

Handlingsplan mot missbruk och beroende

TIDIG UPPTÄCKT, TIDIGA INSATSER, STÖD OCH
BEHANDLING FÖR PERSONER I ÅLDERN 13-29 ÅR



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förord

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

Handlingsplanen, som riktar sig till beslutsfattare, 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 vissa förslag till lösningar har även diskuterats med brukar- och intresseorganisationer, myndighetsföreträdare samt fackliga organisationer.

Handlingsplanen ska fungera både som underlag för beslut och utvecklingsarbete. Detta är beslutsdelen som beskriver vilka problem som behöver lösas och ger förslag till åtgärder. Det finns även två fristående kunskapsunderlag som kan läsas och användas som inspiration av den som vill fördjupa sig i frågorna: *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år – så här vänder vi utvecklingen* (bilaga 1) och *Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nätdroger* (bilaga 2).

Följande områden behandlas:

- 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.

Många har bidragit i arbetet med att ta fram handlingsplanen. Vi vill rikta ett särskilt tack till expertgruppen, referensgrupper och nätverk. Handlingsplanens beslutsdel och bilaga 1 har skrivits av handläggare Susanna Wahlberg, med stöd av kollegor på avdelningen för vård- och omsorg, avdelningen för utbildning och arbetsmarknad och avdelningen för arbetsgivarpolitik. Ellinor Englund, avdelningen för juridik, har svarat för den juridiska granskningen. Texterna har granskats ur ett brukar- och etiskt perspektiv av Angelica Frithiof, konsult med lång erfarenhet av arbete inom kommunikation och värdegrundsfrågor.

Stockholm i december 2018

Lena Micko, ordförande

Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

Bakgrund	6
Syfte	6
Den nationella ANDT-strategin	6
Fokus på de största utvecklingsbehoven	7
Resultat av kartläggningen hösten och vintern 2017/2018	8
Handlingsplanens områden och upplägg	9
Definition av målgruppen	10
Avgränsningar	10
Implementering av handlingsplanen	11
Utvecklingen av alkohol- och narkotikasituationen i sammanfattning.....	11
Förändrat synsätt på missbruk och beroende	15
Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag	15
Förklaringsmodeller och konsekvenser.....	15
Ökad kunskap och förändrat synsätt över tid.....	16
Begreppet missbruk bör ersättas med skadligt bruk.....	17
Narkotikastrafflagen bör utvärderas	18
Utveckling av stöd och behandling som är lättillgänglig	20
Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag	20
Jämlik och nära vård	20
Tillgänglighet ur olika perspektiv	20
Svårt att nå vissa grupper	21
Vikten av samverkan, samordning och delaktighet	22
Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag	22
Samverkan genom ledningssystem och samverkansöverenskommelser	24
Fast vårdkontakt för bättre sammanhållen vård.....	24
Samordning genom samordnad individuell plan (SIP).....	25
Många planer att förhålla sig till	26
Samordnade organisationslösningar.....	26
Ökat barn-, brukar- och patientinflytande.....	27
Stöd till anhöriga och närstående.....	29
Barn som anhöriga och familjeorienterat arbetssätt	29
Arbeta med tidig upptäckt och fånga riskbeteenden	31
Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag	31
Risk- och skyddsfaktorer	33

Riskbeteenden	36
Verktyg för upptäckt	37
Överblick över orosanmälningar	37
Viktiga aktörer för tidig upptäckt	37
Stort behov av kompetenshöjning för tidig upptäckt	42
Tidiga och samordnade insatser är ledord	43
Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag	43
Socialtjänstens myndighetsutövning bör fokusera på de mest utsatta	44
Utveckling av samordnade arbetssätt för tidiga insatser	45
Stöd och behandlingsinsatser behöver tydliggöras och utvecklas	47
Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag	47
Begränsad tillgång till vissa insatser	49
Eftervården behöver planeras och samordnas	50
Kriminalvården	50
Samverkan med idéburna aktörer	51
Oklarheter vid drogtest	51
Oklar ansvarsfördelning och otydligt gränssnitt i praktiken	51
Ansaret för psykologisk och psykosocial behandling	52
Konsekvenser av den oklara ansvarsfördelningen	54
Så går vi vidare med ansvarsfördelning och gränssnitt	54
Kunskapsutveckling är en förutsättning för bättre insatser	56
Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag	56
Evidensbaserad praktik	57
Stärk den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS)	58
Nationellt programområde psykisk hälsa (NPO)	58
Partnerskap	59
Kunskapsstyrning	59
Bättre sammanhållen planering och uppföljning på lokal och regional nivå	63
Juridiska och tekniska hinder för samordning och uppföljning	63
Mer forskning behövs	64
Sammanställning av åtgärdsförslagen	66
Handlingsplan mot missbruk och beroende	70
Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år	70

Bakgrund

Syfte

Missbruks- och beroendevård är en prioriterad fråga för SKL.

Denna handlingsplan

- 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.

Den nationella 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 tre av de sex målen 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.

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.

Åtgärdsförslagen i denna beslutsdel riktar sig till huvudmännen, SKL samt till staten och redovisas i fyra grupperingar: kommuner, landsting och regioner, Regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS), SKL samt staten.

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

- Samtidiga insatser
- Enkla kontaktvägar

Stärka samarbetet mellan och inom huvudmännen

- Samverkansöverenskommelser
- Samordnad individuell plan (SIP)

Systematisk uppföljning

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

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 (bilagor).

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

Beslutsdelen

Detta är beslutsdelen som beskriver vilka problem som behöver lösas och ger förslag till åtgärder. Förslagen läggs in i SKL:s kommande verksamhetsplaner, blir föremål för intressebevakning och följs upp årligen i samband med ordinarie verksamhetsuppföljning. Senast år 2021 görs en samlad uppföljning.

Varje avsnitt i beslutsdelen inleds med en summering av motiven till förslagen. Därefter presenteras förslag till åtgärder. Det följs av en beskrivning av problembilden och en mer ingående motivering av förslagen.

Sist i detta beslutsunderlag, på sid 66, återfinns en sammanställning av samtliga förslag i handlingsplanen.

Kunskapsunderlagen

Ett kunskapsunderlag, som kan läsas och användas av den som vill fördjupa sig i frågorna, redovisas i bilaga 1 *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år – så här vänder vi utvecklingen*. Bilagan kan fungera som stöd och inspiration för utvecklingsarbetet och innehåller även lärande exempel.

Som bilaga 2 redovisas ett kunskapsunderlag om så kallade nättdroger *Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nättdroger*.

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 jämföras 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.

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

Implementering av handlingsplanen

Handlingsplanen kommer att göras känd i kommuner, landsting och regioner genom att SKL bjuder in till länsvisa dialoger. Vid dessa regionalt organiserade möten erbjuds en genomgång av handlingsplanen och workshop med verksamheter inom socialtjänst, beroendevård och skola.

MILK-nätverket² bör utifrån detta ansvara för att arbeta fram regionala handlingsplaner.

SKL åtar sig att i dialog med kommuner, landsting och regioner ta fram en gemensam struktur för könsuppdelad uppföljning av resultat inom missbruks- och beroendevården som kan användas i utvecklingsarbetet.

Utvecklingen av alkohol- och narkotikasituationen i sammanfattning

Det har funnits, och finns fortfarande, oroande trender och signaler när det gäller alkohol- och narkotikasituationen bland barn, unga och unga vuxna. Nedan följer en summering av utvecklingen inom alkohol- och narkotikaområdet, som mer utförligt återfinns i SKL:s kunskapsunderlag *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år – så här vänder vi utvecklingen*, bilaga 1.

Konsumtionsmönster för alkohol

Den totala alkoholkonsumtionen i befolkningen i Sverige har minskat sedan mitten av 2000-talet. Samtidigt har könsskillnaderna i årskonsumtion 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 Andelen riskkonsumenter i åldersgruppen 16–29 år har minskat från 37 till 25 procent mellan 2004 och 2016. Män är överrepresenterade jämfört med kvinnor.⁴

Alkohol bland skolelever

Andelen alkoholkonsumenter bland svenska elever är år 2017 på fortsatt historiskt låga nivåer i både årskurs 9 och i gymnasiet år 2. 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 pojkar är statistiskt säkerställt.⁵

² MILK = missbruk och beroende i landsting och kommuner, ett nätverk bestående av nyckelpersoner som arbetar inom missbruks- och beroendevården.

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

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

⁵ Skolelevers drogvanor. CAN rapport 170 (2017)

Narkotikaerfarenheter

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.⁶ Cannabisbruket har dock ökat bland både kvinnor och män sett till utvecklingen mellan 2013 och 2017. 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.⁷

Narkotika bland skolelever

När det gäller narkotika har användandet sedan mitten av 90-talet varierat mellan 5–10 procent bland skolelever i årskurs 9. I gymnasiets år 2 svarade 20 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna att de har använt narkotika. Cannabis (hasch/marijuana) är den allra vanligaste narkotikasorten som 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.⁸

2017 uppgav 1 procent i årskurs 9 och knappt 2 procent i gymnasiets år 2 att de använt så kallade nättdroger (nya psykoaktiva substanser) vilket var en signifikant minskning jämfört med 2014. Vanligast var att ha använt rökmixar med syntetiska cannabinoider. Mer om nya psykoaktiva substanser återfinns i SKL:s kunskapsunderlag *Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nättdroger*, bilaga 2.

Narkotikarelaterad dödlighet

Sverige har en av de högsta siffrorna när det gäller narkotikarelaterad dödlighet i Europa.⁹ 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

⁶ Drogutvecklingen i Sverige 2017. CAN rapport 164 (2017)

⁷ 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)

⁸ Skolelevers drogvanor. CAN rapport 170 (2017)

⁹ 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)

ökning i narkotikarelaterad död de senaste åren.¹⁰ Utvecklingen visar därefter en nedåtgående kurva. 2016 dog 910 personer till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Det är en minskning jämfört med både 2015 och 2014 då 950 respektive 940 personer dog.¹¹ Dödsfallen minskar i antal med ökande ålder, men även dödssätten förändras. Bland yngre dominerar överdoser och bland äldre är suicid (själv mord) vanligast.¹²

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.¹³

Störst ökning bland unga män och kvinnor

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 2015.¹⁴

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 lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) har tidigare också vårdats inom psykiatrin. 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).¹⁵

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 LVM.¹⁶ 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

¹⁰ Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet – åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer. Socialstyrelsen (2017)

¹¹ Individ- och familjeomsorg – lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

¹² Narkotikarelaterade dödsfall – En analys av 2014 års dödsfall och utveckling av den officiella statistiken. Socialstyrelsen (2016)

¹³ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

¹⁴ Kartläggning av vårdlandskapet. PM Gunnel Hedman-Wallin. Socialstyrelsen (2015)

¹⁵ Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen (2017)

¹⁶ Individ- och familjeomsorg – Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen (2017)

då 384 personer vårdades med tvång. Drygt en tredjedel av dessa är kvinnor. 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. Det finns också stora regionala skillnader i hur många personer som blir föremål för vård enligt LVM. 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.¹⁷

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. 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.¹⁸

¹⁷ Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende. Socialstyrelsen 2017 och 2018 på www.socialstyrelsen.se

¹⁸ Individ- och familjeomsorg, lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

Förändrat synsätt på missbruk och beroende

Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag

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 könsmakts-strukturer 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.

Förslag

SKL ANSER ATT

SKL ska

- utreda om begreppet *missbruk* kan ersättas med *skadligt bruk* i styrande dokument och bestämmelser. I denna översyn ska för- och nackdelar ur olika perspektiv som berör juridiken samt arbetsrättsliga och verksamhetsmässiga konsekvenser ur ett organisations- respektive individperspektiv belysas.

Staten bör

- utvärdera narkotikastrafflagen 1§6 i relation till syftet som fanns för 30 år sedan när *bruk av narkotika* kriminaliserades.

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:¹⁹

”I vetenskapliga och yrkesmässiga sammanhang har synen på missbruk och beroende av alkohol och andra droger förändrats från att betraktas som moraliska och karaktärsmissigheter hos individen till att ses som

¹⁹ Missbruket, Kunskapen, Vården. Delbetänkande av Missbruksutredningen (SOU 2011:6)

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.

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. 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.²⁰ Det kan påpekas att i de vetenskapliga studier som ligger till grund för riktlinjerna saknas könsperspektiv och även åldersfaktorer.

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

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.

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. Viktigt är dock att komma ihåg att bruk av narkotika är olagligt, vare sig det orsakar problem för individen eller inte.

²⁰ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2015)

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 överlåtelsesyfte,
4. anskaffar, bearbetar, förpackar, transporterar, förvarar eller tar annan sådan befattning 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 befattning 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.

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.²¹ 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 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/beroende 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.

²¹ Pilotstudie om vård och behandling till unga som lagförts för brott – slutredovisning av regeringsuppdrag, Socialstyrelsen (2018)

Utveckling av stöd och behandling som är lättillgänglig

Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag

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 tillgängligheten för råd, stöd och behandling ur flera perspektiv.

Förslag

SKL ANSER ATT

Kommuner, landsting och regioner bör

- fortsätta utveckla tillgängligheten till sina verksamheter för råd, stöd och behandling. Det handlar om tillgänglighet ur flera perspektiv, exempelvis efterfrågan och behov, svårnådda målgrupper, närhet, fysiska hinder, öppettider och digitala möjligheter.

Jämlik och nära vård

Förutsättningarna för en god hälsa varierar beroende på livsvillkor, levnadsvanor, arv och miljö. Det finns också skillnader i hälsa som kan kopplas till kön, födelseland och socioekonomiska faktorer (utbildning, arbete och ekonomi) både mellan grupper och mellan geografiska områden. 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 patienters och brukares behov som ska vara utgångspunkten för omställningen till nära vård, med ett personcentrerat arbetssätt och individens medskapande i fokus.

Tillgänglighet ur olika perspektiv

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. Inom socialtjänsten behöver insatser kunna ges utan att det krävs ett beslut om bistånd enligt SoL 4 kap 1 §. Det finns många exempel på att det går att bedriva

såväl provtagningar som råd och stöd samt behandling i digital form. Detta bör öppna möjligheter för missbruks-/beroendevården framöver.

Svårt att nå vissa grupper

Endast ungefär var femte person med ett alkoholberoende söker vård. Liknande uppskattningar görs internationellt. 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. Vad som är en god tillgänglighet, exempelvis för unga eller personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, kan skilja sig åt och behöver undersökas lokalt och regionalt.

Det är ett stort utvecklingsområde att försöka nå gruppen unga vuxna som är 20-29 år och har ett riskbruk, skadligt bruk/missbruk eller beroende. De 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.

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 motiv till åtgärdsförslag

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.

Samordnad individuell plan (SIP) behöver användas mer

Bristande samordning bidrar ofta till en försämrad upplevelse för patienter och brukare samt till sämre insatser. När samordningen brister vältras dessutom ansvaret för att koordinera insatserna över på patienten, brukaren eller dennes närstående. 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.

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. Det kan handla om exempelvis gemensamma nämnder, integrerade mottagningar eller avtalssamverkan mellan kommuner. Kommuner, landsting och regioner har behov av vägledning kring vilka förutsättningar som råder för olika alternativ.

Förslag

SKL ANSER ATT

Kommuner, landsting och regioner bör

- undersöka möjligheten att utveckla olika samordnade organisationslösningar i syfte att åstadkomma en likvärdig och effektiv missbruks- och beroendevård.
- 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.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen bör

- utgöra ett stöd för kommuner, landsting och regioner som vill öka barn-/brukar och patientinflytandet.

SKL ska

- ta fram checklista på vad som bör ingå i samverkansöverenskommelserna på regional nivå.
- ta fram exempel som beskriver olika verktyg för utveckling av brukar- och patientinflytande.
- medverka till att skapa en spridningsgrupp inom den regionala samverkans- och stödstrukturen som kan stödja den lokala nivån inom området missbruk/beroende i dess arbete med att sprida nationella kunskapsprodukter samt öka kännedomen om relevanta webbsidor.
- tillsammans med den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) och nationellt programområde psykisk hälsa (NPO) ge vägledning som visar vilka förutsättningar som krävs för olika samordnade organisationslösningar.
- undersöka om det är möjligt att åstadkomma gemensamma avvikelshanteringsprocesser gällande brister i samverkan mellan huvudmännen och utarbeta ett enhetligt, nationellt förslag till system.

Staten bör

- ålägga fler huvudmän än idag att arbeta med samordnad individuell plan (SIP). Alla som tar myndighetsbeslut inom exempelvis skola, med stöd av lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Kriminalvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan bör omfattas av skyldigheten att ta initiativ och medverka till samordnad individuell plan.
- se över de många bestämmelserna som finns om individuell planering för att skapa ett sammanhängande regelverk.
- se över hur bestämmelsen i socialtjänstlagen (SoL) om stöd till anhöriga och närstående är utformad i syfte att förtydliga kommunens ansvar.

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 omsorgsverksamhet 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.²² De lagstadgade samverkansöverenskommelserna bör därför både utvecklas och förtydligas. 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.

Förutom det som är lagstadgat förespråkar även de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende samtidiga insatser vid samsjuklighet.²³

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

²² Att komma överens – en uppföljning av samverkansöverenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Vårdanalys (2017)

²³ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2015)

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). 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. Planen ska när det är möjligt upprättas 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.

Erfarenheter, som även stärks av flera studier, tyder på att patienternas och brukarnas erfarenheter av SIP är positiva. De har upplevt sig delaktiga och har haft inflytande över de beslut som tagits i upprättandet av en individuell plan. De har även uppgett att de har haft nytta av planen och att insatserna har blivit mer samordnade.²⁴

Öka kunskapen om SIP

Socialutskottets utvärderings- och forskningsgrupp har utvärderat utfallet av SIP för två grupper – barn och unga med funktionsnedsättning och äldre multisjuka.²⁵ Det är dock sannolikt att de resultat och slutsatser som dras för dessa grupper även gäller för andra grupper. Hinder för samverkan som identifierades i utvärderingen är:

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

En viktig framgångsfaktor som lyftes 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.

²⁴ Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård- och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys (2017)

²⁵ Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering. Socialutskottets utvärderings- och forskningsgrupp (2018)

Att arbeta med och utveckla SIP som verktyg skulle sannolikt bidra till bättre samordnade insatser där den enskilde är involverad. SIP kan användas oavsett ålder och oavsett problematik. SIP kan också användas vid tidiga insatser och kan även bidra till bättre eftervård. SIP kan med fördel utvecklas även för att användas för samordning inom respektive huvudmäns område, till exempel skola och socialtjänst, barn och familj-missbruk-försörjningsstöd och BUP-primärvård-beroendevård-psykiatri. Viktigt är 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 SKL:s webbplats.

Lagstadga om SIP för fler aktörer

SIP används inte i tillräcklig omfattning²⁶ men framstår som ett viktigt verktyg när det gäller att skapa förutsättningar för samordning. I SKL:s positionspaper *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 lagstodgades 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 SIP handlar om ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En genomförandeplan handlar däremot om hur en viss insats ska genomföras i praktiken. Det gäller även för andra planer, till exempel vårdplan, rehabiliteringsplan och utvecklingsplan. Det finns många planer att förhålla sig till, vilket kan vara frustrerande för den enskilde samt skapa osäkerhet och merarbete för kommun och landsting. 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

²⁶ Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård- och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys (2017)

- koordinatorsfunktion, som Case Manager (CM)
- multiprofessionella team
- nära samarbete mellan verksamheterna
- beroendevårdskedja
- avtalssamverkan mellan kommuner.

Vad dessa olika alternativ innebär beskrivs närmare i SKL:s kunskapsunderlag *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år – så här vänder vi utvecklingen*, bilaga 1.

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.²⁷

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

Brucar- och patientinflytande – och till och med aktiv medverkan – leder med största sannolikhet till förbättrad kvalitet och effektivitet både för den enskilde

²⁷ Betydelsen av socialtjänstens organisering och ärendebelastning för kvaliteten i verksamheten. En kunskapssammanställning. Socialstyrelsen (2018)

individ 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.

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. 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.²⁸ 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.²⁹

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. 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. Kommuner

²⁸ Att ge ordet och lämna plats – vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård. Socialstyrelsen (2013)

²⁹ 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

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

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.³⁰ Det finns även ett flertal anhörigorganisationer som kan vara ett stöd för anhöriga.

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 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.³¹

Vart fjärde barn som växer upp i familjer med beroendeproblem går ut grundskolan utan gymnasiebehörighet, vilket är dubbelt så många som i andra familjer.³² 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

³⁰ Till exempel www.anhorigstodet.se, www.alkoholhjalpen.se och www.droghjalpen.se

³¹ Att växa upp med föräldrar som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? NKA (2014:4)

³² Barn som anhöriga, hur går det i skolan? NKA (2013:3)

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.³³ 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.

³³ Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen (2015)

Arbeta med tidig upptäckt och fånga riskbeteenden

Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag

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*³⁴ 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

³⁴ *Yrkesresan* är en lärplattform som tagits fram av Göteborgsregionen (13 kommuner i Västsverige) för introduktion till nya socialsekreterare inom myndighetsutövning barn och unga, samt kompetensutveckling för erfarna socialsekreterare och arbetsledare/chefer.

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 skyddsnät samt som brygga till bland annat socialtjänsten.

Viktiga aktörer med otydligt uppdrag

Det har i arbetet med denna handlingsplan uppmärksammats 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.

Förslag

SKL ANSER ATT

Kommunerna bör

- fortsätta det viktiga arbetet med att följa upp och analysera närvaro och skolresultat så att avvikelser lättare kan uppmärksammas i syfte att tidigt fånga upp signaler som kan tyda på hjälpbehov.

Landsting och regioner bör

- tydliggöra att barn- och ungdomspsykiatri (BUP), primärvården och ungdomsmottagningarnas uppdrag även ska inkludera målgruppen personer med missbruk och beroende och annan psykisk ohälsa.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen bör

- ta initiativ till att återaktivera arbetet med SMADIT (samverkan mot alkohol- och drogpåverkan i trafiken) där det behövs.
- undersöka om Göteborgsregionens webbaserade lärplattform för introduktion och kompetensutveckling – Yrkesresan – kan utgöra ett nationellt verktyg för hela socialtjänstens område.

SKL ska

- genomföra en kartläggning för att få en ungefärlig uppfattning om i vilken utsträckning LOB:ar (Lag om omhändertagande av berusade personer) för barn, unga och unga vuxna upp till 29 år kommer socialtjänsten till del.
- identifiera hinder och möjligheter för arbetssätt som gynnar arbete med personer som blivit omhändertagna enligt LOB.

Staten bör

- undanröja de juridiska hindren för att registrera orosanmälningar som inte leder till utredning.
- uppdra åt lämplig nationell aktör att i samverkan med kommuner och landsting kartlägga vilka kompetenshöjande insatser som behövs för olika yrkeskategorier samt avsätta medel för en nationell utbildningssatsning. Fokuset ska vara risk- och skyddsfaktorer samt tidig upptäckt av beteendeförändringar som kan vara tecken på eller som kan leda till ett missbruk. För att utbildningssatsningen ska få effekt bör även regionala utvecklingsledare/processledare ingå i finansieringen.
- undersöka möjligheten att införa beroendelära på grundutbildningarna till socionomer, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, behandlingsassistenter, psykologer och läkare.
- uppdra åt Socialstyrelsen att kvalitetssäkra och anpassa screeningverktyg så att de också fungerar för unga personer och även unga med funktionsnedsättning.

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. 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.

De viktigaste skyddsfaktorerna

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.

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 förekommer även i andra studier.³⁵

Ensamkommande barn och unga

Vissa individer befinner sig i särskilt utsatt situation i kombination med ett missbruk/beroende, exempelvis ensamkommande barn och unga. Gruppen ensamkommande är mycket heterogen och har olika förutsättningar och behov. Generellt har gruppen dock 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 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 intervjuer som ingår i en kartläggning som Folkhälsomyndigheten gjort i samråd med Socialstyrelsen.³⁶

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-

³⁵ 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)

³⁶ Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

och ungdomsvården, både när det gäller stöd och skydd och när det gäller samverkan med andra aktörer kring hälsa, utbildning, boende och arbete.³⁷

Nationellt kunskapscentrum

Socialstyrelsen har fram till och med 2020 uppdraget att tillhandahålla ett nationellt kunskapscentrum för hälso- och sjukvården och socialtjänsten som arbetar med ensamkommande barn och unga upp till 21 år. Kunskapscentrumet ska samla och sprida aktuell kunskap, tydliggöra hur lagar och regler ska tillämpas och 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.³⁸ 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.

SKL ska genom kongressuppdrag bidra till utvecklingen av kvinnofridsarbetet och till att kommuner, landsting och regioner har ett ökat fokus på våldsförebyggande arbete. I positionsrapporten *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.

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).³⁹

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

³⁷ Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2018. Socialstyrelsen (2018)

³⁸ 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.

³⁹ Hemlöshet – omfattning och karaktär, Socialstyrelsen (2017)

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.

Omhändertagande enligt LOB

Varje år omhändertar polisen drygt 60 000 berusade personer enligt LOB. En kartläggning från Vårdanalys 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. Kartläggningen visar också att 30 procent av personer under 18 år förs till arrest.⁴⁰ Det är angeläget att få en uppfattning om i vilket 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 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.

⁴⁰ En lob i mål? – uppföljning av satsningen på ett förbättrat omhändertagande av berusade personer. Vårdanalys (2018)

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.

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.

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.⁴¹

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.⁴² 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 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.

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

⁴¹ Nuläge och utmaningar i elevhälsan. SKL (2015)

⁴² Anmälningsskyldighet framgår av 14 kap. 1 § socialtjänstlagen och 29 kap 13 § skollagen.

som resurs. Materialet riktar sig till hela styrkedjan: politiker, chefer inom förvaltning, rektorer, lärare och elevhälsoteam.

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. Däremot är det en övervägande del flickor som söker sig till ungdomsmottagningarna. Mottagningarna behöver hitta sätt att nå även pojkar/unga män.

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.⁴³ Ungdomsmottagningarna är därför också viktiga för att fånga upp barn och unga med begynnande eller pågående missbruk.

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

BUP (Barn- och ungdomspsykiatri)

BUP är den verksamhet inom landstingens specialistnivå som möter och hjälper barn och unga som lider av allvarlig psykisk ohälsa. Många beskriver att BUP:s uppdrag är oklart. 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

Det är viktigt att samverka mellan primärvården, psykiatri, beroendemottagningar och socialtjänsten fungerar. Samtidigt framhålls i en

⁴³ Alkohol, droger och sexuell hälsa. Utveckling av alkohol- och drogförebyggande arbete i samarbete med Ungdomsmottagningar. STAD (2017)

rapport från Vårdanalys primärvården som en svag länk för att kunna ta fram överenskommelser mellan aktörerna. Primärvårdens breda och delvis otydliga uppdrag anges som orsak till primärvårdens bristande medverkan.⁴⁴

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.

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 beteendeproblem (till exempel normbrytande beteende) har en förhöjd risk att hamna i kriminalitet och få psykiatriska problem och missbruk i vuxen ålder.⁴⁵

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.

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.

⁴⁴ Att komma överens. En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Vårdanalys (2017)

⁴⁵ Forskningsresultat som framförs bland andra av Henrik och Anna-Karin Andershed, Örebro universitet

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 har 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.

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.⁴⁶ Därför behöver lagstiftningen ändras så att det blir möjligt att erbjuda tidigt och riktat stöd utan biståndsbeslut.

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.

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.

⁴⁶ Barnets och ungdomens reform – förslag för en hållbar framtid. Slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården (2017).

Tidiga och samordnade insatser är ledord

Sammanfattning och motiv till åtgärdsförslag

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.⁴⁷ 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.

Förslag

SKL ANSER ATT

Kommuner, landsting och regioner bör

- utveckla arbetet med tidiga och samordnade insatser mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola för barn, unga och unga vuxna, som är inspirerat av exempelvis Skottlandsmodellen och Mini-Maria.

SKL ska

- följa och intressebevaka Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga och samordnade insatser.

Staten bör

- ändra socialtjänstlagen så att det blir möjligt att ge tidigt riktat stöd utan biståndsbeslut, vilket gör det enklare att söka hjälp.
- se över lagstiftningen så att kommunerna får bedriva viss hälso- och sjukvård när det gäller barn och unga, och därigenom möjliggöra avtalssamverkan mellan kommun och landsting/region när huvudmännen är överens om det, i syfte att underlätta samarbetet mellan aktörerna.

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

⁴⁷ 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).

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 kontakter socialtjänsten frivilligt. Endast 7 procent av ärendena är ansökningar.⁴⁸

Barn och ungas psykiska ohälsa ökar, både den upplevda och den diagnosticerade.⁴⁹ 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 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.

⁴⁸ 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).

⁴⁹ Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016. Socialstyrelsen (2017)

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 habilitering) 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. 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 motiv till åtgärdsförslag

Såväl profession som patienter och brukare upplever att det finns svårigheter när det gäller att erbjuda målgruppsanpassad behandling för barn, unga och unga vuxna. 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. 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.⁵⁰ Socialstyrelsen rekommenderar i sina nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården att kompetenskraven för KBT, psykodynamisk terapi, interaktionell terapi och parterapi ska vara grundläggande psykoterapiutbildning.⁵¹

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 och lämpligt. För att möjliggöra sådana överenskommelser om att viss hälso- och sjukvård får bedrivas av kommunen måste det regleras i lagstiftning. 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 bör tydliggöras.

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.

⁵⁰ RÅ 2004 ref.79

⁵¹ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2015)

Förslag

SKL ANSER ATT

Kommuner, landsting och regioner bör

- se över och utveckla en mer målgruppsanpassad behandling för barn, unga och unga vuxna, inklusive tillnyktring och avgiftning.
- se över sina rutiner så att SIP finns redan i samband med att en person skrivs in vid HVB-hem, SiS-institution eller vid kriminalvårdsåtgärd och att det även görs vid utskrivning, så att planeringen omfattar eftervården.

SKL ska

- klargöra att landstinget har det samlade ansvaret för vård och behandling vid missbruk/beroende, precis som vid andra ohälsotillstånd, samt tydliggöra socialtjänstens roll och ansvar.
- definiera vilka åtgärder/evidensbaserade metoder som utförs av respektive huvudman och i arbetet tydliggöra vem som ansvarar för vad. Detta görs inom ramen för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med kunskapsstyrning.
- sprida den vägledning som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor tagit fram om idéburet offentligt partnerskap (IoP).
- sprida SKL-skriften *Upphandling och uppföljning av HVB för barn och unga* och tydliggöra vikten av att följa upp upphandlade HVB-hem och andra sociala tjänster så att lärdom dras inför nästkommande upphandling.

Staten bör

- se över lagstiftningen så att kommunerna enligt avtal med landsting och regioner får bedriva viss hälso- och sjukvård när det gäller personer med missbruk och beroende.
- uppdraga åt Socialstyrelsen att tydliggöra regelverk och metoder samt kunskapsläge när det gäller drogtester.
- uppdraga åt Socialstyrelsen att definiera gränssnittet mellan olika åtgärder/evidensbaserade metoder i de fall kommuner, landsting och regioner inte kan göra det, så att det blir tydligt vilken huvudman som ska utföra dem.

Begränsad tillgång till vissa insatser

Det har i samband med arbetet med handlingsplanen uppmärksammats 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.⁵²

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.

⁵² Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2017. Socialstyrelsen (2017)

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*⁵³ spridas.

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.⁵⁴

Totalt har 70 procent av de som vistas på kriminalvårdsanstalt något eller flera former av missbruk. Cirka 30 procent klassificeras som narkotikamissbrukare.⁵⁵ 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 för socialtjänsten att planera för utslussningen och eftervården för personer

⁵³ Upphandling och uppföljning av HVB – för barn och unga. SKL (2010)

⁵⁴ Inslussning – en idéskiss. Rapport Inslussningsutredningen (Ju 2016:E)

⁵⁵ Inslussning – en idéskiss. Rapport Inslussningsutredningen (Ju 2016:E) Endast cirka 5 procent av de intagna är kvinnor.

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 civilsamhällsfrågor (MUCF) har gett ut en kunskapsöversikt om IOP.⁵⁶ 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 drogtestar 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 drogtestar 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 drogtestar 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.⁵⁷ 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.

⁵⁶ Idéburet offentligt partnerskap – en kunskapsöversikt. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor (2018)

⁵⁷ 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.⁵⁸

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 Missbruksutredningen⁵⁹ (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.

⁵⁸ Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk. Regeringens proposition (2016/17:85)

⁵⁹ Bättre insatser vid missbruk och beroende. Slutbetänkande av Missbruksutredningen (SOU 2011:35)

Inte heller Socialstyrelsens nationella riktlinjer⁶⁰ 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).⁶¹ 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.⁶² 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"*.⁶³

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.

⁶⁰ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2015)

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

⁶² RÅ 2004 ref.79

⁶³ 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 öppenvårdssammanhang, 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 motiv till åtgärdsförslag

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.

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.

Förslag

SKL ANSER ATT

Kommuner, landsting och regioner bör

- skapa förutsättningar för och se till att verksamheterna kontinuerligt och systematiskt följer upp, sammanställer och analyserar målgrupper, problem/behov, insatser och resultat på individ-, grupp- och verksamhetsnivå i syfte att arbeta med ständiga förbättringar.
- registrera och analysera data från relevanta psykiatriska kvalitetsregister i syfte att utveckla verksamheten.
- framföra behov av mer forskning kring kön och genus kopplat till missbruk och beroende i relevanta forskningssammanhang.

SKL ska

- i dialog med kommuner, landsting och regioner ta fram en gemensam struktur för konsuppladad uppföljning av resultat inom missbruks- och beroendevården.

Staten bör

- se över de lagar och andra författningar som försvårar eller omöjliggör samordning och uppföljning inom socialtjänstens område. Det handlar om att möjliggöra informationsöverföring mellan verksamheter oavsett hur socialtjänsten är organiserad, möjliggöra inhämtande av personuppgifter för privata utförare, möjliggöra för privata utförare att följa upp sin verksamhet, utöka möjligheten att inhämta personnummerbaserad statistik till officiell statistik samt att möjliggöra nationella och regionala kvalitetsregister inom socialtjänsten.
- se över om den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) ska lagstadgas alternativt ha ett långsiktigt riktat ekonomiskt stöd.

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/individ. 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.⁶⁴

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.⁶⁵

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.⁶⁶

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

⁶⁴ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen (2015)

⁶⁵ Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys (2016)

⁶⁶ Empowerment = egenmakt. Syftar till att en individ ska känna att denne har makt över sin egen situation, sina arbetsuppgifter, sin närmiljö etcetera

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.⁶⁷

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.⁶⁸ 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.⁶⁹ 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 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

⁶⁷ *Webbkollen Barn och unga* – Ett utvecklingsprojekt om uppföljning inom den sociala barn- och ungdomsvården. SKL (2018)

⁶⁸ *Lokeboken* – en handbok för lokal uppföljning enligt LOKE-modellen. Jan Hjelte (2017)

⁶⁹ *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv.* Vårdanalys (2016)

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.⁷⁰

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 enligt 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.⁷¹

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

⁷⁰ www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/systematiskuppfoljning

⁷¹ Strategi för hälsa – tillsammans – varje dag lite bättre. SKL (2018)

och socialtjänsten för att en eller flera personalkategorier som utför insatserna inte har tillgång till rätt information vid rätt tillfälle.⁷²

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.⁷³

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).

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

⁷² Rätt information på rätt plats och i rätt tid (SOU 2014:23)

⁷³ Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg utifrån ett patient- och brukarperspektiv. Vårdanalys (2017:9)

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 praktiktäna 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.

Sammanställning av åtgärdsförslagen

FÖRÄNDRAT SYNSÄTT PÅ MISSBRUK OCH BEROENDE

SKL ska

1. utreda om begreppet *missbruk* kan ersättas med *skadligt bruk* i styrande dokument och bestämmelser. I denna översyn ska för- och nackdelar ur olika perspektiv som berör juridiken samt arbetsrättsliga och verksamhetsmässiga konsekvenser ur ett organisations- respektive individperspektiv belysas.

Staten bör

2. utvärdera narkotikastrafflagen 1§6 i relation till syftet som fanns för 30 år sedan när *bruk av narkotika* kriminaliserades.

UTVECKLING AV STÖD OCH BEHANDLING SOM ÄR LÄTTILLGÄNGLIG

Kommuner, landsting och regioner bör

3. fortsätta utveckla tillgängligheten till sina verksamheter för råd, stöd och behandling. Det handlar om tillgänglighet ur flera perspektiv, exempelvis efterfrågan och behov, svårådda målgrupper, närhet, fysiska hinder, öppettider och digitala möjligheter.

VIKTEN AV SAMVERKAN, SAMORDNING OCH DELAKTIGHET

Kommuner, landsting och regioner bör

4. undersöka möjligheten att utveckla olika samordnade organisationslösningar i syfte att åstadkomma en likvärdig och effektiv missbruks- och beroendevård.
5. 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.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen bör

6. utgöra ett stöd för kommuner, landsting och regioner som vill öka barn-/brukar och patientinflytandet.

SKL ska

7. ta fram checklista på vad som bör ingå i samverkansöverenskommelserna på regional nivå.
8. ta fram exempel som beskriver olika verktyg för utveckling av brukar- och patientinflytande.
9. medverka till att skapa en spridningsgrupp inom den regionala samverkans- och stödstrukturen som kan stödja den lokala nivån inom området missbruk/beroende i dess arbete med att sprida nationella kunskapsprodukter samt öka kännedomen om relevanta webbsidor.
10. tillsammans med den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) och nationellt programområde psykisk hälsa (NPO) ge vägledning som visar vilka förutsättningar som krävs för olika samordnade organisationslösningar.

11. undersöka om det är möjligt att åstadkomma gemensamma avvikelshanteringsprocesser gällande brister i samverkan mellan huvudmännen och utarbeta ett enhetligt, nationellt förslag till system.

Staten bör

12. ålägga fler huvudmän än idag att arbeta med samordnad individuell plan (SIP). Alla som tar myndighetsbeslut inom exempelvis skola, med stöd av lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), Kriminalvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan bör omfattas av skyldigheten att ta initiativ och medverka till samordnad individuell plan.
13. se över de många bestämmelserna som finns om individuell planering för att skapa ett sammanhängande regelverk.
14. se över hur bestämmelsen i socialtjänstlagen (SoL) om stöd till anhöriga och närstående är utformad i syfte att förtydliga kommunens ansvar.

ARBETA MED TIDIG UPPTÄCKT OCH FÅNGA RISKBETEENDEN

Kommunerna bör

15. fortsätta det viktiga arbetet med att följa upp och analysera närvaro och skolresultat så att avvikelser lättare kan uppmärksammas i syfte att tidigt fånga upp signaler som kan tyda på hjälpbehov.

Landsting och regioner bör

16. tydliggöra att barn- och ungdomspsykiatri (BUP), primärvården och ungdomsmottagningarnas uppdrag även ska inkludera målgruppen personer med missbruk och beroende och annan psykisk ohälsa.

Den regionala samverkans- och stödstrukturen bör

17. ta initiativ till att återaktivera arbetet med SMADIT (samverkan mot alkohol- och drogpåverkan i trafiken) där det behövs.
18. undersöka om Göteborgsregionens webbaserade lärplattform för introduktion och kompetensutveckling – Yrkesresan – kan utgöra ett nationellt verktyg för hela socialtjänstens område.

SKL ska

19. genomföra en kartläggning för att få en ungefärlig uppfattning om i vilken utsträckning LOB:ar (Lag om omhändertagande av berusade personer) för barn, unga och unga vuxna upp till 29 år kommer socialtjänsten till del.
20. identifiera hinder och möjligheter för arbetssätt som gynnar arbete med personer som blivit omhändertagna enligt LOB.

Staten bör

21. undanröja de juridiska hindren för att registrera orosanmälningar som inte leder till utredning.
22. uppdra åt lämplig nationell aktör att i samverkan med kommuner och landsting kartlägga vilka kompetenshöjande insatser som behövs för olika yrkeskategorier samt avsätta medel för en nationell utbildningssatsning. Fokuset ska vara risk- och skyddsfaktorer samt tidig upptäckt av beteendeförändringar som kan vara tecken på eller som kan leda till ett missbruk. För att utbildningssatsningen ska få effekt bör även regionala utvecklingsledare/processledare ingå i finansieringen.
23. undersöka möjligheten att införa beroendelära på grundutbildningarna till socionomer, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, behandlingsassistenter, psykologer och läkare.
24. uppdra åt Socialstyrelsen att kvalitetssäkra och anpassa screeningverktyg så att de också fungerar för unga personer och även unga med funktionsnedsättning.

TIDIGA OCH SAMORDNADE INSATSER ÄR LEDORD

Kommuner, landsting och regioner bör

25. utveckla arbetet med tidiga och samordnade insatser mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola för barn, unga och unga vuxna, som är inspirerat av exempelvis Skottlandsmodellen och Mini-Maria.

SKL ska

26. följa och intressebevaka Skolverkets och Socialstyrelsens regeringsuppdrag om tidiga och samordnade insatser.

Staten bör

27. ändra socialtjänstlagen så att det blir möjligt att ge tidigt riktat stöd utan biståndsbeslut, vilket kan innebära att det blir enklare att söka hjälp.
28. se över lagstiftningen så att kommunerna får bedriva viss hälso- och sjukvård när det gäller barn och unga, och därigenom möjliggöra avtalsöverensk mellan kommun och landsting/region när huvudmännen är överens om det, i syfte att underlätta samarbetet mellan aktörerna.

STÖD OCH BEHANDLINGSINSATSER BEHÖVER TYDLIGGÖRAS OCH UTVECKLAS

Kommuner, landsting och regioner bör

29. se över och utveckla en mer målgruppsanpassad behandling för barn, unga och unga vuxna, inklusive tillnyktring och avgiftning.
30. se över sina rutiner så att SIP finns redan i samband med att en person skrivs in vid HVB-hem, SiS-institution eller vid kriminalvårdsåtgärd och att det även görs vid utskrivning, så att planeringen omfattar eftervården.

SKL ska

31. klargöra att landstinget har det samlade ansvaret för vård och behandling vid missbruk/beroende, precis som vid andra ohälsotillstånd, samt tydliggöra socialtjänstens roll och ansvar.
32. definiera vilka åtgärder/evidensbaserade metoder som utförs av respektive huvudman och i arbetet tydliggöra vem som ansvarar för vad. Detta görs inom ramen för hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med kunskapsstyrning.
33. sprida den vägledning som Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor tagit fram om idéburet offentligt partnerskap (IoP).
34. sprida SKL-skriften *Upphandling och uppföljning av HVB för barn och unga* och tydliggöra vikten av att följa upp upphandlade HVB-hem och andra sociala tjänster så att lärdom dras inför nästkommande upphandling.

Staten bör

35. se över lagstiftningen så att kommunerna enligt avtal med landsting och regioner får bedriva viss hälso- och sjukvård när det gäller personer med missbruk och beroende.
36. uppdraga åt Socialstyrelsen att tydliggöra regelverk och metoder samt kunskapsläge när det gäller drogtester.
37. uppdraga åt Socialstyrelsen att definiera gränssnittet mellan olika åtgärder/evidensbaserade metoder i de fall kommuner, landsting och regioner inte kan göra det, så att det blir tydligt vilken huvudman som ska utföra dem.

KUNSKAPSUTVECKLING ÄR EN FÖRUTSÄTTNING FÖR BÄTTRE INSATSER

Kommuner, landsting och regioner bör

38. skapa förutsättningar för och se till att verksamheterna kontinuerligt och systematiskt följer upp, sammanställer och analyserar målgrupper, problem/behov, insatser och resultat på individ-, grupp- och verksamhetsnivå i syfte att arbeta med ständiga förbättringar.
39. registrera och analysera data från relevanta psykiatriska kvalitetsregister i syfte att utveckla verksamheten.
40. framföra behov av mer forskning kring kön och genus kopplat till missbruk och beroende i relevanta forskningssammanhang.

SKL ska

41. i dialog med kommuner, landsting och regioner ta fram en gemensam struktur för könsuppdelad uppföljning av resultat inom missbruks- och beroendevården.

Staten bör

42. se över de lagar och andra författningar som försvårar eller omöjliggör samordning och uppföljning inom socialtjänstens område. Det handlar om att möjliggöra informationsöverföring mellan verksamheter oavsett hur socialtjänsten är organiserad, möjliggöra inhämtande av personuppgifter för privata utförare, möjliggöra för privata utförare att följa upp sin verksamhet, utöka möjligheten att inhämta personnummerbaserad statistik till officiell statistik samt att möjliggöra nationella och regionala kvalitetsregister inom socialtjänsten.
43. se över om den regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) ska lagstadgas alternativt ha ett långsiktigt riktat ekonomiskt stöd.

Handlingsplan mot missbruk och beroende

Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år

Denna handlingsplan har tagits fram på uppdrag av SKL:s styrelse. Handlingsplanen ska fungera både som underlag för beslut och utvecklingsarbete. Detta är beslutsdelen som beskriver vilka problem som behöver lösas och ger förslag till åtgärder. Det finns även två fristående kunskapsunderlag som kan läsas och användas som inspiration av den som vill fördjupa sig i frågorna: *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år – så här vänder vi utvecklingen* (bilaga 1) och *Nya psykoaktiva substanser – det vi kallar nätdroger* (bilaga 2).

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.

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

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018
ISBN/Beställningsnummer: 978-91-7585-664-3
Text: Susanna Wahlberg