett arbete med att sammanställa all aktuell kunskap inom missbruk och beroendområdet i ett så kallat vård- och insatsprogram (VIP). I detta arbete definieras vilka åtgärder/evidensbaserade metoder som utförs av respektive huvudman. Där sker ett tydliggörande av vem som ansvarar för vad. I vissa fall är det inte möjligt att på ett enkelt sätt definiera vilka åtgärder/evidensbaserade metoder som ska utföras av respektive huvudman och för dessa åtgärder bör Socialstyrelsen definiera vem som ska utföra dem.

Kunskapsutveckling är en förutsättning för bättre insatser

Sammanfattning och viljeinriktning

SKL ANSER

SKL:s arbete med kommunernas, landstingens och regionernas system för kunskapsstyrning är en av de viktigaste pusselbitarna för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård och omsorg. Systemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje möte med personen som behöver en insats. Förutom kunskapsstöd ingår också stöd till uppföljning och analys, till verksamhetsutveckling och till ledarskapet.

Skapa förutsättningar för kunskapsutveckling

Det är viktigt att kommuner, landsting och regioner skapar förutsättningar för verksamheterna att systematiskt följa upp insatser och resultat för att arbeta med ständiga förbättringar och utveckla verksamheten. Bland annat behöver data registreras och analyseras i de relevanta psykiatriska kvalitetsregistren. Viktigt är också att ta fram en gemensam struktur för könsuppdelad uppföljning av resultat inom missbruks- och beroendevården och i relevanta sammanhang framföra behov av mer forskning kring kön och genus kopplat till missbruk och beroende.

En grundförutsättning för att kunna arbeta fullt ut med kunskapsutveckling är att de lagar och andra författningar som försvårar eller omöjliggör samordning och uppföljning inom socialtjänstens område ses över. Det är även väsentligt att de strukturer som finns på regional nivå har de förutsättningar som behövs. De ska fungera som ett praktiskt verksamhetsstöd för kunskapsutveckling och som en dialogpartner mellan kommunal och nationell nivå i kunskapsstyrningen. Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) behöver därför ha en stabilitet antingen genom lagstöd eller långsiktigt riktad finansiering.

Evidensbaserad praktik

Evidensbaserad praktik är en del av kunskapsutvecklingen och handlar om att medvetet och systematiskt sträva efter att bygga vård och omsorg enligt bästa tillgängliga kunskap, som hämtas från vetenskap, från den enskilde samt erfarenhet från praktiken/professionen.

Standardiserade bedömningsmetoder, inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, fungerar som ett stöd i utredningsarbetet när enskilda personers situation, funktion och hjälpbehov ska bedömas. Användning av standardiserade bedömningsmetoder kan bidra till beprövad erfarenhet. Det finns många områden, särskilt inom socialtjänsten, som inte är beforskade. Därför är även den beprövade erfarenheten en viktig kunskapskälla.

Beprovad erfarenhet skapas bland annat genom individbaserad systematisk uppföljning som innebär att arbetet med enskilda klienter dokumenteras, sammanställs och analyseras på gruppnivå i syfte att utveckla och förbättra verksamheten och skapa brukarupplevd kvalitet.

På www.kunskapsguiden.se ges stöd för att arbeta enligt en evidensbaserad praktik. Där finns även stöd för implementering (införande och användande) för att införa nya metoder i en verksamhet.

Stärk den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS)

Den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) verkar för samverkan och utveckling på länsnivå. De är utformade efter förutsättningar och behov i respektive län och samverkar i frågor som rör socialtjänst och hälso- och sjukvård mellan kommuner och mellan kommuner och landsting. Verksamheterna som ingår i strukturerna fungerar som ett praktiskt verksamhetsstöd för kunskapsutveckling och som en dialogpartner mellan kommunal och nationell nivå.

SKL och regeringen ingick 2011-2016 överenskommelser om stöd till en evidensbaserad praktik. En central del i detta utvecklingsarbete var uppbyggnaden av regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) med regionala utvecklingsledare/resurspersoner som haft i uppgift att stödja kommunerna i förbättrings- och implementeringsarbete samt sprida nationella kunskapsprodukter. Satsningen har inneburit att länen/regionerna har fått medel för att anställa regional utvecklingsledare/resursperson för olika sakområden, till exempel barn och unga och funktionshinder. Arbetet har samordnas nationellt av SKL.

Inom missbruks- och beroendområdet började utvecklingsarbetet redan 2008, också via överenskommelser med regeringen. Satsningen kallades "Kunskap till praktik" och den gav länen möjlighet att anställa process-/utvecklingsledare för att stödja kommunerna i arbetet.

Sedan den statliga satsningen om stöd till en evidensbaserad praktik upphörde 2016 bygger det regionala utvecklingsarbetet på kommunernas egen finansiering. Det behövs en stabilitet i finansieringen av RSS och regionala resurspersoner/utvecklingsledare. Det finns ett nationellt nätverk med nyckelpersoner inom missbruks- och beroendevård i kommuner och landsting, kallat MILK-nätverket. Detta nätverk behöver stärkas då det exempelvis inte finns utvecklingsledare/resurspersoner i alla län.

Nationellt programområde psykisk hälsa (NPO)

Landsting och regioner i samverkan har etablerat ett system för kunskapsstyrning. Olika programområden har identifierats och ett av dessa är psykisk hälsa. Inom programområde psykisk hälsa (NPO) arbetar både landstings- och kommunrepresentanter tillsammans. Missbruk och beroende är ett delområde i NPO. NPO fyller en viktig funktion i kunskapsutvecklingen

genom arbetet med att ta fram vård- och insatsprogram (VIP) som sammanställer kunskap inom missbruks- och beroendområdet. NPO bidrar även till att omsätta forskning till praktik, stödjer användningen av de nationella riktlinjerna och annat kunskapsstöd samt stödjer lokal kunskapsproduktion genom bland annat systematisk uppföljning.

Partnerskap

Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning inom socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård är en modell för samverkan och samordning mellan Socialstyrelsen, SKL och RSS för stöd till en kunskapsbaserad socialtjänst efter den statliga satsningen på en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Inom partnerskapet samverkar regional och nationell nivå kring frågor om kunskapsstyrning och kunskapsutveckling inom socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård. Stöd till systematisk uppföljning är en prioriterad fråga för partnerskapet.

Det finns även en överenskommelse inom hälso- och sjukvårdens område mellan Styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan (landstingens och regionernas system för kunskapsstyrning) och några av myndigheterna i Rådet för statlig styrning med kunskap som heter *Partnerskapet för stöd till kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården*. Partnerskapet ska bland annat bidra till ökad samverkan, dialog och samordning av initiativ som i sin tur kan bidra till behovsanpassad kunskapsutveckling, bättre stöd för implementering och effektivare kunskapsstöd.

Kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning kan beskrivas som det styr- och stödsystem som skapar förutsättningar för en evidensbaserad praktik i mötet med brukaren/individen. Kunskapsstyrning är alltså en infrastruktur för en ständigt förbättrad kvalitet.

Kunskapsstyrningen bidrar till att utveckla ett lärande system. I arbetsprocessen ingår även arbete som ska ligga till grund för implementering, verksamhetsutveckling, lärande och systematisk uppföljning.

Nationella riktlinjer är ett kunskapsstöd

Nationella riktlinjer visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder och är ett stöd för vården och omsorgen att prioritera rätt åtgärder till dem med störst behov. De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende ska fungera som ett stöd för styrning och ledning. Riktlinjerna innehåller ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården och socialtjänsten ur ett styr- och ledningsperspektiv. Rekommendationerna omfattar områdena

- bedömningsinstrument
- medicinska test

- läkemedelsbehandling
- psykologisk och psykosocial behandling
- psykosociala stödinsatser
- behandling vid samsjuklighet, samt
- behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem.

Syftet med rekommendationerna är att ge vägledning för beslut på gruppnivå. Riktlinjerna rekommenderar metoder som är genomsnittligt bättre än andra, men inte självklart för en viss individ.¹⁵¹

Systematisk uppföljning och stöd för uppföljning

En ändamålsenlig och systematisk uppföljning av missbruks- och beroendevården är viktigt ur ett patient- och brukarperspektiv. Det är även viktigt att följa upp verksamheten utifrån kön. Det är en förutsättning för att kunna kvalitetssäkra och utveckla samhällets insatser och i förlängningen uppnå målet om en god vård och omsorg som är kunskapsbaserad och som i sin tur bidrar till en god och jämlik hälsa.

Systematisk uppföljning kan tjäna flera olika syften. Uppföljning

- är viktig för att över huvud taget veta om samhällets insatser är effektiva och leder till positiva förändringar för den enskilde individen,
- möjliggör ett ömsesidigt lärande inom och mellan verksamheter,
- är en förutsättning för strategisk styrning och ledning, på både lokal, regional och nationell nivå,
- är en förutsättning för forskning och innovation,
- möjliggör transparens och insyn i vården och omsorgen av personer med missbruks- och beroendeproblematik.

Uppföljning är därmed en viktig grund för att upprätthålla befolkningens förtroende för samhällets insatser.¹⁵²

Systematisk uppföljning är också centralt i en evidensbaserad praktik och viktigt för att veta vad man gör i verksamheten och vilket resultat det leder till för brukarna samt om dessa är adekvata för brukarna själva. Det ger även höjd professionalitet och yrkesstolthet. För patienter, brukare och deras närstående är naturligtvis insatsernas resultat viktigast. Sammanfattningsvis är den systematiska uppföljningen ett kunskapsunderlag för ständiga förbättringar med ett empowermentperspektiv.¹⁵³

En förutsättning för att det ska gå att göra systematiska uppföljningar på aggregerad nivå är att det genomförs lagändringar som gör det möjligt att

¹⁵¹ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2015)

¹⁵² Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys (2016)

¹⁵³ Empowerment = egenmakt. Syftar till att en individ ska känna att denne har makt över sin egen situation, sina arbetsuppgifter, sin närmiljö etcetera

registrera, lagra och sammanställa individstatistik för uppföljning, jämförelser och kunskapsutveckling inom socialtjänsten inte bara på lokal nivå inom en nämnd/förvaltning/organisation, utan också mellan olika nämnder/förvaltningar/organisationer på lokal nivå, samt även på regional och nationell nivå.

Uppföljning på individnivå

För uppföljning på individnivå används ofta olika dokumentationssystem som bygger på intervjuer. Inom socialtjänst och hälso- och sjukvård används ofta ASI (Addiction Severity Index), som är en internationell standardiserad bedömningsmetod för utredning och uppföljning. Instrumentet förordas i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården för vuxna personer och har där den högsta rekommendationen. ASI ger goda förutsättningar att följa upp insatser på individnivå men det finns också möjlighet att generera resultaten på verksamhetsnivå.

DOK är ett dokumentationssystem som används av en del inom missbrukarvården för att mäta faktorer som har relevans för missbruk. Bedömningsinstrumentet finns med i de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård, men rekommenderas inte lika starkt som ASI.

Det finns även UngDOK som är framtaget särskilt för unga/unga vuxna och där forskning pågår. ADAD är en standardiserad intervju utvecklad i USA och översatt och anpassad till svenska förhållanden av Statens institutionsstyrelse (SiS). Målgruppen är personer 13-21 år med social problematik, unga personer i riskzon. BBIC (Barns Behov i Centrum) används för att uppnå en nationellt enhetlig struktur för handläggning, genomförande och uppföljning av den sociala barn- och ungdomsvården.

Nationella kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren ingår i den samlade kunskapsstyrningen och uppföljningen av svensk hälso- och sjukvård och är ett viktigt stöd för att uppnå en kunskapsbaserad och jämlik hälsa och resurseffektiv vård och omsorg. Nationella kvalitetsregister används också i förbättringsarbete i vårdens och omsorgens verksamheter samt som kunskapskälla för klinisk forskning.

Det saknas kvalitetsregister inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård och det är inte heller lagligt möjligt att behandla personuppgifter inom socialtjänsten i kvalitetsregister. Inom landstingets specialiserade beroendevård finns däremot kvalitetsregistret Svenskt beroenderegister (SBR). Det finns även andra nationella psykiatriska kvalitetsregister som följer upp missbruk och beroende, då framför allt med frågan om samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser såsom adhd, bipolaritet, psykossjukdom och ätstörningar, samt för de personer som vårdas i rättspsykiatri.

Syftet med samtliga kvalitetsregister är att möjliggöra jämförelser inom och mellan vårdenheter, organisationer och vårdkedjor. Det är därför angeläget att

öka användandet av relevanta psykiatriska kvalitetsregister för att analysera och utveckla verksamheten.

Uppföljning på verksamhetsnivå

I kommunernas verksamhetssystem registreras en stor mängd information i enskilda individärenden, men den är sällan strukturerad så att den går att aggregera och sammanställa på grupp- och verksamhetsnivå. Det skulle underlätta avsevärt om variabler för uppföljning finns integrerade i verksamhetssystemen, så att information som dokumenterats i individärenden lätt kan plockas ut och användas i ett annat sammanhang för verksamhetens uppföljning och kunskapsutveckling.

I utvecklingsprojektet *Webbkollen Barn och Unga* har ett urval av variablerna för systematisk uppföljning i BBIC, med fokus på resultat, testats med syfte på kunskaps- och verksamhetsutveckling. Projektet visar att potentialen i de variabler som prövats är mycket stor, både när det gäller kommande verksamhetsuppföljning, kunskapsutveckling och forskning.¹⁵⁴

En av de modeller som utvecklats för att följa upp det sociala arbetet i socialtjänsten på ett systematiskt sätt är *LOKE* (LOKAl Evidens). En beskrivning av modellen i sig, hur man kan gå tillväga för att följa upp och analysera data samt vad man kan tänka på vid implementering finns i handboken om LOKE.¹⁵⁵ Den beskriver även hur uppföljning kan vara en del av ett lärande.

Uppföljning på nationell nivå

Den uppföljning av missbruks- och beroendevården som genomförs på nationell nivå i dag inom öppna jämförelser fokuserar främst på strukturer och processer. Det kan till exempel handla om rutiner för samverkan och om man använder standardiserade bedömningsmetoder. Uppföljningen inkluderar endast ett fåtal av de resultatområden som patienterna och brukarna tycker är viktiga enligt en uppföljning av Vårdanalys.¹⁵⁶ De olika initiativ som pågår för att identifiera relevanta uppföljningsindikatorer inom missbruks- och beroendevården behöver samordnas och utvecklas.

Stöd för systematisk uppföljning

Verksamheterna behöver stöd för att kunna arbeta bättre med systematisk uppföljning, inte minst med ett patient- och brukarfokus. De Regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) och Nationellt programområde psykisk hälsa (NPO) fyller en viktig funktion när det gäller uppföljning och utvärdering. Med stöd från RSS kan kommunerna gå samman och med gemensamma

¹⁵⁴ Webbollen Barn och unga – Ett utvecklingsprojekt om uppföljning inom den sociala barn- och ungdomsvården. SKL (2018)

¹⁵⁵ Lokeboken – en handbok för lokal uppföljning enligt LOKE-modellen. Jan Hjelte (2017)

¹⁵⁶ Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys (2016)

resurser hjälpas åt i arbetet med systematiskt uppföljning, istället för att varje kommun ska göra sitt arbete var för sig. Flera RSS erbjuder också utbildning och handledning i praktisk systematisk verksamhetsuppföljning, på egen hand eller i samarbete med SKL.

Den nationella nivån behöver också fortsätta att stödja kommunerna i arbetet med systematiskt uppföljning, dels genom utbildningar i hur man kan arbeta med uppföljning, dels i implementeringen och användningen av variabler för uppföljning. Sedan hösten 2017 håller SKL och Socialstyrelsen gemensamma utbildningar för kommuner och RSS i praktisk verksamhetsuppföljning. För utbildningen används Socialstyrelsens material till stöd för individbaserad systematisk uppföljning: en skrift, en webbaserad utbildning, en fördjupad handledning samt ett datorbaserat verktyg för uppföljning.¹⁵⁷

Stöd till verksamhetsutveckling

Verksamhetsutveckling kan enklast beskrivas som förmågan att hantera förändringar i omvärlden som påverkar verksamheten. En viktig del i verksamhetsutvecklingen handlar om att förbättra verksamheten för den den är till för. Det finns olika metoder och verktyg som kan vara ett bra stöd i ett förbättringsarbete, exempelvis Innovationsguiden och Genombrott.nu. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete kan ses som en grund för systematiskt förbättringsarbete. För att analysera sin egen verksamhet, förbättra den och jämföra med andra verksamheter kan Öppna jämförelser och brukarundersökningar användas. Resultat och jämförelser med andra kommuner, landsting och verksamheter kan hittas i kommun- och landstingsdatabasen Kolada. I den nationella brukarundersökningen inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg ingår den kommunala missbruksvården. Resultat från genomförda undersökningar inrapporteras till SKL.

Bättre sammanhållen planering och uppföljning på lokal och regional nivå

På SKL:s kongress 2015 beslutades enigt att arbeta fram en *Sammanhållen långsiktig strategi för framtidens hälsa, hälso- och sjukvård, socialtjänst, vård och omsorg*. Under 2017 har ett omfattande arbete bedrivits för att ta fram underlag till *Strategi för hälsa*, som beslutades av SKL:s styrelse den 15 december 2017. Kommuner, landsting och regioner har gemensamt arbetat fram målen i strategin. De tre övergripande målen är en god och jämlik hälsa, god kvalitet och ett hållbart och uthålligt resultat. Varje mål ska brytas ner och anpassas till varje kommuns, landstings och regions förutsättningar.¹⁵⁸

¹⁵⁷ www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/systematiskuppfoljning

¹⁵⁸ Strategi för hälsa – tillsammans – varje dag lite bättre. SKL (2018)

Juridiska och tekniska hinder för samordning och uppföljning

De organisatoriska gränser som finns mellan olika aktörer i hälso- och sjukvården och socialtjänsten för med sig juridiska och tekniska hinder när det gäller hantering av personuppgifter. Men den enskilde ska inte riskera att få mindre säkra insatser eller insatser av lägre kvalitet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att en eller flera personalkategorier som utför insatserna inte har tillgång till rätt information vid rätt tillfälle.¹⁵⁹

Det är inte bara mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård som det är problematiskt, utan hindren finns även inom exempelvis socialtjänsten. Det råder sekretess mellan nämnder och det är inte heller tillåtet att hämta in uppgifter från privata utförare. Privata utförare kan inte heller behandla personuppgifter för uppföljning.

Inom hälso- och sjukvården dokumenteras uppföljningen på ett relativt enhetligt sätt, och individuppgifter lämnas till Socialstyrelsens hälsodataregister för stora delar av vården. Det går inte att följa utvecklingen över tid eller utvärdera insatsers resultat på nationell nivå på samma sätt inom socialtjänsten, på grund av att det saknas lagliga möjligheter att föra individ- och personnummerbaserad statistik. Det är inte möjligt att samla in känsliga personuppgifter från kommunens socialregister till den nationella statistiken. Det saknas även kvalitetsregister inom socialtjänstens område. Detta bidrar till en bristfällig kunskap om resultaten av socialtjänstens insatser. Det behövs en ändring som ger Socialstyrelsen stöd att behandla känsliga personuppgifter som rör anmälan/ansökan, grundproblematik, behov, insatser och resultat.¹⁶⁰

IT-systemen är inte heller alltid utformade för systematisk uppföljning och man använder i verksamheterna olika system som inte är kompatibla med varandra.

Lagstiftningen behöver ses över så att det blir möjligt att registrera, lagra och sammanställa individstatistik för uppföljning, jämförelser och kunskapsutveckling inom socialtjänsten på lokal, regional och nationell nivå. Det handlar alltså om

- möjlighet att följa upp verksamheten oavsett hur socialtjänsten är organiserad (sekretessbrytande bestämmelser),
- möjlighet att inhämta personuppgifter från privata utförare (tystnadspliktsbrytande uppgiftsskyldighet),
- möjlighet för privata utförare att följa upp sin verksamhet (behandla personuppgifter för ändamålet uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring), samt
- att utöka möjligheten att inhämta personnummerbaserad statistik till officiell statistik (utvidgad uppgiftsskyldighet för socialnämnderna och stöd för att behandla känsliga personuppgifter).

¹⁵⁹ Rätt information på rätt plats och i rätt tid (SOU 2014:23)

¹⁶⁰ Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys (2017:9)

Mer forskning behövs

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samlar vetenskapliga kunskapsluckor inom områdena hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, funktionstillstånd och funktionshinder samt arbetsmiljö för att visa var det behövs ny forskning. Med hjälp av en databas med kunskapsluckor samverkar SBU bland annat med forskningsfinansiärer. Målet är att den framtida forskningen ska riktas mot forskningsprojekt som i slutändan gör nytta i vardagen för brukare, patienter och närstående. Inom olika lärosäten och FoU-miljöer bedrivs praktisknära forskning med olika former av finansiering.

Arbetet med handlingsplanen visar att det bland annat behövs mer forskning när det gäller kön och genus kopplat till missbruk och beroende. Det saknas både kunskap och analys kring varför det finns olikheter i faktiskt utfall mellan kvinnor och män i relation till frågor som rör missbruk/beroende. Det handlar även om skillnader avseende rättsliga och sociala normer för kvinnor respektive män med missbruk/beroende.

Missbruk och beroende i åldern 13-29 år

Så här vänder vi utvecklingen

Denna rapport är ett kunskapsunderlag till *Handlingsplan mot missbruk och beroende – tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år*. Följande områden behandlas i handlingsplanen:

- Synen på missbruk.
- Lättillgänglighet.
- Samverkan, samordning och delaktighet.
- Tidig upptäckt och tidiga, samordnade insatser.
- Stöd och behandling – inklusive frågan om ansvarsfördelning mellan huvudmännen och gränssnitt mellan socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
- Kunskapsutveckling.

Detta kunskapsunderlag följer samma struktur men är mer fördjupande och förklarande. Här återfinns även ett flertal lärande exempel.

Upplysningar om innehållet
Mikael Malm mikael.malm@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-665-0
Text: Susanna Wahlberg