

Socialutskottets betänkande 2018/19:SoU15

Frågor om psykisk ohälsa

Sammanfattning

Utskottet föreslår två tillkännagivanden till regeringen med anledning av motionsyrkanden.

- Regeringen bör stärka tillsynen och uppföljningen av barn- och ungdomspsykiatrin (s. 25).
- Regeringen bör se över frågan om hur ansvaret för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom kan samlas hos en huvudman. Regeringen bör efter det att översynen har gjorts utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom. Därutöver bör regeringen se över hur det ska kunna finnas tillgång till farmakologisk behandling i hela landet för personer med beroendesjukdom (s. 39).

Utskottet föreslår att riksdagen avslår övriga motionsyrkanden, främst med hänvisning till pågående arbete. Motionsyrkandena handlar bl.a. om insatser på området psykisk ohälsa, psykisk ohälsa bland barn och unga, psykiatrisk tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård.

I betänkandet finns 19 reservationer (M, SD, C, V, KD, L) och tre särskilda yttranden (S, C, V, L, MP).

Behandlade förslag

Cirka 60 yrkanden i motioner från allmänna motionstiden 2018/19.

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----|
| Sammanfattning..... | 1 |
| Utskottets förslag till riksdagsbeslut..... | 3 |
| Redogörelse för ärendet..... | 7 |
| Utskottets överväganden..... | 8 |
| Insatser på området psykisk ohälsa | 8 |
| Psykisk ohälsa bland barn och unga | 16 |
| Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård..... | 27 |
| Psykisk ohälsa och beroendeproblematik..... | 32 |
| Reservationer | 40 |
| 1. Nationell strategi för området psykisk ohälsa, punkt 1 (M)..... | 40 |
| 2. Nationell strategi för området psykisk ohälsa, punkt 1 (C, L) | 40 |
| 3. Nationell strategi för området psykisk ohälsa, punkt 1 (V) | 41 |
| 4. Utredning av orsaker till ökad psykisk ohälsa m.m., punkt 2 (M, C, KD, L) | 41 |
| 5. Utredning om förebyggande av psykisk ohälsa m.m., punkt 3 (SD) ... | 42 |
| 6. Utredningar om psykisk ohälsa, punkt 4 (V) | 42 |
| 7. Studier och kartläggningar, punkt 5 (SD)..... | 43 |
| 8. Tillsyn och uppföljning av psykiatrin, punkt 6 (M, SD)..... | 44 |
| 9. Samordning m.m., punkt 8 (SD)..... | 44 |
| 10. Samordning m.m., punkt 8 (V)..... | 45 |
| 11. Första linjen vid psykisk ohälsa, punkt 10 (KD) | 45 |
| 12. Ungdomsmottagningar m.m., punkt 11 (M) | 46 |
| 13. Samordning med elevhälsan, punkt 12 (M, SD, KD) | 46 |
| 14. Uppföljningskrav inom psykiatrin, punkt 13 (SD) | 47 |
| 15. Psykiatrisk tvångsvård, punkt 15 (V) | 47 |
| 16. Rättspsykiatriens organisation, punkt 16 (SD) | 48 |
| 17. Boenden för barn och ungdomar, punkt 19 (SD, KD) | 48 |
| 18. Utredningar om beroendeproblematik, punkt 20 (V)..... | 49 |
| 19. Läkemedelsberoende, punkt 21 (L) | 49 |
| Särskilda yttranden | 50 |
| 1. Tillsyn och uppföljning av barn- och ungdomspsykiatrin, punkt 7 (S, MP) | 50 |
| 2. Samordning med elevhälsan, punkt 12 (C, L) | 50 |
| 3. Ansvar för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom m.m., punkt 18 (V) | 50 |
| <i>Bilaga 1</i> | |
| Förteckning över behandlade förslag..... | 52 |
| Motioner från allmänna motionstiden 2018/19 | 52 |
| <i>Bilaga 2</i> | |
| Program med inbjudna deltagare från offentlig utfrågning..... | 59 |
| <i>Bilaga 3</i> | |
| Uppteckningar från offentlig utfrågning | 61 |
| <i>Bilaga 4</i> | |
| Bilder från offentlig utfrågning..... | 100 |

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

Insatser på området psykisk ohälsa

1. Nationell strategi för området psykisk ohälsa

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:2041 av Jan Björklund m.fl. (L) yrkande 12,

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 3,

2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 20 och

2018/19:2793 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M).

Reservation 1 (M)

Reservation 2 (C, L)

Reservation 3 (V)

2. Utredning av orsaker till ökad psykisk ohälsa m.m.

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:1251 av Betty Malmberg (M) yrkandena 1–3,

2018/19:1578 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Marta Obminska (båda M) yrkande 1 och

2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L) yrkande 69.

Reservation 4 (M, C, KD, L)

3. Utredning om förebyggande av psykisk ohälsa m.m.

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 3 och

2018/19:1916 av Johanna Jönsson (C).

Reservation 5 (SD)

4. Utredningar om psykisk ohälsa

Riksdagen avslår motion

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkandena 1, 2, 5, 6, 12 och 13.

Reservation 6 (V)

5. Studier och kartläggningar

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 2 och

2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 15.

Reservation 7 (SD)

6. Tillsyn och uppföljning av psykiatri

Riksdagen avslår motion

2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 21.

Reservation 8 (M, SD)

*Psykisk ohälsa bland barn och unga***7. Tillsyn och uppföljning av barn- och ungdomspsykiatrin**

Riksdagen ställer sig bakom det som utskottet anför om tillsyn och uppföljning av barn- och ungdomspsykiatrin och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L) yrkande 68.

8. Samordning m.m.

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 4,

2018/19:546 av Tobias Andersson och Ebba Hermansson (båda SD) yrkande 5,

2018/19:1639 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkande 33,

2018/19:2125 av Roza Güclü Hedin m.fl. (S) och

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 8.

Reservation 9 (SD)

Reservation 10 (V)

9. Förebyggande arbete m.m.

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:1359 av Marléne Lund Kopparklint och Pål Jonson (båda M) yrkandena 2 och 3,

2018/19:1578 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Marta Obminska (båda M) yrkande 2,

2018/19:2141 av Joakim Sandell m.fl. (S) yrkande 5 och

2018/19:2731 av Åsa Lindhagen m.fl. (MP) yrkandena 2, 3 och 13.

10. Första linjen vid psykisk ohälsa

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:2731 av Åsa Lindhagen m.fl. (MP) yrkande 1 och

2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkande 47.

Reservation 11 (KD)

11. Ungdomsmottagningar m.m.

Riksdagen avslår motion

2018/19:2806 av Jessica Polfjärd m.fl. (M) yrkandena 13 och 14.

Reservation 12 (M)

12. Samordning med elevhälsan

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:2135 av Denis Begic och Matilda Ernkrans (båda S) och

2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L) yrkande 72.

Reservation 13 (M, SD, KD)

13. Uppföljningskrav inom psykiatri

Riksdagen avslår motion

2018/19:546 av Tobias Andersson och Ebba Hermansson (båda SD) yrkande 4.

Reservation 14 (SD)

14. Våld mot barn m.m.

Riksdagen avslår motion

2018/19:2414 av Helena Vilhelmsson (C) yrkandena 1 och 2.

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

15. Psykiatrisk tvångsvård

Riksdagen avslår motion

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 7.

Reservation 15 (V)

16. Rättspsykiatrins organisation

Riksdagen avslår motion

2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 17.

Reservation 16 (SD)

17. Kontroll av försändelser

Riksdagen avslår motionerna

2018/19:1248 av Betty Malmberg (M) och

2018/19:1316 av Kristina Nilsson och Malin Larsson (båda S).

Psykisk ohälsa och beroendeproblematik

18. Ansvar för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom m.m.

Riksdagen ställer sig bakom det som utskottet anför om ansvar för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom m.m. och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen delvis motionerna

2018/19:541 av Clara Aranda (SD),

2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 27,

2018/19:1667 av Betty Malmberg (M),

2018/19:2258 av Lina Nordquist m.fl. (L) yrkande 6,

2018/19:2444 av Anders W Jonsson m.fl. (C) yrkandena 9, 10, 12 och 13,

2018/19:2534 av Niels Paarup-Petersen och Alireza Akhondi (båda C) yrkande 3,

2018/19:2803 av Markus Wiechel (SD) yrkande 1 och

2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkandena 28 och 29.

19. Boenden för barn och ungdomar

Riksdagen avslår motion

2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkande 76.

*Reservation 17 (SD, KD)***20. Utredningar om beroendeproblematik**

Riksdagen avslår motion

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkandena 10 och 11.

*Reservation 18 (V)***21. Läkemedelsberoende**

Riksdagen avslår motion

2018/19:2038 av Lina Nordquist m.fl. (L) yrkande 12.

Reservation 19 (L)

Stockholm den 11 april 2019

På socialutskottets vägnar

Acko Ankarberg Johansson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Acko Ankarberg Johansson (KD), Kristina Nilsson (S), Camilla Waltersson Grönvall (M), Ann-Christin Ahlberg (S), Johan Hultberg (M), Per Ramhorn (SD), Mikael Dahlgvist (S), Karin Rågsjö (V), Dag Larsson (S), Lina Nordquist (L), Christina Östberg (SD), Pernilla Stålhammar (MP), Michael Anefur (KD), Mats Wiking (S), Ulrika Jörgensen (M), Clara Aranda (SD) och Sofia Nilsson (C).

Redogörelse för ärendet

I betänkandet behandlar utskottet ca 60 motionsyrkanden från allmänna motionstiden 2018/19. Motionsyrkandena handlar bl.a. om insatser på området psykisk ohälsa, psykisk ohälsa bland barn och unga, psykiatrisk tvångsvård samt rättspsykiatrisk vård. Förslagen i motionerna finns i bilaga 1.

Utskottet anordnade den 28 februari 2019 en offentlig utfrågning med titeln Psykisk ohälsa i kombination med beroendeproblematik – offentlig utfrågning i socialutskottet om samsjuklighet. Program med inbjudna deltagare, uppteckningar från utfrågningen och bilder som visades av föredragshållarna finns i bilaga 2–4.

Utskottets överväganden

Insatser på området psykisk ohälsa

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om bl.a. en nationell strategi för området psykisk ohälsa, utredning av orsaker till ökad psykisk ohälsa och utredning om förebyggande av psykisk ohälsa.

Jämför reservation 1 (M), 2 (C, L), 3 (V), 4 (M, C, KD, L), 5 (SD), 6 (V), 7 (SD) och 8 (M, SD).

Motionerna

Nationell strategi för området psykisk ohälsa

I kommittémotion 2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 20 föreslås ett tillkännagivande om att ta fram och genomföra en nationell strategi för att stärka psykiatrin och minska den psykiska ohälsan. Ett liknande yrkande finns i kommittémotion 2018/19:2793 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M).

I kommittémotion 2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör utreda hur en långsiktig plan kan utformas för att säkra adekvat och likvärdig behandling inom psykiatrin i hela landet.

I partimotion 2018/19:2041 av Jan Björklund m.fl. (L) yrkande 12 föreslås ett tillkännagivande om att införa regionala psykiatricentrum. Motionärerna föreslår att en nationell psykiatristrategi tas fram där regionala psykiatricentrum förs samman i en nationell samordning. En centraliserad vårdutveckling vid psykiatriska centrum förbättrar bl.a. förutsättningarna för en jämlik vård för personer med psykiatriska diagnoser.

Utredning av orsaker till ökad psykisk ohälsa m.m.

I kommittémotion 2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L) yrkande 69 föreslås ett tillkännagivande om att utreda orsakerna till den ökade psykiska ohälsan.

I motion 2018/19:1251 av Betty Malmberg (M) yrkande 1 föreslås ett tillkännagivande om psykisk ohälsa. Motionären anför att mer måste göras för att stoppa den illavarslande utvecklingen av psykisk ohälsa. I yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att överväga att ge närstående till myndiga personer med upprepade psykiska sjukdomsskov rättsliga möjligheter att på ett tidigt stadium agera för patientens bästa. I yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om att öka kännedomen om s.k. nätverkskontrakt i vården av psykiskt sjuka. Motionären anför att några vårdgivare tillåter att det tecknas

s.k. nätverkskontrakt där patient, vårdgivare, anhöriga och vänner tillsammans kommer överens om en på förhand uppgjord plan, i händelse av att patienten skulle vara på väg att insjukna. Kontraktet ger fullmakt åt nätverket att agera, något som ska framgå av sjukjournalen.

I motion 2018/19:1578 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Marta Obminska (båda M) yrkande 1 föreslås ett tillkännagivande om öppenvårdspsykiatri. Enligt motionärerna krävs det fortsättningsvis en väl fungerande öppenvårdspsykiatri med bättre specialistkompetens för att möta dagens psykiska ohälsa.

Utredning om förebyggande av psykisk ohälsa m.m.

I motion 2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om att tillsätta en utredning om hur psykisk ohälsa ska förebyggas.

I motion 2018/19:1916 av Johanna Jönsson (C) föreslås ett tillkännagivande om personlig utveckling och förebyggande av psykisk ohälsa. Det bör enligt motionären bli lättare för personer med lindrig psykisk ohälsa att tidigt få tillgång till terapi och samtalsstöd.

Utredningar om psykisk ohälsa

I kommittémotion 2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 1 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör genomföra en översyn av de nationella riktlinjerna för behandling inom området psykisk ohälsa och implementeringen av dessa. I yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att utreda hur en rättighetskatalog för personer som söker vård för psykisk sjukdom kan utformas. I yrkande 5 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att göra en översyn av vårdgarantin för psykiatriska diagnoser och föreslå åtgärder för att de som har allvarliga psykiska tillstånd ska få vård omgående. I yrkande 6 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör utreda och utforma en kompetensförsörjningsplan för personal inom psykiatri. I yrkande 12 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör utreda hur en ökad implementering av forskning inom psykiatri kan tillgodoses. I yrkande 13 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör utreda hur uppföljningen av medicinering inom psykiatri kan förbättras och öka patientsäkerheten.

Studier och kartläggningar

I kommittémotion 2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 15 föreslås ett tillkännagivande om att uppmantra till studier och pilotprojekt som syftar till att nya arbetssätt och metoder prövas.

I motion 2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att kartlägga regionala skillnader inom den

psykiatriska vården och hur dessa skillnader kan överbryggas för att säkra en god och jämlik vård i hela landet.

Tillsyn och uppföljning av psykiatrin

I kommittémotion 2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 21 föreslås ett tillkännagivande om att stärka tillsynen och uppföljningen av psykiatrin.

Gällande rätt

De allmänna bestämmelserna om den psykiatriska vårdens innehåll och utförande finns i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och i patientlagen (2014:821).

Bakgrund och pågående arbete

Regeringens strategi för området psykisk hälsa 2016–2020

I överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) redovisade regeringen en ny strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa under åren 2016–2020 (S2015/08176/FS). Den nya strategin omfattar dels personer som har drabbats av psykisk ohälsa och som behöver tidiga, effektiva och tillgängliga insatser, dels personer utan psykiska besvär som behöver hälsofrämjande och förebyggande insatser för att inte utveckla psykisk ohälsa. Regeringens strategi för området psykisk hälsa 2016–2020 utgår från fem fokusområden:

- förebyggande och främjande arbete
- tidiga, tillgängliga insatser
- utsatta grupper
- delaktighet och rättigheter
- ledarskap och organisering.

Varje fokusområde omfattar personer i alla åldrar: barn, unga, vuxna och äldre, liksom flickor och pojkar, män och kvinnor. Syftet med strategin är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete, med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Målet är att främja psykisk hälsa, motverka psykisk ohälsa, förstärka tidiga insatser till personer som drabbas av psykisk ohälsa och förbättra vården och omsorgen för personer med omfattande behov av insatser.

Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom området psykisk hälsa

Genom överenskommelser med SKL inom området psykisk hälsa har regeringen avsatt över 800 000 000 kronor per år 2016 och 2017. I december

2017 beslutades om en ny överenskommelse för insatser inom området psykisk hälsa under 2018 (S2017/07520/FS). Totalt avsattes 1 414 000 000 kronor för 2018. Överenskommelsen fokuserar på såväl vuxna som barn och unga. Någon överenskommelse för 2019 har inte träffats.

I överenskommelsen ingick medel att fördelas till landsting/regioner för att genomföra utvecklingsinsatser på området. Landstingen och kommunerna ska göra kompletterande, och vid behov förnyade och fördjupade, analyser av befolkningens behov inom respektive fokusområde, revidera kortsiktiga och långsiktiga mål samt följa upp och vid behov revidera handlingsplaner lokalt och regionalt. Huvudmännen ska utvärdera de insatser som genomförts och vid behov revidera det långsiktiga arbetet för att utveckla insatserna inom de fem fokusområdena.

Vidare ingick medel att fördelas till landstingen/regionerna för att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och effektiv primärvård för att främja psykisk hälsa och möta personer med psykisk ohälsa i alla åldrar. Insatserna kan t.ex. vara inriktade på att stärka kompetensen om psykisk ohälsa och kopplingar till missbruk och beroende samt främja användandet av sjukdomsförebyggande riktlinjer i primärvården. Insatserna kan också vara inriktade på att säkerställa att det finns goda förutsättningar i verksamheterna att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap.

Uppdrag om överenskommelserna 2016–2018 på området psykisk hälsa

Socialstyrelsen har i uppdrag att beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner samt landsting och regioner genomför inom ramen för överenskommelserna 2016–2018 på området psykisk hälsa (S2016/06530/FS). Lägesrapporter ska lämnas till Regeringskansliet årligen, och uppdraget ska slutredovisas i maj 2019. Socialstyrelsen publicerade i maj 2018 rapporten Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa – Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting – delrapport 2018. Lägesrapporten fokuserar på att utifrån olika perspektiv belysa det arbete som har bedrivits inom ramen för överenskommelserna 2016 och 2017. Analysen av de läns gemensamma handlingsplanerna inriktade på den vuxna befolkningen visar att det 2017, precis som 2016, fanns en stor variation i handlingsplanerna beträffande både innehåll, omfattning, struktur, målformuleringar, uppföljningar av arbetet från det gångna året och utvecklingen av handlingsplanerna över tid.

Socialutskottets betänkande Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Av socialutskottets betänkande 2018/19:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg framgår att utskottet föreslog att anslaget 1:8

Bidrag till psykiatri ökas med 500 000 000 kronor för 2019 jämfört med regeringens förslag.

Vidare framgår att anslaget 1:8 ökade med 500 000 000 kronor 2018 för förstärkningar till bl.a. psykiatrin. I budgetpropositionen för 2018 aviserades att anslaget skulle öka med ytterligare 500 000 000 kronor 2019. Till följd av de särskilda budgetprinciperna som gällt för utformningen av budgetpropositionen för 2019 uteblev denna satsning. Utskottet föreslog därför att anslaget ökas med 500 000 000 kronor för 2019 respektive 2020. Totalt anvisades 2 202 993 000 kronor till anslaget 1:8.

Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2018/19:111).

Regeringsförklaring

Av regeringsförklaringen den 21 januari 2019 framgår att psykiatrin ska byggas ut. Vidare framgår att den psykiska ohälsan måste brytas och att en ny vårdform för patienter med lättare psykisk ohälsa ska utredas.

Slutbetänkande med förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa (SOU 2018:90)

Den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09) överlämnade sitt slutbetänkande För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa (SOU 2018:90) till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Annika Strandhäll i december 2018 (S2018/06126/FS).

Utredningen gör bl.a. bedömningen att verksamhetsområdet psykisk hälsa bör omvandlas till ett nytt politikområde: politik för psykisk hälsa.

Vidare bedömer utredningen att statens styrning av insatser inom området psykisk hälsa bör utgå från en samlad nationell strategi som bör gälla under perioden 2020–2030. Strategin bör harmoniera med näraliggande strategier, främst Agenda 2030, och ta sin utgångspunkt i den folkhälsopolitik som riksdagen beslutat. För att strategin ska få en generell tillämplighet över olika politikområden och samhällsområden föreslår utredningen att den formuleras i en proposition som antas av riksdagen. Strategin bör utformas med ett övergripande mål, att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar.

Det bör, så som Agenda 2030-delegationen föreslagit eller på något annat sätt, enligt utredningens bedömning skapas ett särskilt sekretariat i Regeringskansliet för övergripande samordning av arbetet med Agenda 2030 och frågor kring hållbar utveckling, däribland frågor som rör psykisk hälsa.

Utredningen bedömer också att den sektorsövergripande målstruktur med åtta målområden som styr det nationella folkhälsoarbetet ska vara vägledande för strategin inom området psykisk hälsa under 2020–2030. Till respektive

målområde ska knytas åtgärdsområden och resultatmål som anger angelägna samhällsutmaningar och förväntade resultat av ett samordnat arbete.

Enligt uppgift från Regeringskansliet bereds ärendet.

Uppdrag inom området psykisk hälsa

Av Folkhälsomyndighetens regleringsbrev för budgetåret 2018 framgår att Folkhälsomyndigheten ska bygga upp och utveckla samordningen av det nationella arbetet inom området psykisk hälsa. Uppdraget sammanförs med tidigare uppdrag att samordna det nationella suicidförebyggande arbetet, i enlighet med regeringsbeslut III:6 från den 28 maj 2015 (S2015/03986/FS). Folkhälsomyndigheten ska utveckla samordningen och samverkan mellan berörda myndigheter och aktörer, utveckla kunskapssammanställning, genomföra utvecklingsarbete samt utveckla uppföljningen inom psykisk hälsa- och suicidpreventionsområdet. Närliggande områden med bäring på det främjande och förebyggande arbetet ska beaktas.

Vidare framgår att Folkhälsomyndigheten ska stödja kunskapsutveckling på regional och lokal nivå samt inom den ideella sektorn inom området psykisk hälsa. Uppdraget ska genomföras i samverkan med den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09) och de regionala resurscentrumen för psykisk hälsa som ska byggas upp under 2018 i enlighet med överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2018, liksom i lämpliga delar med Socialstyrelsen t.ex. när det gäller att stärka stödet till barn som växer upp i familjer med missbruk, psykisk ohälsa eller där våld förekommer, samt utvecklingen av hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta och våldsutövare. Uppdraget kan omfatta att främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap samt stödja kunskapsspridning och uppföljning.

Uppdragen ska slutredovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 april 2021. En årlig delredovisning ska lämnas senast den 30 april 2019 och senast den 30 april 2020.

Uppdrag om ohälsosamma levnadsvanor

I mars 2018 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att stödja, analysera och utvärdera utvecklingsarbete i primärvården för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos personer med psykisk ohälsa (S2018/01947/FS [delvis]). Arbetet ska ske i nära samverkan med berörda verksamheter och SKL. Satsningen ska genomföras under åren 2018–2020.

Uppdraget ska slutredovisas till Socialdepartementet senast den 31 mars 2021.

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

År 2017 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Riktlinjerna ger rekommendationer om

åtgärder för vård vid depression och ångestsyndrom och gäller såväl barn och ungdomar som vuxna. De omfattar bl.a. diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling. Syftet med riktlinjerna är att ge politiker, tjänstemän och verksamhetschefer vägledning för beslut på gruppnivå om vilken vård som ska finnas tillgänglig för personer med depression eller ångestsyndrom.

Socialstyrelsen genomförde 2018 en översyn av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom. Syftet är att säkerställa att riktlinjerna är aktuella och bygger på bästa tillgängliga kunskap. Socialstyrelsen bedömer att riktlinjerna fortfarande är aktuella. Under andra halvan av 2019 kommer Socialstyrelsen att på nytt bedöma om kunskapsläget har förändrats för att se om riktlinjerna behöver uppdateras.

Kunskapsguiden

Kunskapsguiden är en nationell plattform som samlar kunskap inom bl.a. området psykisk ohälsa. Syftet med Kunskapsguiden är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapsspridning och kunskapsinhämtning samt att främja att personal som arbetar med hälsa, vård och omsorg använder den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna och modellerna.

Kunskapsguiden är utgiven av Socialstyrelsen i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Forte, Läkemedelsverket, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SKL och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Inom området psykisk ohälsa finns en rad olika temasideor, t.ex. om depression och strategin inom området psykisk hälsa.

Tidigare riksdagsbehandling

Motionsyrkanden om vård och behandling vid psykisk ohälsa behandlades i socialutskottets betänkande Hälsa- och sjukvårdsfrågor (bet. 2015/16:SoU7). Motionsyrkandena avstyrktes. Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2015/16:220). Ett likalydande yrkande behandlades därefter förenklat i socialutskottets betänkande Hälsa- och sjukvårdsfrågor (bet. 2017/18:SoU9).

Motionsyrkanden om en nationell handlingsplan för området psykisk ohälsa, stöd till personer med psykisk ohälsa samt utredningar om psykisk ohälsa behandlades senast i socialutskottets betänkande Hälsa- och sjukvårdsfrågor (bet. 2017/18:SoU9). Motionsyrkandena avstyrktes. Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2017/18:293).

Utskottets ställningstagande

Utskottet konstaterar inledningsvis att det av slutbetänkandet från den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa framgår att den psykiska ohälsan har ökat under de

senaste tjugo åren. Utskottet vill i detta sammanhang även framhålla att förekomsten av psykisk ohälsa ofta innebär ett stort lidande för den som drabbas och dennes anhöriga. Utskottet noterar att regeringen fortsätter sitt arbete utifrån den nuvarande strategin för området psykisk hälsa. Syftet med strategin är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Vidare noterar utskottet att den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa i det ovan nämnda slutbetänkandet gör bedömningen att statens styrning av insatser inom området psykisk hälsa bör utgå från en samlad nationell strategi som bör gälla under perioden 2020–2030. Strategin bör utformas med ett övergripande mål, att skapa samhällliga förutsättningar för en god och jämlik psykisk hälsa och ett ökat psykiskt välbefinnande bland kvinnor och män, flickor och pojkar. Mot denna bakgrund finns det enligt utskottet inte skäl att föreslå någon åtgärd när det gäller motionsyrkanden om en nationell strategi för området psykisk ohälsa. Motionerna 2018/19:2041 (L) yrkande 12, 2018/19:2230 (V) yrkande 3, 2018/19:2787 (M) yrkande 20 och 2018/19:2793 (M) bör därför avslås.

Utskottet noterar vidare att statsministern i regeringsförklaringen uttalade att psykiatri ska byggas ut och att en ny vårdform för patienter med lättare psykisk ohälsa ska utredas. Utskottet ser positivt på detta. Under 2018 avsatte regeringen drygt 1,7 miljarder kronor för insatser inom området psykisk hälsa. Merparten av medlen har fördelats till landsting/regioner och kommuner via en överenskommelse med SKL. Utskottet påminner också om de medel som avsattes inom anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri i budgeten för 2019. Utskottet vill i detta sammanhang även lyfta fram Folkhälsomyndighetens uppdrag att bygga upp och utveckla samordningen av det nationella arbetet inom området psykisk hälsa. Riksdagen bör enligt utskottet inte föregripa resultatet av detta arbete, och därför bör även motionerna 2018/19:1251 (M) yrkandena 1–3, 2018/19:1578 (M) yrkande 1 och 2018/19:2819 (M, C, KD, L) yrkande 69 avslås.

Några motionsyrkanden tar upp frågan om en utredning om förebyggande av psykisk ohälsa m.m. Utskottet konstaterar att regeringens strategi för området psykisk hälsa 2016–2020 omfattar dels personer som har drabbats av psykisk ohälsa och som behöver tidiga, effektiva och tillgängliga insatser, dels personer utan psykiska besvär som behöver hälsofrämjande och förebyggande insatser för att inte utveckla psykisk ohälsa. Ett av strategins fem fokusområden är förebyggande och främjande arbete. Mot denna bakgrund finns det enligt utskottet inte anledning att föreslå någon åtgärd från riksdagen i denna fråga. Motionerna 2018/19:39 (SD) yrkande 3 och 2018/19:1916 (C) bör avslås.

Som redovisats ovan genomförde Socialstyrelsen 2018 en översyn av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom och bedömde då att riktlinjerna fortfarande är aktuella. Vidare konstaterar utskottet att Socialstyrelsen under andra halvan av 2019 på nytt kommer att bedöma om kunskapsläget har förändrats för att se om riktlinjerna behöver uppdateras.

Utskottet är inte berett att föreslå några initiativ från riksdagen om något av förslagen till utredningar om psykisk ohälsa som tas upp i motion 2018/19:2230 (V) yrkandena 1, 2, 5, 6, 12 och 13. Motionen bör avslås.

Några motionsyrkanden tar upp frågan om studier och kartläggningar. Som redovisats ovan har regeringen gett Folkhälsomyndigheten uppdrag inom området psykisk hälsa, bl.a. att stödja kunskapsutvecklingen på regional och lokal nivå samt inom den ideella sektorn. Uppdraget kan omfatta att främja samverkan, stärka framtagande av ny kunskap samt stödja kunskapsspridning och uppföljning. Utskottet välkomnar detta arbete. Mot denna bakgrund anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motionerna 2018/19:39 (SD) yrkande 2 och 2018/19:855 (SD) yrkande 15 bör därför avslås.

Avslutningsvis tar ett motionsyrkande upp frågan om tillsyn och uppföljning av psykiatrin. Utskottet noterar Socialstyrelsens uppdrag att beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner samt landsting och regioner genomför inom ramen för överenskommelserna 2016–2018 på området psykisk hälsa. Vidare påminner utskottet även i detta sammanhang om Folkhälsomyndighetens uppdrag inom området psykisk hälsa. Mot denna bakgrund finns det enligt utskottet inte anledning att föreslå någon åtgärd från riksdagen i denna fråga. Motion 2018/19:2787 (M) yrkande 21 bör därför avslås.

Psykisk ohälsa bland barn och unga

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen ställer sig bakom det som utskottet anför om att regeringen bör stärka tillsynen och uppföljningen av barn- och ungdomspsykiatrin och tillkännager detta för regeringen. Därmed bifaller riksdagen ett motionsyrkande. Riksdagen avslår motionsyrkanden om bl.a. samordning, förebyggande arbete och första linjen vid psykisk ohälsa.

Jämför reservation 9 (SD), 10 (V), 11 (KD), 12 (M), 13 (M, SD, KD) och 14 (SD) samt särskilt yttrande 1 (S, MP) och 2 (C, L).

Motionerna

Tillsyn och uppföljning av barn- och ungdomspsykiatrin

I kommittémotion 2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L) yrkande 68 föreslås ett tillkännagivande om att stärka tillsynen och uppföljningen av barn- och ungdomspsykiatrin.

Samordning m.m.

I kommittémotion 2018/19:1639 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkande 33 föreslås ett tillkännagivande om att omgående utveckla och förstärka barn- och

ungdomspsykiatrin genom nationella flödesprogram. Motionärerna vill införa nationella flödesprogram och vårdpaket för barn och ungdomar som drabbas av psykisk ohälsa. De nationella programmen ska beskriva vilka insatser målgruppen ska få tillgång till, hur och inom vilken tid, samt koordineringen mellan olika sektorer, som barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), socialtjänsten, förskola och grundskola samt elevhälsan så att insatserna fungerar som en helhet.

I motion 2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 4 föreslås ett tillkännagivande om att ta fram en nationell strategi för att barn och unga ska få en god och tillgänglig psykiatrisk vård för att minska de psykiska ohälsotalen bland barn och unga.

I motion 2018/19:546 av Tobias Andersson och Ebba Hermansson (båda SD) yrkande 5 föreslås ett tillkännagivande om bättre samordning mellan de instanser som ska motverka ungas psykiska ohälsa.

I kommittémotion 2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 8 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att ta fram förslag på hur en nationellt samordnad vård för de mest utsatta och vårdkrävande barnen inom psykiatrin kan utformas.

I motion 2018/19:2125 av Roza Güclü Hedin m.fl. (S) föreslås ett tillkännagivande om att säkra ett likvärdigt samordningsarbete för att identifiera, förebygga, motverka och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga.

Förebyggande arbete m.m.

I motion 2018/19:1359 av Marlène Lund Kopparklint och Pål Jonson (båda M) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att målsättningen ska vara ett betydligt bättre förebyggande av psykisk ohälsa bland barn och unga. I yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om att se över möjligheterna kring utredning av psykisk ohälsa kopplad till barn och unga. För att kunna sätta in relevanta förebyggande åtgärder måste enligt motionärerna orsakerna först noggrant utredas.

I motion 2018/19:1578 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Marta Obminska (båda M) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om barn och unga som skrivs ut från BUP. Att de vid skollov skrivs ut från barn- och ungdomspsykiatrin för att sedan vid terminsstarten behöva börja om från början är enligt motionärerna oacceptabelt.

I motion 2018/19:2141 av Joakim Sandell m.fl. (S) yrkande 5 föreslås ett tillkännagivande om väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatrin. Enligt motionärerna behöver barn- och ungdomspsykiatrin utvecklas och väntetiderna till både utredningar, diagnos och behandling inom BUP måste vara korta.

I kommittémotion 2018/19:2731 av Åsa Lindhagen m.fl. (MP) yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att steg för steg förverkliga en köfri barn- och ungdomspsykiatri. I yrkande 3 föreslås ett tillkännagivande om särskilda

insatser för unga vuxna. Motionärerna lyfter behovet av särskilda verksamheter för och ett specifikt fokus på unga vuxna med psykisk ohälsa. I yrkande 13 föreslås ett tillkännagivande om att stärka det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa.

Första linjen vid psykisk ohälsa

I partimotion 2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkande 47 föreslås ett tillkännagivande om första linjens vård för barn och ungdomar. Motionärerna vill öka tillgängligheten till förebyggande arbete och den s.k. första linjen (primärvården, elevhälsan och ungdomsmottagningar).

I kommittémotion 2018/19:2731 av Åsa Lindhagen m.fl. (MP) yrkande 1 föreslås ett tillkännagivande om att stärka första linjens psykiatri. Motionärerna anför att den s.k. första linjens psykiatri behöver förstärkas för att insatser ska kunna komma på plats snabbt och för att avlasta BUP och därmed skapa utrymme för att de som är i behov av den specialistvård som BUP erbjuder verkligen får den.

Ungdomsmottagningar m.m.

I kommittémotion 2018/19:2806 av Jessica Polfjärd m.fl. (M) yrkande 13 föreslås ett tillkännagivande om att se över hur ungdomsmottagningarnas arbete mot psykisk ohälsa kan stärkas. I yrkande 14 föreslås ett tillkännagivande om att öka tillgängligheten till stöd, hjälp och behandling genom internetbaserade tjänster. Motionärerna anför att Stockholms läns landstings projekt för att utveckla och utvärdera en metod för internetförmiddad kognitiv beteendeterapi för vuxna är tänkt att kunna erbjudas på nationell nivå. Motionärerna anser att detta projekt bör breddas till att även avse barn och unga, alternativt att liknande projekt med fokus på barn och unga påbörjas.

Samordning med elevhälsan

I kommittémotion 2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L) yrkande 72 föreslås ett tillkännagivande om att förstärka samordningen med elevhälsan. Motionärerna anför att det är avgörande att så tidigt som möjligt identifiera barn och unga som löper risk att drabbas av psykisk ohälsa. Elevhälsan i skolan bör enligt motionärerna kopplas mer samman med andra verksamheter, såsom socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatrin och hälso- och sjukvården.

I motion 2018/19:2135 av Denis Begic och Matilda Ernkrans (båda S) föreslås ett tillkännagivande om att göra en översyn av samarbetet mellan vården och skolans elevhälsovård för att upptäcka och kunna möta den psykiska ohälsan hos unga.

Uppföljningskrav inom psykiatrin

I motion 2018/19:546 av Tobias Andersson och Ebba Hermansson (båda SD) yrkande 4 föreslås ett tillkännagivande om behovet av uppföljningskrav inom psykiatrin. När en patient uteblir från psykiatrisk kontakt med hälso- och sjukvården bör vården enligt motionärerna ta sitt ansvar och stämna av med patienten hur denne mår.

Våld mot barn m.m.

I motion 2018/19:2414 av Helena Vilhelmsson (C) yrkande 1 föreslås ett tillkännagivande om att se över förutsättningarna för att införa en nationell tillsynsinstans som granskar att alla landsting och regioner säkerställer att barn och unga med psykisk ohälsa och barn som utsatts för våld får rätt till evidensbaserad vård i rätt tid. I yrkande 2 föreslås ett tillkännagivande om att alla barn som kommer till BUP ska få frågan om våldsutsatthet, att det bör skapas nationella riktlinjer för hur den frågan ska ställas och att frågan ska ställas utan föräldrars eller vårdnadshavares närvaro.

Bakgrund och pågående arbete

Regeringens strategi för området psykisk hälsa 2016–2020

I överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa 2016 mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) redovisade regeringen en ny strategi för statens insatser inom området psykisk hälsa under åren 2016–2020 (S2015/08176/FS). Regeringens strategi för området psykisk hälsa 2016–2020 utgår från fem fokusområden:

- förebyggande och främjande arbete
- tidiga, tillgängliga insatser
- utsatta grupper
- delaktighet och rättigheter
- ledarskap och organisering.

Varje fokusområde omfattar personer i alla åldrar: barn, unga, vuxna och äldre, liksom flickor och pojkar, män och kvinnor.

Strategin finns närmare beskriven i avsnittet Insatser på området psykisk ohälsa.

Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom området psykisk hälsa

Genom överenskommelser med SKL inom området psykisk hälsa har regeringen avsatt över 800 000 000 kronor per år 2016 och 2017. I december 2017 beslutades om en ny överenskommelse för insatser inom området psykisk hälsa under 2018 (S2017/07520/FS). Totalt avsattes

I 414 000 000 kronor för 2018. Överenskommelsen fokuserar på såväl vuxna som barn och unga. Någon överenskommelse för 2019 har inte träffats.

Av överenskommelsen framgår att förutsättningarna och organisationen är olika i landet, och därför ges de lokala behoven stort utrymme vid prioriteringen av vad som ska göras. Målsättningen för tillgängligheten är fortfarande 30 dagar till första besök och 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling i specialistverksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. Andelen genomförda första bedömningar och påbörjade fördjupade utredningar och behandlingar inom tidsgränsen (30 + 30 dagar) inom barn- och ungdomspsykiatri redovisas månatligen, per landsting på webbplatsen Väntetider i vården.

I överenskommelsen fördelades medel till kommuner och landsting för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk hälsa. Medlen kan exempelvis användas till att utöka ungdomsmottagningarnas öppettider, förstärka den psykosociala kompetensen samt öka tillgängligheten för unga med psykisk ohälsa, riskbruk, missbruk och beroende eller liknande. I överenskommelsen anføres följande om barns och ungas psykiska hälsa:

Det är oroande att den psykiska ohälsan bland barn och unga verkar fortsätta öka, såväl den egenrapporterade som i statistik av diagnoser och läkemedelsförskrivning.

Barn- och ungdomspsykiatri har ökat sin produktion, första linje-verksamheter har byggts upp i alla landsting och många kommuner men trots ökad kunskap och kapacitet så har ökningen inte förmått motsvara de ökande behoven, samtidigt som verksamhetens kvalitet behöver fortsätta att utvecklas.

Förbättrad tillgänglighet till såväl ett första besök som till fördjupad utredning och till behandling i första linje eller i specialistnivån är särskilt viktigt för barn och unga. Kort väntetid till att få bedömning och start på insatser som bedöms behövas måste sedan följas av en sammanhållen process som inte fördröjs av väntetider inom själva utredningen eller behandlingen. Det behövs fortsatta och förstärkta satsningar på barn och unga för en ökad tillgänglighet och en jämlik vård över landet. Utvecklingen behöver ske hos många aktörer och nivåer samtidigt. Det förebyggande och främjande arbetet inom elevhälsan bör utvecklas så att det bidrar till att alla elever ges möjligheter att nå utbildningens mål. För att barn och unga ska få tidiga och samordnade insatser behöver t.ex. samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten förbättras. Det är viktigt att även späda barns rätt till hälsa och utveckling uppmärksammas. Ett bra stöd för föräldrar är avgörande för den psykiska hälsan för barn i alla åldrar.

Uppdrag om överenskommelserna 2016–2018 på området psykisk hälsa

Socialstyrelsen har i uppdrag att beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner samt landsting och regioner genomför inom ramen för överenskommelserna 2016–2018 på området psykisk hälsa (S2016/06530/FS). Lägesrapporter ska lämnas till Regeringskansliet årligen, och uppdraget ska slutredovisas i maj 2019.

Socialstyrelsen publicerade i maj 2018 rapporten Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa – Uppföljning av 2016 och 2017 års överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting – delrapport 2018. Lägesrapporten fokuserar på att utifrån olika perspektiv belysa det arbete som har bedrivits inom ramen för överenskommelserna 2016 och 2017. Analysen av de läns gemensamma handlingsplanerna med fokus på barn och unga visar att insatserna som presenteras i handlingsplanerna varierar i högre utsträckning mellan länen än de insatser som har fokus på den vuxna befolkningen. Vidare framgår av rapporten att några av de vanligaste insatserna som en tredjedel av länen eller fler prioriterar att arbeta med under 2018 och fem år framåt är suicidprevention, skolinriktade insatser, generellt föräldrastöd samt lättillgängliga och välkomnande ungdomsmottagningar.

Socialutskottets betänkande Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg

Av socialutskottets betänkande 2018/19:SoU1 Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg framgår att utskottet föreslår att anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri ökas med 500 000 000 kronor för 2019 jämfört med regeringens förslag.

Vidare framgår att regeringen har tagit initiativ till förstärkningar av de pågående satsningarna på psykisk hälsa med särskilt fokus på första linjens psykiatri för barn och unga samt psykiatrisk vård för vuxna. Anslaget ökade med 500 000 000 kronor 2018. I budgetpropositionen för 2018 aviserades att anslaget skulle öka med ytterligare 500 000 000 kronor 2019 för detta ändamål. Till följd av de särskilda budgetprinciper som gällt för utformningen av budgetpropositionen för 2019 uteblev denna satsning. Utskottet föreslår därför att anslaget ökas med 500 000 000 kronor för 2019 respektive 2020. Totalt anvisades 2 202 993 000 kronor till anslaget 1:8.

Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2018/19:111).

Överenskommelse i januari 2019 mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna om 73 punkter

Av överenskommelsen framgår att psykiatrin och elevhälsan ska stärkas. Vidare ska en ny vårdform där patienter snabbt får hjälp vid lättare psykisk ohälsa utredas. Ett mål om köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. Slutligen ska staten och SKL sluta ett avtal om ett större statligt ansvarstagande med ökande resurser för att bl.a. stärka elevhälsans främjande och förebyggande arbete, motverka mobbning och göra särskilda satsningar riktade mot riskgrupper.

Regeringsförklaring

Av regeringsförklaringen den 21 januari 2019 framgår att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska införas.

Slutbetänkande med förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa (SOU 2018:90)

Den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09) överlämnade sitt slutbetänkande För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt – Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa (SOU 2018:90) till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Annika Strandhäll i december 2018 (S2018/06126/FS). Utredningen gör bl.a. bedömningen att statens styrning av insatser inom området psykisk hälsa bör utgå från en samlad nationell strategi som bör gälla under perioden 2020–2030.

Förslagen och bedömningarna i betänkandet finns närmare beskrivna i avsnittet Insatser på området psykisk ohälsa.

Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga

Regeringen gav i mars 2017 Statens skolverk 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). Som en del i uppdraget ingår att kartlägga och identifiera goda exempel och framgångsfaktorer samt juridiska och strukturella hinder för samverkan. Inom ramen för uppdraget ingår också att följa upp och utvärdera samt sprida resultatet till kommuner och andra viktiga aktörer.

En slutredovisning med resultatet av uppföljningen, utvärderingen och hur slutsatserna av arbetet har spridits ska lämnas till Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet med kopia till Socialdepartementet) senast den 31 januari 2021.

Uppdrag inom kompetensutveckling i psykiatrisk traumavård för anställda i barn- och ungdomspsykiatri

I april 2018 gav regeringen Linköpings universitet i uppdrag att utarbeta och genomföra ett program för kompetensutveckling inom psykiatrisk traumavård (S2018/02371/FS). Programmet riktar sig mot personal i första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa och den specialiserade psykiatri för barn och unga.

Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 februari 2022.

Uppdrag om en webbaserad utbildning om psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga

Av Folkhälsomyndighetens regleringsbrev för budgetåret 2018 framgår att myndigheten ska ta fram och sprida en grundläggande webbaserad utbildning om psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga för ledare i ideella organisationer som anordnar aktiviteter för barn och unga. Utbildningen ska

ha ett funktionshinders- och barnrättsperspektiv och ska vara kostnadsfri för organisationerna. Vidare framgår att uppdraget ska genomföras i samråd med Socialstyrelsen och Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor och i dialog med berörda ideella organisationer.

Utbildningen ska lanseras senast den 1 oktober 2019.

Uppdrag om en informationsinsats inom psykisk hälsa och suicidprevention

Folkhälsomyndigheten fick 2018 i uppdrag att förbereda en informationsinsats inom psykisk hälsa och suicidprevention samt fördela ytterligare medel till ideella organisationer som arbetar med suicidprevention (S2018/03915/FS [delvis]). Den informations- och kunskapshöjande insatsen ska genomföras under 2019–2020. Vidare framgår att uppdraget ska genomföras i samråd med berörda intresseorganisationer och aktörer på den regionala nivån.

Uppdraget ska redovisas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 4 mars 2019. Enligt uppgift från Regeringskansliet har redovisningen ännu inte kommit in och ärendet bereds.

Vägledande stöd om ansvarsfördelning vid samhällsvård av barn och unga med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen publicerade den 13 februari 2019 det vägledande stödet Om ansvarsfördelning vid samhällsvård av barn och unga med psykisk ohälsa – Ett vägledande stöd till kommuner och landsting (S2019/00621/FST). Syftet med det vägledande stödet är att underlätta för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att tolka bestämmelserna om ansvar för vård, omsorg och samverkan gällande placerade barn och unga med psykisk ohälsa.

Enligt uppgift från Regeringskansliet bereds ärendet.

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

År 2017 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Riktlinjerna ger rekommendationer om åtgärder för vård vid depression och ångestsyndrom och gäller såväl barn och ungdomar som vuxna. De omfattar bl.a. diagnostik, utredning och omhändertagande samt behandling. I riktlinjerna finns rekommendationer om behandling vid egentlig depression hos barn och ungdomar och behandling vid ångestsyndrom hos barn och ungdomar.

Riktlinjerna finns närmare beskrivna i avsnittet Insatser på området psykisk ohälsa.

Kunskapsguiden

Kunskapsguiden är en nationell plattform som samlar kunskap inom bl.a. området psykisk ohälsa. Syftet med Kunskapsguiden är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapspridning och kunskapsinhämtning samt att

främja att personal som arbetar med hälsa, vård och omsorg använder den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna och modellerna. Inom området psykisk ohälsa finns en rad olika temasideor, t.ex. om psykisk ohälsa hos barn och unga.

Kunskapsguiden finns närmare beskriven i avsnittet Insatser på området psykisk ohälsa.

Svar på skriftlig fråga

Socialminister Lena Hallengren (S) besvarade den 27 februari 2019 en skriftlig fråga om psykisk ohälsa (fr. 2018/19:243). Socialministern uttalade följande:

Camilla Waltersson Grönvall har frågat mig vilka åtgärder jag avser att vidta för att möta de unga män som lider av psykisk ohälsa, och som hon anser har glömts bort i januariöverenskommelsen.

Under 2018 avsatte regeringen drygt 1,7 miljarder kronor för insatser inom området psykisk hälsa. Merparten av medlen har fördelats till landsting och kommuner via en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting. Den strategi inom området psykisk hälsa, som regeringen antog 2016 och som sträcker sig över perioden 2016–2020, är vägledande för arbetet på såväl nationell, regional som lokal nivå. Strategin omfattar alla grupper i samhället. Viktiga utvecklingsområden som regeringen lyfter fram i strategin är dels arbetet för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa, dels tidiga insatser vid psykisk ohälsa och för dem som riskerar att utveckla psykisk ohälsa.

— — —

Ökningen av psykisk ohälsa, både i befolkningen i stort och i vissa grupper är oroväckande. Regeringen tar såväl mäns som kvinnors psykiska ohälsa på stort allvar. Överenskommelsen mellan regeringspartierna och Centerpartiet och Liberalerna omfattar insatser på området psykisk hälsa för alla grupper. Regeringen avser att återkomma när satsningar på området psykisk hälsa är utformade.

Tidigare riksdagsbehandling

Motionsyrkanden om barn- och ungdomspsykiatri behandlades i socialutskottets betänkande Hälsa- och sjukvårdsfrågor (bet. 2014/15:SoU7). Motionsyrkandena avstyrktes. Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (prot. 2014/15:87). Liknande yrkanden behandlades därefter förenklat i socialutskottets betänkanden Hälsa- och sjukvårdsfrågor (bet. 2015/16:SoU7 och 2017/18:SoU9).

Motionsyrkanden om tidiga insatser för barn och unga med psykisk ohälsa m.m. samt uppföljning av barn och unga med behov av psykiatrisk vård behandlades senast i socialutskottets betänkande Hälsa- och sjukvårdsfrågor (bet. 2017/18:SoU9). Motionsyrkandena avstyrktes. Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2017/18:293).

Utskottets ställningstagande

Utskottet konstaterar inledningsvis att rapporter från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten under flera år har visat att den psykiska ohälsan bland barn och unga ökar. Utskottet vill även framhålla att vuxnas utsatthet när de mår psykiskt dåligt riskerar att bli barns utsatthet. För att minska den psykiska ohälsan i samhället krävs enligt utskottet ett förstärkt arbete. Det bör enligt utskottet säkerställas att vården håller hög kvalitet. Utskottet anser därför att regeringen bör stärka tillsynen och uppföljningen av barn- och ungdomspsykiatri. Riksdagen bör ställa sig bakom det som utskottet anför och tillkännage det för regeringen. Motion 2018/19:2819 (M, C, KD, L) yrkande 68 bör därför bifallas.

Enligt vad utskottet har noterat under avsnittet Insatser på området psykisk ohälsa fortsätter regeringen sitt arbete utifrån den nuvarande strategin för området psykisk hälsa. Syftet med strategin är att skapa förutsättningar för ett långsiktigt och strategiskt arbete med ett gemensamt ansvarstagande inom ordinarie strukturer. Strategin utgår från fem fokusområden, och varje fokusområde omfattar personer i alla åldrar: barn, unga, vuxna och äldre, liksom flickor och pojkar, män och kvinnor. Vidare har utskottet i ovan nämnda avsnitt noterat att den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa i sitt slutbetänkande gör bedömningen att statens styrning av insatser inom området psykisk hälsa bör utgå från en samlad nationell strategi som bör gälla under perioden 2020–2030. Mot denna bakgrund anser utskottet inte att riksdagen bör ta några initiativ när det gäller motionsyrkanden om samordning m.m. Motionerna 2018/19:39 (SD) yrkande 4, 2018/19:546 (SD) yrkande 5, 2018/19:1639 (SD) yrkande 33, 2018/19:2125 (S) och 2018/19:2230 (V) yrkande 8 bör därför avslås.

Utskottet noterar att statsministern i regeringsförklaringen uttalade att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska införas. Utskottet ser positivt på detta. Som redogjorts för tidigare i betänkandet avsatte regeringen under 2018 drygt 1,7 miljarder kronor för insatser inom området psykisk hälsa. Merparten av medlen har fördelats till landsting och kommuner via en överenskommelse med SKL. Utskottet påminner också om de medel som avsattes inom anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri i budgeten för 2019. Som redovisats ovan fortsätter regeringen sitt arbete utifrån den nuvarande strategin för området psykisk hälsa. Ett av strategins fem fokusområden är förebyggande och främjande arbete. Utskottet välkomnar detta arbete. Mot denna bakgrund finns det därför enligt utskottet ingen anledning att föreslå någon åtgärd från riksdagen när det gäller motionsyrkandena om förebyggande arbete m.m. Motionerna 2018/19:1359 (M) yrkandena 2 och 3, 2018/19:1578 (M) yrkande 2, 2018/19:2141 (S) yrkande 5 och 2018/19:2731 (MP) yrkandena 2, 3 och 13 bör avslås.

Några motionsyrkanden tar upp frågan om första linjen vid psykisk ohälsa. Som redovisats ovan avsatte regeringen under 2018 drygt 1,7 miljarder kronor för insatser inom området psykisk hälsa. Utskottet vill även i detta

sammanhang påminna om de medel som avsattes inom anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri i budgeten för 2019 och de förstärkningar av de pågående satsningarna på psykisk hälsa som har gjorts med särskilt fokus på bl.a. första linjens psykiatri för barn och unga. Som redovisats ovan har regeringen och SKL träffat överenskommelser inom området psykisk hälsa. Av överenskommelsen för 2018 framgår att barn- och ungdomspsykiatri har ökat sin produktion och att första linje-verksamheter har byggts upp i alla landsting och många kommuner. Utskottet noterar vidare att Linköpings universitet har fått i uppdrag att utarbeta och genomföra ett program för kompetensutveckling inom psykiatrisk traumavård. Programmet riktar sig mot personal i första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa och den specialiserade psykiatri för barn och unga. Det finns därför enligt utskottet inte skäl att föreslå någon åtgärd från riksdagen i denna fråga. Motionerna 2018/19:2731 (MP) yrkande 1 och 2018/19:2989 (KD) yrkande 47 bör därför avslås.

I den ovan nämnda överenskommelsen för 2018 mellan regeringen och SKL inom området psykisk hälsa fördelades medel till kommuner och landsting för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk hälsa. Vidare noterar utskottet att det av Socialstyrelsens rapport om stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa framgår att några av de vanligaste insatserna som en tredjedel av länen eller fler prioriterar att arbeta med under 2018 och fem år framåt är suicidprevention, skolinriktade insatser, generellt föräldrastöd samt lättillgängliga och välkomnande ungdomsmottagningar. Det finns därför enligt utskottet ingen anledning att föreslå någon åtgärd från riksdagen när det gäller motionsyrkandena om ungdomsmottagningar m.m. Motion 2018/19:2806 (M) yrkandena 13 och 14 bör avslås.

Två motionsyrkanden tar upp frågan om samordning med elevhälsan. Utskottet noterar inledningsvis att det av överenskommelsen i januari 2019 mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna om 73 punkter framgår att staten och SKL ska sluta ett avtal om ett större statligt ansvarstagande med ökande resurser för att bl.a. stärka elevhälsans främjande och förebyggande arbete, motverka mobbning och göra särskilda satsningar riktade mot riskgrupper. Utskottet ser positivt på detta och utgår från att avtalet kommer till stånd så snart som möjligt. Av den ovan nämnda överenskommelsen för 2018 mellan regeringen och SKL inom området psykisk hälsa framgår att det förebyggande och främjande arbetet inom elevhälsan bör utvecklas så att det bidrar till att alla elever ges möjligheter att nå utbildningens mål. För att barn och unga ska få tidiga och samordnade insatser behöver t.ex. samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten förbättras. Vidare noterar utskottet att Statens skolverk och Socialstyrelsen har 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. Mot denna bakgrund anser utskottet inte att riksdagen bör ta något initiativ. Motionerna 2018/19:2135 (S) och 2018/19:2819 (M, C, KD, L) yrkande 72 bör därför avslås.

Det som anförs i motion 2018/19:546 (SD) yrkande 4 om uppföljningskrav inom psykiatri utgör enligt utskottet inte tillräckliga skäl till att föreslå någon åtgärd från riksdagen. Motionsyrkandet bör därför avslås.

Avslutningsvis anser utskottet att riksdagen inte heller bör ta något initiativ i frågan om våld mot barn m.m., och därför bör även motion 2018/19:2414 (C) yrkandena 1 och 2 avslås.

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen avslår motionsyrkanden om psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrins organisation och kontroll av försändelser.
Jämför reservation 15 (V) och 16 (SD).

Motionerna

Psykiatrisk tvångsvård

I kommittémotion 2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 7 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör utreda hur tvångsåtgärderna kan minska och patientdelaktigheten kan öka vid psykiatrisk tvångsvård.

Rättspsykiatrins organisation

I kommittémotion 2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 17 föreslås ett tillkännagivande om att under denna valperiod genomföra ett pilotprojekt inom rättspsykiatri där någon eller några vårdenheter tas över av staten, för att senare utvärdera kostnad, konsekvenser och vård.

Kontroll av försändelser

I motion 2018/19:1248 av Betty Malmberg (M) föreslås ett tillkännagivande om att inrättningar som bedriver slutenvård inom psykiatri eller rättspsykiatri bör ges lov att på ett enklare sätt granska patienternas inkommande post.

I motion 2018/19:1316 av Kristina Nilsson och Malin Larsson (båda S) föreslås ett tillkännagivande om att regeringen ska överväga möjligheten att all ingående post till rättspsykiatriska kliniker ska röntgenundersökas.

Gällande rätt

Av 1 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, framgår att föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och patientlagen (2014:821) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i LPT. Föreskrifter om

psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV (1 § andra stycket LPT).

Tvångsåtgärder vid vård enligt LPT och LRV får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga ska de användas (2 a § LPT och 2 a § LRV).

Särskilda bestämmelser om sluten psykiatrisk tvångsvård finns i 18–25 §§ LPT. Vid sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV gäller, med vissa undantag, i tillämpliga delar bestämmelserna i 18–24 §§ LPT (8 § första stycket LRV).

Av 18 § LPT framgår att en patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han ska vistas. Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne ska vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Vidare finns bestämmelser om fastspänning (19 §), avskiljande (20 §), inskränkning av en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster (20 a §) och kroppsvisitation eller yttlig kroppsbesiktning (23 §).

Av 21 § LPT framgår vidare att en patient inte får inneha

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor
2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel
3. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen
4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika eller
5. annan egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.

Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till en patient får undersökas för kontroll av att de inte innehåller sådan egendom som avses i 21 §. Granskningen av en försändelse får inte avse det skriftliga innehållet i ett brev eller någon annan skriftlig handling (22 § första stycket LPT).

Chefsöverläkaren får besluta att övervaka försändelser från en patient, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. För detta ändamål får chefsöverläkaren öppna, ta del av och kvarhålla försändelser från patienten. En försändelse från en patient till en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda ska vidarebefordras utan föregående granskning (22 a § LPT).

Ett beslut enligt 20 a eller 22 a § gäller i högst två månader. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen eller övervakningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska

överbågas fortlopande. Tiden för inskrånkningen eller överbåkningen får genom ett nytt beslut förlångas med högst två månader vid varje tillfälle (22 b § första och andra styckena LPT).

Föreskrifterna i HSL om skyldighet för ett landsting att erbjuda hälso- och sjukvård gäller även råttspsykiatrisk vård (2 § första stycket LRV). Råttspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinråttnng som drivs av ett landsting (6 § första stycket LRV).

Bakgrund och pågående arbete

Betånkande om tvångsåtgårder mot barn i psykiatrisk tvångsvård

Den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykiisk hålsa (S 2015:09) överlånade sitt betånkande För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgårder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111) till statsrådet Annika Strandhåll i december 2017 (S2018/00232/FS). Utredningen föreslår bl.a. att det i en ny paragraf i LPT och i LRV ska förtydligas att det kvalitetsåkringsarbete som avses i HSL åven ska omfatta åtgårder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgårder i verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård. Utredningen föreslår vidare att det i LRV ska införas en ny paragraf som klargör att HSL och patientlagen år tillåmpliga åven vid råttspsykiatrisk vård.

Betånkandet har remitterats. Av Regeringskansliets propositionsförteckning i februari 2019 framgår att propositionen Tvångsåtgårder mot barn i psykiatrisk tvångsvård avses att låmnas senast i september 2019.

Rapporter om förbåttrad uppföljning

Socialstyrelsen publicerade 2017 rapporten Förbåttrad uppföljning av psykiatrisk tvångsvård – Insatser i den nuvarande insamlingsmetoden (S2016/05822/FS). I rapporten redovisas åtgårder för att förbåttra kvaliteten i statistik om psykiatrisk tvångsvård och råttspsykiatrisk vård. Dessa åtgårder förvåntas också förenkla inrapporteringen av data för de vårdgivare som bedriver sådan tvångsvård.

Socialstyrelsen publicerade i december 2018 slutrapporten Förbåttrad uppföljning av tvångsvården – Alternativa metoder för att samla in data. I rapporten har behovet av ett nytt sätt att dokumentera och rapportera psykiatrisk tvångsvård och råttspsykiatrisk vård utretts. Dessa behov har bedömts vara så pass stora att det kan vara befogat att införas en nationell beslutsjournal. Socialstyrelsen ser nyttan av att en sådan lösning blir obligatorisk för vårdgivarna att anvånda. Förutsåttningarna för ett sådant obligatorium behöver dock enligt Socialstyrelsen utredas vidare.

Enligt uppgift från Regeringskansliet bereds årendet.

Rapport om otillåten egendom och hot

I januari 2018 publicerade Socialstyrelsen rapporten Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården – Redovisning av regeringsuppdrag (S2017/01566/FS). I rapporten presenterar Socialstyrelsen författningsförslag om vårdgivarens möjlighet att besluta om allmän kontroll av försändelser, vid samtliga säkerhetsnivåer, och allmän inpasseringskontroll vid säkerhetsnivå 3 inom den rättspsykiatriska vården.

Socialstyrelsen föreslår att vårdgivare ska ges möjlighet att besluta att alla inkommande försändelser ska få kontrolleras om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård (allmän kontroll av försändelser). Syftet med kontrollen ska vara att söka efter egendom som en patient inte får inneha enligt LRV eller beslut som har meddelats med stöd av lagen. Skriftliga meddelanden får inte granskas. Ett undantag från den allmänna kontrollen ska gälla för försändelser från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda. Sådana försändelser får endast kontrolleras om det finns anledning att anta att uppgiften om avsändare av en sådan försändelse är oriktig. Den allmänna kontrollen av försändelser ska ske genom användande av röntgenutrustning eller annan liknande anordning. Den allmänna kontrollen av försändelser ska ske skyndsamt.

Rapporten har remissbehandlats och enligt uppgift från Regeringskansliet bereds ärendet.

Kunskapsguiden

Kunskapsguiden är en nationell plattform som samlar kunskap inom bl.a. området psykisk ohälsa. Syftet med Kunskapsguiden är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapspridning och kunskapsinhämtning samt att främja att personal som arbetar med hälsa, vård och omsorg använder den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna och modellerna. Inom området psykisk ohälsa finns en rad olika temasideor, t.ex. om tvång och begränsningar samt tvångsvård.

Kunskapsguiden finns närmare beskriven i avsnittet Insatser på området psykisk ohälsa.

Tidigare riksdagsbehandling

Motionsyrkanden om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrins organisation behandlades i socialutskottets betänkande Hälsa- och sjukvårdsfrågor (bet. 2015/16:SoU7). Motionsyrkandena avstyrktes. Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2015/16:220). Liknande yrkanden behandlades därefter förenklat i socialutskottets betänkande Hälsa- och sjukvårdsfrågor (2017/18:SoU9).

Motionsyrkanden om kontroll av försändelser inom rättspsykiatri behandlades senast i socialutskottets betänkande Hälso- och sjukvårdsfrågor (bet. 2017/18:SoU9). Motionsyrkandena avstyrktes. Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2017/18:293).

Utskottets ställningstagande

Som redovisats ovan överlämnade den nationella samordnaren för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa i december 2017 sitt betänkande om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård. Utredningen föreslår bl.a. att det i LPT och LRV ska förtydligas att det kvalitetssäkringsarbete som avses i HSL även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder i verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård. Betänkandet bereds inom Regeringskansliet och en proposition har aviserats till senast september 2019. Utskottet noterar vidare att Socialstyrelsens rapporter om förbättrad uppföljning av psykiatrisk tvångsvård och om förbättrad uppföljning av tvångsvården bereds inom Regeringskansliet. Riksdagen bör enligt utskottet inte föregripa resultatet av detta arbete, och därför bör motion 2018/19:2230 (V) yrkande 7 avslås.

Riksdagen bör enligt utskottet inte heller ta något initiativ i frågan om rättspsykiatriens organisation, och därför bör även motion 2018/19:855 (SD) yrkande 17 avslås.

Slutligen behandlar utskottet några motionsyrkanden som tar upp frågan om kontroll av försändelser. Utskottet noterar att Socialstyrelsen i en rapport om otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården föreslår att vårdgivare ska ges möjlighet att besluta att alla inkommande försändelser ska få kontrolleras om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Rapporten är under beredning inom Regeringskansliet. Riksdagen bör enligt utskottet inte föregripa resultatet av detta arbete, och därför bör även motionerna 2018/19:1248 (M) och 2018/19:1316 (S) avslås.

Psykisk ohälsa och beroendeproblematik

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen gör ett tillkännagivande till regeringen om att regeringen bör se över frågan om hur ansvaret för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom kan samlas hos en huvudman. Regeringen bör efter det att översynen har gjorts utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom. Därutöver bör regeringen se över hur det ska kunna finnas tillgång till farmakologisk behandling i hela landet för personer med beroendesjukdom. Därmed bifaller riksdagen delvis motionsyrkanden. Riksdagen avslår motionsyrkanden om boenden för barn och ungdomar, utredningar om beroendeproblematik samt läkemedelsberoende.

Jämför reservation 17 (SD, KD), 18 (V) och 19 (L) samt särskilt yttrande 3 (V).

Motionerna

Ansvar för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom m.m.

I kommittémotion 2018/19:2444 av Anders W Jonsson m.fl. (C) yrkande 9 föreslås ett tillkännagivande om att se över hur ansvaret för beroendevården kan överföras till hälso- och sjukvården. Enligt motionärerna bör beroendevården i större utsträckning utgå ifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Majoriteten av narkotikamissbrukarna har en bakomliggande psykisk eller somatisk sjukdom och därför bör ansvaret för deras vård överföras på hälso- och sjukvården. Ett likalydande yrkande finns i kommittémotion 2018/19:2258 av Lina Nordquist m.fl. (L) yrkande 6. Liknande yrkanden finns i kommittémotion 2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 27, motion 2018/19:2534 av Niels Paarup-Petersen och Alireza Akhondi (båda C) yrkande 3 och partimotion 2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkande 28.

I motion 2018/19:1667 av Betty Malmberg (M) föreslås ett tillkännagivande om behovet av att koordinera regelverket då det gäller sjukvård för drogberoende. Motionären anser att lagstiftningen snarast måste ses över så att olika vårdinstansers regelverk inte utestänger sjuka med drogproblematik från att få vård och hjälp.

I motion 2018/19:541 av Clara Aranda (SD) föreslås ett tillkännagivande om att omedelbart göra en översyn av lagstiftning och huvudmannansvar för missbruksvård samt psykiatrisk tvångsvård. Nuvarande fördelning mellan två huvudmän är enligt motionären bekymmersam och en ny konstruktion med ett enskilt huvudmannansvar bör därför utredas.

I motion 2018/19:2803 av Markus Wiechel (SD) yrkande 1 föreslås ett tillkännagivande om att se över lagstiftningen för vård av beroendesjukdom och den psykiatriska vården. Motionärerna anser att regeringen bör göra en översyn av lagstiftningen som rör beroendevården och den psykiska tvångsvården för ett moderniserat huvudmannaskap.

I kommittémotion 2018/19:2444 av Anders W Jonsson m.fl. (C) yrkande 10 föreslås ett tillkännagivande om att hälso- och sjukvårdslagen ska vara styrande inom beroendevården. Genom att låta hälso- och sjukvårdslagen bli styrande inom beroendevården kan tillgängligheten till vård och behandling enligt motionärerna säkras.

I kommittémotion 2018/19:2444 av Anders W Jonsson m.fl. (C) yrkande 12 föreslås ett tillkännagivande om att utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer som lider av svår psykisk sjukdom och missbruksproblematik. Ett likalydande yrkande finns i partimotion 2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkande 29.

I kommittémotion 2018/19:2444 av Anders W Jonsson m.fl. (C) yrkande 13 föreslås ett tillkännagivande om att se över hur det ska kunna finnas tillgång till farmakologisk behandling åt personer med beroendeproblem i hela landet.

Boenden för barn och ungdomar

I partimotion 2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkande 76 föreslås ett tillkännagivande om att inrätta boenden för barn och ungdomar med svår samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruksproblematik med hälso- och sjukvården som huvudman. Dessa personer hamnar enligt motionärerna i dag ofta mellan stolarna och skickas runt mellan Statens institutionsstyrelsens hem, psykiatrin och beroendevården.

Utredningar om beroendeproblematik

I kommittémotion 2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 10 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör utreda hur ökade möjligheter för personer med beroendeproblematik att få behandling mot psykiatriska tillstånd kan tillgodoses inom landstingen. Motionärerna anför att beroende i unga åldrar ofta hänger ihop med någon form av psykiska problem och att det därför är viktigt att vårdmottagningarna har bred kompetens och är rustade för att möta komplex problematik med kombinationer av beroende och psykiatriska tillstånd. I yrkande 11 föreslås ett tillkännagivande om att regeringen bör tillsätta en utredning om hur nationella mål för behandling av beroendeproblematik kan utformas. Ett återkommande problem är enligt motionärerna den bristande tillgängligheten till behandling mot beroende. Möjligheten att öka den nationella likvärdigheten bör utredas.

Läkemedelsberoende

I kommittémotion 2018/19:2038 av Lina Nordquist m.fl. (L) yrkande 12 föreslås ett tillkännagivande om läkemedelsberoende. Enligt motionärerna är

det en brist att vi inte har någon aktuell kartläggning av förekomsten av läkemedelsberoende och de anser därför att en ny studie bör genomföras, utan någon övre åldersgräns.

Gällande rätt

Av 16 kap. 4 § HSL framgår att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Vidare framgår att arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närtstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

En motsvarande bestämmelse finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL.

Socialnämnden ska aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Vidare ska nämnden i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs (5 kap. 9 § SoL).

Landstinget ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om bl.a. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar (16 kap. 3 § första stycket HSL). En motsvarande bestämmelse finns i 5 kap. 9 a § första stycket SoL.

Bakgrund och pågående arbete

Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom området psykisk hälsa

Genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) inom området psykisk hälsa har regeringen avsatt över 800 000 000 kronor per år 2016 och 2017. I december 2017 beslutades om en ny överenskommelse för insatser inom området psykisk hälsa under 2018 (S2017/07520/FS). Totalt avsattes 1 414 000 000 kronor för 2018. Överenskommelsen fokuserar på såväl vuxna som barn och unga. Någon överenskommelse för 2019 har inte träffats.

I överenskommelsen ingick medel att fördelas till landstingen/regionerna för att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och effektiv primärvård för

att främja psykisk hälsa och möta personer med psykisk ohälsa i alla åldrar. Insatserna kan t.ex. vara inriktade på att stärka kompetensen om psykisk ohälsa och kopplingar till missbruk och beroende samt främja användandet av sjukdomsförebyggande riktlinjer i primärvården. Insatserna kan också vara inriktade på att säkerställa att det finns goda förutsättningar i verksamheterna att arbeta utifrån bästa tillgängliga kunskap.

I överenskommelsen fördelades även medel till kommuner och landsting för att förstärka ungdomsmottagningarnas arbete med psykisk hälsa. Medlen kan exempelvis användas till att utöka ungdomsmottagningarnas öppettider, förstärka den psykosociala kompetensen samt öka tillgängligheten för unga med psykisk ohälsa, riskbruk, missbruk och beroende eller liknande.

Uppdrag om överenskommelserna 2016–2018 på området psykisk hälsa

Socialstyrelsen har i uppdrag att beskriva och följa upp det utvecklingsarbete som kommuner samt landsting och regioner genomför inom ramen för överenskommelserna 2016–2018 på området psykisk hälsa (S2016/06530/FS).

Uppdraget finns närmare beskrivet i avsnitten Insatser på området psykisk ohälsa och Psykisk ohälsa bland barn och unga.

Uppdrag att kartlägga samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik

Regeringen gav i augusti 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik (S2018/04564/FS [delvis]). Vidare ska Socialstyrelsen analysera hur samverkan mellan olika verksamheter fungerar och hur denna påverkar förutsättningarna för en god vård och omsorg samt vid behov lämna förslag på hur vården och omsorgen kan förbättras genom samverkan. Vid genomförandet av kartläggningen och analysen ska Socialstyrelsen beakta skillnader mellan åldersgrupper och mellan kvinnor och män.

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

Rapport om samverkan för patienters och brukares välbefinnande

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) rapport Samverkan för patienter och brukares välbefinnande – Missbruks- och beroendevården publicerades i december 2016. IVO har identifierat samverkan och brister i vård- och omsorgskedjan som ett riskområde då enskilda hamnar i kläm mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård eller andra verksamheter. Risken då samverkan inte fungerar är att individen inte får en god vård och omsorg och tappar motivationen att fortsätta arbeta med sitt missbruk samt att målet som individen och verksamheterna sätter upp inte nås.

För att samverkan ska fungera krävs enligt rapporten att verksamheterna har rutiner och en struktur som möjliggör det. Det krävs också ett arbetssätt där man kan ta lärdom av och utvärdera sitt arbete för att säkerställa att vården och omsorgen är av god kvalitet. IVO har sett att kommunerna många gånger brister i sin myndighetsutövning, vilket är en grundpelare för att samverkan ska kunna upprättas.

Rapport om överenskommelser inom missbruks- och beroendevården

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lämnade i januari 2017 rapporten Att komma överens – En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården (2017:1) (S2017/00607/FST). Rapporten är resultatet av ett regeringsuppdrag att kartlägga och analysera de överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk av bl.a. läkemedel som tecknats mellan kommuner och landsting.

Enligt uppgift från Regeringskansliet är ärendet avslutat.

Rapport om samordnad individuell plan

Socialutskottet beslutade i december 2016 att göra en utvärdering av samordnad individuell plan (SIP) för enskilda och att inrikta studien på barn med funktionsnedsättning och äldre multisjuka. I januari 2018 överlämnade utskottets arbetsgrupp för utvärdering och forskningsfrågor sin rapport Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering (2017/18:RFR5). I rapporten lämnas bl.a. följande iakttagelser:

- Kunskap om SIP-lagstiftningen är en nyckelfaktor för genomförandet.
- Bristande förståelse för varandras professioner och olika verksamhetskulturer är ett betydande hinder för att genomföra SIP.
- Vissa verksamheter är överbelamrade med ärenden och har svårt att avsätta tid för SIP-möten, t.ex. barn- och ungdomspsykiatrien.

Inom SKL pågår utvecklingsprojektet Uppdrag psykisk hälsa. Projektet har tagit fram utbildningsmaterial om SIP som kan användas vid utbildning av personal. Under hösten 2018 har flera utbildare som ska sprida information och kunskap om SIP utbildats. Vidare har material riktat till olika målgrupper tagits fram.

Överenskommelser om samarbete m.m.

Av budgetpropositionen för 2019 (prop. 2018/19:1 utg.omr. 9) framgår följande (s. 107):

Sedan den 1 juli 2013 är landsting och kommuner ålagda att ingå överenskommelser om samarbete när det gäller personer med missbruk av alkohol, narkotika, läkemedel och dopning samt spel.

Det sker en positiv utveckling och i februari 2018 rapporterade 64 procent av landets kommuner till öppna jämförelser att de fanns en aktuell överenskommelse med landstinget. Överenskommelserna innehåller

gemensamma mål, en resurs- och ansvarsfördelning och rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingens personal. Siffran kan jämföras med 56 procent 2017.

Det är 47 procent 2018 av kommunerna som rapporterar att de har rutiner för att delge information om möjligheten att få en samordnad individuell plan (SIP) vid samsjuklighet. Detta är en ökning jämfört med 2017 då andelen var 43 procent.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har även i år lyft fram samverkan som ett utvecklingsområde. Tillsynen visar på olika typer av samverkansbrister när det gäller vård och omsorg för personer med missbruk och beroende, både inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården, och mellan kommuner och landsting.

Unga personer med samsjuklighet är precis som i förra årets rapport en särskilt utsatt grupp.

Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Socialstyrelsen publicerade i januari 2019 Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning. Riktlinjerna innehåller rekommendationer om vård och stöd vid missbruk och beroende och omfattar följande områden: bedömningsinstrument och medicinska tester, läkemedelsbehandling, psykologisk och psykosocial behandling, sociala stödinsatser, behandling vid samsjuklighet samt behandling av ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem.

Vad avser behandling vid samsjuklighet rekommenderar Socialstyrelsen bl.a. att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder integrerad behandlingsmetod till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidigt svår psykisk sjukdom. Integrerad behandlingsmetod fokuserar på både det psykiska tillståndet och missbruket eller beroendet, inom ramen för en psykologisk och psykosocial behandlingsmodell.

Kunskapsguiden

Kunskapsguiden är en nationell plattform som samlar kunskap inom bl.a. området psykisk ohälsa. Syftet med Kunskapsguiden är att underlätta kunskapsstyrning, kunskapsspridning och kunskapsinhämtning samt att främja att personal som arbetar med hälsa, vård och omsorg använder den mest aktuella kunskapen och de bästa metoderna och modellerna. Inom området psykisk ohälsa finns en rad olika temasidor, t.ex. om missbruk och beroende samt samsjuklighet.

Kunskapsguiden finns närmare beskriven i avsnittet Insatser på området psykisk ohälsa.

Svar på skriftlig fråga

Socialminister Lena Hallengren (S) besvarade den 13 februari 2019 en skriftlig fråga om brister i psykiatrin och missbruksvården (fr. 2018/19:130). Socialministern framförde följande:

Ann-Charlotte Hammar Johnsson har frågat mig när man kan förvänta sig att bristerna mellan psykiatri och missbruksvården är lösta.

Andelen som upplever psykiska besvär har ökat under senare år. Detta är en oroväckande utveckling. En särskilt utsatt grupp är personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och missbruk- och beroende. Regeringen har under förra mandatperioden initierat ett antal insatser för att adressera den ökade psykiska ohälsan och avser återkomma med ytterligare insatser under denna mandatperiod.

Under 2018 avsatte regeringen drygt 1,7 miljarder kronor för insatser inom området psykisk hälsa. Merparten av medlen har fördelats till landsting och kommuner via en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting. Den strategi inom området psykisk hälsa, som regeringen antog 2016 och som sträcker sig över perioden 2016–2020, är vägledande för arbetet på såväl nationell, regional och lokal nivå. I det fortsatta arbetet behöver vi skapa förutsättningar för att hitta långsiktiga lösningar i ordinarie strukturer där stat, landsting, kommuner och andra aktörer som kan bidra, tar ett gemensamt ansvar.

En välfungerande vård och omsorg samt samverkan mellan olika aktörer är viktigt. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende är det viktigt att samsjuklighet uppmärksammas och att personer med samsjuklighet får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Regeringen har i augusti 2018 gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga förekomsten av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Socialstyrelsen ska även analysera hur samverkan mellan olika verksamheter fungerar och hur denna påverkar förutsättningarna för en god vård och omsorg samt vid behov lämna förslag på hur vården och omsorgen kan förbättras genom samverkan. Uppdraget ska slutredovisas den 30 november 2019.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i december 2018 presenterat en handlingsplan mot missbruk och beroende med målgruppen unga upp till 29 år. Handlingsplanen, som riktar sig till beslutsfattare, fokuserar på de största utvecklingsbehoven som SKL har identifierat. Åtgärdsförslagen riktar sig till huvudmännen, SKL samt till staten.

Den kommande redovisningen från Socialstyrelsen blir ett viktigt underlag för regeringens fortsatta arbete med att förbättra situationen för personer med samsjuklighet.

Tidigare riksdagsbehandling

Ett motionsyrkande om farmakologisk behandling för personer med missbruksproblem behandlades i socialutskottets betänkande 2015/16:SoU8 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020. Motionsyrkandet avstyrktes. Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2015/16:302). Ett liknande yrkande har därefter behandlats i förenklad ordning i socialutskottets betänkande 2017/18:SoU13 Socialtjänstfrågor.

Motionsyrkanden om en nationell handlingsplan för området psykisk ohälsa, inklusive ett yrkande om mer samarbete mellan psykiatri och missbruksvården, samt motionsyrkanden om läkemedelsberoende behandlades senast i socialutskottets betänkande Hälso- och sjukvårdsfrågor (bet. 2017/18:SoU9). Motionsyrkandena avstyrktes. Riksdagen biföll utskottets förslag till riksdagsbeslut (rskr. 2017/18:293).

Utskottets ställningstagande

Utskottet konstaterar inledningsvis att personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom är en särskilt utsatt grupp. I detta sammanhang vill utskottet särskilt framhålla att nuvarande ansvarsfördelning mellan kommun och region enligt utskottet kan innebära att den enskilde inte får den vård som behövs. Utskottet anser därför att regeringen bör se över frågan om hur ansvaret för vård vid sådan samsjuklighet kan samlas hos en huvudman. Utskottet konstaterar vidare att det i dag finns en gränsdragningsproblematik mellan lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Enligt utskottets uppfattning bör regeringen efter det att den nyss nämnda översynen har gjorts utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom. Därutöver bör regeringen se över hur det ska kunna finnas tillgång till farmakologisk behandling i hela landet för personer med beroendesjukdom. Utskottet föreslår att riksdagen ställer sig bakom det som utskottet anfört och tillkännager detta för regeringen. Ställningstagandet innebär delvis bifall till motionerna 2018/19:541 (SD), 2018/19:855 (SD) yrkande 27, 2018/19:1667 (M), 2018/19:2258 (L) yrkande 6, 2018/19:2444 (C) yrkandena 9, 10, 12 och 13, 2018/19:2534 (C) yrkande 3, 2018/19:2803 (SD) yrkande 1 och 2018/19:2989 (KD) yrkandena 28 och 29.

Det som anförs i motion 2018/19:2989 (KD) yrkande 76 om boenden för barn och ungdomar utgör enligt utskottet inte tillräckliga skäl till att föreslå någon åtgärd från riksdagen. Motionsyrkandet bör därför avslås.

Inte heller det som anförs i motion 2018/19:2230 (V) yrkandena 10 och 11 om utredningar om beroendeproblematik utgör enligt utskottet tillräckliga skäl till att föreslå någon åtgärd från riksdagen. Motionsyrkandena bör därför avslås.

Frågan om läkemedelsberoende är angelägen. Utskottet har fått information från Socialdepartementet om att regeringen har som ambition att under valperioden se över om det finns ett behov av ökat kunskapsunderlag inom området och utskottet välkomnar detta. Riksdagen bör därför inte ta något initiativ i denna fråga nu, och därför bör motion 2018/19:2038 (L) yrkande 12 avslås.

Reservationer

1. Nationell strategi för området psykisk ohälsa, punkt 1 (M)

av Camilla Waltersson Grönvall (M), Johan Hultberg (M) och Ulrika Jörgensen (M).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motionerna

2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 20 och

2018/19:2793 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) samt

avslår motionerna

2018/19:2041 av Jan Björklund m.fl. (L) yrkande 12 och

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 3.

Ställningstagande

Vi anser att regeringen bör ta fram och genomföra en nationell strategi för att stärka psykiatrin och minska den psykiska ohälsan. Strategin bör bl.a. innehålla hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, åtgärder för att återupprätta det medicinska ledningsansvaret inom psykiatrin samt åtgärder för att återinföra den förstärkta vårdgarantin för barn och unga inom psykiatrin.

2. Nationell strategi för området psykisk ohälsa, punkt 1 (C, L)

av Lina Nordquist (L) och Sofia Nilsson (C).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:2041 av Jan Björklund m.fl. (L) yrkande 12 och

avslår motionerna

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 3,

2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 20 och

2018/19:2793 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M).

Ställningstagande

Regionala psykiatricentrum bör enligt vår mening införas, och vi anser därför att regeringen bör ta fram en nationell psykiastrategi där regionala psykiatricentrum förs samman i en nationell samordning. En centraliserad vårdutveckling vid psykiatriska centrum förbättrar bl.a. förutsättningarna för en jämlik vård för personer med psykiatriska diagnoser.

3. Nationell strategi för området psykisk ohälsa, punkt 1 (V)

av Karin Rågsjö (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 3 och
avslår motionerna

2018/19:2041 av Jan Björklund m.fl. (L) yrkande 12,

2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 20 och

2018/19:2793 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M).

Ställningstagande

Psykiatireformen har fört med sig många goda resultat, men det är av största vikt att fortsätta göra förändringar i struktur och innehåll när utvärderingar och analyser pekar på nya behov inom hälso- och sjukvården. Jag anser därför att regeringen bör utreda hur en långsiktig plan kan utformas för att säkra adekvat och likvärdig behandling inom psykiatrin i hela landet.

4. Utredning av orsaker till ökad psykisk ohälsa m.m., punkt 2 (M, C, KD, L)

av Acko Ankarberg Johansson (KD), Camilla Waltersson Grönvall (M), Johan Hultberg (M), Lina Nordquist (L), Michael Anefur (KD), Ulrika Jörgensen (M) och Sofia Nilsson (C).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 2 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L) yrkande 69 och

avslår motionerna

2018/19:1251 av Betty Malmberg (M) yrkandena 1–3 och

2018/19:1578 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Marta Obminska (båda M) yrkande 1.

Ställningstagande

Det behövs ökad kunskap om varför den psykiska ohälsan ökar så kraftigt. För att kunna vidta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser anser vi därför att regeringen bör utreda orsakerna till den ökade psykiska ohälsan.

5. Utredning om förebyggande av psykisk ohälsa m.m., punkt 3 (SD)

av Per Ramhorn (SD), Christina Östberg (SD) och Clara Aranda (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 3 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motionerna

2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 3 och

2018/19:1916 av Johanna Jönsson (C).

Ställningstagande

Psykisk ohälsa ökar i hela Sverige och förekommer i alla samhällsgrupper och ålderskategorier. Vi anser därför att regeringen bör tillsätta en utredning om hur psykisk ohälsa ska förebyggas. Vidare bör det enligt vår mening bli lättare för personer med lindrig psykisk ohälsa att tidigt få tillgång till terapi och samtalsstöd och vi anser därför att regeringen bör se över frågan om personlig utveckling och förebyggande av psykisk ohälsa.

6. Utredningar om psykisk ohälsa, punkt 4 (V)

av Karin Rågsjö (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 4 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkandena 1, 2, 5, 6, 12 och 13.

Ställningstagande

Psykiatrireformen har fört med sig många goda resultat, men det är av största vikt att fortsätta göra förändringar i struktur och innehåll när utvärderingar och analyser pekar på nya behov inom hälso- och sjukvården. Jag anser därför att regeringen bör genomföra en översyn av de nationella riktlinjerna för behandling inom området psykisk ohälsa och implementeringen av dessa. Regeringen bör också uppdra åt lämplig myndighet att utreda hur en rättighetskatalog för personer som söker vård för psykisk sjukdom kan utformas. Vidare bör regeringen ge en lämplig myndighet i uppdrag att göra en översyn av vårdgarantin för psykiatriska diagnoser och föreslå åtgärder för att de som har allvarliga psykiska tillstånd ska få vård omgående. Jag anser också att regeringen bör utreda och utforma en kompetensförsörjningsplan för personalen inom psykiatrin samt utreda hur en ökad implementering av forskning inom psykiatrin kan tillgodoses. Avslutningsvis anser jag att regeringen bör utreda hur uppföljningen av medicinering inom psykiatrin kan förbättras och öka patientsäkerheten.

7. Studier och kartläggningar, punkt 5 (SD)

av Per Ramhorn (SD), Christina Östberg (SD) och Clara Aranda (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 5 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motionerna

2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 2 och

2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 15.

Ställningstagande

Den psykiska ohälsan ökar i hela Sverige och förekommer i alla samhällsgrupper och ålderskategorier. Vi anser därför att regeringen bör uppmantra till studier och pilotprojekt som syftar till att nya arbetssätt och metoder prövas. Vidare anser vi att regeringen bör kartlägga regionala skillnader inom den psykiatriska vården och hur dessa skillnader kan överbryggas för att säkra en god och jämlik vård i hela landet.

8. Tillsyn och uppföljning av psykiatrin, punkt 6 (M, SD)

av Camilla Waltersson Grönvall (M), Johan Hultberg (M), Per Ramhorn (SD), Christina Östberg (SD), Ulrika Jörgensen (M) och Clara Aranda (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 6 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M) yrkande 21.

Ställningstagande

Den psykiska ohälsan är omfattande i Sverige. Vi anser därför att regeringen bör stärka tillsynen och uppföljningen av psykiatrin. Regeringen bör enligt vår mening ge i uppdrag till Socialstyrelsen respektive Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att genomföra uppföljning och analys av psykiatrins resultat.

9. Samordning m.m., punkt 8 (SD)

av Per Ramhorn (SD), Christina Östberg (SD) och Clara Aranda (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motionerna

2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 4,

2018/19:546 av Tobias Andersson och Ebba Hermansson (båda SD) yrkande 5 och

2018/19:1639 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkande 33 och avslår motionerna

2018/19:2125 av Roza Güclü Hedin m.fl. (S) och

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 8.

Ställningstagande

Enligt vår mening bör regeringen omgående utveckla och förstärka barn- och ungdomspsykiatrin genom nationella flödesprogram. För att minska de psykiska ohälsotalen bland barn och unga anser vi vidare att regeringen bör ta fram en nationell strategi för att barn och unga ska få en god och tillgänglig psykiatrisk vård. Avslutningsvis anser vi att regeringen bör se över frågan om

bättre samordning mellan de instanser som ska motverka ungas psykiska ohälsa.

10. Samordning m.m., punkt 8 (V)

av Karin Rågsjö (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 8 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 8 och
avslår motionerna
2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD) yrkande 4,
2018/19:546 av Tobias Andersson och Ebba Hermansson (båda SD) yrkande
5,
2018/19:1639 av Julia Kronlid m.fl. (SD) yrkande 33 och
2018/19:2125 av Roza Güclü Hedin m.fl. (S).

Ställningstagande

Många av de barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna inom landstingen upplever att deras uppdragsbeskrivningar är vaga och saknar en tydlig gränsdragning mellan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och övriga instanser. Jag anser därför att regeringen bör tillsätta en utredning med uppdrag att ta fram förslag på hur en nationellt samordnad vård för de mest utsatta och vårdkrävande barnen inom psykiatri kan utformas.

11. Första linjen vid psykisk ohälsa, punkt 10 (KD)

av Acko Ankarberg Johansson (KD) och Michael Anefur (KD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 10 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkande 47 och
avslår motion
2018/19:2731 av Åsa Lindhagen m.fl. (MP) yrkande 1.

Ställningstagande

Tillgängligheten till förebyggande arbete och den s.k. första linjen (primärvården, elevhälsan och ungdomsmottagningar) bör enligt vår mening öka. Vi anser därför att regeringen bör se över frågan om första linjens vård för barn och ungdomar.

12. Ungdomsmottagningar m.m., punkt 11 (M)

av Camilla Waltersson Grönvall (M), Johan Hultberg (M) och Ulrika Jörgensen (M).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 11 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2018/19:2806 av Jessica Polfjärd m.fl. (M) yrkandena 13 och 14.

Ställningstagande

Vi anser att regeringen bör se över hur ungdomsmottagningarnas arbete mot psykisk ohälsa kan stärkas. Vidare anser vi att regeringen bör se över frågan om att öka tillgängligheten till stöd, hjälp och behandling genom internetbaserade tjänster. Stockholms läns landstings projekt för att utveckla och utvärdera en metod för internetförmedlad kognitiv beteendeterapi för vuxna är tänkt att kunna erbjudas på nationell nivå. Detta projekt bör breddas till att även avse barn och unga, alternativt att liknande projekt med fokus på barn och unga påbörjas.

13. Samordning med elevhälsan, punkt 12 (M, SD, KD)

av Acko Ankarberg Johansson (KD), Camilla Waltersson Grönvall (M), Johan Hultberg (M), Per Ramhorn (SD), Christina Östberg (SD), Michael Anefur (KD), Ulrika Jörgensen (M) och Clara Aranda (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 12 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L) yrkande 72 och
avslår motion
2018/19:2135 av Denis Begic och Matilda Ernkrans (båda S).

Ställningstagande

Vi anser att regeringen bör förstärka samordningen med elevhälsan. Det är enligt vår mening avgörande att så tidigt som möjligt identifiera barn och unga som löper risk att drabbas av psykisk ohälsa. Elevhälsan i skolan bör kopplas samman mer med andra verksamheter, såsom socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri och hälso- och sjukvården.

14. Uppföljningskrav inom psykiatri, punkt 13 (SD)

av Per Ramhorn (SD), Christina Östberg (SD) och Clara Aranda (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 13 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:546 av Tobias Andersson och Ebba Hermansson (båda SD) yrkande 4.

Ställningstagande

Vi anser att regeringen bör se över behovet av uppföljningskrav inom psykiatri. När en patient uteblir från psykiatrisk kontakt med hälso- och sjukvården bör vården enligt vår mening ta sitt ansvar och stämma av med patienten hur denne mår.

15. Psykiatrisk tvångsvård, punkt 15 (V)

av Karin Rågsjö (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 15 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkande 7.

Ställningstagande

Jag anser att regeringen bör utreda hur tvångsåtgärderna kan minska och patientdelaktigheten kan öka vid psykiatrisk tvångsvård. Att utforma en vård där patientens värderingar, preferenser och individuella behov står i centrum

är en viktig del för att skapa tillit till vårdkedjan och en känsla av delaktighet för patienterna.

16. Rättspsykiatrins organisation, punkt 16 (SD)

av Per Ramhorn (SD), Christina Östberg (SD) och Clara Aranda (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 16 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD) yrkande 17.

Ställningstagande

Den rättspsykiatriska vården står inför flera problem och enligt vår mening är det inte möjligt att sträva efter en likvärdig rättspsykiatri utan att ta ett större ansvar på nationell nivå. Vi anser därför att regeringen under denna valperiod bör genomföra ett pilotprojekt inom rättspsykiatrin där någon eller några vårdenheter tas över av staten, för att senare utvärdera kostnad, konsekvenser och vård.

17. Boenden för barn och ungdomar, punkt 19 (SD, KD)

av Acko Ankarberg Johansson (KD), Per Ramhorn (SD), Christina Östberg (SD), Michael Anefur (KD) och Clara Aranda (SD).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 19 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion

2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD) yrkande 76.

Ställningstagande

Vi anser att regeringen bör inrätta boenden för barn och ungdomar med svår samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruksproblematik med hälso- och sjukvården som huvudman. Dessa personer hamnar enligt vår mening i dag ofta mellan stolarna och skickas runt mellan hem i Statens institutionsstyrelses regi, psykiatrin och beroendevården.

18. Utredningar om beroendeproblematik, punkt 20 (V)

av Karin Rågsjö (V).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 20 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V) yrkandena 10 och 11.

Ställningstagande

Beroende i unga åldrar hänger ofta ihop med någon form av psykiska problem och det är därför viktigt att vårdmottagningarna har bred kompetens och är rustade för att möta komplex problematik med kombinationer av beroende och psykiatriska tillstånd. Jag anser därför att regeringen bör utreda hur ökade möjligheter för personer med beroendeproblematik att få behandling mot psykiatriska tillstånd kan tillgodoses inom landstingen. Vidare anser jag att regeringen bör tillsätta en utredning om hur nationella mål för behandling av beroendeproblematik kan utformas.

19. Läkemedelsberoende, punkt 21 (L)

av Lina Nordquist (L).

Förslag till riksdagsbeslut

Jag anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 21 borde ha följande lydelse:

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i reservationen och tillkännager detta för regeringen.

Därmed bifaller riksdagen motion
2018/19:2038 av Lina Nordquist m.fl. (L) yrkande 12.

Ställningstagande

Jag anser att regeringen bör se över frågan om läkemedelsberoende. Det är enligt min mening en brist att vi inte har någon aktuell kartläggning av förekomsten av läkemedelsberoende och därför bör en ny studie genomföras, utan någon övre åldersgräns.

Särskilda yttranden

1. Tillsyn och uppföljning av barn- och ungdomspsykiatri, punkt 7 (S, MP)

Kristina Nilsson (S), Ann-Christin Ahlberg (S), Mikael Dahlgvist (S), Dag Larsson (S), Pernilla Stålhammar (MP) och Mats Wiking (S) anför:

Vi konstaterar inledningsvis att regeringen fortsätter sitt arbete utifrån den nuvarande strategin för området psykisk hälsa. Som framgår av betänkandet har avsevärda satsningar gjorts på området psykisk hälsa.

I den överenskommelse som träffades i januari 2019 mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna anges att psykiatri och elevhälsan ska stärkas. Vidare ska en ny vårdform där patienter snabbt får hjälp vid lättare psykisk ohälsa utredas. Av överenskommelsen framgår också att ett mål om köfri barn- och ungdomspsykiatri ska slås fast. Slutligen ska staten och SKL sluta ett avtal om ett större statligt ansvarstagande med ökande resurser för att bl.a. stärka elevhälsans främjande och förebyggande arbete, motverka mobbning och göra särskilda satsningar riktade mot riskgrupper. Vi vill i detta sammanhang också framhålla att statsministern i regeringsförklaringen uttalade att ett mål om en köfri barn- och ungdomspsykiatri ska införas.

Eftersom det emellertid är mycket angeläget att säkerställa att vården håller hög kvalitet ställer vi oss bakom förslaget om ett tillkännagivande om tillsyn och uppföljning av barn- och ungdomspsykiatri.

2. Samordning med elevhälsan, punkt 12 (C, L)

Lina Nordquist (L) och Sofia Nilsson (C) anför:

I den överenskommelse som träffades i januari 2019 mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna anges att staten och SKL ska sluta ett avtal om ett större statligt ansvarstagande med ökande resurser för att bl.a. stärka elevhälsans främjande och förebyggande arbete, motverka mobbning och göra särskilda satsningar riktade mot riskgrupper.

Vi utgår från att överenskommelsen kommer att genomföras och vi väljer därför att inte reservera oss. Vi avser att följa dessa frågor och delta i arbetet med politikens utveckling på området.

3. Ansvar för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom m.m., punkt 18 (V)

Karin Rågsjö (V) anför:

Dagens beroendepolitik motsvarar inte hur kunskap och behov har utvecklats. Att de styrande lagarna inte är anpassade till behoven leder till bristande resurser och betydande ojämlikhet mellan olika delar av landet, vilket drabbar individer. För att möta personer med beroende anser jag att det krävs en väl utbyggd välfärd som är solidariskt finansierad utan privata vinstintressen. Det krävs vidare vård och behandling som har sin grund i forskning, beprövad erfarenhet och evidens.

Beroende är kategoriserat som en sjukdom och har sina rötter i social struktur och genetik. Vidare påverkas beroende av omvärlden. För de vuxna som initialt har problem med beroende är socialtjänsten inget första alternativ och inom hälso- och sjukvården saknas det alternativ. Socialtjänsten saknar också möjlighet till medicinsk bedömning, vilket kan avse allt från skadelindrade insatser till medicinsk och psykiatrisk vård och behandling. Jag anser att det saknas bra ingångar för en beroendevård dit personer kan komma anonymt för att få hjälp. Det finns enligt min mening behov av en mer utbyggd öppen beroendevård med en tydlig ansats att gripa in på ett tidigt stadium innan det skadliga bruket har accelererat och skapat problem vad avser t.ex. bostad och försörjning.

En översyn av huvudmannaskapet för vård vid samsjuklighet i form av psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom, en utredning av möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer med psykisk ohälsa i kombination med beroendesjukdom samt en översyn av tillgången till farmakologisk behandling är enligt min uppfattning kloka åtgärder, och jag ställer mig därför bakom tillkännagivandet. Jag vill dock betona att dessa åtgärder inte är tillräckliga utan att det krävs en attitydförändring som innebär att personer med beroende ska ha rätt till jämlik hälsa och insatser som har sin grund i forskning. Det krävs även strukturella insatser som omfattar exempelvis bostäder. För detta krävs ekonomiska satsningar.

Jag kommer att följa frågan och förbehåller mig rätten att återkomma.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Motioner från allmänna motionstiden 2018/19

2018/19:39 av Carina Ståhl Herrstedt m.fl. (SD):

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att kartlägga regionala skillnader inom den psykiatriska vården och hur dessa skillnader kan överbryggas för att säkra en god och jämlik vård i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att tillsätta en utredning om hur psykisk ohälsa ska förebyggas och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram en nationell strategi för att barn och unga ska få en god och tillgänglig psykiatrisk vård för att minska de psykiska ohälsotalen bland barn och unga och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:541 av Clara Aranda (SD):

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att omedelbart göra en översyn av lagstiftning och huvudmannansvar för missbruksvård samt psykiatrisk tvångsvård och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:546 av Tobias Andersson och Ebba Hermansson (båda SD):

4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av uppföljningskrav inom psykiatrin och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om bättre samordning mellan de instanser som ska motverka ungas psykiska ohälsa, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

2018/19:855 av Per Ramhorn m.fl. (SD):

15. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att uppmuntra till studier/pilotprojekt som syftar till att nya arbetssätt och metoder prövas och tillkännager detta för regeringen.
17. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att under denna mandatperiod genomföra ett pilotprojekt inom rättspsykiatrin där någon eller några vårdenheter tas över av staten, för att senare utvärdera kostnad, konsekvenser och vård, och tillkännager detta för regeringen.
27. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att snarast under denna mandatperiod verka för att landstingen tar över ansvaret för missbruksvården, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

2018/19:1248 av Betty Malmberg (M):

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrättningar som bedriver slutenvård inom psykiatri eller rättspsykiatri bör ges lov att på ett enklare sätt granska patienternas inkommande post och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:1251 av Betty Malmberg (M):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om psykisk ohälsa och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att överväga att ge närstående till myndiga personer med upprepade psykiska sjukdomsskov rättsliga möjligheter att på ett tidigt stadium agera för patientens bästa och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka kännedomen om s.k. nätverkskontrakt i vården av psykiskt sjuka och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:1316 av Kristina Nilsson och Malin Larsson (båda S):

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen ska överväga möjligheten att all ingående post till rättspsykiatriska kliniker ska röntgenundersökas och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:1359 av Marléne Lund Kopparklint och Pål Jonson (båda M):

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att målsättningen ska vara ett betydligt bättre förebyggande av psykisk ohälsa bland barn och unga och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över möjligheterna kring utredning av psykisk ohälsa kopplad till barn och unga och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:1578 av Ann-Charlotte Hammar Johnsson och Marta Obminska (båda M):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om öppenvård psykiatri och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om barn och unga som skrivs ut från BUP, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.

2018/19:1639 av Julia Kronlid m.fl. (SD):

33. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att omgående utveckla och förstärka barn- och ungdomspsykiatri genom nationella flödesprogram och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:1667 av Betty Malmberg (M):

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om behovet av att koordinera regelverket då det gäller sjukvård för drogberoende och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:1916 av Johanna Jönsson (C):

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om personlig utveckling och förebyggande av psykisk ohälsa och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2038 av Lina Nordquist m.fl. (L):

12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om läkemedelsberoende och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2041 av Jan Björklund m.fl. (L):

12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att införa regionala psykiatricentrum och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2125 av Roza Güclü Hedin m.fl. (S):

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att säkra ett likvärdigt samordningsarbete för att identifiera, förebygga, motverka och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2135 av Denis Begic och Matilda Ernkrans (båda S):

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att göra en översyn av samarbetet mellan vården och skolans elevhälsovård för att upptäcka och kunna möta den psykiska ohälsan hos unga och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2141 av Joakim Sandell m.fl. (S):

5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatri och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2230 av Karin Rågsjö m.fl. (V):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör genomföra en översyn av de nationella riktlinjerna gällande behandling inom området psykisk ohälsa och implementeringen av dessa och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att utreda hur en rättighetskatalog för personer som söker vård för psykisk sjukdom kan utformas och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur en långsiktig plan kan utformas för att säkra adekvat och likvärdig behandling inom psykiatri i hela landet och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att göra en översyn av vårdgarantin för psykiatriska diagnoser och föreslå åtgärder för att de som har allvarliga psykiska tillstånd ska få vård omgående, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda och utforma en kompetensförsörjningsplan för personal inom psykiatri och tillkännager detta för regeringen.
7. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur tvångsåtgärderna kan minska och patientdelaktigheten öka vid psykiatrisk tvångsvård och tillkännager detta för regeringen.
8. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning som presenterar förslag på hur en nationellt samordnad vård för de mest utsatta och vårdkrävande barnen inom psykiatri kan utformas och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur ökade möjligheter för personer med beroendeproblematik att få behandling mot psykiatriska tillstånd kan tillgodoses inom landstingen och tillkännager detta för regeringen.
11. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör tillsätta en utredning kring hur nationella mål för behandling av beroendeproblematik kan utformas och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur en ökad implementering av forskning inom psykiatri kan tillgodoses och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör utreda hur uppföljningen av medicineri inom psykiatri kan förbättras samt öka patientsäkerheten och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2258 av Lina Nordquist m.fl. (L):

6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur ansvaret för beroendevården kan överföras till hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2414 av Helena Vilhelmsson (C):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över förutsättningarna för att införa en nationell tillsynsinstans som granskar att alla landsting och regioner säkerställer att barn och unga med psykisk ohälsa och barn som utsatts för våld får rätt till evidensbaserad vård i rätt tid, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att alla barn som kommer till BUP ska få frågan om våldsutsatthet, att det bör skapas nationella riktlinjer för hur den frågan ska ställas och att frågan ska ställas utan föräldrars eller vårdnadshavares närvaro och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2444 av Anders W Jonsson m.fl. (C):

9. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur ansvaret för beroendevården kan överföras till hälso- och sjukvården och tillkännager detta för regeringen.
10. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att hälso- och sjukvårdslagen ska vara styrande inom beroendevården och tillkännager detta för regeringen.
12. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer som lider av svår psykisk sjukdom och missbruksproblematik och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur det ska kunna finnas tillgång till farmakologisk behandling åt personer med beroendeproblem i hela landet och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2534 av Niels Paarup-Petersen och Alireza Akhondi (båda C):

3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att sjukvården bör ha det samlade ansvaret för missbruksbehandling och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2731 av Åsa Lindhagen m.fl. (MP):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka första linjens psykiatri och tillkännager detta för regeringen.

2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att steg för steg förverkliga en köfri barn- och ungdomspsykiatri och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om särskilda insatser för unga vuxna och tillkännager detta för regeringen.
13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka det förebyggande arbetet mot psykisk ohälsa och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2787 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M):

20. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram och genomföra en nationell strategi för att stärka psykiatrin och minska den psykiska ohälsan och tillkännager detta för regeringen.
21. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka tillsyn och uppföljning av psykiatrin och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2793 av Camilla Waltersson Grönvall m.fl. (M):

Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att ta fram en nationell strategi i syfte att stärka psykiatrin och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2803 av Markus Wiechel (SD):

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över lagstiftningen för vård av beroendesjukdom samt den psykiatriska vården och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2806 av Jessica Polfjärd m.fl. (M):

13. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att se över hur ungdomsmottagningarnas arbete mot psykisk ohälsa kan stärkas och tillkännager detta för regeringen.
14. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att öka tillgängligheten till stöd, hjälp och behandling genom internetbaserade tjänster och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2819 av Tobias Billström m.fl. (M, C, KD, L):

68. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att stärka tillsynen och uppföljningen av barn- och ungdomspsykiatrin och tillkännager detta för regeringen.
69. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda orsakerna till den ökade psykiska ohälsan och tillkännager detta för regeringen.

72. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att förstärka samordningen med elevhälsan och tillkännager detta för regeringen.

2018/19:2989 av Ebba Busch Thor m.fl. (KD):

28. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att hälso- och sjukvården ska ha ansvaret för beroendevården och tillkännager detta för regeringen.
29. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att utreda möjligheterna till en gemensam tvångslagstiftning för personer som lider av svår psykisk sjukdom och missbruksproblematik, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
47. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om första linjens vård för barn och ungdomar och tillkännager detta för regeringen.
76. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att inrätta boenden för barn och ungdomar med svår samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruksproblematik med hälso- och sjukvården som huvudman och tillkännager detta för regeringen.

BILAGA 2

Program med inbjudna deltagare från offentlig utfrågning

Program: Psykisk ohälsa i kombination med beroendeproblematik – offentlig utfrågning i socialutskottet om samsjuklighet

Tid: Torsdagen den 28 februari 2019 kl. 9.00–12.00

Plats: Riksdagens andrakammarsal

| | |
|-------------|---|
| 9.00–9.05 | Acko Ankarberg Johansson, ordförande i socialutskottet, inledning |
| 9.05–9.15 | <u>Förväntningar på dagen – reflektioner utifrån egna erfarenheter</u> Tina Essner, hjärnkollsambassadör, Hjärnkoll Maria Kindefält Trygg, verksamhetschef, Hjärnkoll |
| 9.15–9.25 | <u>Socialstyrelsen</u> Elizabeth Åhsberg, forskare Jonas Bergström, enhetschef Mattias Fredricson, enhetschef Lars-Torsten Larsson, avdelningschef |
| 9.25–9.35 | <u>Statens institutionsstyrelse (Sis)</u> Jan-Eric Josefsson, tf. generaldirektör Annika Eriksson, utvecklingsdirektör Maria Skoglund, verksamhetsdirektör (missbruksvården) |
| 9.35–9.45 | <u>Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)</u> Ing-Marie Wieselgren, projektchef/psykiatrisamordnare Mikael Malm, samordnare |
| 9.45–10.05 | <u>ACT-teamet i Malmö</u> Gunilla Cruce, socionom PhD, Implementeringsstöd ACT/FACT, Psykiatri Skåne |
| 10.05–10.35 | Paus |
| 10.35–10.55 | <u>Beroendecentrum Ung – prevention, stöd och behandling i Eskilstuna/Strängnäs</u> Tuula Bergstedt, familjebehandlare Karolina Liljeholm, psykiatrisjuksköterska Carina Ranius, verksamhetschef BUP Sörmland Pia Andersson, områdeschef Socialförvaltningen Eskilstuna |
| 10.55–11.05 | <u>Socialdepartementet</u> Lena Hallengren, socialminister Catharina Piazzolla, politiskt sakkunnig Linda Hindberg, departementssekreterare Annika Remaeus, departementssekreterare |
| 11.05–11.55 | Frågor från utskottets ledamöter |
| 11.55–12.00 | Kristina Nilsson, vice ordförande i socialutskottet, avslutning |

Inbjudna åhörare – beredda att svara på frågor

Folkhälsomyndigheten

Marie Risbeck, enhetschef

Johanna Ahnquist, enhetschef

Inspektionen för vård och omsorg

Marie Brandvold, enhetschef

Helena Dickson, inspektör

Gudrun Kågström Lindberg, inspektör

Kerstin Evelius – tidigare nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa

Gerhard Larsson – tidigare särskild utredare Missbruksutredningen

BILAGA 3

Uppteckningar från offentlig utfrågning

Ordföranden: Varmt välkomna till socialutskottets hearing om psykisk ohälsa i kombination med beroendeproblematik.

Denna förmiddag har tillkommit då utskottet gemensamt menar att vi har brister när det gäller att ge vård och stöd till människor med vad som ibland kallas samsjuklighet. Det handlar ofta om att ha både beroendesjukdom och psykisk ohälsa.

De flesta har psykisk hälsa, men väldigt många har psykisk ohälsa. Det är ett sjukdomstillstånd som påverkar livet och oftast kräver behandling i någon form. Ofta behöver man livslång behandling. Var tredje som finns i vårdcentralens väntrum söker för någon form av psykisk ohälsa. WHO anger att psykisk ohälsa är en av de största och snabbast växande utmaningarna för hela folkhälsan.

För en del människor tillkommer beroendesjukdom. Att leva med beroendeproblematik är att leva med en sjukdom. Det är inte en fråga om karaktär, utan det är en beroendesjukdom som kräver samordnade insatser av kompetent personal. Detsamma gäller vid psykisk ohälsa.

För en del människor är det alltså samsjuklighet – båda dessa sjukdomar – som man lever med. Det är en väldigt utsatt situation, som vi från det offentliga inte förmår att samordna och ge vård, stöd och behandling som hänger ihop, trots många insatser som ibland pågår under lång tid. I stället blir det för många människor med samsjuklighet ett bollande mellan verksamheter och huvudmän. Ingen tar ett helhetsansvar, och det blir ett lapptäcke av insatser – ett lapptäcke som inte håller ihop. Ibland har det fler hål än lappar.

Stanna gärna upp vid bilden av ett lapptäcke! Vi behöver nämligen många insatser som fogas till varandra. De kan se olika ut, men de måste hänga ihop. Ibland blir det ett hål, och det finns risk att man faller igenom. Men ibland har det där hålet blivit så stort att man ändå faller igenom även om man lagt en stor fin lapp i hålet, eftersom lappen inte hänger ihop med det övriga.

Det är detta det hela handlar om, och såhär ska det inte vara. Vi politiker brukar säga att det är oacceptabelt, och det är det. Men vi i socialutskottet vill i dag göra mer än att bara säga att det inte är acceptabelt. Vi vill få en bild av vad myndigheter, kommuner, landsting och regering gör inom området. Mycket pågår, men arbetar vi mot samma mål och är vi uthålliga? Har vi rätt kompetens för det vi ska göra? Har vi samverkan på riktigt eller har vi samverkansavtal? Behöver regelverk förändras?

Vi ska också få en bild från två verksamheter. De kan berätta vad de har gjort och vilka erfarenheter de har. Det handlar om ACT-teamet i Malmö och Beroendecentrum Ung i Eskilstuna/Strängnäs. Men precis efter mig ska ni få lyssna till Tina Essner. Hon är ambassadör för Hjärnkoll. Tina berättar om egna erfarenheter och ger sina personliga reflektioner utifrån dem. Jag tror att det är viktigt att vi börjar dagen med detta.

Kristina Nilsson, som är utskottets vice ordförande, och jag planerade dagen tillsammans. När vi satt och jobbade med vilka som skulle bjudas in och hur det skulle vara sa Kristina: Ska vi inte börja med någon som har egen erfarenhet? Jo, det är precis det vi ska göra. Om det annars kommer på slutet, som det ofta gör, tappar vi vad vi ska ha för ögonen när vi lyssnar på det som myndigheter, kommuner, landsting och regering gör. Därför är jag glad över att du, Tina, finns här i dag och ska ge dina reflektioner av vad du har varit med om.

Dessutom finns myndigheter här, vilka inte kommer att få tala. Men man kan ställa frågor till dem efteråt. Det handlar bland annat om Folkhälsomyndigheten och IVO. Även Kerstin Evelius, som har varit regeringens särskilda samordnare i dessa frågor, och Gerhard Larsson, som tidigare ledde Missbruksutredningen, är här.

Socialutskottet kommer lite längre fram i dag att ställa frågor. Ledamöter och ersättare har möjlighet att göra det. Vi kommer att lyssna och fundera, och lite längre fram i vår kommer vi att fundera över vad vi i riksdagen kan göra för att förändra och påverka.

Man kan inte säga att mycket är bra när vi mitt i all välfärd låter människor falla igenom. Vi kan bättre, och min förhoppning är att vi genom denna hearing ser vad som behöver göras och vem som ska göra det.

Varmt välkomna hit!

Tina Essner, Hjärnkoll: Jag heter Tina och är ambassadör för Hjärnkoll. Jag sitter också i brukarföreningen i Örebro. I dag arbetar jag som ungdomsbehandlare. Jag har varit drogfri i fem år och går i dag på LARO¹.

År 2013 var min bottenpunkt i livet. Jag tänkte börja med en illustration av hur det kan se ut inom vården i dag.

År 2013 mådde jag både psykiskt och fysiskt dåligt. Jag ville inte leva men hade samtidigt en vilja inom mig att jag inte ville dö. Jag fick min sista LVM²-plats. På grund av hur jag mådde och på grund av tidigare erfarenheter och boendesituationer kunde beroendeavdelningen där inte ta emot mig. I stället hamnade jag på Karsudden och fick ett LPT³ samtidigt som jag hade LVM.

Efter några dagar ansåg Karsudden att jag inte längre var deras ansvar. Man skickade upp mig till Renforsen utanför Umeå – detta trots att Renforsens institutionschef sa: ”Detta är inte rätt ställe för henne att vara på. Hon ska vara inom psykiatri.” De hade fått en rapportering om mig. Huvudkontoret på Sis placeringsenhet tyckte dock att jag skulle åka dit. Vid behov skulle jag uppsöka psykiatrin uppe i Umeå.

Jag kom upp dit, och där tyckte man att jag var i så dåligt skick att jag inte skulle vara där. I stället hamnade jag på psykiatrin i Umeå. Men på grund av att jag vid den tiden bodde i Eskilstuna tyckte de i Umeå efter några dagar att

¹ Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

² Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

³ Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

jag inte var deras ansvar. De tyckte att jag skulle hem till min hemkommun. Eftersom hemkommunen inte kunde ta emot mig skickade man mig till Nyköping.

I Nyköping fick jag en ganska bra nedtrappning. Där fick jag vara under några veckor, tills de tyckte att det inte var deras ansvar. Då skickade de tillbaka mig till Renforsen.

I Renforsen sa man att det inte var utformat för sådana som jag. Efter några veckor där uppe mårde jag extremt dåligt, hade psykosor och hallucinationer och försökte ta livet av mig. Då skickade man mig till Lunden, och där landade jag faktiskt. Där fick jag den hjälp jag behövde.

Jag är inte motståndare till LVM, men jag tycker att man behöver se över innehållet i LVM-vården. I dag är det förvaring, inte behandling.

Jag brukar fundera över begreppen missbruk och psykisk ohälsa. De går hand i hand. Vad är hönan och vad är ägget? Mitt missbruk började för att jag mårde dåligt. Jag har diagnoser som depression, ångest och PTSD⁴. Mitt sätt att fly från att jag mårde dåligt och för att kunna hantera vardagen och ändå kunna överleva var att ta till droger. Det började tidigt i livet. Men det ledde i sin tur till att jag mårde ännu sämre och fick ännu fler problem med mitt psykiska mående.

Jag vet inte om det finns något korrekt svar på vad som kom först. Men jag tror inte att någon människa har missbruk som sin huvudproblematik, och det är också min erfarenhet av alla människor jag har träffat och som är under behandling. Missbruk har alltid varit en konsekvens av att man har mått dåligt eller något annat.

Jag vill slå ett slag för harm reduction, sprututbyte och naloxonsprej. I Sverige dör extremt många människor till följd av sitt missbruk. Man kan jämföra med Portugal. Jag har sett att man i nya studier kan läsa att dödsstatistiken kopplad till missbruk är 20 gånger högre i Sverige. Här i landet är vi rädda att ta till metoder som faktiskt kan rädda liv.

LARO är också något jätteviktigt, men det har varit svårt för människor att komma in i programmet. Och om man har begått ett misstag har man åkt ut. Vad händer då? Denna medicinering är ju dessutom svår att bryta. Den är nästan värre än många andra mediciner eller det missbruk som man får medicinen mot. Det är därför viktigt med en lång nedtrappning. Men någonstans har det brustit där.

Medierna är inte direkt till någon hjälp. Det man kan läsa om LARO är bara det negativa. När de skriver om hur många som dör säger de att fler i dag dör till följd av Metadon- och Subutexöverdoser än av heroin. Jo, men det är inte medicin som kommer från personer som går på LARO-behandling. Det finns väldigt många som precis som jag i dag har jobb, familj och ett helt fungerande liv tack vare LARO.

Det ställs väldigt mycket orimliga krav på människor med missbruk. Såhär kan det se ut och så såg det ut ett tag i mitt liv: Jag skulle gå på

⁴ Posttraumatiskt stressyndrom.

beroendecentrum. Jag skulle träffa en sjuksköterska och en läkare. Jag skulle träffa min socialsekreterare ungefär två gånger i veckan. Jag hade en läkare inom psykiatri. Jag hade en samtalskontakt inom öppenvården. Jag hade en samtalskontakt inom psykiatri. Dagligen hämtade jag min medicin och lämnade urinprov. Dessutom ansåg man att jag skulle ha en 50-procentig sysselsättning. Det var ett krav från Försäkringskassan för att jag skulle få pengar.

Ingen vanlig människa med vanligt jobb och familj fixar det här. Men det här ska man klara av när man har både missbruk och psykisk ohälsa.

Jag skulle vilja att man såg över möjligheterna för en ny lag. Det skulle vara en lag som täpper till glappet mellan LPT och LVM. Som det är nu är läkarna bakbundna av LPT när det gäller människor som också har missbruk. LVM-vården och våra institutioner har inte den kunskap eller den utbildning som krävs för att möta människor som även lider av psykisk ohälsa.

De människor – och de är väldigt många i vårt samhälle – som har både och behöver få en hjälp på alla plan.

Ordföranden: Då ska vi gå över till de olika myndigheterna som ska ge sin bild av situationen. Alla har fått sig en viss tid tilldelad. Först ut är Socialstyrelsen.

Elizabeth Åhsberg, Socialstyrelsen: Jag vill tacka socialutskottet som har valt att lyfta upp den angelägna frågan om samsjuklighet. Jag vill även tacka föregående talare för en väldigt engagerande och levande berättelse.

Jag är rädd att jag inte blir lika levande men tänker att Socialstyrelsens bidrag till denna förmiddag är att ta upp två saker. Vi ska dels säga något om vad vi vet om förekomsten av samsjuklighet, det vill säga hur vanligt det är på nationell nivå. Dels ska vi säga något om vad Socialstyrelsen har sagt vad gäller samsjuklighet.

Låt mig först ta upp begreppet samsjuklighet. Vi menar förstås att man har två eller flera sjukdomar samtidigt. Problemet med det är att sjukdomarna i sig kan förstärka varandra. Vid missbruk eller beroende och psykiska diagnoser kan patienten ha en försämrad förmåga till följsamhet till behandling.

Vad vet vi då om förekomsten? Inte särskilt mycket, och vi har inte särskilt många aktuella siffror. Vad vi vet är vad vi redan fick presenterat för oss 2011 i Missbruksutredningen. I den uppskattade man att mellan 30 och 50 procent av de personer som hade vårdats för något slags missbruk samtidigt hade någon form av psykisk sjukdom. De vanliga sjukdomarna var ångest, depression eller personlighetsstörning. Man beskrev också att bland de personer som hade vårdats för någon psykiatrisk diagnos hade mellan 20 och 30 procent samtidigt ett missbruk eller beroende.

Dessa uppgifter är lite gamla, men jag tycker att de är väldigt viktiga. De ger en bild av problemet. För att få några siffror som är mer aktuella kan vi

titta på de enskilda diagnoserna, exempelvis vad vi på nationell nivå vet om missbruk och beroende.

Vi har patientregister som visserligen inte beskriver hur många som har ett missbruk eller beroende men som visar hur många som har fått vård för detta. För år 2017 framgår att 372 personer fanns inom tvångsvården. Ungefär 1 900 fanns inom den frivilliga institutionsvården. Drygt 6 000 personer fick boende som socialt bistånd. Detta är alltså uppgifter från 2017, men det är de mest aktuella uppgifterna i våra register just nu. De publicerades förra året.

Låt oss se på de andra diagnoserna, det vill säga psykiatriska diagnoser. De är en mängd olika diagnoser, men om man ser på dem samlat framgår att år 2017 fick drygt 11 000 personer i Sverige slutna tvångsvård. Drygt 56 000 behandlades inom den slutna vården, alltså på sjukhus. Över 390 000 personer fick någon form av specialiserad psykiatrisk öppenvård.

Detta vet vi om de enskilda patientgrupperna, men vi har alltså inga mer aktuella uppgifter om samsjuklighet än de som är från 2011.

Låt mig nu ta upp något om vad Socialstyrelsen har sagt om samsjuklighet. Vi har rätt nyligen publicerat nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. De kom i januari i år. Där finns ett avsnitt om just samsjuklighet.

Vi ger en mängd rekommendationer, men den tydligaste handlar om att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerad behandlingsmetod till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidigt svår psykisk sjukdom. Vi säger också att integrerad behandlingsmetod kan erbjudas till personer med alkoholmissbruk eller alkoholberoende och samtidig depression.

Integrerad behandlingsmetod innebär såvitt jag förstår att en behandlare samtidigt ska beakta både den psykiska sjukdomen och missbruket. Detta ställer såklart krav på den som är behandlare.

Vi säger också något om läkemedelsbehandling vid vissa diagnoser. Det gäller till exempel personer som har ett alkoholberoende och samtidigt bipolär sjukdom. Då kan valproat ges som tillägg till litium. När det gäller personer som har alkoholberoende och samtidigt adhd säger vi att atomoxetin kan ges.

Det sammantagna budskapet i våra nationella riktlinjer när det gäller samsjuklighet handlar dock om att personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre sjukdomsförlopp. Det är viktigt att personer med samsjuklighet uppmärksammas och att båda tillstånd behandlas samtidigt. Vi betonar att när en person har behandling eller stöd från flera huvudmän är det nödvändigt med samordning mellan dessa vårdgivare.

Avslutningsvis vill jag säga att regeringen även tidigare har uppmärksammat detta med samsjuklighet och har gett oss ett regeringsuppdrag som för närvarande pågår. Uppdraget är att kartlägga förekomsten av samsjuklighet. Jag hoppas att vi senare i år har mer aktuella siffror än vad vi har i dag. Vi ska också beskriva hur samverkan fungerar i dag och ge förslag på hur samverkan kan förbättras. Beroende på vilka förslag vi kommer att lägga ska vi också göra en bedömning av om det kommer att kosta

någonting och om det kommer att ha någon påverkan på det kommunala självstyret.

Jag ser fram emot att vi lite senare i år kan redovisa detta uppdrag.

Annika Eriksson, Statens institutionsstyrelse: Jag vill också inleda med att tacka socialutskottet för att man ordnar den här utfrågningen. Det är väldigt viktiga frågor, inte minst för Sis.

Bara för att sätta Sis lite på kartan: Vi har 11 LVM-hem med knappt 400 platser. Där vårdar vi drygt 1 000 klienter årligen. Av dem är en tredjedel kvinnor och två tredjedelar män. Vi har också 23 särskilda ungdomshem. Där har vi drygt 700 platser och vårdar drygt 1 100 ungdomar årligen. Könsfördelningen där ser likadan ut: en tredjedel flickor och två tredjedelar pojkar.

Jag ska nu med hjälp av några bilder visa hur den psykiska ohälsan ser ut på våra institutioner och bland våra klienter och ungdomar. Dessa data hämtar vi från de inskrivningsintervjuer som vi gör när en ungdom eller en klient kommer till oss. Det är ett ganska stort frågebatteri som man får gå igenom. Inom LVM heter det DOK, inom ungdomsvården heter det ADAD. Jag vill inledningsvis sammanfatta med att den psykiska ohälsan är väldigt stor hos dem som placeras hos oss, vilket ni kommer att se. Vi ser också att det är ganska stor skillnad mellan könen – mellan män och kvinnor respektive pojkar och flickor.

Vi börjar med LVM. Det här gäller självrapportering 2018. Vi ser exempelvis att 38 procent uppger depression och att 62 procent uppger ångest. Det nämndes att det är svårt att veta vad som är hönan och vad som är ägget. Så är det naturligtvis här också. Men detta är i alla fall vad våra klienter uppger när de kommer till oss.

Vi ställer också frågor om självmordsförsök, självskador och så vidare. 42 procent uppger att de avsiktligt försökt skada sig själva. 49 procent har suicidtankar. 37 procent har försökt ta sitt liv. Tittar man på folkhälsoenkäten förstår man att det här jämförelsevis är väldigt höga siffror.

Jag nämnde tidigare att det är stor skillnad mellan män och kvinnor. Det ser vi också på den bild jag visar, förutom när det gäller depression, där det är lika stor andel som uppger detta bland män och kvinnor. I övrigt har kvinnorna betydligt mer omfattande problem. Vad gäller ångest är det 68 procent, jämfört med 59 procent av männen. När det gäller självmordsförsök och självskador är det också väldigt stora skillnader. Vi ser även att det är viss skillnad när det gäller diagnoser – inte lika stor, men det finns ändå ett överslag för kvinnorna.

Vi ser också skillnader i vårdkontakter när det gäller LVM, det vill säga vad man har fått för vård innan man kom till oss. Där ser vi också att kvinnorna har fler vårdkontakter. Vad gäller LPT är det 40 procent jämfört med männens 29 procent. Vi ser också att kvinnorna i högre utsträckning än männen har sökt frivillig psykiatrisk vård.

Jag ska nu prata lite om ungdomsvården, vårt andra ben. Bilden visar ungdomsvården generellt, det vill säga samtliga placeringsorsaker, inte bara missbruk. Man kan ju placeras hos oss på grund av missbruk, socialt nedbrytande beteende eller kriminalitet. Det här gäller alltså alla de placeringsorsakerna. Här går mönstret igen från LVM-sidan när det gäller skillnaden mellan pojkar och flickor – ohälsan hos flickor är mer omfattande.

Det gäller till exempel depression och ångestproblematik. 81 procent av flickorna uppger att de tidigare haft psykiatrisk vård – det gäller både öppen och sluten vård – jämfört med 46 procent av pojkarna.

Längst ned på bilden ser vi lite data från en annan undersökning, ett pilotprojekt som vi håller på med nu på Sis. Vi har gjort en kartläggning med hjälp av dels de behandlingsplaner som upprättas, dels socialtjänstens ansökningar. Det framgår att 46 procent av flickorna har ett neuropsykiatriskt tillstånd, jämfört med 35 procent av pojkarna. Hela 68 procent av flickorna har försökt ta sitt liv, jämfört med 35 procent av pojkarna. Vi ska dock vara lite försiktiga. De här två sista uppgifterna baseras på ett mindre urval. Vad gäller ADAD var det ungefär 800 som gav svar vid den senaste kartläggningen. Det är betydligt färre. Ändå visas betydande resultat.

Vi har också tittat lite på de ungdomar som placeras hos oss enbart på grund av sitt missbruk. Bland dem har 23 procent av flickorna självmordstankar, jämfört med 7 procent av pojkarna. Vad gäller allvarlig depression är det också ett stort överslag. Vi ser även att 30 procent av de flickor som placerats på grund av missbruk har utskrivna receptbelagd medicin för psykisk ohälsa, jämfört med pojkarnas 12 procent.

Dessutom ser vi att de ungdomar som har placerats på grund av missbruk har psykiska problem i högre utsträckning än andra ungdomar. Det gäller exempelvis vid allvarlig depression och självmordstankar.

Man kan undra hur det ser ut över tid. De här siffrorna gäller framför allt 2018. När vi tittar på de här självrapporteringsstudierna på aggregerad nivå ser vi visserligen att den psykiska ohälsan är väldigt hög, men vi ser ingen större förändring över tid. Det kan vara värt att ha i huvudet. Däremot ser vi på individnivå att den psykiska ohälsan kan vara större. I våra kontakter med institutionerna erfar vi att man upplever detta ganska påtagligt – det är ett antal individer som kommer in med betydligt högre psykisk ohälsa än vad man har sett tidigare.

Vi ser också att våra klienter ofta saknar skyddsfaktorer. Det är en väldigt utsatt grupp. Vi ser att den sammansatta problemtyngheten är väldigt omfattande. Man har inte problem på ett eller två områden, utan på väldigt många områden. Vi ser även att de ungdomar och klienter som har psykisk ohälsa har väldigt svårt att tillgodogöra sig de verktyg och insatser som vi har. Våra verktyg räcker inte alls till, eftersom de här ungdomarna och klienterna behöver insatser på så många områden, inte minst i samarbete med socialtjänst och psykiatri.

Samtliga institutioner har anställda psykologer och sjuksköterskor. De har också tillgång till läkare i lite olika omfattning. Men man ska ha i åtanke att

vårt hälso- och sjukvårdsuppdrag är väldigt begränsat. Vi försöker med samverkansavtal eller överenskommelser, men de är väldigt svåra att få till stånd. De är oftast inte tillräckliga. Det kan tilläggas att de ofta är starkt personbundna, vilket gör att de blir väldigt sköra – flyttar en person på sig försvinner också avtalet.

Min lilla slutkläm blir att den specialist- och akutpsykiatriska vård som finns i mycket högre utsträckning behöver tillgängliggöras för våra målgrupper, våra klienter och våra ungdomar med den här typen av problem.

Ing-Marie Wieselgren, Sveriges Kommuner och Landsting: Vi är väldigt glada att få vara här och dela med oss av vad vi tänker och gör på Sveriges Kommuner och Landsting. Vi ska dela på tiden, så Mikael Malm kommer att ta över efter mig om en liten stund.

Komplexa problem har inte enkla lösningar, är mitt huvudbudskap. Då kan man tänka så här: Ja, livet är ju komplext. Redan i det alldeles vanliga livet behöver vi insatser, stöd och hjälp från en mängd olika välfärdsinstitutioner, från samhället i stort och från våra närmaste. Detta gäller i allra högsta grad även det här området. Det handlar om hela samhället.

Vi har gjort en massa saker genom åren. När man tittar tillbaka känner man sig plötsligt gammal. Det är det jobbiga i det här. Jag var med i Nationell psykiatrisamordning 2003. Då fanns redan Alkoholkommittén och Mobilisering mot narkotika. Vi gjorde en massa saker då. Vi tog armkrok och sa tillsammans att vi måste driva det här med att man ska ge behandling samtidigt, att missbruk och psykisk sjukdom ska behandlas på samma gång. På den tiden sa vi ”missbruk”. Då var det lite nytt ändå, för då fanns det fortfarande en konflikt – vissa sa att det nog är bättre att behandla en sak i taget. Det vi försökte slå fast tillsammans var att all kunskap säger att insatser ska ges samlat och gemensamt. Det här är alltså 15 år sedan.

Det fortsatte med aktiviteter på SKL kring det här med ”case manager” och integrerade verksamheter. Det fanns sådana projekt för drygt tio år sedan. Kunskap till praktik var en stor satsning. Gunborg Brännström gjorde en jätteinsats genom att se till att få ihop kommuner och landsting för att ha gemensamma planer. Det var ett projekt som det lever kvar delar av. Jag har varit med och jobbat med modellområden, psykisk hälsa och så vidare.

Det jag tycker att den här bilden säger oss är att vi måste ha uthållighet, att vi måste samla ihop det, så att vi ser till att vi gör det här länge och målmedvetet. Gerhard Larssons missbruksutredning ger en jättegod grund. Det finns väldigt mycket. Därför kan man också läsa samlat vad som är gjort tidigare och vad som behöver göras framåt.

Men det finns också en massa andra utredningar. Vad vi ska göra vet vi ju sedan länge. Kerstin Wigzell föreslog att vi skulle ha missbruksenheter och lokala öppenvårdsmottagningar gemensamma för kommunens socialtjänst och landstingets beroendevård. Det här var 2005.

Vad behöver vi då göra? Det är inget enkelt jobb. Synen har ett tag varit att det här är ett omöjligt problem, att vi inte kan komma överens och att det är jättesvårt. Jag tror att det är viktigt att vi nu inte går från det till att hamna i det andra diket och säga: Nu är det lätt – det är bara att ändra lagstiftningen och så vidare. Så är det nämligen inte. Det här kommer att kräva jobb på alla nivåer.

Det behövs förstås arbete på den övergripande nationella nivån. Man behöver se över lagar och fundera över det. Det kommer också att behövas samordning mellan myndigheter och kloka gemensamma uppdrag, så att det blir tydligt för kommuner och landsting – eller kommuner och regioner, som man ju ska säga nu för tiden – vad det finns för underlag kunskapsmässigt. Vi måste åtminstone vara överens om vad kunskapen säger, vad vi har för grund och hur problemet ser ut. Sedan kan vi ha olika funderingar på lösningar, och det kan vara bra att vi hjälps åt att hitta en mängd olika lösningar. Det behövs förstås också mycket insatser på den lokala nivån – hur hittar vi samarbetsformer, och hur ser vi till att det här funkar på ett bra sätt?

Som tur är finns det en massa eldsjälar. Det tycker jag också är viktigt att säga, för ibland hamnar man i tal om att ingenting har fungerat. Det finns jättemycket som fungerar bra i dag. Det finns fungerande verksamheter. Det finns föreningar. Ett exempel är det nätverk som har funnits i många år för verksamheter som har samtidiga insatser för psykisk sjukdom och beroende.

Jag tror att det kommer att krävas ännu mer framöver. En viktig tanke tror jag är att vi i dag har ett samhälle fullt av upplevelser som hela tiden triggjar hjärnan, vårt lustcentrum. Det här kommer att öka risken för olika typer av beroendeproblematik gällande allt från spel och socker till droger. Det handlar också om att alltid hålla hjärnan igång. Det gör att vi måste ta ett gemensamt samhällsgrepp. Vi måste fundera över insatser, även tidiga och förebyggande, så att vi inte fyller på. Men vi måste också i det sammanhanget se till att vi inte glömmer dem med de största och mest omfattande behoven.

Det här kommer att kräva att vi håller flera tankar i huvudet samtidigt. Detta är svårt. Det kommer säkert att krävas lagstiftning och nya utredningar. Men det finns ändå väldigt mycket vi kan göra redan i dag: att samla oss kring individen, att ge insatser efter behov, att göra olika och att se till att regelverken inte är utestängande utan att vi kan göra de lösningar som behövs för varje individ. Då tänker jag mig att det här med en samordnad individuell plan är en bra sak.

Ni politiker! Hjälp oss att vara uthålliga! Ge oss förutsättningar att fortsätta jobba systematiskt, både kring individen och ända upp på samhällsnivån!

Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Landsting: Tack så jättemycket för inbjudan och ert initiativ att ordna den här hearingen!

När jag pratar om den här målgruppen är jag ganska noga med att säga att det är personer med beroende och en annan psykiatrisk diagnos. Missbruk och

beroende är faktiskt en psykiatrisk diagnos. Jag har aldrig mött en person med ett tungt missbruk som inte har psykisk ohälsa.

Jag ska berätta lite grann om vad SKL gör nu som är aktuellt för vår del. Vi har under den här kongressperioden ett uppdrag från SKL:s kongress: att vi på SKL ska verka för att kommunernas och landstingens missbruks- och beroendevård ska präglas mer av samverkan och samordning liksom en tydligare ansvarsfördelning. Vi har också prioriterat missbruk och beroende. Det har varit en prioriterad fråga såväl 2017 och 2018 som 2019.

I enlighet med styrelsens beslut har vi tagit fram en handlingsplan inom det här området. Den sätter fokus på åldersgruppen 13–29 år, men de förslag som vi lägger fram kan också appliceras på andra åldersgrupper. Handlingsplanen har till syfte att stödja ett fortsatt utvecklingsarbete och tydliggöra ansvarsfördelningen, men också att tydliggöra behovet av åtgärder som kan minska missbruket i den här målgruppen. Det är det långsiktiga effektmålet, kan man väl säga.

Vi lägger fram 43 förslag i den här handlingsplanen. De adresseras både till oss själva på SKL och till våra kommuner och regioner. Vi skickar också förslag som adresseras till länens samverkans- och stödstruktur, som jobbar gemensamt med de här frågorna. Vi lägger även fram förslag till staten och dess myndigheter.

Handlingsplanen sätter framför allt fokus på att vi ser ett behov av att utveckla överenskommelsen om samarbete mellan kommuner och landsting respektive kommuner och regioner. Men vi vill också se bättre samverkan och samordning. Som Ing-Marie var inne på vill vi öka användningen av samordnad individuell plan. Vi ser att vi inte gör tillräckligt i dag. Vi behöver göra mer inom ramen för nuvarande lagstiftning. Men vi har också fokus på jämlikhet, stigman och tillgänglighet. Ett av de förslag som vi lägger fram i handlingsplanen går ut på att staten bör utvärdera narkotikalagstiftningen, kanske med fokus på punkten och bestämmelsen om att eget bruk ska vara kriminaliserat.

Ett viktigt fokus är också ansvarsfördelningen. Det finns en konflikt när det gäller juridiken och hur vi sedan tillämpar lagstiftningen i praktiken. Juridiken är ganska tydlig vad gäller HSL och ansvaret för regionernas hälso- och sjukvård och även ganska tydlig vad gäller socialtjänstlagen och när kommunerna har ett visst hälso- och sjukvårdsansvar. Enligt lagstiftningen har båda huvudmännen ett ansvar för den här målgruppen. Men ansvarsfördelningen upplevs som väldigt oklar och uppfattas som ett hinder i samverkan kring den här målgruppen och implementeringen av lagstiftningen. Vi har också att förhålla oss till kommunallagen, som säger att kommunerna inte får ägna sig åt sådant som hälso- och sjukvården har ansvar för och att landstingen får inte ägna sig åt det som kommunerna har ansvar för.

Det verkar vara så att den förändrade synen på missbruk och beroende inte avspeglar sig i den praktiska tillämpningen av lagstiftningen och i ansvarsfördelningen. Av tradition och historiskt har ansvaret väldigt mycket hänvisats till socialtjänsten och kommunerna, vilket inte är fallet när det gäller

andra psykiatriska diagnoser. SKL kommer att jobba vidare med ansvarsfördelningen och göra allt för att tydliggöra den inom ramen för nuvarande lagstiftning. Det är också viktigt att vi på nationell nivå ger gemensamma signaler gällande ansvarsfördelningen.

Ordföranden: Nu ska vi gå vidare och få del av hur det kan fungera. Gunilla Cruce från ACT-teamet i Malmö jobbar med Psykiatri Skåne.

Gunilla Cruce, ACT-teamet i Malmö: Jag är glad för att få vara här och berätta om ACT-teamet i Malmö och hur vi arbetar där. ACT-teamet är ett sätt att integrerat ge behandling, stöd och omsorg för personer med allvarlig psykisk sjukdom och beroende. Det är ett sätt att förbättra möjligheterna till ett allsidigt och kontinuerligt stöd. ACT har starkt forskningsstöd och prioritet ett i riktlinjerna för personer med schizofreni och samtidigt beroende. Resultatet är i forskningsstudier ett bättre allmäntillstånd hos de drabbade, mindre slutenvårdskonsumtion, minskad risk att förlora kontakten med vården – kontakt med vården är en förutsättning för att kunna ta emot behandling och stöd – samt nöjdare patienter. Insatsen är kostnadsneutral eller kostnadseffektiv om den ges till personer som har hög slutenvårdskonsumtion.

Vem behöver då ACT? Det är personer som har komplexa behov, till exempel vid psykisk sjukdom samtidigt med alkohol- eller drogberoende. Det är personer som hamnar i täta kriser och insjuknanden, som har svårigheter i nära relationer och kognitiva brister och som har svårt att klara sin vardag. De har hög risk för inläggning i heldygnsvård och behandlingsshem av olika slag och avbryter ofta öppenvårdskontakten därför att vi organiserar vår vård på ett sådant sätt att de inte får tillgång till det som de behöver. De har hög risk för hemlöshet och arbetslöshet och är en grupp med stor social utsatthet. Därför behöver de omfattande och intensiva insatser som, precis som Ing-Marie sa, omfattar hela livet. De har behov av tät kontakt och noggrann uppföljning, så att de inte faller ur behandlingen. De behöver också hjälp med att samordna de insatser som går utanför teamets arbete.

Personer med psykiatrisk sjukdom har som nämnts en ökad risk för att få försämrade tillstånd när det gäller både beroendesjukdomen och den psykiatriska sjukdomen. Det här handlar ju om personer med schizofreni och bipolär sjukdom typ ett, kärntrupperna i psykiatrin. Man har också sett en snabbare beroendutveckling hos dem som har en psykiatrisk sjukdom, även vid mindre kvantiteter av alkohol och droger. Risken för suicid och förtida död är kraftigt förhöjd i den här gruppen. Många har omfattande sociala problem, både i det nära sammanhanget och i samhället som helhet. Sammantaget är det ett stort utanförskap.

Vad främjar återhämtning? Ja, det är behandling som tar grepp om hela livet och gör livet hanterbart, begripligt och meningsfullt. Någon står vid sidan och är kanske ett vikarierande hopp som stärker den här personens vilja och tro att göra en förändring i sitt liv. Det är någon som är beredd att gå in i

vardagliga aktiviteter och hjälp till att träna färdigheter, så att den här personen återfår förmågan att göra en förändring i sitt liv.

Jag ska nu nämna några viktiga komponenter i ACT-modellen. De är framforskade och är de som har mest avgörande betydelse för framgång. En av dem är att man har en liten grupp av deltagare som är inkluderade och vårdas för stöd och vård av ett team på ungefär 10 personer. Man tänker sig att ett ACT-team ska ha maximalt 100 deltagare – patienter och klienter kallar vi för deltagare – och 10 personer som har ansvar för vård och stöd. Det är integrerade insatser.

Jag har glömt att säga det, men ACT-teamet i Malmö drivs tillsammans av Malmö stad, det vill säga kommunen, och Psykiatri Skåne i Malmö. De yrkeskategorier som ingår i teamet är psykiatrer, sjuksköterskor och skötare, men också socialsekreterare och arbetsspecialister, alltså personer som är anställda av Malmö stad. Deltagarna får därmed vård och stöd av samma team i ett sammanhang – en sömlös vård.

Vi arbetar också i huvudsak utanför mottagningen. Vi träffar patienten i de sammanhang där han rör sig – i hans hem, om han har något, och på andra platser där man behöver träna färdigheter eller där man kommer i nära kontakt med de resurser som trots allt finns runt omkring den här personen, kanske familj eller andra närstående.

En annan fördel med att arbeta ute i patientens vardagsmiljö är att man också får syn på de styrkor och resurser som den här individen har, de intressen som trots allt finns. Det är ändå det som ska vara grunden för att bygga en ny identitet efter den här svåra situationen.

Det är alltså viktigt att de sjukvårdande och sociala insatserna levereras i ett sammanhang. Det går inte att avgöra vad de olika symtomen eller livsomständigheterna är orsakade av, om det är det ena eller det andra, vilket också nämndes här tidigare av vår förste talare. Det har också visat sig att det är viktigt att psykiatern är integrerad i teamet, följer vardagsarbetet och lever med teamet, att det inte är någon konsult som kommer in ibland, gör bedömningar och fattar beslut om behandling.

Innehållet är inget märkvärdigt; det är det vi ger i vanliga fall också. Det är vanliga psykiatriska insatser. Det är både läkemedelsinsatser och psykofarmakologi. Det är psykosociala insatser och somatiska insatser. Det är också sociala pedagogiska insatser för att stärka förmågan. Detta omfattar också närstående i den mån de finns och vill delta. Sedan handlar det om att ge stöd, så att de här personerna får tillgång till de stödåtgärder som finns i samhället men som de ofta hamnar utanför, eftersom deras tillstånd gör att de själva inte har kraft och förmåga att söka dem på egen hand.

När det gäller behandling och stöd för missbrukare finns det inga krav på att den som får vård av ACT-teamet ska vara nykter eller drogfri. Det är ju bland annat det som kvalificerar för vård här. Men det är klart att vår avsikt är att stödja och motivera till en avhållsamhet på lång sikt. Det måste dock få lov att ta den tid det tar. Vi skriver inte ut någon som återfaller; tvärtom ökar vi som sagt insatserna när behovet är som störst.

Psykosbehandlingen är naturligtvis integrerad med missbruksbehandlingen. Bedömningarna av vilka insatser som ska ges görs ju kring hela problematiken. I och med att det är ett multiprofessionellt team som ger det här kan vi utan några större ansträngningar erbjuda insatserna på ett enkelt sätt när de är efterfrågade och motiverade.

Det här har jag nog lite sagt förut, men fördelarna med att ha en sådan här liten exklusiv verksamhet är att vi kan göra väldigt stor skillnad. Det här är, som jag sa nyss, personer för vilka insatserna annars kostar mycket utan att de ger så mycket goda effekter. Många har ju mest kontakt med sjukvård och socialtjänst i akuta lägen. Det är ut och in och egentligen ingen framgång. Här kan vi hålla en tät kontakt. Vi kan agera när krisen är i uppseglande och på det sättet förhindra inläggningar och tvångsåtgärder, men inte alltid. Ibland hamnar vi ändå där att vi behöver fatta sådana beslut eller ansöka om vård i enlighet med LVM. Men vår läkare har självklart rätt att fatta beslut om till exempel vård i enlighet med LPT, det vill säga ta initiativ till psykiatrisk tvångsvård.

Det handlar om att både prata och göra. Att finnas där och så att säga ge insatser indirekt genom samtal som driver och hjälper patienten att fatta beslut och motiverar till en förändring i det egna agerandet är ett sätt. Men det gäller också att finnas där när den här personen är oförmögen att själv ta fatt i sin situation. Då måste man ingripa rent praktiskt i vardagsverkligheten. Att finnas där i både det ena och det andra avseendet gör stor skillnad för alliansen, som är en grund för hela vården och behandlingen. Utan allians kan vi inte göra någonting för att hjälpa en annan människa. När den här personen upplever att vi bryr oss om hela livssituationen finns det en större chans att den eventuella misstro som ofta finns i gruppen faller undan.

Det finns trots allt personer som faller utanför ACT-teamet. Vi får de flesta remisser från socialtjänst och psykiatri, men dörren är öppen att ansöka på ett annat sätt, även själv, vilket är ganska ovanligt.

Eftersom vi är en samverkan mellan socialtjänst och psykiatri krävs det ett samtycke från deltagaren för att vi ska få tala med varandra, det vill säga det som formellt kallas informationsöverföring över huvudmannaskapsgränserna. Utan samtycke till informationsöverföring kan man inte få del av ACT-teamets insatser.

Ibland har man fel diagnos. Man kan ha ett lika stort behov, men har man inte schizofreni eller bipolär sjukdom får man vända sig någon annanstans. Jag menar dock att det här sättet att arbeta skulle kunna vara till hjälp för väldigt många fler än enbart personer med schizofreni och bipolär sjukdom.

Där det är sannolikt att det är en schizofreni eller bipolär sjukdom typ 1 antar vi ändå ibland personer som har en oklar diagnos, eftersom missbruket är så aktivt att det inte omedelbart går att avgöra och säkert fastställa diagnosen. Så får man se hur det går.

Ibland avvisar vi remisser när vi anser att ordinarie vård och stöd bör kunna klara detta på egen hand. Den här exklusiva resursen måste användas för dem som mest behöver det.

År 2014 genomfördes på SKL:s initiativ en rättsutredning för att ta reda på om det som ACT-teamet erbjuder är rättsligt okej. Frågan var om programtrogen ACT-verksamhet kan bedrivas i Sverige utan att komma i konflikt med gällande rätt.

Den första frågan är under vilka lagrum insatserna ska beviljas, och precis som nämndes här nyss är det både hälso- och sjukvårdslagen, HSL, och socialtjänstlagen, SoL, som styr verksamheten i ett ACT-team. Därför behöver man ansöka om bistånd till ACT enligt socialtjänstlagen för att få dessa insatser i form av boendestöd, ledsagning och annat.

Som det är nu har vi socialsekreterare i teamet som är anställda i Malmö stad. De kan dock inte i nuläget bevilja bistånd till de insatser som utförs i ACT-teamet, men det är på väg att förändras. Det finns inget rättsligt som motsäger att socialsekreterarna i teamet, som ju har hela grunden för sin utredning alldeles given i sin vardagsverklighet, ska kunna bedöma och bevilja bistånd utfört av ACT-teamet. Däremot får man, om det skulle vara aktuellt, vända sig till ordinarie socialsekreterare för att ansöka om ekonomiskt bistånd, bostad och missbruksbehandling som kanske ska ske på behandlingshem eller så.

Rättspromemorian säger alltså att det inte finns någonting som motsäger att socialsekreterarna i ACT-teamet beviljar bistånd. Inte heller finns det någonting som säger att vi som är regionanställda i teamet inte kan utföra boendestöd, ledsagning och andra biståndsbedömda insatser. Man kan alltså delegera själva verkställigheten över huvudmannaskapsgränsen. En sjuksköterska som är ute och ger en injektion kan då samtidigt gripa in i hemmet och göra en boendestödsinsats av något slag. Det är ju praktiskt och helt naturligt, och det finns inget i gällande rätt som motsäger detta.

Nästa fråga som ställdes i rättsutredningen var hur vi hanterar dokumentationen. Frågan var skarpt ställd så här: Får ACT-teamet skapa en gemensam elektronisk vård- och omsorgsjournal samt låta alla medarbetare i teamet få direktåtkomst till journalen?

Behoven hos våra deltagare är så sammansatta att det inte alltid går att avgöra om det är insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen eller socialtjänstlagen som behövs. Allt som vi utför dokumenteras i psykiatrins journal för att få en sammanhållen dokumentation av patientsäkerhetsskäl. Vi behöver hålla ihop det. Då får det gå till på det lite krångliga sättet att socialsekreteraren rapporterar till mig. Jag skriver in i journalen att socialsekreterare NN rapporterar, och så skriver jag in socialsekreterarens rapport. På det sättet kommer också dessa insatser in i den sammansatta dokumentationen. Därutöver dokumenterar självklart socialsekreteraren som har beviljat bistånd också i personakten i socialtjänsten och vid uppföljningar.

SOU 2014:23 konstaterade att gällande rätt inte stöder en gemensam vård- och omsorgsjournal, och då faller det ut så även i ACT-verksamheten. Man föreslog då en gemensam vård- och omsorgsjournal, men det blev aldrig verkstad.

Manólis Nymark, juristen som gjorde rättsutredningen med oss, konstaterar dock att de rutiner som vi hade när det gällde dokumentation var tillåtna, även om de var krångliga. Men ett stort problem kvarstod: att socialsekreterarna i teamet, som arbetar sömlöst tillsammans med oss i regionen, inte har tillgång till den skriftliga dokumentation som finns i journalen. Vi får i stället kommunicera muntligt med varandra för att hålla ihop insatserna. Det går ganska bra, men det är ju inte idealiskt.

Den sista frågan som rättsutredningen ställde var kring uppsökande arbete, och frågan löd så här: Får socialtjänsten i en uppsökandefas röja uppgifter för ett ACT-team om en enskild individ vars behov av vård- och omsorgsinsatser bedöms bäst omhändertas av teamet?

Först konstaterar jag att ACT-teamet inte är något akutteam. Vi arbetar med de deltagare som har blivit antagna. Men det händer ganska ofta att socialtjänsten träffar på personer i sina öppna verksamheter som värmestugor och träffpunkter som de inte själva känner och som de får intrycket av är i behov av den typ av insatser som ACT-teamet kan ge. Om de då får ett samtycke av den här personen kan de höra av sig till oss, och så kan vi komma ut och träffa personen och göra en bedömning om vi kan anta personen.

Men om personen ifråga är oförmögen eller har svårt att lämna ett samtycke för att han eller hon inte riktigt litar på myndigheter, psykiatri och så vidare har vi bestämt oss för att vi inte vågar komma ut i de lägena på grund av sekretessbestämmelser. Vi behöver helt enkelt ett samtycke, vilket är komplicerat. Min sista mening här är att det är väldigt tråkigt eftersom dessa personer kanske är de som allra mest är i behov av de insatser som vi kan ge.

Ordinarie verksamhet är ACT-teamet, och vi är en samverkan mellan Malmö stad, vuxenpsykiatrin och den privata psykiatrin i Malmö. Alla Malmöbor med rätt behov kan alltså få del av våra insatser, och verksamheten vilar på ett samverkansavtal.

Ordföranden: Tack så mycket, Gunilla Cruce från ACT-teamet och Psykiatri Skåne! Skönt att höra att ni blir en egen verksamhet efter projektidens slut!

Nu är det dags för en paus för att sträcka på benen. Vi återsamlas här för en fortsättning kl. 10.35.

(PAUS)

Ordföranden: Då återupptar vi hearingen! Jag vill börja med att be om ursäkt till er åhörare på läktaren. Insläppet har fungerat dåligt i dag, vilket jag är väldigt ledsen för. Det borde ha fungerat bättre så att ni hade kunnat vara här i tid, vilket ni försökte vara. Vi ska jobba på detta framöver, men det är förstås ingen tröst för er. Jag ber om ursäkt för att det strulade så mycket.

Vi ska fortsätta genom att få ta del av Beroendecentrum Ungs verksamhet. Jag välkomnar representanter för verksamheten i Eskilstuna och Strängnäs till talarstolen.

Pia Andersson, Beroendecentrum Ung: Hejsan! Vi är ett helt gäng här framme, och jag ska börja med att presentera oss.

Jag heter Pia Andersson och är områdeschef inom socialförvaltningen i Eskilstuna kommun. Sedan har vi Tuula Bergstedt, som är min kollega och jobbar som familjebehandlare. Vi har Carina Ranius, som är verksamhetschef på barnpsykiatri i Region Sörmland, och Karolina Liljeholm, som arbetar som sjuksköterska på Beroendecentrum Ung.

Vi ska alltså gå över till att prata om de lite yngre målgrupperna. Vi har fått höra hur man jobbar med ACT-teamet i Malmö, men vi har blivit hitbjudna – vilket vi är mycket glada och tacksamma för – för att berätta lite om en samverkansmodell som vi har i Eskilstuna och som vänder sig till yngre, nämligen Beroendecentrum Ung. Det är en samverkansmodell mellan kommuner och landsting i norra Sörmland; det är Eskilstuna, Strängnäs och ungdomspsykiatri i Region Sörmland.

Bara för att sätta oss på kartan visar jag nu en bild över Sörmland. Vi är en region med 291 341 invånare, nio kommuner och en region. Tanken när vi började det här arbetet var att kunna sprida det även till andra delar av Sörmland, och i dag finns en liknande verksamhet under uppbyggnad i Nyköpings kommun. Man har arbetat i två år för att bygga upp något som liknar det vi har.

Jag tänkte berätta lite om vad som har krävts för att bilda den här samverkan och om vad som har varit framgångsfaktorer. Det är bra om man har en gemensam nämnd mellan kommun och landsting, vilket vi har. Det är den som har gett oss uppdraget att utveckla den här verksamheten, och den heter nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård. Under den finns någonting som vi kallar närvårdsorganisationen. Den är välfungerande och har funnits i många år, och den innebär att vi träffas regelbundet i olika grupper.

Vi är fördelade på lite olika sätt, så att det blir vettigt rent geografiskt och så att vi i olika länsdelar har olika beredningsgrupper. Vi är uppdelade så att det finns en beredningsgrupp för barn, en för psykiatri och en för äldre. Sedan finns det faktiskt även en för funktionshinder, som inte syns på bilden jag visar, och där finns vi med i något som heter Arbetsgrupp Norra Barn.

Där träffas alltså områdeschefer och verksamhetschefer inom verksamheter som har med barn att göra i kommun och landsting. Man träffas regelbundet – en gång i månaden – för att diskutera samverkansbehov och hur det går för oss samt för att försöka ha koll på i det här fallet barns och ungas behov i vår länsdel, det vill säga Strängnäs och Eskilstuna.

Målgruppen för denna verksamhet är barn och ungdomar upp till 18 år. Vi har faktiskt valt att inte ha någon nedre åldersgräns. Man vet nämligen aldrig när det börjar – missbruksproblematik börjar ju inte när någon är 18 år, utan

tyvärr kan vi se att det kanske kryper allt längre ned i åldrarna. Vi har tyckt att det är oerhört viktigt att påbörja den här samverkan för att lättare nå och vara tillgängliga för unga personer och deras föräldrar, som naturligtvis ofta är mycket oroliga. De ska lätt kunna söka hjälp hos Beroendecentrum Ung.

Målet är alltså att vi ska ha en hög tillgänglighet till kontakt och insatser. Beroendecentrum Ung ska erbjuda samordnade och adekvata medicinska, psykiatriska och sociala insatser samtidigt. Beroendecentrum Ung verkar för att nå ungdomar i riskbruk, missbruk och beroende tidigt, och vi ska ge barn och unga möjlighet till bättre psykisk hälsa och – såklart – drogfrihet.

Beroendecentrum Ungs personal ska fungera som specialister avseende riskbruk, missbruk och beroende. De har även ett slags konsultativt inslag i verksamheten, där de är ute och berättar och hjälper till att kompetenshöja andra som funderar över detta med riskbruk, missbruk och beroende.

Vi har fått mycket bra information från både Socialstyrelsen och SKL om allt som har gjorts, så jag tänker att ni nu vet allt det. Egentligen behöver jag alltså inte säga detta igen, men: Vi vet ju att det är många procent som har uppfyllt kriterierna för psykiatrisk diagnos, och att det är många fler tjejer än killar är ett faktum.

När det gäller ungdomars missbruk och kunskap och praktik kring detta tillsattes Missbruksutredningen år 2008. Där kom ungdomarna aldrig riktigt med på tåget – man diskuterade om man skulle ha med dem i riktlinjerna, men man valde att rikta in sig på vuxna. Det har dock varit till god hjälp i arbetet med riktlinjerna för oss som faktiskt finns ute i kommuner och landsting, och det gäller också för den här delen. Vi har även ett beroendecentrum för vuxna i Eskilstuna, vilket startade redan 2007, och det var ett stort stöd att dessa nationella riktlinjer fanns. I alla fall till viss del var det en hjälp på så vis att det blev tydligare vilka olika ansvarsområden landsting och kommun hade.

Det man såg vad gäller barn och unga var att barn- och ungdomspsykiatri behövde få ett tydligare uppdrag när det gäller missbruk hos barn och unga med psykiatrisk sjuklighet. Barn- och ungdomspsykiatri behövde även få ett tydligt uppdrag för medansvar och tillsammans med socialtjänst utveckla och bygga upp utrednings- och behandlingsverksamhet för ungdomar med missbruk. Dessa verksamheter tyckte man bör etableras lokalt och även vara integrerade.

Sedan kom nationella riktlinjer även för ungdomsdelen, vilket vi är jätteglada för. Där framkommer att det för ungdomar behövs särskilda interventioner, som är prövade på och utarbetade för ungdomar och deras förutsättningar. Som vi har hört flera gånger samspekar självklart nästan alltid psykiska och sociala faktorer, vilket påverkar hälsa, missbruk och mående. Liksom för vuxna är det viktigt att man får tidig hjälp – och hjälp med båda tillstånden samtidigt.

För att försöka leda och stötta den nya verksamheten bildades en styrgrupp mellan samverkansparterna. I den ingår områdeschefen för socialförvaltningen, verksamhetschefen för BUP, verksamhetschefen för Strängnäs kommun samt enhetschefer hos BUP, socialförvaltningen och

Strängnäs kommun. Även teamledare ingår i gruppen, och vi har en som är väldigt ledsen för att han inte kunde vara med i dag – en så kallad eldsjäl vid namn Krister Åkerlund. Han har varit med och startat Beroendecentrum Ung, varit mycket drivande i arbetet och hållit ihop, tjatat och stött på. Han har även varit på oss i ledningen hela tiden, för att se till att förutsättningarna ska bli så bra som möjligt. Det är vi jätteglada för.

Nu ska Karolina och Tuula berätta lite mer om vad som faktiskt görs.

Karolina Liljeholm, Beroendecentrum Ung: På bilden jag visar nu ser ni vårt team. Vi har en ganska jämn könsfördelning, vilket har varit viktigt för oss i vårt arbete.

Vi består av fyra familjebehandlare. Det finns en teamledare och en preventionssamordnare inom ANDTS. De förstnämnda är anställda av kommunen. Sedan har vi en psykiatri- och sjukvårdsköterska på 50 procent, som är anställd av BUP – jag är alltså både på BUP och på Beroendecentrum Ung.

Vi har en behandlingskonferens varje onsdag kl. 10.30–12.00. På behandlingskonferensen är teamledaren för Beroendecentrum Ung med, liksom en sjukvårdsköterska och teamledare för vårt intensiva team på BUP. Även en överläkare är med, samt en enhetschef för behandlingsteamet på BUP.

Innan vi kommer till behandlingskonferensen på onsdagar har vi i teamet på Beroendecentrum Ung gått igenom vad vi har för patienter – brukare – att ta upp. Till dessa behandlingskonferenser kan vi även bjuda in andra behandlare, både på BUP och på Beroendecentrum Ung, för att diskutera de olika fallen.

Tuula Bergstedt, Beroendecentrum Ung: Okej, hur går det då till när någon kommer till oss?

Vi har en mottagningstelefon som är öppen måndag till fredag kl. 11.00–12.00. Dit kan man ringa om man är en orolig förälder – för vi vill gärna att föräldrarna ringer och aktualiserar sin ungdom – och få rådgivning på telefon. Man kan ringa även som ungdom, om man undrar över något. Den som ringer rådgivningstelefonen får prata med en behandlare som tar emot ärendet, och man kan få en besökstid inom en till tre dagar. Vi försöker alltså att möta upp väldigt fort; det kan till och med vara samma dag som man får komma.

Man kan också komma in genom att någon på BUP – det vill säga någon som inte jobbar på Beroendecentrum Ung, som Karolina och jag – har upptäckt att det ser ut att finnas missbruk. Då kan den personen antingen ta kontakt med Karolina eller ringa till oss, när Karolina inte är på plats hos oss, och få en tid.

Det kan också vara så att det görs en utredning inom socialtjänsten och att den påvisar att det finns ett missbruk. Det är den tredje vägen in till oss.

Eftersom det handlar om missbruk väntar vi inte på en utredning som kan ta tre månader, utan vi möter upp familjen på en gång. Då kan vi ta fram en aktualiseringsblankett när familjen kommer, vilket innebär att vi kan

aktualisera ungdomen tillsammans. Det kan nämligen vara den första kontakten man har med socialtjänsten. Blanketten innebär samtycke till att vi inom socialtjänst, BUP och landsting får prata med varandra, så att vi kan börja jobba tillsammans redan från första dagen. Det är väldigt få som inte tackar ja till det erbjudandet, för det kan innebära att man är på samma ställe hela tiden och inte behöver springa runt.

Vad händer sedan? Jo, då är det inskrivning. Man har alltså godkänt att vi får ta upp ärendet, och då kan det vara så att vi tar upp det på behandlingskonferensen som Karolina pratade om. När vi börjar jobba kan det vara så att det behövs någon typ av skolmöte – någon kanske behöver en utredning, och då tar vi kontakt med skolan för att den ska göra sin utredning. Det görs en utredning på BUP, och sedan beror det på vem som har huvudansvaret i slutskedet. Det kan vara jag på kommunen eller BUP som har det.

Jag tänkte dock berätta mer om hur min vardag ser ut. På bilden jag visar nu ser ni mig i mitten – den där flexibla personen som yogar. Sedan ser ni ungdomen, och familjen har vi alltid med i arbetet. De är väldigt nära. Vi plockar också in nätverket; familjen är alltid med i arbetet hos oss. BUP och jag jobbar ihop, och när utredningen är klar kanske vi även plockar in habilitering, som eventuellt behöver göra sin del i arbetet med ungdomen och hjälpa familjen.

Vi försöker göra yoga, vilket står för att vi tittar lite på fritidsaktiviteter. Vad gör man på fritiden? Behöver jag som behandlare följa med på fritiden och kolla olika saker? Behöver vi testa olika saker? Skolan är också väldigt nära; vi jobbar alltid med skolan och tittar på hur skolsituationen ser ut. Behöver familjen hjälp med skolsituationen? Det gäller även fritid.

Polisen har vi långt borta. Vi jobbar inte särskilt med polisen, även om vi i vissa fall behöver göra det. I Eskilstuna kommun finns det nämligen någonting som kallas social insatsgrupp, och där finns vi oftast med som en del.

När ungdomar blir placerade på Sis- eller HVB-hem släpper vi som behandlare inte taget, utan vi är kvar som behandlare. Vi gör besök och följer med socialsekreteraren. Vi försöker också göra uppföljningar. Ligger hemmet nära kanske vi åker och besöker dem en gång i veckan. Eventuellt tar vi till och med urinprov där – vi som behandlare tar också urinprov.

Så ser väl en vanlig ut på mitt jobb. Sedan finns det en massa andra saker jag kan göra som går att lägga till här – jag är ju både behandlare och samordnare.

Vi erbjuder också alla familjer som kommer till oss något som kallas ledarskapsträning för tonårsföräldrar. Det handlar om att bli den bästa föräldern man kan vara, för det är ju föräldern som finns kvar när vi som behandlare är klara. Föräldrarna behöver finnas kvar hela livet.

Carina Ranius, Beroendecentrum Ung: Vad har vi då kommit fram till under de år vi har jobbat så här tillsammans, det vill säga sedan 2013? Jo, vi har över

tid sett att många av de ungdomar som kommer i kontakt med Beroendecentrum Ung tidigare har haft kontakt med antingen BUP eller socialtjänsten för annan problematik än missbruk.

Vi har också märkt att vi verkligen behöver använda oss av samordnade individuella planer, så kallade SIP:ar, för många av de här ungdomarna. Vi behöver även använda oss av övriga socialtjänstens insatser, liksom BUP:s övriga insatser. Det räcker alltså inte att bara ha det här teamet. Om vi ser på BUP:s sida kan en del behöva KBT eller en neuropsykiatrisk utredning, vilket inte direkt görs här. Det ska dock finnas en smidig väg till att få gjort. Man kan också behöva någon av socialtjänstens insatser, till exempel FFT⁵ eller IHF⁶, som finns i Eskilstuna kommun.

Det är också så att det kommer fler ungdomar med begynnande problem. Vi upptäcker dem tidigare, vilket är bra. Vi tror att det delvis beror på att detta nu är känt. Det är alltså fler föräldrar som vet om att det här finns, så när de blir oroliga ringer de till oss. Det är ju rätt logiskt.

Som vi har berättat samverkar vi kring den enskilde och familjen i högre grad, och BUP och kommunen lär av varandra. Delvis utbildar vi oss tillsammans, vi som jobbar med detta. Det sker naturligtvis inte fullt ut, men det finns vissa delar som medarbetare på både BUP och kommunen behöver.

Vi tycker att samverkan fungerar bra och att vi som sagt lär av varandra, men det är fortfarande en verksamhet under uppbyggnad. Vi behöver därför göra fler saker tillsammans, och vi blev nyss inspirerade av det här med mer integrerade behandlingsinsatser på olika sätt. Det tänker vi att vi kanske behöver titta mer på.

Det sista jag vill ta upp är att vi ännu inte har kunnat redogöra för hur det går för de här ungdomarna men att det pågår forskning kring det via Linnéuniversitet. Där följer man de ungdomar som har gett samtycke till att vara delaktiga i en registerstudie. Jag vet inte riktigt när den ska vara klar, men den har hållit på ett tag. Vi hoppas på att få se resultatet – hur det har gått för ungdomarna – längre fram.

Ordföranden: Då välkomnar vi socialminister Lena Hallengren, som ska berätta om regeringens syn på det som är vårt huvudämne i dag – psykisk ohälsa och beroendeproblematik.

Socialminister Lena Hallengren (S): Först och främst vill jag tacka både för att jag har fått möjligheten att komma hit i dag och för att ni har tagit ansvar för att anordna den här hearingen. Jag vill också beklaga att jag inte har kunnat delta under hela förmiddagen; jag har förstått att ni har haft intressanta samtal. Det går dock alltid att ta del av riksdagens hearingar i efterhand, vilket jag kommer att göra.

⁵ Funktionell familjeterapi.

⁶ Intensiv hemmabaserad familjebehandling.

Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem i Sverige. Jag som socialminister ser det som en av mina absoluta huvuduppgifter att ta mig an psykisk ohälsa, och jag vill att vi ska se det som just ett folkhälsoproblem – inte som ett isolerat sjukvårdsproblem eller som ett unikt socialtjänstproblem. Inte heller är de ungas psykiska ohälsa bara en fråga för skolan eller för barn- och ungdomspsykiatri, utan det är ett folkhälsoproblem för vårt samhälle och för oss gemensamt – för skolan och arbetsplatserna, för psykiatri och för socialtjänsten.

Dessutom ryms det, som ni alla vet, många olika saker inom det som kallas psykisk ohälsa. I dag diskuterar vi samsjuklighet, alltså när en person har psykisk ohälsa i kombination med beroendeproblematik. Det är ett viktigt ämne – jag tror att ni håller med mig om att det är rent av livsviktigt. Det är också komplicerat och kräver väldigt mycket av oss som beslutsfattare, inte bara på nationell nivå utan naturligtvis även på regional och lokal nivå.

Detta är också ett ämne som under alltför lång tid har präglats av ett stigma. Det har funnits ett stigma inte bara kring missbruk och beroende utan också kring psykisk ohälsa. Jag är alldeles övertygad om att just dessa samverkande faktorer och det dubbla stigmat har lett till att vi inte har diskuterat frågan om samsjuklighet tillräckligt. Det är nämligen vanligare än många kanske vet – drygt en tredjedel av alla som söker stöd för beroende eller missbruk har även en ångestsjukdom, och ännu fler har en depression.

För den som har både psykisk ohälsa och beroende eller missbruk är det livsviktigt att samarbetet mellan landsting och kommun fungerar. Det är totalt irrelevant för den som är drabbad vem man ska peka på, utan det är någonting vi som beslutsfattare bara ska hantera. Det handlar om infrastrukturen bakom, som behövs för att välfärden ska kunna finnas där.

Socialstyrelsens riktlinjer gör gällande att behandling för beroende och psykisk ohälsa ska ske samtidigt och samordnat. Både rapporter från våra myndigheter och vittnesmål från många berörda och deras anhöriga, bland annat dem jag ska träffa och ta emot ett upprop ifrån i eftermiddag, visar att det alltför ofta inte fungerar. För personer som har både missbruk eller beroende och samtidigt psykisk ohälsa är det inte bara viktigt utan avgörande att man behandlar den psykiska ohälsan och missbruket samtidigt och samordnat. Det krävs ofta längre behandlingstider och ett stödjande och pedagogiskt förhållningssätt.

Detta handlar helt enkelt om människor som under en period behöver samhällets stöd extra mycket. Ändå vet vi att stödet brister. Det händer att personerna hamnar mellan stolarna, och när flera huvudmän ansvarar blir det ibland otydligt var gränserna går. När något är fleras ansvar slutar det ibland med att ingen känner och tar ansvaret alls.

I de här fallen, när det handlar om människor som kanske behöver samhällets stöd mer än någonsin, blir konsekvenserna sådana som vi har kunnat ta del av här och som jag också vet är skälet till den här utfrågningen – fruktansvärda och oacceptabla. Vi måste gemensamt bli bättre. Jag vill upprepa att det gäller kommuner, stora som små. Det gäller landsting och

regioner. Det gäller självklart också den nationella nivån, som jag representerar och ansvarar för. Vi behöver göra det tillsammans om vi ska ha framgång.

Jag skulle förstås önska att det fanns ett färdigutrett förslag med förbättringar på mitt bord här och nu och som jag bara kunde gå fram med. Det finns inte än. Men i augusti förra året fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att kartlägga förekomsten av just samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Socialstyrelsen ska också analysera hur samverkan mellan olika verksamheter fungerar och hur detta påverkar förutsättningarna för en god vård och omsorg och vid behov lämna förslag på hur vården och omsorgen kan förbättras genom samverkan.

Jag ser mycket fram emot när det uppdraget ska slutredovisas, den 30 november i år. Jag tänker att vi gör det gemensamt. Jag ser också framför mig att vi med hjälp av det uppdraget kommer att kunna ta tydliga steg mot att förbättra samverkan mellan de olika aktörerna och förbättra situationen och tillgängligheten till rätt vård för personer med samsjuklighet.

Jag inledde med att säga att jag ser det här som ett folkhälsoproblem som inte är isolerat till vare sig vården eller socialtjänsten. Så är det nämligen. Vi ska se till att var och en som behöver vård och stöd får det i tid, men vi måste också se till att färre hamnar där. Å ena sidan ska vi stärka vård och stöd kring den som behöver det. Å andra sidan måste vi lyckas stärka det förebyggande arbetet.

Vi vet att det finns en tydlig koppling mellan livsvillkor och hälsa i allmänhet och mellan livsvillkor och psykisk hälsa i synnerhet. För att på både kort och lång sikt minska den psykiska ohälsan behöver vi ha parallellt fokus på alla människors livsvillkor. Det gäller tillgänglig första linjens vård och specialiserad vård med hög kvalitet.

Det finns inga enkla svar på hur vi löser vare sig den psykiska ohälsan i allmänhet eller den allvarliga situationen med samsjuklighet för personer med psykisk ohälsa och beroende. Men det är vårt ansvar – oavsett om det är svårt, oavsett om det är komplicerat, oavsett om vi ska göra det tillsammans på olika nivåer – att lösa också svåra problem. Vården och omsorgen måste fungera inte bara *också* utan i synnerhet *för* personer med komplex problematik, även om det kräver insatser från flera aktörer. Om vi menar allvar med vård efter behov är väl det här en grupp att verkligen utgå från.

Jag har talat om problem i dag. Ibland är det viktigt att göra det, att fördjupa sig i problemen för att komma överens om hur problembilden ser ut och på det sättet finna en väg, den bästa vägen, framåt. Jag vet att det i den här salen men också runt om oss utanför den här salen finns en beslutsamhet och en önskan att både förändra och förbättra för personer med samsjuklighet. Jag hoppas att vi har samma beslutsamhet när det gäller att arbetet inte bara handlar om vård och stöd utan också om att förbättra människors levnadsvillkor.

Innan jag avslutar vill jag tacka socialutskottet för att ni anordnar den här utfrågningen. Jag vill också tacka alla berörda, alla organisationer och inte minst dem som jag ska möta i eftermiddag på ett mer publikt sätt, för att de

orkar och orkar berätta. Det är helt avgörande för att vi som sitter i de här husen ska kunna förstå bättre och utgå från hur det de facto ser ut. Jag vill verkligen tacka er för att ni orkar. Psykisk ohälsa, missbruk och beroende är områden som är belagda med stigma. Genom att människor, organisationer och individer vågar träda fram hjälper de andra att förstå att det man är med om delas av andra. Stort tack till alla inblandade!

Ordföranden: Nu har utskottets ledamöter och ersättare möjlighet att ställa frågor till alla som har medverkat och talat här i dag samt till Folkhälsomyndigheten, till IVO som finns i salen, till Kerstin Evelius som satt på läktaren tidigare och till Gerhard Larsson från den tidigare Missbruksutredningen som också finns här.

Dag Larsson (S): Tack så mycket för fina föredragningar i dag! Jag tror inte att det är någon som är nöjd med hur situationen ser ut när det handlar om samsjuklighet i Sverige, även om vi här i dag har fått ta del av väldigt bra exempel, inte minst från Eskilstuna och Skåne.

Jag har en fråga till Gerhard Larsson, den tidigare missbruksutredaren. Tycker du, Gerhard, att vi har tagit till vara de förslag som du lade fram i din utredning?

Gerhard Larsson: Det kändes som en ledande fråga. Jag tycker inte det. Jag är glad över att en hel del av förändringsförslagen är genomförda. Men några bärande förslag är inte det.

En bärande fråga är att vi i Sverige bör, precis som 25 av 27 EU-länder, se beroende som en sjukdom. Det innebär att det ska vara sjukvården som tar ansvar för behandlingsinsatserna. Det tillämpas alltså i 25 av 27 länder. I och med det skulle vi också få en integrering när det gäller behandlingen för beroende, som egentligen är en psykisk sjukdom, och det som många samtidigt har, nämligen depression och ångest eller ännu kanske svårare psykiska sjukdomar som vi hörde talas om här som schizofreni med flera andra psykiska åkommor. Utifrån den vetenskapliga litteratur vi har och utifrån vad vi har kunnat se internationellt och i Sverige är det i dessa fall viktigt med samordnade och samtidiga handlingar.

Jag har varit med så länge att jag var med och utformade nuvarande socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen i början på 80-talet. Jag gillade då utformningen av denna ramlagstiftning och tyckte att det var jättebra. I samband med Missbruksutredningen, dryga 30 år senare, fick jag möjlighet att se över hur det fungerade och tvingades konstatera att synsättet kraftigt förskjutits när det gäller synen på vad beroende är och vilken typ av behandling man behöver. Det är inte en social fråga, så som det utformats i hittillsvarande lagstiftning. Precis som när det gäller annan psykisk sjukdom krävs en behandling med både medicinska och psykosociala insatser.

Som svar på frågan kan jag säga att jag hoppas att tiden mognar. Många av exemplen och berättelserna som dragits här i dag styr mot att vi behöver en nationell ordning och ett upplägg där vi drar konsekvensen av vad beroende är. För den som vill ta tag i det finns det också i Missbruksutredningen ett färdigt lagförslag hur det utformas, som en pluslag till dagens socialtjänstlag och hälso- och sjukvårdslag.

Barbro Westerholm (L): Min fråga går till SKL. Den bygger på att ACT-teamet i Malmö uppmärksammade problemen med sekretesslagstiftningen, en välment lagstiftning som går människor emot.

Med tanke på att SKL arbetar med att förverkliga SIP undrar jag om ni ser samma problematik. Behövs en översyn av sekretesslagen?

Ing-Marie Wieselgren, Sveriges Kommuner och Landsting: När personerna själva vill att man ska samordna sig kring dem fungerar lagstiftningen med individuella planer och alla de där verksamheterna. När de inte vill det blir det problem. Jag stöter på många närstående som just säger att deras närstående har stora problem och behöver samordning men att personen inte vill samtycka till det. Det kan handla om den här gruppen som vi har pratat om nu. Men vi ser det också bland till exempel äldre, när man har tappat förmågan att bedöma sin egen situation. Då skulle vi nog behöva se över det där. Det kan också gälla barn. När föräldrarna inte är överens kan vi få samma problematik, att samordningen som behövs inte blir av.

Det finns också saker som behöver ses över mellan LPT, tvångslagstiftningen inom psykiatri, och LVM, missbrukslagen. Det är stora steg mellan frivillighet och när vi kan ta till tvång. Vi skulle behöva någonting däremellan. Då skulle sekretesslagstiftningen men säkert också en del andra saker behöva ses över.

Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Landsting: Jag vill tillägga en sak. I samband med den nya lagstiftningen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård har vi också märkt att sekretesslagen kan utgöra hinder för att få till snabb informationsöverföring mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården och den öppna vården, vilket kan fördröja insatserna.

Det finns alltså säkerligen skäl att se över den.

Anders W Jonsson (C): För ett år sedan hade vi ett seminarium här i riksdagen med ett antal mammor som har skrivit en antologi: Vi begravde våra barn. Vi har i Sverige en dödlighet i narkotikaberoende på 100 per miljon. EU-genomsnittet ligger på 20. Det är alltså fem gånger så högt i Sverige.

Jag vill ställa en fråga till Socialstyrelsen. Den bisarra uppdelningen i lagstiftningen som vi har är självklart en förklaring. Men vilka andra förklaringar finns det till att Sverige har fem gånger så hög dödlighet för en

patientgrupp? För alla andra patientgrupper skulle larmklockorna ringa. Men när det gäller den här gruppen bryr man sig inte så mycket, och det är ingen som uppmärksammar det. Vad beror det på? Jag undrar vad Socialstyrelsen säger.

Mattias Fredricson, Socialstyrelsen: Det är väldigt stora, svåra och komplicerade frågor vi diskuterar här i dag. När det gäller just den här formen av samsjuklighet är samverkan väldigt viktigt, precis som Anders W Jonsson är inne på. Det kommer vi att titta på inom riktlinjerna som vi arbetar med.

Jag tror att den omfattande siffran i Sverige säkert har flera olika förklaringar. Man behöver titta på det ur flera olika perspektiv. Jag tror inte att vi i dag har ett samlat svar på exakt varför det ser ut på det sättet. Men det är något som vi definitivt måste ta med oss i det fortsatta arbetet. Det känns inte riktigt relevant att ha en sådan skillnad.

Pia Steensland (KD): Varmt tack till alla som har delat med sig, inte minst av egna erfarenheter och verksamheter ute i landet som fungerar på ett bra sätt. Det är glädjande för mig att Sörmland ligger i framkant, eftersom jag är ledamot för Kristdemokraterna för just Sörmland. Så tack för det!

Jag vill följa upp det som Gerhard Larsson säger. Jag är själv beroendeforskare, och för mig är det självklart att beroende är en sjukdom. Det är en psykisk diagnos bland alla andra, och det krävs vård för att man ska komma vidare i livet på ett bra sätt.

Jag skulle vilja ställa min fråga till socialministern. Är socialministern beredd att se över möjligheten för det som Gerhard Larsson pratar om, att erkänna beroendesjukdom som en faktisk sjukdom? Och finns det möjligheter att se över om huvudmannaskapet kan vara en del av lösningen för att komma vidare med en mer sammanhållen beroendevård?

Socialminister Lena Hallengren (S): Tack för frågan!

Det är ett ganska bra tag sedan Gerhard lämnade sin utredning. Jag var tvungen att googla hur länge sedan det var. Det närmar sig ändå tio år. Det är beklagligt att den inte behandlades på ett bättre sätt när den lämnades. Det vill jag verkligen understryka. Som alla i riksdagen känner till börjar det bli svårt att använda en utredning som har så många år på nacken.

Jag tycker i grund och botten att Gerhard Larsson har gjort många kloka inspel; det var ett gediget arbete som gjordes. Vi behöver diskutera frågan såväl utifrån det som då gjordes som vad som fortfarande är relevant och vad som behöver uppdateras. Som Gerhard Larsson säger finns det en pluslag som man kan titta på. Men det är ett litet dilemma att utredningen inte hanterades bättre när den lämnades för så många år sedan. Vi får helt enkelt ta nya tag.

Camilla Waltersson Grönvall (M): Än en gång varmt tack för väldigt intressanta och informativa presentationer och extra varmt tack till Tina som inledde och på något sätt satte oss precis där vi behöver vara.

Det här understryker bara det uppenbara som vi har diskuterat så många gånger under så många år. Jag har varit politiskt aktiv sedan början på 90-talet. Oavsett om jag har suttit i socialnämnd, utbildningsnämnd eller vad det än har varit har det ständigt varit mer samverkan som har diskuterats. Det börjar kännas som något vi har pratat om väldigt länge, men vi har svårt att komma till skott.

Hur glad man än blir av att höra om alla positiva delar, till exempel från Eskilstuna och Strängnäs, understryker det också att det är ojämnt i Sverige när det gäller vilken vård, vilket stöd och vilken hjälp man får. Därför är min fråga något bredare. Handlar det om ett samlat huvudmannaskap? Eller vad är det mer som vi politiker måste göra? Jag tror att vi är ett samlat gäng, oavsett vilka partier vi kommer från, som verkligen vill göra allt vi kan för att komma vidare i frågan.

Jag skulle vilja att samtliga ni, utifrån era olika bakgrunder, ringar in vad det är som vi måste fokusera på just nu. Är det samlade huvudmannaskapet den enskilt största frågan? Eller vad mer behöver vi ringa in?

Jan-Eric Josefsson, Statens institutionsstyrelse: Jag är lite försiktigt tveksam till om bara en förändring av huvudmannaskapet löser alla dessa problem. Jag tror att det krävs andra saker också. Men den ska vara huvudman som är bäst lämpad. Det är inte svårare än så.

Jag delar uppfattningen att missbruk i det här fallet är, som man pratar om här, en sjukdom. Jag är inte medicinare själv, men jag delar den uppfattningen. Men jag kan som sagt inte bortse från att många av våra klienter, även ungdomar, har en omfattande historia inom hälso- och sjukvården. Och den har inte alltid varit särskilt framgångsrik. Det finns säkert många olika förklaringar till det.

För att återknyta till det jag inledde med tror jag alltså inte att ett samlat eller annorlunda huvudmannaskap löser alla dessa frågor.

Lars-Torsten Larsson, Socialstyrelsen: Vi kan inte säga med någon säkerhet huruvida huvudmannaskap kommer att leda till det ena eller det andra. Det vi däremot vet är att vi har kommit en bra bit på vägen förutsatt att man arbetar mot ett gemensamt mål.

Vi publicerar dessutom ganska många rekommendationer till såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård. Många av dem hanterar just samverkansfrågor. Kan man få en förbättrad implementering av det vi rekommenderar i sammanhanget, som bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet, tror jag att man har kommit en bra bit på vägen.

Vi har, som socialministern nyss sa, fått ett utredningsuppdrag om just samverkan som vi kommer att publicera i november månad. Där gör vi även

en analys av kostnader för detta. Kanske kan vi vara lite tydligare i vårt svar i samband med det.

Ordföranden: Jag är medveten om att myndigheterna arbetar under lagarna. Sveriges Kommuner och Landsting arbetar på sina medlemmars uppdrag.

Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Landsting: Tydliggörande av ansvarsfördelningen och huvudmannaskap är väl en del, men som har sagts förut tror jag inte att det löser alla problem. Samtidigt kommer vi att ha ett fortsatt behov av samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, precis som när det gäller annan psykisk ohälsa. Det måste vi bli bättre på.

Jag tror också att det handlar mycket om en förändrad syn på missbruk och beroende. Den måste präglas mer av vetenskap och beprövad erfarenhet snarare än politik och ideologi. Det här är ett område där det fortfarande finns ganska stora ideologiska motsättningar. Det behövs en syn som är mer präglad av vetenskap och beprövad erfarenhet tillsammans med tydliggörande av ansvarsfördelningen och huvudmannaskapet, plus att vi måste bli bättre på att samverka och samordna oss – för den enskildes bästa.

Ing-Marie Wieselgren, Sveriges Kommuner och Landsting: Det som den nationella politiken kan göra är att fortsätta hålla ljuset på det här. Då gäller det att efterfråga resultat – Hur går det? – att hela tiden fråga efter om det går framåt och vad som händer. Då kommer det nog också att behövas mer medel för forskning och uppföljning, så att vi vet vad vi gör för något.

Mitt i den här diskussionen tänker jag, även om jag som läkare ser vilka möjligheter sjukvården har, att det sociala perspektivet är oerhört viktigt. Vi får inte tappa bort det. Det är svårt att hjälpa någon som inte har bostad, inte har ett sammanhang eller inte har ett nätverk. Vi måste se till att hela tiden hålla hög standard även på de insatserna.

Gunilla Cruce, ACT-teamet: Jag har kontakt med Norge och Danmark när det gäller integrerade insatser. Där satsar man många miljoner på att införa integrerade team, inte bara för dem som har de mest omfattande svårigheterna, som jag redogjorde för, utan även för personer som har inte riktigt så komplicerad problematik men där man behöver integrera. Där är det självklart att man har missbruksspecialister i det psykiatriska teamet som arbetar tillsammans med övrig kompetens. Flexibel ACT kallas det.

Karin Rågsjö (V): Tack för alla bra föredragningar! Och tack till er som sitter på läktaren! Det är ni som har initierat den här utfrågningen, kan man säga. Utan att medierna hade dragit i frågan hade vi inte suttit här.

Den här gruppen, beroende och beroende med psykisk ohälsa, är en fråga som inte är aktuell nu. Den har, om vi ska vara ärliga, varit aktuell i decennier. Men vi har sällan diskuterat den här sortens frågeställningar i riksdagen.

Jag vill rikta min fråga till Socialstyrelsen. Man kan se att ojämlikheten för den här gruppen är enorm när det gäller hälsa. Ojämlikheten över landet är också väldigt stor. Det kan inte bara handla om huvudmannaskap. Det handlar också om exempelvis resurser och resurstilldelning. Det jag, som har jobbat i beroendevården för ganska länge sedan, kan se är att man har trasat sönder väldigt mycket. Kan ni se att det också handlar om bristande resurser? De riktlinjer ni har är nämligen superbra. Men de följs inte.

När jag ändå är på banan har jag också en snabb fråga till Sis. Ni har länge pratat om att ni inte mäktar med att ta hand om och fixa alla de personer som har just psykisk ohälsa och är inom Sis. Vad är er vision? Hur skulle ni vilja jobba med de frågorna?

Jan-Eric Josefsson, Statens institutionsstyrelse: Tack för frågan!

Vi har en vision och kanske till och med något mer än så, nämligen en ambition att tillsammans med SKL och ett antal sjukvårdshuvudmän försöka oss på någon pilotverksamhet där vi genom samlokalisering av framför allt barn- och ungdomspsykiatri och vår verksamhet skulle kunna nå något av det som har redovisats från både Eskilstuna och Malmö här i dag. Det tror jag skulle kunna vara intressant.

Det skulle kunna vara min vision.

Pernilla Stålhammar (MP): Tusen tack för oerhört bra dragningar! Jag är bara två veckor gammal i det här utskottet. Jag vill framför allt säga tack till Sannes mamma Eva som ställde upp och berättade om familjens situation i Uppdrag granskning. Jag vill säga tack till Tina på Hjärnkoll och alla andra som ställer sig upp och berättar om situationen. Det finns så många stigman i samhället som man måste lyfta på. En sak var metoo-rörelsen, som man måste fortsätta prata om. En annan sak är de här frågorna, som vi måste prata öppet om för att kunna få förändringar till stånd.

Med detta sagt har jag en fråga som jag inte vet vem jag ska rikta den till. Det kommer rapporter då och då. Senast i dag var det ett inslag på TV4 om personer som placeras på LVU-hem. Men det finns problem med att det på de institutionerna är fullt med missbruk och knark som flödar. Vad gör man åt sådana saker? Det är inte särskilt stor mening att bli placerad om det ändå går att fortsätta missbruka och dela med sig av det.

Jan-Eric Josefsson, Statens institutionsstyrelse: Vi har noterat att ett av våra fackförbund har gjort en medlemsenkät. Den har TV4 fångat upp i dag. Vi har inte själva fått ta del av resultatet av enkäten. Därför är det lite svårt att kommentera. Jag ber helt enkelt att få återkomma.

Ordföranden: Jag ska be att Socialstyrelsen svarar på Karin Rågsjös fråga. Jag missade det tidigare.

Mattias Fredricson, Socialstyrelsen: Precis som lyfts fram är vi angelägna om att riktlinjerna implementeras. På det sättet kan vi stödja och åstadkomma en mer jämlik vård och omsorg över hela landet. För att göra det kommer vi sannolikt att under hösten dra igång en utvärdering av de riktlinjer som vi har tagit fram. Till varje riktlinje finns det nämligen kopplat indikatorer som gör att vi kan följa utvecklingen.

Ett sätt för oss att stödja vården och omsorgen ytterligare är att undersöka hur arbetet går, hur man implementerar riktlinjerna och på vilka områden det behöver tillföras ytterligare resurser för att åstadkomma ännu mer resultat. Det är alltså något som vi på myndigheten just nu diskuterar att dra igång under hösten.

Lina Nordquist (L): Jag håller helt med om det som många har sagt här; det har gått åtta år sedan Missbruksutredningen, och fortfarande har sjukvården inte det fulla ansvaret för just sjukvård. Då är det något som är fel.

Jag tänker att det största mörkret egentligen drabbar de allra mest utsatta som tas om hand av Statens institutionsstyrelse. Ni på Sis nämnde att verktygslådan inte räcker till. Det finns också en del andra rapporter sedan tidigare om att det är alldeles för få samarbetsavtal med landsting för att få tillgång till psykiatri. Ibland kan det vara på det sättet att psykiatrin inte riktigt vill eller klarar att ta hand om människor, inte ens när det är självmordsrisk och väldigt akut.

Jag vill fråga om verktygslådan. Vilka vägar finns för att förbättra samarbetet? Räcker det i slutändan med att förbättra samarbetet, eller kan man tänka sig att Sis uppdrag skulle kunna breddas eller förändras? Det gäller personalsammansättning och andra typer av Sis-enheter. Jag har sett att ni har haft en del utlysningar om att anställa just psykiatrer. Min fråga är: Kan det behövas ett annat uppdrag?

Jan-Eric Josefsson, Statens institutionsstyrelse: Det ankommer kanske inte på mig som myndighetschef att beställa olika typer av uppdrag för myndigheten. Men jag förstår frågan.

Socialstyrelsen har alldeles nyligen, i dagarna faktiskt, presenterat ett svar till regeringen på ett uppdrag om något som lite förenklat har uttryckts som integrerad vårdform. Där har Socialstyrelsen pekat ut Sis, i varje fall som en tänkbar spelare. Om man ska kalla det huvudman eller något annat vet jag inte. Vi har naturligtvis deltagit i utredningen. Det är väl ett område som man kan studera lite närmare. Det skulle kunna vara ett sätt att fylla på den verktygslåda vi har.

Jag vill ändå säga, liksom jag har sagt vid något tillfälle tidigare, att respektive huvudman gör nog i princip vad man kan och vad som faller inom det egna ansvarsområdet. Problemet är att vi har något slags ingenmansland mellan myndigheter och olika huvudmän. Det har lagstiftaren förmodligen tänkt att man ska överbrygga med hjälp av överenskommelser, samverkansavtal och gud vet vad. Det funkar uppenbarligen på ett antal ställen. Det har vi sett bevis på här i dag. Men det funkar inte överallt. Där tror jag kanske att vi måste hitta andra vägar.

Jag tror dessutom att när man, som vi gör, jobbar uteslutande med tvångsvård – man har alltså inte direkt medverkan från den det berör, klienten eller ungdomen – erbjuder det ännu större svårigheter att möta de stora behov som finns hos den här gruppen.

Gerhard Larsson: Jag har lite svårt att inte peka på ett annat bärande förslag Missbruksutredningen hade anledning att lägga fram. När jag lyssnade på Tina här på morgonen var detta väldigt tydligt, nämligen att Sverige avviker i förhållande till vad som är vanligt inom EU. Vi har två parallella lagstiftningar för tvångsvård – LPT och LVM. I det ena fallet är det kommunen som tar initiativet, och i det andra fallet är det en psykiater som tar initiativet.

När vi inom utredningen studerade vilka personer som var i tvångsvård inom LPT och inom LVM kunde vi konstatera att det var, om jag får använda ett slarvigt uttryck, en sinkadus. Det handlade om var man bodde, om man fick tvångsvården via LPT eller LVM. Det berodde på vem som tog initiativet. Om det var socialnämnden som kände för dessa frågor och ville hjälpa en person och det var nödvändigt med tvångsvård hamnade den personen i LVM. Eller så kunde det vara den läkare, psykiater, som man mötte som tog initiativet.

Vi kunde konstatera att samma dag och under en längre tidsperiod var det fler personer inom LPT som hade beroendeproblematik än vad man kanske egentligen tänkte sig när LPT utformades. Det är inte fel sett ur lagstiftningens innebörd, eftersom beroende är en psykisk sjukdom och vice versa. Problematiken med detta är inte bara att det är en sinkadus, om jag får använda det slarviga uttrycket, var man hamnar, utan det är också att LVM-vården, som Sis representerar, inte har rustats med psykiatrisk kunskap och kompetens. Det ingår inte i deras upplägg och förutsättningar att arbeta. Och LPT är tunt bemannad när det gäller personer med psykosocial kompetens och psykoterapiinsatser.

Jag tycker att det är väldigt viktigt att framhålla att en samordning och integrering av dessa två lagstiftningar är en angelägen reform för Sverige. Vi har god internationell erfarenhet av att det är fördelaktigare att ha *en* lagstiftning. Och när vi nu försöker närma oss, hoppas jag, att i praktiken se beroende som en psykisk sjukdom är det naturligt att man också tar detta steg.

Jag vill gärna hänvisa till att underlag och förslag på den här punkten också finns i den Missbruksutredning som jag tidigare överlämnat till regeringen.

Det handlar om att integrera dessa två lagar till en lagstiftning och om de konsekvenser som det skulle innebära.

Ulrika Heindorff (M): Tack för en bra förmiddag, allihop! Jag har en fråga som rör det förebyggande arbetet. Jag tänker att den ställs till Socialstyrelsen, gällande nationella riktlinjer, men även till SKL.

Jag undrar på vilket sätt man tar upp det förebyggande arbetet i de olika dokument som finns. Och finns det några delar där vi som lagstiftare hade kunnat stärka det förebyggande arbetet, som ni ser det?

Jag har kanske även en fråga till Tina Essner, om hon vill svara. Fanns det någon aktör, typ vårdcentral, psykiatrin eller liknande, som hade kunnat vara med och hjälpa dig i det förebyggande arbetet? Det skulle vara intressant att höra det perspektivet också.

Mattias Fredricson, Socialstyrelsen: Det förebyggande arbetet är naturligtvis väldigt viktigt, och det är någonting som måste vara med i ett helhetsperspektiv. Jag tänker att det säkert är någonting som kommer att komma fram bland annat i det uppdrag vi har nu, där vi tittar lite grann på samverkan. Jag kan inte säga att vi i dag har pekat ut det särskilt i några dokument, men det är säkert någonting som vi kan utveckla framöver i våra revideringar av de nationella riktlinjerna.

Tina Essner, Hjärnkoll: Jag tänker att det i mitt fall först och främst hade varit skolan. Redan i skolan kunde lärarna ha sett att det var någonting som inte stod rätt till, för jag mådde dåligt redan i 7–8-årsåldern. Jag hade svårt att sitta stilla i klassrummet, och jag hade dyslexi. Men det missade de. Det var först när jag var 15, 16 och var inom Sis och LVU som man upptäckte att jag bland annat hade dyslexi och koncentrationssvårigheter.

Jag tänker att prevention, förebyggande arbete, är jätteviktigt. Det är viktigt att fånga upp barn och unga tidigt. Men jag tänker även på hur det är i Eskilstuna och här i Stockholm. Jag tänker på Beroendecentrum, Maria Ungdom och Mariapol och på när man faktiskt har olika kompetenser under samma tak, för det blir så mycket enklare.

Ing-Marie Wieselgren, Sveriges Kommuner och Landsting: Jag tänker, precis som Tina säger, att skolan, elevhälsan, är väldigt viktig.

Jag tror att det ni kan göra är att bli tydligare med att de myndigheter som är berörda av detta har ett uppdrag att ta fram underlag. Det finns inte så mycket i riktlinjerna, och det har att göra med att det inte finns så stark evidens. På det sätt som man har tagit fram riktlinjer tidigare har det inte funnits med. Men här tror jag att det är viktigt att det kommer gemensamt från Skolverket, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten och att budskapen hålls ihop, så att det blir tydligt vad det är man ska göra för någonting. Vad är det vi vet utifrån

erfarenhet, även om det inte finns forskningsstudier fullt ut? Sedan handlar det om att man kopplar på uppföljning på det. Det är så man kan göra. Man kan våga prova nya saker om man följer dem ordentligt.

Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Landsting: Jag kan komplettera. När vi nu har tagit fram SKL:s handlingsplan när det gäller missbruk och beroende har vi gjort en avgränsning till tidig upptäckt och tidiga insatser. Anledningen är att vi också har ANDT-strategin, som kanske har mer fokus på förebyggande insatser. Men vi har tydliggjort i handlingsplanen vilka mål som vi kopplar till ANDT-strategin. Samtidigt är för mig förebyggande insatser ingen isolerad del. Det måste hela tiden finnas med i hela vårdkedjan, för det handlar om att förebygga återfall och att förebygga att personer hamnar i ett svårare missbruk.

Michael Anefur (KD): Tack så mycket för alla föredragningar och berättelser – jättebra! Det finns alltid en risk när man gör den här typen av uppsamlingar. Risker är att vi hamnar i systemen, att vi hamnar i hur den ena myndigheten eller den andra myndigheten ska göra eller hur lagstiftningen ska vara. Därför var det så himla trevligt att Tina började och satte fokus på att det handlar om människor. Alltihop handlar om enskilda människor, deras situation och deras möjlighet att få hjälp. Det är så himla lätt, tror jag, att både som politiker och myndighetsperson fastna i systemet på något sätt och glömma att det ytterst handlar om människor.

Jag skulle vilja säga att en anledning till att vi har denna hearing i dag är reportaget om Sanne. Jag tror att det väckte väldigt många människor i Sverige. Oj, är det så här det ser ut? Hur kan det vara så? Ingen gör fel, och Sanne förlorar.

Tina sa en liten mening som jag noterade och reagerade på: För mig blev det mer förvaring än behandling. Hur ser Sis på det? Det är inte bara Tina som har sagt detta. Jag har stött på det på flera håll. Det gäller inte bara Sis, utan även LVM-hem, LVU-hem och så vidare. Hur gör vi för att det ska bli en behandling och inte en förvaring?

Det var den ena frågan. Den andra frågan ställer jag också till Sis. Vad har Sis för tankar på att utveckla sin verksamhet? Jag tror att det var Gerhard Larsson som sa här att man inte har så mycket psykiatrisk kompetens inom Sis i dag. Samtidigt pratar vi om att vi börjar bli alltmer överens om att beroendesjukdom faktiskt är en sjukdom. Då måste psykiatrin vara med även i fråga om våra tvångsmedel, så att säga.

Det var de två frågorna till Sis.

Maria Skoglund, Statens institutionsstyrelse: Jan-Eric nämnde det här med tvångets paraply över de insatser vi gör. Men vårt uppdrag är att bryta ett pågående missbruk och motivera till fortsatt frivillig vård. Det är inte så bara

med de klienter som kommer till oss, som inte vill vara hos oss och som har en beroendesjukdom. Men vi gör allt för att motivera till fortsatt frivillig vård och planerar för adekvata insatser så att klienterna ska kunna gå vidare, till exempel till en § 27-placering, där man får mer riktade insatser. Det finns också de som är kvar hos oss hela vårdtiden. Men drygt 70 procent av våra klienter går vidare till en § 27-placering, där man har möjlighet att få en mer individuellt anpassad vård.

När det gäller att utveckla verksamheten inom det psykiatriska området lämnar jag över till Jan-Eric.

Jan-Eric Josefsson, Statens institutionsstyrelse: Sis är en verksamhet som huvudsakligen har sin utgångspunkt i sociallagstiftningarna och inte i hälso- och sjukvården. Vi ska se till att det finns tillgång till läkare både på de särskilda ungdomshemmen och på LVM-hemmen, gärna med specialistkompetens av olika slag. Men vi är ingen vårdgivare. Det uppdraget har vi inte i vår instruktion.

Om vi skulle öka antalet psykiatrer – inom parentes säger jag: var man nu ska hitta dem någonstans – behöver vi helt enkelt ha ett sådant uppdrag, att vi ska ägna oss mer åt sjukvård. Då kan jag personligen vara lite tveksam till om det är Sis som ska ha ett sådant utökad uppdrag. Borde inte den frågan lösas inom den ordinarie hälso- och sjukvårdsverksamheten?

Mats Wiking (S): Jag har själv jobbat som socialarbetare. Jag måste tacka er för fantastiska framföranden. Det gäller speciellt dig, Tina.

Jag tänker gå in lite grann på detta med den personliga kontakten och kompetensen, som är så viktigt för mig. Jag har förstått detta av både ACT-teamet och er från Eskilstuna. I behandling som fungerar finns det kompetens. Man kan samarbeta, och man kan hitta vägar. Sedan behövs det säkert förändringar. Man behöver kanske skruva lite i lagstiftningen och sådant. Men just detta med samverkan är oerhört viktigt.

Jag tänker på kompetensen. Jag, som har varit socialarbetare i många år, ser att många flyr från branschen; de stannar inte länge. Då ska man skola in ny personal, och det tar tid. Det är ett av världens viktigaste jobb, tycker jag, att hjälpa människor. Hur tänker SKL och Sis runt detta med kompetensen? Och hur jobbar vi för att vi ska få rätt kompetens utifrån att det är, tänker jag, ett svårare och svårare arbete?

Ing-Marie Wieselgren, Sveriges Kommuner och Landsting: Ja, där kommer vi tillbaka lite grann till statusen. Vi behöver hjälpas åt att lyfta att det här är de viktigaste frågorna i samhället. Att ta hand om människor i deras mest utsatta situation måste vara det finaste som vi gör. Jag tror att även forskning och utveckling kan hjälpa till. Då gäller det i både socialtjänst och hälso- och

sjukvård att vi blir duktigare på att veta vad som är rätt att göra. Då får det också en högre status. Det tror jag är en del i det.

Just när man har fått till de integrerade formerna har vi sett att människor gärna stannar där. Det är roligt att jobba där när man ser att man kan göra ett bra jobb. Jag tror att vi som arbetsgivare har anledning att verkligen stödja den utvecklingen. Då handlar det, precis som vi var inne på förut, om allt från integrerade verksamheter i det förebyggande arbetet till arbetet med dem som har de största problemen. Det handlar om att människor får göra ett bra jobb och att de kan vara nöjda när de går hem. Det tror jag är det bästa sättet att få människor att vilja jobba där.

Annika Eriksson, Statens institutionsstyrelse: Jag ska bara säga något lite kort om detta med kompetens. För behandlingsassistenter har vi minimum två år i eftergymnasial utbildning som kompetenskrav. Vi har tidvis haft väldigt svårt att hålla den riktlinjen. Vi hade ett undantag under ett par år, men nu är vi tillbaka i att verkligen kräva detta. Vi är väldigt måna om att vi har rätt kompetens.

Vi har ett omfattande valideringsprogram inom Sis, där de som har jobbat hos oss väldigt länge men som inte har den formella kompetensen får fortbilda sig inom myndigheten, så att de når upp till de krav som vi ställer. Enligt de uppföljningar vi gör är det väldigt positivt för dem som genomgår detta och också för vården och behandlingen.

Vi har också påbörjat en liten diskussion om att se över vår behandlingsassistentroll. Går den möjligtvis att differentiera? För vissa arbetsuppgifter kanske man till och med bör höja den, medan det finns andra uppgifter där man till och med kanske kan tänka sig att sänka den rollen lite grann – apropå detta med att kunna rekrytera.

Sedan satsar vi oerhört mycket på fortbildning generellt. Vi har en ganska gedigen utbildningskatalog, där det är kurser i väldigt mycket. Vi har också krav på olika kunskaper som man ska ha innan man får gå ut på våra institutioner. Vi jobbar jättemycket med kompetensfrågor på alla olika plan, med roller, med fortbildning, med validering och så vidare.

Gunilla Cruce, ACT-teamet i Malmö: Jag vill bara förstärka det som Ing-Marie sa om att arbeta i ett multiprofessionellt team med många olika kompetenser, där man lär av varandra och utvecklas i sin yrkesroll hela tiden. Det gör att man gärna stannar och fortsätter jobbet, hur tungt det än kan vara ibland.

Sofia Nilsson (C): Tack till alla som har bidragit till en väldigt intressant förmiddag! Många kloka frågor är redan ställda, och det är mycket intressanta svar. Jag tycker att det är intressant att höra om de goda exempel som vi har fått presenterade för oss i dag. Men samtidigt hör vi i alla berättelserna att det finns en problematik i arbetet och samverkan som kan härledas till

huvudmannaskap och lagstiftning, känner jag. Därför har jag en fråga till Ing-Marie Wieselgren: Finns det några rationella skäl till att ha tre olika tvångslagstiftningar – LPT, LVM och LVU – för personer med samsjuklighet?

Sedan funderade jag på en annan sak. Det är en fråga till Gerhard Larsson: Finns det några andra länder där man låter socialtjänsten ha ansvar för behandling av en sjukdom?

Ing-Marie Wieselgren, Sveriges Kommuner och Landsting: Nej, det finns ingen rationell förklaring. Det är bara historiska skäl, skulle jag säga, till att vi har uppdelade tvångslagstiftningar. Det rimliga borde vara att det är en enda lag när vi behandlar människor utan deras samtycke eller mot deras vilja. Och det borde gälla även lite mer utökat när vi använder tvång i andra situationer än bara kring den här gruppen.

Det är självklart att oberoende av orsak till att man behöver använda tvång borde vi ha samma tillsyn, samma rättssäkerhet och samma kunskapsbas. Den som orkar och vågar föreslå att man verkligen ska se över alla dessa tvångslagstiftningar på en gång får en stjärna från mig.

Gerhard Larsson: I Ungern inom EU har man ett ansvar hos socialtjänsten för behandling. I övrigt är det inte så. Delat huvudmannaskap har man i Finland, så som vi har i Sverige. Vad jag nu känner till är det Ungern, av de 27 länder vi har studerat, som har renodlat detta.

Mikael Dahlgvist (S): Stort tack för en intressant förmiddag till er allihop! Jag har en fråga som kanske riktar sig både till socialministern och till SKL. Det handlar om tillgänglighet, som diskuterats rätt mycket i dag. Regeringen har satsat ganska mycket pengar på tillgänglighet inom psykiatrin och när det gäller psykisk ohälsa, speciellt för barn och unga. I det här landet varierar tillgången på psykiatrer och annan personal. Speciellt i glesbygden är det i dag stora bekymmer när det gäller att få tid för en utredning, till exempel en neuropsykiatrisk utredning.

Min fråga till SKL och till Lena Hallengren är: Vilka åtgärder kan vi vidta för att stärka kompetensen i hela landet och öka tillgängligheten?

Socialminister Lena Hallengren (S): Tack så mycket för frågan! Detta är synnerligen komplext, och det beskrivs på något sätt i Mikael Dahlgvists fråga, tycker jag. Han beskriver utmaningar som handlar om tillgänglighet i hela landet. Men jag tänker: När vi talar om tillgänglighet i vården gäller det förstås alla, oavsett om det är en psykisk åkomma eller om det är en fysisk åkomma.

Du ställde också en fråga om kompetens. Det var någon som sa inom parentes: Var hittar man dem? Psykisk ohälsa ökar. Vi vill egentligen lägga in den aspekten på bra många håll i samhället. Det gäller äldre, yngre, skolan, kombinationer med andra diagnoser och så vidare. Jag tror inte att jag

överdriver om jag säger att detta är en flaskhals som vi verkligen behöver se över. Vi har också i januariavtalet ett uppdrag att titta på kompetensförsörjningen i vården, och det här är en del av detta, skulle jag säga.

Sedan vill jag gärna understryka att just det som är temat för hearingen, samsjukligheten, innebär specifika utmaningar. Förutom att klara tillgängligheten till vården eller till socialtjänsten är det verkligen en utmaning i sig hur man får dem att samverka och kompetenserna att samverka. Det är nämligen många olika kompetenser som kommer att krävas för att möta detta.

Ing-Marie Wieselgren, Sveriges Kommuner och Landsting: Ja, det är brist inte bara på psykiatrer utan också på sjuksköterskor och psykologer. Vi behöver förstås få fler som utbildar sig till det. Men sedan behöver vi se över vem som gör vad – det är jätteviktigt. Vi måste också fundera över: Vad är sjukvård och socialtjänst? Vad kan göras av frivilligorganisationer? Vad kan vara ett mer allmänt medmänskligt uppdrag, så att säga, att se till varandra? Jag tror att vi måste göra alla dessa saker på en gång plus, förstås, använda nya tekniker, som e-hälsa, på olika sätt.

Maj Karlsson (V): Jag får börja med att tacka för en superintressant och jätteviktig förmiddag. Jag har en fråga till Sis. Det är några som har varit inne lite på detta tidigare. Men ni sa i er dragning att de med samsjuklighet eller med stor psykisk ohälsa har väldigt svårt att tillgodogöra sig era insatser. Jag förstod det som att det var mest flickor i den gruppen. Då undrar jag lite grann hur ni arbetar med det. Vad ser ni för orsaker till detta, och vad skulle behövas för att vi ska kunna förändra det?

Annika Eriksson, Statens institutionsstyrelse: Jag tror att detta med att tillgodogöra sig våra insatser egentligen gäller både män och kvinnor och pojkar och flickor. De metoder vi använder är socialpsykologiska metoder och kognitiva metoder, som kanske inte alltid är så lätta att ta till sig om man har en sådan psykosocial hälsa som vi pratar om här i dag. Det var något mer du ville veta.

Maj Karlsson (V): Ja, min följdfråga var: Vad skulle behövas för att vi ska kunna förändra detta?

Annika Eriksson, Statens institutionsstyrelse: Vi utvecklar vår verksamhet konstant och försöker hitta bra metoder. Vi har nu ett pilotprojekt på gång på en institution för kvinnor, som vi tror skulle kunna vara bättre när det gäller att jobba med den psykiska ohälsan på ett mer genomgripande sätt utan att gå

in för mycket i något hälso- och sjukvårdsuppdrag. Vi försöker på alla sätt och vis utveckla vår verksamhet för de målgrupper som vi ser.

Johan Hultberg (M): Det har varit en jättespännande förmiddag. Vi som beslutsfattare har verkligen anledning att vara självkritiska. Detta är ett område där vi helt uppenbart har misslyckats. Vi har misslyckats under en lång tid. Som Anders tidigare lyfte fram ligger vi extremt högt när det gäller narkotikarelaterad dödlighet i Sverige. Det är delvis en konsekvens av den narkotikapolitiska ideologin i Sverige, där vi egentligen har varit mer angelägna om att straffa missbrukare än att kanske ge dem adekvat vård. Det är en anledning till att vi ligger efter, som Tina nämnde, när det gäller olika åtgärder för harm reduction.

Då är min fråga till Socialstyrelsen: Hur arbetar man för att vi i Sverige ska komma ikapp övriga länder när det gäller åtgärder för harm reduction och när det gäller att införa best practice på det området? Vad ligger på myndighetsnivå, och vad är vårt politiska ansvar? Det är naturligtvis ytterst det som har varit problemet: att det har varit politiska låsningar.

Min andra fråga gäller ett område som jag tycker att vi har ägnat lite för lite uppmärksamhet under denna hearing. Det handlar just om uppföljning. När jag som ny ledamot i socialutskottet har försökt närma mig denna problematik och dessa frågeställningar har jag förfasats över bristen på uppföljning. Vi har haft Sis hos oss i utskottet, till exempel. Vi har ställt upprepade frågor om uppföljning av hur det går för dem som behandlas inom Sis, och vi har fått väldigt otillfredsställande svar. Det gäller inte bara Sis, utan det gäller egentligen alla insatser på detta område.

Då är min fråga till IVO, som är en viktig aktör i detta sammanhang: Hur kan vi få till en bättre uppföljning, och hur kan uppföljningen framför allt bli mer sammanhållen? Vi pratar här om att vi behöver en sammanhållen vård. Men vi behöver också en uppföljning av hur det har gått för den enskilda klienten genom hela kedjan. Även era uppföljningar är väldigt mycket inriktade på den enskilda åtgärden i socialtjänsten eller i Sis, men vi behöver se varför det har gått så långt. Varför har inte den enskilda klienten fått bättre hjälp tidigare?

Guðrun Kågström Lindberg, Inspektionen för vård och omsorg: Det jag kan nämna är att vi under 2019 har initierat en ganska omfattande granskning av just uppföljningen. Då gäller det barn och unga, bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedjor när det gäller socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Detta gör vi för att kunna belysa just denna problematik och för att kunna följa och göra ordentliga händelseanalyser av enskilda individuella ärenden.

Mattias Fredricson, Socialstyrelsen: Det känns jätteviktigt att lyfta fram, precis som vi har varit inne på tidigare, vad vi kan göra för att begränsa utvecklingen när det gäller mortalitet på detta område. Vi kom alldeles nyligen med nya riktlinjer, där vi lyfte fram användningen av naloxon. Det är förstås bara en liten del, men det är någonting som vi hoppas ska kunna bidra till att bryta den här utvecklingen på i alla fall ett område.

Sedan tycker vi att det är fortsatt viktigt att följa frågan om samverkan mellan parterna och att stödja det. Därför har vi nu initierat ett projekt tillsammans med SKL där vi ska se om man i riktlinjerna kan titta på juridiskt vilken part som ska göra vad. Det hoppas vi också ska kunna bidra lite. Som jag var inne på håller vi även på att planera för att göra en uppföljning av detta område. Det handlar om att titta på dessa indikatorer och riktlinjer och se hur det faktiskt går. Vi tror att det kan bli ett väldigt starkt budskap i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Clara Aranda (SD): Jag tänkte fortsätta lite på spåret vad det gäller kompetens. Min fråga riktar sig till Sis. Med tanke på befintlig kompetensbrist tänkte jag fråga hur ni ser på att kompetensutveckla befintlig personal som arbetar inom LVU och LVM, så att man kan möta klienterna i deras psykiska ohälsa på ett bättre sätt. Vilka insatser skulle då kunna vara aktuella?

Annika Eriksson, Statens institutionsstyrelse: Vi jobbar konstant med kompetensutveckling av vår egen personal – på alla sätt och vis. Jag nämnde validering, till exempel, som är en rejäl utbildning. Det är kompetensutveckling för all vår personal som behöver det. Vi fortbildar också i olika metoder och i olika förhållningssätt. Vi för ut traumamedveten omsorg som förhållningssätt, till exempel. Jag skulle säga att vi satsar oerhört mycket på att kompetensutveckla vår personal.

Kristina Nilsson (S): Det börjar bli dags för mig att runda av. Som flera av utskottets ledamöter har sagt har det varit en oerhört bra förmiddag för oss som ska fatta beslut kring de här frågorna på den nationella nivån. Vi har fått nya perspektiv, och vi har nog alla lärt oss någonting nytt av er som varit här och gett oss den kunskapen. Varmt tack till våra myndigheter som har hjälpt till med detta! Vi kommer säkert att höras igen.

Det var fantastiskt bra att vi fick ta del av de goda exempel som faktiskt finns så att vi inte känner oss helt nedslagna och tänker att ingenting fungerar. Stort tack till Beroendecentrum i Eskilstuna och ACT-teamet i Malmö! Det var mycket bra att vi fick höra om era verksamheter.

Som utskottsledamöter tror jag dock aldrig att vi är nöjda med att det finns små öar av goda exempel och att möjligheten att få hjälp beror på var jag som medborgare bor någonstans. Jag tror därför att jag kan tala för alla politiska

partier i vårt utskott när jag säger att vi ska göra vad vi kan för att öka jämlikheten kring den här frågan, precis som i hela hälso- och sjukvården.

Som politiker tror jag också att det skulle ha varit skönt för oss om det fanns en enkel lösning på problemet och att vi kunde leverera ett förslag. Men det är ju så komplext och komplicerat så jag tror att vi förstår att det behövs många olika saker och att vi måste diskutera oss fram tillsammans till vad vi behöver göra nationellt, vad som behöver göras ute i kommunerna och vad som behöver göras i regionerna. Vi kommer att försöka göra det bästa för att göra vår del, och jag hoppas att alla andra tar ansvar för att göra sina delar.

Man ska vara försiktig med att lova, har jag lärt mig, för det är väldigt lätt hänt att man sedan står där och säger att det var inte så enkelt som jag trodde och det jag lovade blev inte riktigt som jag tänkt. Men jag kan i alla fall lova en sak, och det är att vi verkligen ska ta till oss det som Ing-Marie Wieselgren lyfte: Vi ska fortsätta att hålla ljus på den här frågan, och vi ska verkligen efterfråga resultat, för då tror jag att vi hjälper till att snabba på en process som kanske redan har fått ta alltför lång tid utan att visa tillräckliga resultat.

Vi ska göra vårt bästa för att jobba tillsammans, och när vi kräver samverkan av alla aktörer på det här området hoppas jag även att vi inom politiken ska vara goda förebilder och visa att vi minsann kan samverka med varandra över gamla blockgränser och kanske där vi tidigare har haft låsningar. När vi har en så viktig fråga ska vi kunna visa att det här kan vi faktiskt hjälpa till att lösa. Det handlar inte om att hitta politiska åtskillnader, utan det handlar om att hitta vad vi kan komma överens om.

Jag vill rikta ett särskilt tack till Tina Essner som, liksom flera har sagt, satte fingret på vad det handlar om: Det handlar inte om en enskild myndighets lyckosamma arbete eller om tillkortakommanden eller om politiska utspel – det handlar om vad vi kan göra för att de här människorna ska få den hjälp de behöver på ett bra sätt, var de än bor.

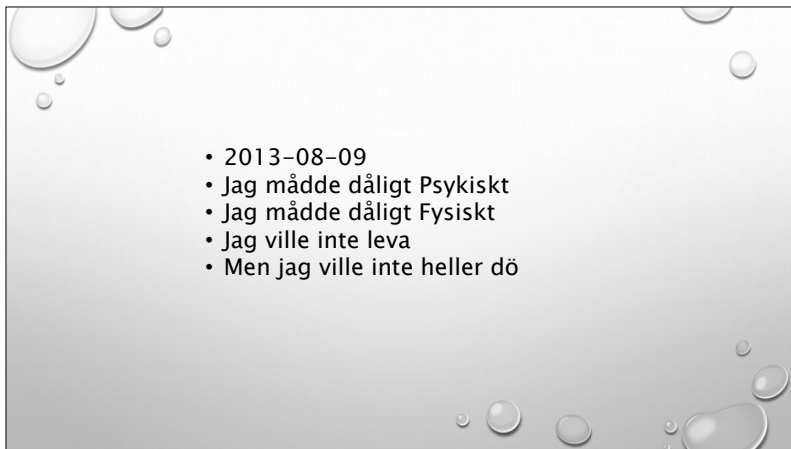
Stort tack också till er som har kommit hit och suttit på läktaren och lyssnat! Ni hjälper också till att sätta ljus på de här frågorna.

Tack för i dag! Nu kavlar vi upp ärmarna!

BILAGA 4

Bilder från offentlig utfrågning

Hjärnkoll



- 2013-08-09 Omedelbart omhändertagande enligt LVM
-Kan pga tidigare händelser och nuvarande skick inte läggas in på beroendeavdelningen i väntan på transport till LVM-hem.
- 2013-08-09 Begärs polishandräckning och förs till Karsuddens Psykiatriska Sjukhus
-Vårdas där enligt LPT och får nedtrappning i form av subutex och benzo
- 2013-08-13 Bedöms inte längre vara Karsuddens ansvar och skickas med transport mot SIS LVM-hem Renforsen.
- 2013-08-13 Blir intagen på häktet i Saltvik
-Har kraftig ångest och hallucinationer och blir utåtagerande. Kontakt tas med Renforsen som vill att transporten med handräddning ska vända mot Karsudden.

- 2013-08-14 Kommer till SIS LVM-hem Renforsen, bedöms vara i så pass dåligt skick och skickas till rätts psyki i Umeå.
-Bedöms varit färdigbehandlad av Karsudden och kan därför inte hållas kvar
- 2013-08-19 Transport till psykkliniken i Nyköping
- Inlagd enligt LPT och bedöms som rymnings- och självmordsbenägen.
- 2013-09-01 Anses färdigbehandlad och förs med transporttjänst till SIS LVM-hem Renforsen
- 2013-09-03 framme på Renforsen Intaget
-Mår skit och har hallucinationer.
- 2013-09-24 Överförd till SIS LVM-hem Lunden och ankom 2013-09-26

MISSBRUK & PSYKISK OHÄLSA

| | |
|---|---|
| <p>HÖNAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • ÄGGET  | <p>ÄGGET</p> <ul style="list-style-type: none"> • HÖNAN  |
|---|---|

HARM REDUCTION SKADEREDUCERING

LARO
SPRUTUTBYTE
NALOXON SPRAY
TILLGÄNGLIG BEHANDLING

ORIMLIGA KRAV

- Beroendecentrum, sjuksköterska och läkare
- Socialsekreterare
- Läkare psykiatri
- Samtalskontakt öppenvården
- Samtalskontakt psykiatrin
- Hämtning av medicin och urinprov
- Sysselsättning

SE ÖVER MÖJLIGHETERNA FÖR EN NY
LAG
EN LAG SOM TÄPPER TILL GLAPPET
MELLAN
LPT OCH LVM!

Socialstyrelsen



Samsjuklighet

= Två eller fler sjukdomar samtidigt

Här: missbruk/beroende och psykisk sjukdom

Risk: sjukdomar kan förstärka varandra

Samsjuklighet år 2011

Missbruksutredning SOU 2011:35

Vård och omsorg, andel personer

- **Personer som vårdats för missbruk**
- 30-50% samtidig psykisk sjukdom (vanligen ångest, depression eller personlighetsstörning)
- **Personer som vårdats för psykisk sjukdom**
- 20-30% samtidigt missbruk eller beroende

Missbruk och beroende, 1 nov 2017

Socialstyrelsen, 2018-05-15

Vård och omsorg, antal personer med missbruk/beroende

- **372 tvångsvårdades**
- **1 900 i frivillig institutionsvård**
- **6 100 fick boende som bistånd**

Psykiatriska diagnoser, 2017

Socialstyrelsen, statistikdatabas (F00-99)

Vård och omsorg, antal personer med psykiatrisk diagnos

- 11 593 sluten tvångsvård
- 56 425 i sluten vård
- 390 793 i specialiserad öppen vård



Nationella riktlinjer - missbruk och beroende

Socialstyrelsen 2019-1-16

Rekommendation till vid samsjuklighet

- **Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör**
 - Erbjuder integrerad behandlingsmetod till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidig svår psykisk sjukdom



Nationella riktlinjer - missbruk och beroende

Socialstyrelsen 2019-1-16

Rekommendationer vid samsjuklighet

• Hälsa- och sjukvården och socialtjänsten kan

- Erbjud integrerad behandlingsmetod till personer med alkoholmissbruk eller beroende och samtidig depression
- Erbjud behandling med
 - valproat som tillägg till litium till personer med alkoholberoende och samtidig bipolär sjukdom
 - atomexin till personer med alkoholberoende och samtidig adhd

 Socialstyrelsen

Nationella riktlinjer - missbruk och beroende

Socialstyrelsen 2019-1-16

Sammantaget om stöd och behandling vid samsjuklighet

- Personer med samsjuklighet har en ökad risk för ett sämre förlopp
- Det är viktigt att personer med samsjuklighet uppmärksammas och att båda tillstånden behandlas samtidigt
- Behandling och stöd från flera huvudmän samtidigt förutsätter samordning.

 Socialstyrelsen

Regeringsuppdrag

S2018/04564/FS

- 1. Kartlägga förekomst av samsjuklighet**
- 2. Beskriva hur samverkan fungerar idag, ge förslag för förbättrad samverkan**
- 3. Beräkna ev. merkostnader av förslagen**
Redovisa ev. påverkan på kommunalt självstyre

Redovisas 30/11 2019



**Mer information finns på:
www.socialstyrelsen.se**



Statens institutionsstyrelse

Psykisk ohälsa bland SiS klienter och ungdomar med beroendeproblematik

Statens
institutions
styrelse SiS

Vår verksamhet

- 11 LVM-hem
 - Knappt 400 platser
 - Vårdar drygt 1000 klienter årligen
 - 1/3 kvinnor, 2/3 män
- 23 särskilda ungdomshem
 - Drygt 700 platser
 - Vårdar drygt 1100 ungdomar årligen
 - 1/3 flickor, 2/3 pojkar

Statens
institutions
styrelse SiS

Psykisk ohälsa i siffror

Siffror från inskrivningsintervjuer DOK (LVM) och ADAD (Ungdomsvård).

- Den psykiska ohälsan bland dem som placeras hos SiS är stor.
- Stor skillnad mellan män/pojkar och kvinnor/flickor.

Psykisk ohälsa, LVM

(2018, senaste 6 månaderna, %)

| Självrapportering, symptom | |
|----------------------------|----|
| Depression | 38 |
| Ångest | 62 |
| Social fobi | 38 |
| Tvångstankar | 31 |
| Hallucinationer | 26 |

Självmodsförsök, självskada, LVM

(2018, någonsin, %)

| Självrapportering | |
|---------------------------------------|----|
| Avsiktligt försökt skada sig själv | 42 |
| Känt att hen skulle vilja ta sitt liv | 49 |
| Försökt ta sitt eget liv | 37 |

Män och kvinnor, LVM

(2018,%)

| Självrapportering, symptom | Män | Kvinnor |
|----------------------------|-----|---------|
| Depression (senaste 6 mån) | 38 | 38 |
| Ångest (senaste 6 mån) | 59 | 68 |
| Självmodsförsök (någonsin) | 32 | 46 |
| Självskada (någonsin) | 34 | 58 |
| Diagnoser | Män | Kvinnor |
| ADHD | 37 | 41 |
| Autism (inkl. Asperger) | 10 | 13 |

Vårdkontakter, LVM

(någon gång, 2018, %)

| Självrapportering | Män | Kvinnor |
|----------------------------|-----|---------|
| Frivillig psykiatrisk vård | 62 | 69 |
| LVU | 22 | 29 |
| LVM | 47 | 46 |
| LPT | 29 | 40 |

| Självrapportering | Män | Kvinnor |
|---|-----|---------|
| Frivillig psykiatrisk vård (senaste 6 mån) | 36 | 40 |

Statens
institutioners
styrelse SIS

Ungdomsvården generellt – samtliga

| Symptom i % | Pojkar | Flickor |
|--|--------|---------|
| Självskattning via ADAD inskrivningsintervju | | |
| Depressionssymtom | 41 | 62 |
| Ängestproblematik | 50 | 70 |
| Koncentrationssvårigheter | 43 | 71 |
| Hallucinationer | 21 | 34 |
| Åtstörningar | 3 | 18 |
| Medicinerat, psykofarmaka | 24 | 40 |
| Önskar hjälp för psykiska problem | 44 | 61 |
| Bedöms behöva insatser för psykiska problem | 52 | 80 |
| Tidigare psykiatrisk vård (öppen + sluten) | 46 | 81 |
| SiS 2020-kartläggning= ADAD + socialtjänstens ansökan + behandlingsplan | | |
| Neuropsykiatriskt tillstånd | 35 | 46 |
| Försökt att ta sitt liv innan placering | 35 | 68 |

Ungdomar, placerade pga. missbruk (2016-2018, senaste 30 dagarna, %)

| Självrapportering | Pojkar | Flickor |
|----------------------------|--------|---------|
| Självmordstankar | 7 | 23 |
| Självordsförsök | 3 | 14 |
| Självskada | 6 | 27 |
| Allvarlig depression | 21 | 35 |
| Medicinering, psykofarmaka | 12 | 30 |

Dessutom:

- En större andel av de ungdomar som placerats pga. missbruk har psykiska problem jämfört med ungdomar med andra placeringsorsaker. Det gäller exempelvis:
 - Allvarlig depression
 - Hallucinationer
 - Självordstankar

Förändring över tid

- Aggregerad nivå, självrapportering:
 - Den psykiska ohälsan hög, men ingen förändring över tid

- Individnivå:
 - Större psykisk ohälsa hos ett antal individer

Erfarenheter från institutionerna

- SiS klienter saknar ofta skyddsfaktorer
- SiS klienter har en stor sammanlagd problemtyngd
- SiS klienter och ungdomar med psykisk ohälsa har svårt att tillgodogöra sig våra insatser
- SiS verktyg räcker inte till
- SiS klienter och ungdomar behöver omfattande insatser på flera områden – krävs samarbete med socialtjänst och psykiatri

Insatser – psykisk ohälsa

- Samtliga institutioner har anställda psykologer, sjuksköterskor och tillgång till läkare.
- Men SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag är begränsat.
- Samverkansavtal är svåra att få till stånd och inte tillräckliga.
- Specialist- och akutpsykiatrisk vård behöver i större utsträckning tillgängliggöras.

Sveriges Kommuner och Landsting

Psykisk ohälsa i kombination
med beroendeproblematik

Socialutskottet 28 februari 2019

Psykisk hälsa – handlar om hela samhället!



Kultur
Fritid

Arbete

Förskola – skola

Familj – Vänner- Samhälle

Hälsa- och sjukvård

Socialtjänst

www.uppdragpsyiskhalsa.se
ing-marie.wieselgren@skl.se

Alkoholkommittén 2001 - 2007

Mobilisering mot narkotika 2002 - 2007

Nationell psykiatrisamordning 2003-2006

ACT-CM projekt SKL 2005 - 2006


Kunskap till praktik 2008-2014

Modellområden, Prio , Uppdrag psykisk hälsa 2009-2018



Personer med tungt missbruk –
stimulans till bättre vård och behandling SOU
2005:82.

Bättre insatser vid missbruk och beroende
Missbruksutredningen SOU 2011:35

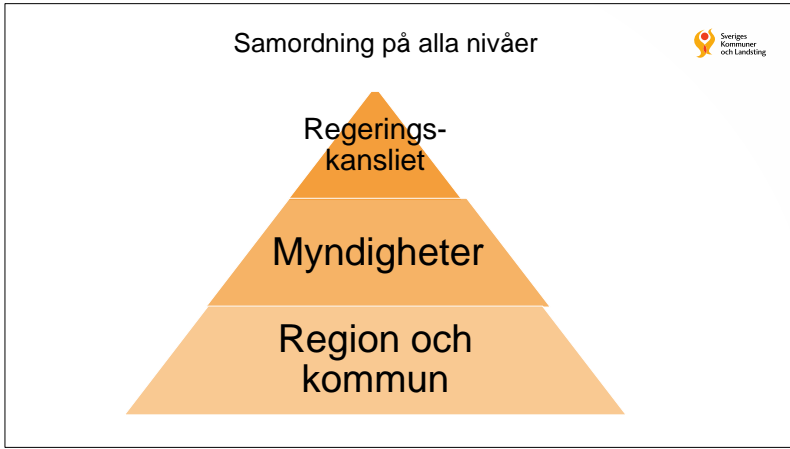


Utredare föreslår vårdgaranti för missbrukare

Kommuner som inför en vårdgaranti för tunga missbrukare bör få statens örnmärkta pengar. Det föreslår en utredning som genast får stöd av socialtjänstminister Morgan Johansson.

Kerstin Wigzell föreslår också att alla kommuner inför specialiserade missbruksenheter och lokala öppenvårdsmottagningar, gemensamma för kommunens socialtjänst och landstingets beroendevård och psykiatri.





<http://www.sn-dd.se/>

Värdegrund

- Alla individer är olika men har lika värde och lika rättigheter i samhället.
- Genom att sammanfoga olika synsätt ser vi helheten.
- Samverkan är en utmaning, en möjlighet och en nödvändighet.
- Genom att inhämta, utbyta, förmedla och utveckla kunskap skapas förutsättningar för arbetet med målgruppen.

”Trots komplexitet/samsjuklighet – samma möjlighet!”

Samordning o samverkan på individnivå

Vi ger insatser efter behov

Vi gör olika för att uppnå lika

SIP

Samordnad individuell plan

SKL:s handlingsplan mot missbruk och beroende

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

En beslutsdel och två kunskapsunderlag

<https://skl.se/>
Integration, social omsorg - Social omsorg - Missbruk beroende



2019-02-28 Avdelningen för vård och omsorg 8

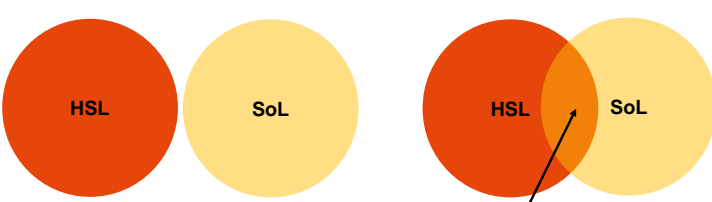
Vad innebär de 43 förslagen?

- Utveckla överenskommelserna om samarbete mellan huvudmännen
- Bättre samverkan och samordning
- Öka användningen av samordnad individuell plan (SIP)
- Integrerade arbetsmetoder och arbetssätt
- Tidiga och samordnade insatser
- Målgruppsanpassad stöd och behandling
- Kompetensutveckling
- Tydliggöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och gränssnittet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst
- Jämlikhet, stigma och tillgänglighet – begreppet missbruk, utvärdering av narkotikastrafflagstiftningen

- 1 Tillgänglighet och jämlikt stöd
- 2 Samordning och samverkan
- 3 Tidig upptäckt
- 4 Tydliggöra ansvaret
- 5 Kunskapsutveckling

2019-02-28 Avdelningen för vård och omsorg 9


Juridiken vs. Verkligheten



Psykosocial behandling
Båda huvudmännens ansvar

4


2019-02-28 Avdelningen för vård och omsorg



Kontakt

Mikael Malm, handläggare
08-452 78 31
mikael.malm@skl.se

Zophia Mellgren, handläggare
08-452 79 53
zophia.mellgren@skl.se



[SKL webb: Missbruk och beroende >>](#)

2019-02-28
Avdelningen för vård och omsorg
11

ACT-teamet i Malmö





ACT-teamet i Malmö

Assertive Community Treatment ”Ihärdig samhällsbaserad vård”

Socialutskottet 190228
Gunilla Cruce

1

Vem behöver ACT?



Personer

- med komplexa behov t.ex. vid samtidig psykisk sjukdom och alkohol/drogberoende
- med täta kriser och insjuknanden
- med svårigheter i relationer och med kognitiva brister
- med svårigheter i basala vardagliga aktiviteter

- med hög risk för inläggning och avbrytande av öppenvårdskontakter
- med hög risk för hemlöshet, arbetslöshet och social utsatthet

- med behov av omfattande och intensiva insatser
- med behov av tät kontakt och noggrann uppföljning
- med behov av hjälp med samordning av insatser från olika verksamheter

2

Psykossjukdom och missbruk av alkohol och/eller andra droger



Ökar risken för

- försämrad återhämtning från psykos och nya skov
försämrad behandlingsallians
- snabbare beroendeutveckling vid mindre kvantiteter
täta återfall
- suicidförsök, suicid
- fysisk ohälsa, förtida död
- familjeproblem, konflikter
- bostadsproblem, arbets- sysslöshet
- kriminalitet
- utanförskap

3

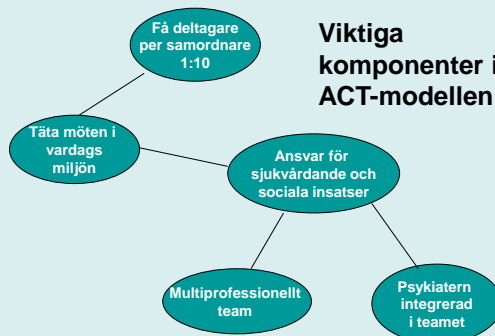
Vad främjar återhämtning?



- Behandling som gör tillvaron **hanterbar, begriplig och meningsfull**
- Meningsskapande behandling ger **drivkraft** till förändring
- Färdighetsträning stärker egenmakt och **förmåga** till förändring

4

Viktiga komponenter i ACT-modellen



5

ACT-verksamhetens innehåll



- Kontinuerlig psykiatrisk bedömning och behandling
- Motiverande & problemlösande samtal
- Psykoterapi
- Hälsovårdskontroller och friskvård

- Familje- och nätverks(sam)arbete
- Pedagogiska interventioner
- Färdighetsträning i deltagarens vardagsmiljö
- Meningsfulla fritidsaktiviteter

- Hjälpa till arbete/sysselsättning, bostad och med ekonomi
- Stöd i kontakter med myndigheter och annan sjukvård

4

Strategier behandling och stöd



- Integrera insatserna
psykossjukdomen – missbruket

- Missbruksbehandling
 - inte krav på nykterhet/drogfrihet
 - motivera till avhållsamhet, stegvis med långt perspektiv
 - farmakologisk behandling

- Psykosbehandling
 - Psykosocial behandling
 - Psykofarmakologisk behandling

7

Låg caseload och hembesök



- Tätt kontakt
- Möjlighet att skapa ett ömsesidigt förtroende
- Krisberedskap
- Det mesta stödet kan ges av teamet
- Både prata och göra
- Deltagarens målsättningar som rör hela livssituationen

4

Vilka hamnar utanför?



- Huvudremittenter är socialtjänst och psykiatri (även primärvård, kriminalvård, personliga ombud, ideella organisationer och på eget eller närståendes initiativ)
- Ej antagna:
ej samtycke
fel diagnos
ej tillräckligt komplex problematik
- Svårare att engagera deltagare remitterade från socialtjänsten
Selekterad grupp som undviker kontakt med psykiatri?

Under vilka lagrum ska insatserna beviljas ?



- ACT-teamet är ett team med personal från Region Skåne och Malmö stad
- Teammedlemmarna utför både vård- och omsorgsinsatser oavsett tillhörighet
- ACT-teamet utför – utöver hälso- och sjukvård – arbetsuppgifter i deltagarnas hem och vardag som är att jämställa med boendestöd, ledsagning m.m.
- Personer som antagits till ACT ansöker om bistånd till ACT enligt SoL
- Socialsekreterarna i ACT är anställda i Malmö stad och kan (snart) bevilja bistånd till boendestöd, ledsagning, hemtjänst och missbruksbehandling som utförs av ACT-teamet
- Ansökningar om ekonomiskt bistånd, bostadsansökan eller missbruksbehandling bedöms och beviljas av socialsekreterare ute i ansvarigt socialdistrikt

Gällande rätt

(Ur Rättspromemoria 2014-10-18 Jurist Manólis Nymark)



- Gällande rätt hindrar inte en myndighet inom socialtjänsten att delegera en rätt att **fatta beslut om bistånd** till en representant i ACT-teamet som är **anställd av kommunen** och som har rätt kompetens
- Inte heller hindrar gällande rätt en myndighet inom socialtjänsten att uppdra åt exempelvis personal i teamet som är anställd av en annan aktör att för myndighetens räkning **verkställa** beslutade insatser i form av ledsagning och boendestöd

Dokumentation

(Ur Rättspromemoria 2014-10-18 Jurist Manólis Nymark)



- ACT-teamet arbetar med individer som har så sammansatta behov att det i praktiken ofta inte går att avgöra om insatser är hälso- och sjukvård eller socialtjänst
- Teamets alla insatser, även socialtjänstinsatser dokumenteras i psykiatrins journal med stöd av deltagarens samtycke
- Beslutande socialsekreterare/biståndshandläggare dokumenterar i deltagarnas personakter i socialtjänsten vid regelbundna uppföljningar
- Gällande rätt stöder inte en gemensam vård- och omsorgsjournal för ACT-verksamhet, men har föreslagits av en statlig utredning (SOU 2014:23)
- Nuvarande dokumentationsrutiner i Region Skåne är en tillåten behandling av personuppgifter, men problemet kvarstår att socialsekreterarna inte har direktåtkomst till dokumentationen

12

Uppsökande arbete

(Ur Rättspromemoria 2014-10-18 Jurist Manólis Nymark)



- Det inträffar att socialtjänsten påträffar enskilda i sin uppsökande verksamhet (värmestuga, härbärke) som är okända även för socialtjänsten, men bedöms som lämpliga kandidater för ACT
- Socialtjänsten kontaktar i dagsläget ACT-teamet som kan följa med personalen och möta personen i fråga
- Socialtjänstens uppgifter om enskilda omfattas en sträng sekretess som kan efterges av den enskilde och får i vissa fall "brytas" beträffande **missbrukare** och personer som är föremål för **tvångsvård**
- Svåra avvägningar. Några rekommendationer kan inte lämnas utan socialtjänsten måste göra en bedömning i varje enskilt fall

13

ACT-teamet i Malmö

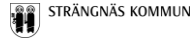


- Egen ordinarie enhet från 2016
fyraårig projekttid 2012– 2015
- Samverkan mellan
 - Funktionsstödsförvaltningen, Malmö stad
 - Område psykos VO vuxenpsykiatri (Driftsansvar)
 - Integrerad Närsjukvård Malmö
- Samverkansavtal (revideras årligen)

14

Beroendecentrum Ung – prevention, stöd och behandling i Eskilstuna/Strängnäs

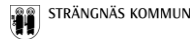
Beroendecentrum ung Socialutskottet 2019-02-28



Goda hållbara möten

En samverkansmodell kommun och region i norra Sörmland

avseende psykisk problematik, riskbruk, missbruk och beroende - barn och unga



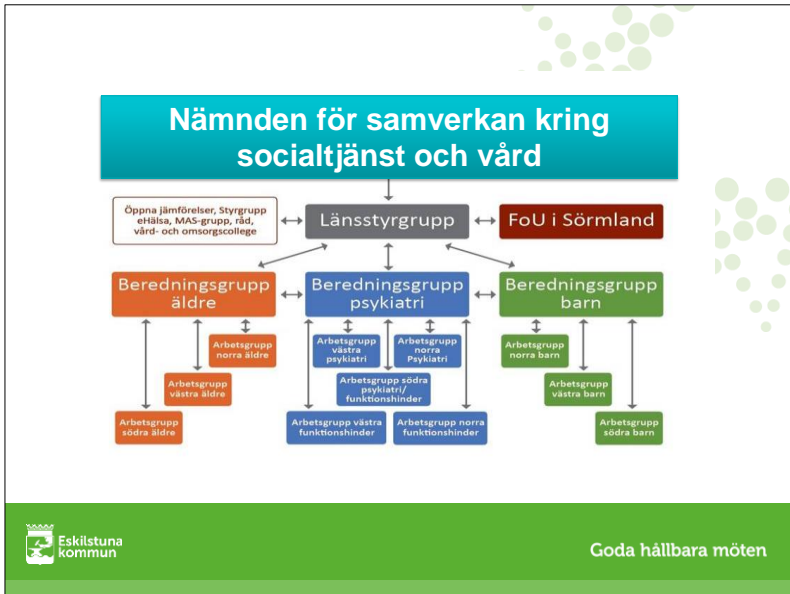
Goda hållbara möten

Sörmland – 291 341 invånare

9 kommuner och 1 Region

Eskilstuna kommun

Goda hållbara möten



Målgrupp

- Barn/ ungdomar upp till 18 år i Eskilstuna och Strängnäs kommuner med psykisk problematik, riskbruk, missbruk eller beroende samt deras nätverk.


Mål

- Att ha en hög tillgänglighet till kontakt och insatser.
- BC-ung ska erbjuda samordnade adekvata medicinska, psykiatriska och sociala insatser.
- BC-ung verkar för att nå ungdomar tidigt i riskbruk/missbruk och beroende.
- BC-ung ska ge förutsättningar till barn och unga att få möjlighet till en bättre psykisk hälsa och drogfrihet.
- BC-ungs personal ska fungera som specialister avseende riskbruk/missbruk och beroende.

Ungdomar och missbruk
- kunskap och praktik

Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04)

- I en studie av svenska ungdomar med missbruksproblem/ riskbruk framkom att 90 procent av flickorna respektive 82 procent av pojkarna någon gång i livet hade uppfyllt kriterierna för en psykiatrisk diagnos (Tengström 2006).
- Bland ungdomar med missbruk- eller beroendediagnos rapporterar 50 – 90 procent samsjuklighet i psykiatrisk problematik (Bender et al. 2006, Couwenberg et al 2006, Armstrong & Costello et al 2002)


 Eskilstuna kommun

Goda hållbara möten

Ungdomar och missbruk
- kunskap och praktik


Rapport för Missbruksutredningen (S 2008:04)

- Barn- och ungdomspsykiatri behöver få ett tydligt uppdrag även för missbruk hos barn och unga med psykiatrisk sjuklighet.
- Barn- och ungdomspsykiatri behöver få ett tydligt uppdrag för medansvar att tillsammans med socialtjänst utveckla och bygga upp utrednings- och behandlingsverksamhet för ungdomar med missbruk. Dessa verksamheter bör etableras lokalt och vara integrerade.


 Eskilstuna kommun

Goda hållbara möten

Nationella riktlinjer för
vård och stöd vid
missbruk och beroende




- För ungdomar krävs särskilda interventioner som är utarbetade och prövade på ungdomar och deras förutsättningar.
- Vid missbruk hos ungdomar samspelar ofta psykiska och sociala faktorer och påverkar missbruket.
- Förekomsten av samtidigt missbruk och psykiska problem är hög.
- Liksom för vuxna är det viktigt att samsjukligheten med psykiska problem uppmärksammas och att ungdomarna får hjälp med båda tillstånden samtidigt.

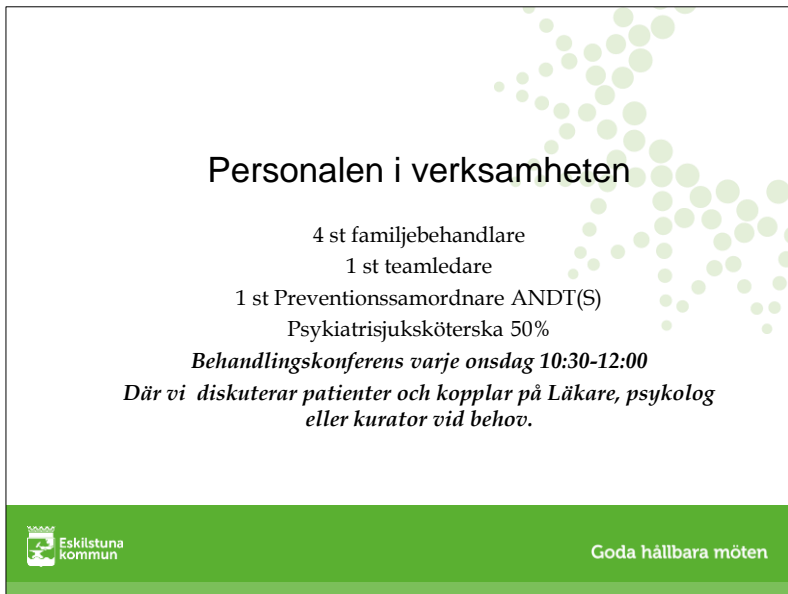

Goda hållbara möten

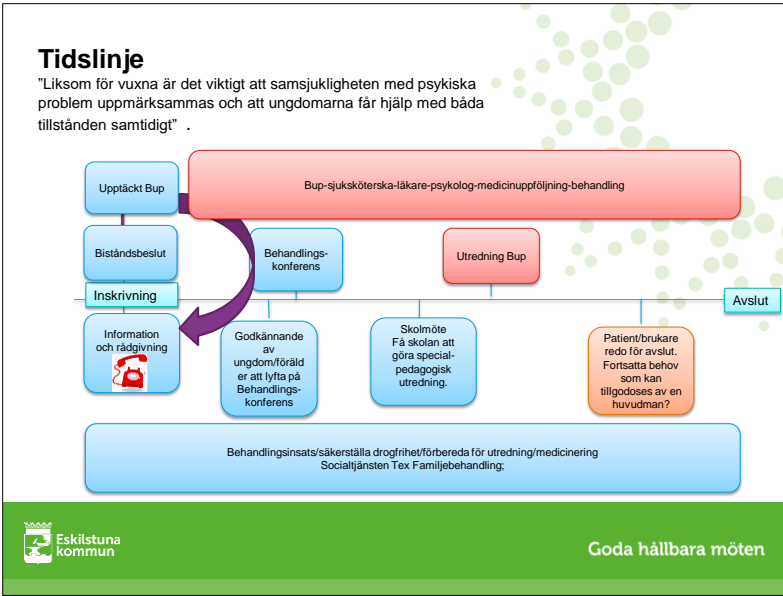
Styrgrupp

- Verksamhetschef Bup Region Sörmland
- Områdeschef Socialförvaltningen Eskilstuna
- Verksamhetschef Socialförvaltningen Strängnäs
- Enhetschef Bup Eskilstuna/Strängnäs
- Enhetschef Socialförvaltningen Eskilstuna
- Enhetschef Socialförvaltningen Strängnäs
- Teamledare/samordnare Socialförvaltningen Eskilstuna

• **Styrgruppen ansvarar för den övergripande ledningen och styrningen av verksamheten. Styrgruppen ska sammanträda regelbundet och träffas 3 ggr per år.**


Goda hållbara möten





Aktualisering Beroumscentrum Ung

ESKILSTUNA KOMMUN
STRÅNGNÄS KOMMUN

PERSONUPPGIFTER UNGDOM

namn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Hos vem bor jag: _____

| PERSONUPPGIFTER VÄRDNAÐSHAVARE | PERSONUPPGIFTER VÄRDNAÐSHAVARE |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Namn: _____ | Namn: _____ |
| Personnummer: _____ | Personnummer: _____ |
| Adress: _____ | Adress: _____ |
| Telefon: _____ | Telefon: _____ |

Information om droger

Vilka droger använder du? _____

Senaste tillfälle: _____

Hur länge: _____

Sjukvårshistória

Vilken skola/sjukvårshistória: _____

Vårdnadshavare samtycker till insamling: Ja Nej

Samtycker till socialtjänsten och barn och ungdom psykiatri samtycker över gällande sekretess samt journaliföring under skriftligt insamling: Ja Nej

Övrigt: _____

Underskrift ungdom: _____

Underskrift vårdnadshavare: _____

Underskrift vårdnadshavare: _____

Underskrift behandlare: _____

Underskrift behandlare: _____

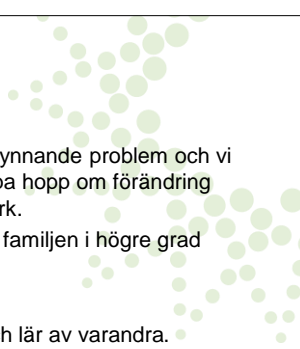
Datum: _____

Goda hållbara möten



Vad har vi upptäckt hittills?

- Bc-ung- Många ungdomar som tidigare varit aktuella hos antingen BUP eller socialtjänsten.
- Vi behöver samordnade, samtidiga insatser-Sip (samordnade individuella planer)
- Använda oss av övriga socialtjänsten och BUP, tex FFT, IHF, aktiv myndighetsutövning, KBT, fördjupad psykiatrisk bedömning, traumabehandling ,sociala insatsgruppen, Ledarskapsträning för tonårsföräldrar.

- 
- Vi upptäcker fler ungdomar med begynnande problem och vi upptäcker dem tidigare och kan skapa hopp om förändring tillsammans med föräldrar och nätverk.
 - Vi samverkar kring den enskilde och familjen i högre grad
 - BUP och kommun – Lär av varandra
 - Vi utbildar oss tillsammans
 - Samverkan fungerar bra- samsyn och lär av varandra.
 - En verksamhet under uppbyggnad och under utveckling.
 - Engagerad personal

Tack för oss!