



Socialdepartementet

Enheten för socialtjänst och funktionshinderspolitik,
Individ- och familjeomsorgsgruppen
Kansliråd
Annika Remaeus
08-405 21 98

Från delar till helhet - En reform för samordnade,
behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer
med samsjuklighet (SOU 2021:93)

Remissinstanser

- 1 Akademikerförbundet SSR
- 2 Barnombudsmannen
- 3 Barnens rätt i samhället (Bris)
- 4 Barnrättsbyrån
- 5 Bodens kommun
- 6 Borgholms kommun
- 7 Brukarföreningen Stockholm
- 8 Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN)
- 9 Convictus
- 10 Diskrimineringsombudsmannen (DO)
- 11 Domstolsverket
- 12 Enköpings kommun
- 13 Erikastiftelsen
- 14 Fagersta kommun
- 15 Falu kommun
- 16 Famna – Riksorganisationen för idéburen välfärd
- 17 Filipstads kommun

- 18 Finspångs kommun
- 19 Folkhälsomyndigheten
- 20 Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
- 21 Forum – idéburna organisationer med social inriktning
- 22 Frälsningsarmén i Sverige
- 23 Funktionsrätt Sverige
- 24 Fysioterapeuterna
- 25 Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
- 26 Föreningen Sveriges Socialchefer
- 27 Förvaltningsrätten i Göteborg
- 28 Förvaltningsrätten i Karlstad
- 29 Förvaltningsrätten i Malmö
- 30 Förvaltningsrätten i Umeå
- 31 Göteborgs kommun
- 32 Göteborgs universitet (Institutionen för socialt arbete och Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende)
- 33 Hylte kommun
- 34 Håbo kommun
- 35 Härnösands kommun
- 36 Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- 37 Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)
- 38 IOGT-NTO
- 39 Justitiekanslern
- 40 Jämställdhetsmyndigheten
- 41 Järfälla kommun
- 42 Jönköpings kommun
- 43 Kammarrätten i Jönköping
- 44 Kammarrätten i Stockholm
- 45 Karlshamns kommun
- 46 Karlskoga kommun

- 47 Karolinska institutet
- 48 Kriminalvården
- 49 Kriminellas revansch i samhället (KRIS)
- 50 Krokoms kommun
- 51 Kungsbacka kommun
- 52 Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor
- 53 Laxå kommun
- 54 Lessebo kommun
- 55 Linköpings kommun
- 56 Lunds universitet (Juridiska fakulteten, Samhällsvetenskapliga fakulteten, Socialhögskolan samt Medicinska fakulteten, Centrum för evidensbaserade psykosociala insatser (CEPI)
- 57 Malmö kommun
- 58 Mind
- 59 Mora kommun
- 60 Myndigheten för delaktighet
- 61 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
- 62 Narkotikapolitiskt Center
- 63 Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
- 64 Nationella nätverket för samordningsförbund
- 65 Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA)
- 66 Nordanstigs kommun
- 67 Norrtälje kommun
- 68 Ockelbo kommun
- 69 Oskarshamns kommun
- 70 Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
- 71 Polismyndigheten
- 72 Psykologförbundet
- 73 Region Blekinge
- 74 Region Dalarna

- 75 Region Gotland
- 76 Region Gävleborg
- 77 Region Halland
- 78 Region Jämtland Härjedalen
- 79 Region Jönköpings län
- 80 Region Kalmar län
- 81 Region Kronoberg
- 82 Region Norrbotten
- 83 Region Skåne
- 84 Region Stockholm
- 85 Region Sörmland
- 86 Region Uppsala
- 87 Region Värmland
- 88 Region Västerbotten
- 89 Region Västernorrland
- 90 Region Västmanland
- 91 Region Örebro
- 92 Region Östergötland
- 93 Riksdagens ombudsmän
- 94 Riksförbundet Attention
- 95 Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare
- 96 Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
- 97 Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner
- 98 Rädda Barnen
- 99 Rättviks kommun
- 100 Röda Korset
- 101 Skövde kommun
- 102 Socialstyrelsen
- 103 Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
- 104 Statens institutionsstyrelse

- 105 Statens medicinsk-etiska råd (Smer)
- 106 Statistiska centralbyrån
- 107 Statskontoret
- 108 Stiftelsen allmänna barnhuset.
- 109 Stockholms kommun
- 110 Stockholms universitet (Juridiska fakulteten och Samhällsvetenskapliga fakulteten, Institutionen för socialt arbete och Institutet för social forskning – SOFI samt Institutionen för folkhälsovetenskap, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning - SoRAD)
- 111 Storfors kommun
- 112 Storumans kommun
- 113 Strängnäs kommun
- 114 Sundsvall kommun
- 115 Svenljunga kommun
- 116 Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP)
- 117 Svensk förening för beroendemedicin
- 118 Svenska Kommunalarbetsareförbundet
- 119 Svenska Psykiatriska Föreningen
- 120 Svenska Vård
- 121 Sveriges Fontänhus
- 122 Sveriges Kommuner och Regioner
- 123 Sveriges Landsråd för alkohol och narkotikafrågor
- 124 Sveriges Läkarförbund
- 125 Sölvesborgs kommun
- 126 Tingsryds kommun
- 127 Tomelilla kommun
- 128 Umeå kommun
- 129 Uppsala universitet (Juridiska fakulteten och Samhällsvetenskapliga fakulteten)
- 130 Vellinge kommun
- 131 Verdandi

- 132 Vetlanda kommun
- 133 Vingåkers kommun
- 134 Vision
- 135 Vårdförbundet
- 136 Vårdföretagarna
- 137 Västerås kommun
- 138 Västra Götalandsregionen
- 139 Åklagarmyndigheten
- 140 Åre kommun
- 141 Överkalix kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 30 april 2022**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.sof@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2021/07629 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Svaret bör lämnas i två versioner: den ena i ett bearbetningsbart format (t.ex. Word), den andra i ett format (t.ex. pdf) som följer tillgänglighetskraven enligt lagen (2018:1937) om tillgänglighet till digital offentlig service. Remissinstansens namn ska anges i namnet på respektive dokument.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett [beställningsformulär hos Elanders Sverige AB](#).

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria [Svara på remiss \(SB PM 2021:1\)](#). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Tony Malmborg
Departementsråd

Kopia till

Elanders Sverige AB, e-postadress: betankande@elanders.com

Sammanfattning

Vi anser att det behövs en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet som också förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende. Syftet med vårt uppdrag är att lämna förslag som bidrar till att insatserna till målgruppen blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade¹. Vi anser att detta även ska vara syftet med den reform vi föreslår. Reformen som ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering består av tio bärande delar:

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

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

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

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

Om uppdraget och dess genomförande

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

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

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

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

Målbilder för samhällets insatser

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

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

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

Styrningen inom området

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

Regionernas hälso- och sjukvård ska behandla skadligt bruk och beroende

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

Behandlingen ska samordnas med behandling av andra psykiatriska tillstånd

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

Angeläget med somatisk vård, suicidprevention och insatser som främjar hälsa

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

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

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

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

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

Socialtjänstens uppdrag inriktas på fyra områden

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

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

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

Regionerna får ett förtydligat ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB

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

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

Samordnad vård- och stödverksamhet för dem med störst behov

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

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

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

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

Fokus på kompetensförsörjningen är nödvändigt

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

Förbättrad statistik och uppföljning från brukares perspektiv

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

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

Förbättrad tillgång till personliga ombud

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

Ökat brukarinflytande och minskad stigmatisering

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

En gemensam tvångslag

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

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

Stöd till införande och uppföljning

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