Mötesbok: Individ- och familjenämnden (2024-03-20)

Individ- och familjenämnden

Datum: 2024-03-20

Plats: Nolia konferens

Kommentar:

Dagordning

TId: 20 mars 2024, kl 08:30-15:00

Plats: Nolia Konferens

Beslut om justeringstid

Allmänna ärenden

59/24 Godkännande av dagordning 4

60/24 Anmälan av jäv 5

61/24 Presentation av nya chefer och studenter 6

62/24 Ekonomirapporter individ- och familjenämnden 2024- Ekonomirapport tom februari 7

63/24 Habiliteringsersättning 2024 16

64/24 Planeringsdirektiv individ- och familjenämnden 2025 26

65/24 Rapport lokalförsörjning IFN 2024 72

66/24 Remiss -Åtgärder för en bättre bostadsförsörjning LI2024/00083, LI2023/00001, LI2023/00037 91

67/24
Remiss: Narkotikautredningen - Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus2023:62, S2024/00085 - Yttrande till individ- och familjenämnden
158

68/24Fördjupad avtalsuppföljning avramavtalsleverantörer-Yttrande till individ- och familjenämnden 1173

69/24 Plan för uppföljning av externa utförare av vård- och omsorgstjänster 2024- Yttrande till individ- och familjenämnden 1212

70/24 Uppföljning kompetensförsörjningsplan för vård och omsorg 2023 1221

71/24 GDPR och daglig verksamhet 1225

72/24 Rutiner för att förhindra att barn far illa- Yttrande till individ- och familjenämnden 1226

73/24 Individ- och familjenämndens delegationsordning 2024- Yttrande till individ- och familjenämnden
1230

74/24 Särskilt förordnade ledamöter för beslut enligt LVU och LVM 1233

75/24 Återkoppling från kurser och konferenser 1238

76/24 Övriga frågor 1239

Ärenden under handläggning (ej offentliga)

77/24 Socialdirektören informerar 1240

78/24 Anmälan av delegerade beslut/anmälningsärenden individ- och familjenämnden 2024 1241

Sekretess ärenden

79/24 Tillsyn LSS-boende 3.2.2-23519/2023 1332

80/24 Anmälan ordförandebeslut 1335
81/24 Beslut enligt FB, nedläggning av faderskapsutredning 1336
82/24 Beslut enligt FB, nedläggning av faderskapsutredning 1337
83/24 Beslut enligt FB, särskilt förordnad vårdnadshavare 1338
84/24 Beslut enligt FB, särskilt förordnad vårdnadshavare 1339

Denna behandling '59/24 Godkännande av dagordning' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '60/24 Anmälan av jäv' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '61/24 Presentation av nya chefer och studenter' har inget tjänsteutlåtande.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-03-04
Individ- och familjenämnden

Diarienr: IFN-2024/00003

Ekonomirapport till och med februari 2024

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner ekonomirapporten.

Ärendebeskrivning

Sammanfattning

Individ- och familjenämndens resultat för perioden (-4,3 mnkr) förklaras av funktionshinderomsorg (+0,6 mnkr), gemensamma kostnader (+0,2 mnkr), ensamkommande barn (-0,3 mnkr), försörjningsstöd (+0,7 mnkr) samt individ- och familjeomsorg (-5,5 mnkr). Individ- och familjenämndens nettokostnader (285 mnkr har ökat med 4,3% (12 mnkr) i jämförelse med 2023. För att ha en budget i balans kunde nettokostnaderna öka med 3t,0 % (48mnkr) vilket innebär en negativ budgetavvikelse på -4,3 mnkr

Gemensamma kostnader

Individ- och familjenämndens gemensamma kostnader uppvisar en positiv avvikelse på 0,2 mnkr.
Den sammanlagda kostnaden för viten ej verkställda beslut uppgår för perioden till 0 tkr.

Funktionshinderomsorg

Inom funktionshinderomsorgen beror resultatet (+0,6) på flertalet verksamheter och generellt sett handlar det fortsatt om påverkan på verksamhetsområdet i form av minskning av timmar utförda inom hemtjänsten jämfört med budgeterat samt högre kostnader för LSS-boenden.

De verksamheter som har störst effekt är hemtjänsten och övriga insatser LSS.

- Hemtjänst **+6,0 mnkr**. Överskottet beror främst på att antalet beviljade timmar varit 59 % av budget och i jämförelse med samma period 2023 har antalet beviljade timmar minskat med 9,5 %. Hemtjänsten fortsätter sin långsiktiga trend med mindre insatser.

- Övriga insatser LSS **+1,3 mnkr.** Överskottet beror på lägre kostnader för ledsagarservice, avlösarservice och kontaktpersoner.

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2024/00003

- LSS-boende **-8,0 mnkr**. LSS-boende uppvisar ett negativt resultat där LSS-boende kvarhåller de volymer som sågs under slutet av 2023. LSS-boenden fortsätter vara kostsamma för kommunen med en svårighet att få en kostnadsbild som motsvarar budget. Behovet av externa placeringar kommer från en avsaknad av lämpliga lokaler som kan möta upp brukares behov inom nämnden och det är inom dessa externa placeringar underskottet ligger.

- Personlig assistans LSS. **-1,0 mknr.** Ett mindre underskott uppvisas i februari för personlig assistans LSS

Individ- och familjeomsorg
Underskottet inom individ- och familjeomsorgen (-5,5 mnkr) beror framför allt på barn- och ungdomsvården (-2,3 mnkr) där behov av konsultstödda familjehem och av extern institutionsvård är fortsatt större än budget med extern institutionsvård fortsätter ligga på de höga nivåer som uppstod under slutet på 2022.

Verksamheten har fördjupat arbetet med att granska ärenden närmare och hitta gemensamma nämnare med målsättningen att förhindra dessa placeringskostnader. Detta arbete är tidskrävande och resurskrävande men verksamheten räknar med att det kommer ge resultat på sikt.

Inom vuxna missbruksvården är det ett underskott på (-4,3 mnkr) där nämnden ser att öppna insatser i Umeå ökat mycket och många av dessa insatser riktar sig mot tidigare kända individer som blivit äldre.

Ensamkommande barn
Underskottet inom verksamheten för ensamkommande barn (-0,3 mnkr) beror på högre lokalkostnader än budgeterat.

Försörjningsstöd
Försörjningsstödets resultat för perioden är (+0.7 mnkr). Någon djupare jämförelse om mängden hushåll och snittbelopp per hushåll går ej att göra under februari då statistiken för vissa insatser ej fungerar korrekt ännu med det nya verksamhetssystemet som IFO området gick in skarpt i under februari.

Prognos
Prognosen efter februari sätts till -76,7 mnkr. Prognosen baseras på en fortsatt hög kostnadsbild inom IFO området samt de externa placeringarna inom LSS-boenden. Kostnaden för dygnsvilan och ett pågående krav från

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2024/00003

Försäkringskassan är effekter som kan påverka nämndens prognos negativt framöver.

Beslutsunderlag

Ekonomirapport februari individ- och familjenämnden 2024

Beredningsansvarig

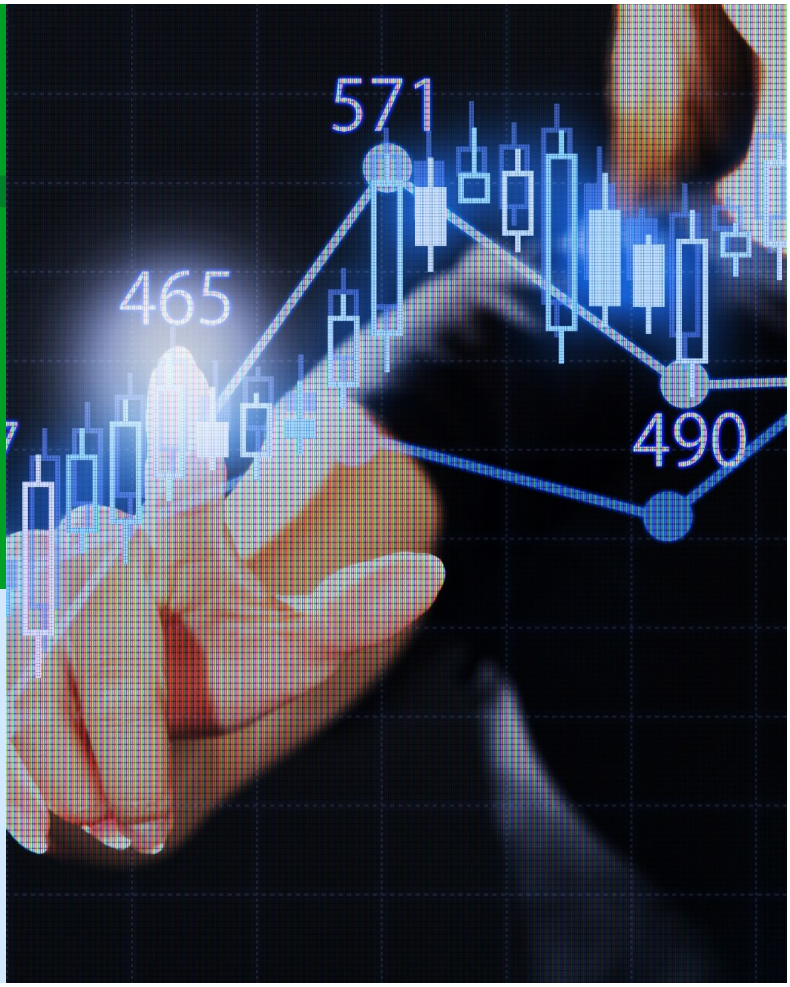
Simon Blomberg

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Simon Blomberg
Ekonomichef

Ekonomisk utveckling 2024

Individ- och familjenämnden



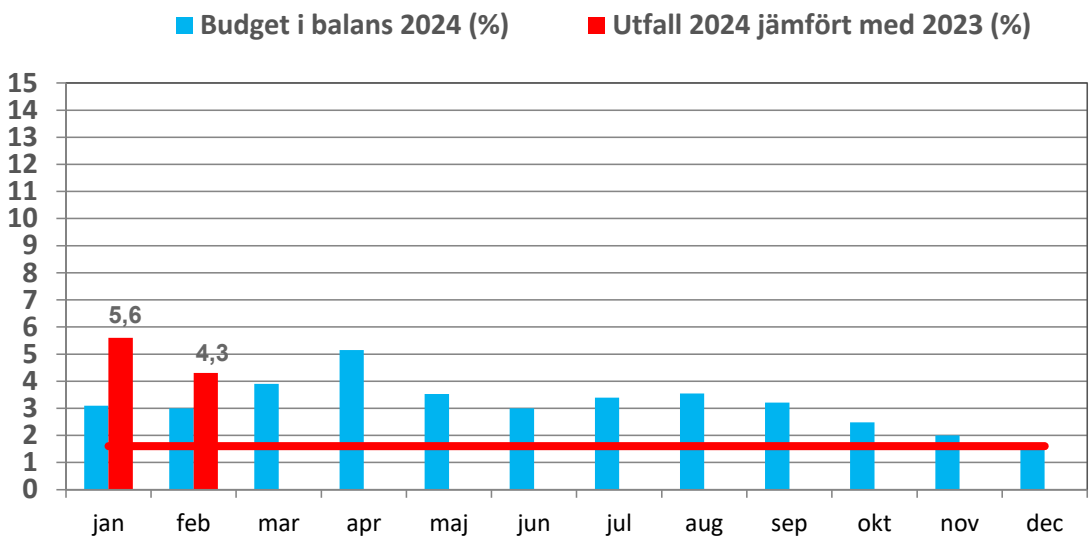
UMEÅ KOMMUN

Verksamhetens nettokostnadsutveckling 2024 (ack)

Individ- och familjenämnd

Ackumulerad nettokostnadsökning för perioden uppgår till 4,3%

För en budget i balans kan nettokostnaderna öka med i genomsnitt 3,0% jämfört med utfallet 2023.



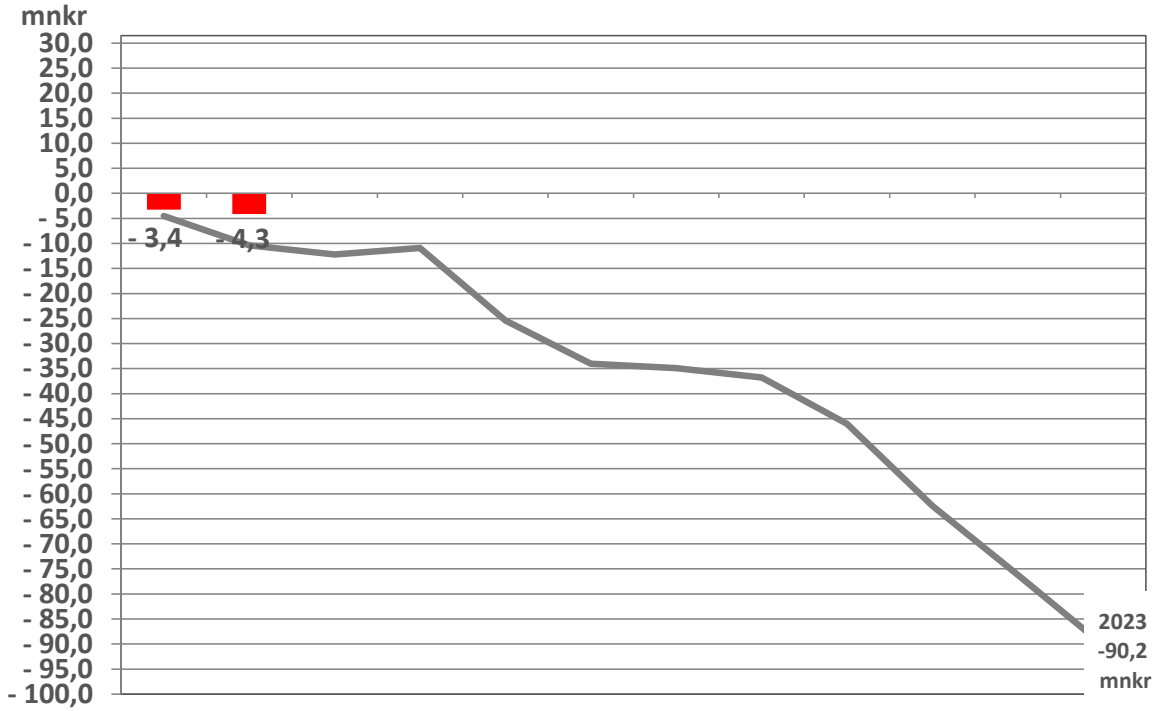
Ackumulerade värden	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Budget 2024 (mnkr)	-140	-281	-421	-565	-710	-856	-983	-1 119	-1 261	-1 404	-1 546	-1 689
Utfall 2023 (mnkr)	-136	-273	-405	-537	-686	-831	-951	-1 080	-1 221	-1 370	-1 516	-1 662
Budget i balans 2024 (%)	3,1%	3,0%	3,9%	5,1%	3,5%	3,0%	3,4%	3,5%	3,2%	2,5%	2,0%	1,6%
Utfall 2024 (mnkr)	-144	-285										
Utfall 2024 jämfört med 2023 (%)	5,6	4,3%										
Utfall 2023 jämfört med 2022 (%)	10,5	13,7	12,5	10,9	12,1	12,4	12,5	12,3	12,4	12,7	12,5	12,2

Verksamhetens nettokostnader: verksamhetens intäkter och kostnader samt avskrivningar

UMEÅ KOMMUN

Ackumulerad budgetavvikelse 2024

Individ- och familjenämnden
Årets budgetavvikelse (-4,3 mnkr) innebär en förbättring på (+6,1 mnkr) i jämförelse med samma period 2023 (-10,4mnkr).



Månadsavvikelse (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
2024	**-3,4**	**-4,3**										
2023	**-4,5**	**-10,4**	**-12,2**	**-10,9**	**-25,4**	**-34,0**	**-34,9**	**-36,8**	**-46,0**	**-62,4**	**-76,2**	**-90,2**

UMEÅ KOMMUN

Budgetavvikelse verksamhet 2024

Ack budgetavvikelse (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	Prognos
1. Funktionshinderomsorg	-0,8	0,6											-27,5
2. Individ och familjeomsorg	-3,7	-5,5											-55,7
3. Försörjningsstöd	0,9	0,7											4
4. Gemensamma kostnader	0,4	0,2											3,1
Ack budgetavvikelse 2024 exkl EKB	**-3,2**	**-4,0**											**-76,1**
Ack budgetavvikelse 2023 exkl EKB	**-4,4**	**-10,2**	**-11,6**	**-10,1**	**-24,2**	**-31,9**	**-32,6**	**-34,9**	**-43,7**	**-59,0**	**-72,3**	**-85,2**	
5. Ensamkommande barn	-0,2	-0,3											-0,6
Ack budgetavvikelse 2024 inkl EKB	**-3,4**	**-4,3**											**-76,7**
Ack budgetavvikelse 2023 inkl EKB	**-4,5**	**-10,4**	**-12,2**	**-10,9**	**-25,4**	**-34,0**	**-34,9**	**-36,8**	**-46,0**	**-62,4**	**-76,2**	**-90,2**	

UMEÅ KOMMUN

Budgetavvikelse Funktionshinderomsorg 2024 (ackumulerad)

Ackumulerat resultat (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
1. Funktionshinderomsorg	**-0,8**	**0,6**										
- Administration/ledning/utredning	0,1	0,0										
- Betalningsansvar	0,0	0,0										
- Daglig verksamhet LSS	0,4	0,7										
- LSS-boende	-5,5	-8,0										
Varav mynd	-3,6	-6,6										
Varav verkställighet	-1,9	-1,4										
- Hemtjänst i ordinärt boende	3,2	6,0										
- Personlig assistans LSS	0,7	-1,0										
- Personlig assistans SFB	-0,5	1,5										
- Övriga insatser LSS	0,8	1,3										
- Öppen verksamhet ej bistånd	0,1	0,2										
Ackumulerad budgetavvikelse 2024	**-0,8**	**0,6**										
Ackumulerad budgetavvikelse 2023	**-2,1**	**-4,6**	**-1,0**	**4,6**	**-1,6**	**0,0**	**0,2**	**2,7**	**-1,3**	**-7,6**	**-12,0**	**-13,2**

Budgetavvikelse individ- och familjeomsorg 2024 (ackumulerad)

Ackumulerat resultat (mnkr)	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
2. Individ och familjeomsorg	**-3,7**	**-5,5**										
- Administration/ledning/utredning	0,8	1,4										
- Barn- och ungdomsvård	-1,9	-2,3										
- Vuxna missbruksvård	-2,5	-4,3										
- Öppen verksamhet ej bistånd	-0,2	-0,4										
Ackumulerad budgetavvikelse 2024	**-3,7**	**-5,5**										
Ackumulerad budgetavvikelse 2023	**-4,2**	**-7,4**	**-12,1**	**-18,0**	**-26,1**	**-36,3**	**-42,8**	**-50,5**	**-56,5**	**-66,0**	**-75,5**	**-85,4**

UMEÅ KOMMUN

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-21
Individ- och familjenämnden

Diarienr: IFN-2024/00072

Statsbidrag till kommuner för habiliteringsersättning

Förslag till beslut
Individ- och familjenämnden beslutar att tillfälligt höja habiliteringsersättningen för perioden 2024-01-01 till och med 2024- 12-31 enligt förvaltningens förslag genom utnyttjande av statsbidrag för habiliteringsersättning. Eventuellt kvarstående medel efter avräkning när året redovisas kommer fördelas ut till brukaren. Därefter återgår ersättningen till nuvarande nivå med tillägg för den årliga indexuppräkningen.

Ärendebeskrivning
Regeringen har för åren 2018 tom 2023 utdelat statsbidrag till kommuner för att införa, bibehålla eller höja habiliteringsersättningen för personer som deltar i daglig verksamhet enligt LSS. Individ-och familjenämnden har årligen rekvirerat och fördelat statsbidraget till målgruppen. Även i år fördelas statsbidrag till kommuner för att införa, höja eller bibehålla tidigare höjd ökning. Umeå kommun kan rekvirera 4 499 067 för år 2024. Förvaltningen har arbetat fram ett förslag på fördelning av statsbidraget, liknande tidigare års fördelning.

Förvaltningens förslag
Rekvirerat statsbidrag föreslås fördelas ut som en tillfällig ökning av habiliteringsersättningen för perioden 2024-01-01 till och med 2024-12-31 för personer som har habiliteringsersättning. Den extra tillfälliga höjningen blir 92,5 kr/heldag resp 47,5 kr/halvdag. Därefter återgår ersättningen till nuvarande nivå (57 kr resp 29 kr) med tillägg för den årliga indexuppräkningen.

Förslaget ger en buffert på cirka 600 tkr för att möta upp nya beslut samt förändringar i närvaro mellan hel – och halvdag. Bufferten minskas från 2023 men kvarstår utifrån att statsbidraget ligger kvar på samma nivå 2024 som 2023.
Eventuellt kvarstående medel efter avräkning när året redovisas kommer fördelas ut till brukaren. Från 2025-01-01 återgår ersättningen till nuvarande nivå med tillägg för den årliga indexuppräkningen.

Tjänsteskrivelse

Dnr IFN-2024/00072

Beslutsunderlag

Fördelning av statsbidrag för 2024 till kommuner för habiliteringsersättning

Beredningsansvarig

Simon Blomberg, Ekonomichef

Beslutet ska skickas till

Eva Bascom, enhetschef
Marie Thomas, biträdande verksamhetschef
Ulf Nygård, ekonom

Socialstyrelsen

Behörighet och statsbidrag

Fördelning av statsbidrag för 2024 till kommuner för habiliteringsersättning

Beslutat 2024-01-25

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Ale kommun	1 083 590
Alingsås kommun	1 716 407
Alvesta kommun	615 479
Aneby kommun	225 387
Arboga kommun	320 743
Arjeplogs kommun	26 006
Arvidsjaurs kommun	251 393
Arvika kommun	710 835
Askersunds kommun	355 418
Avesta kommun	676 160
Bengtsfors kommun	268 730
Bergs kommun	199 381
Bjurholms kommun	26 006
Bjuvs kommun	459 442
Bodens kommun	1 343 652
Bollebygds kommun	286 068
Bollnäs kommun	1 222 290
Borgholms kommun	364 086
Borlänge kommun	2 869 347
Borås stad	3 779 563
Botkyrka kommun	3 363 465
Boxholms kommun	190 712
Bromölla kommun	381 424
Bräcke kommun	173 374
Burlövs kommun	494 117
Båstads kommun	216 718
Dals-Eds kommun	277 399

SOCIALSTYRELSEN
106 30 Stockholm
Telefon 075-247 30 00
Fax 075-247 32 52
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
www.socialstyrelsen.se

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Danderyds kommun	762 848
Degerfors kommun	381 424
Dorotea kommun	34 675
Eda kommun	286 068
Ekerö kommun	1 083 590
Eksjö kommun	832 197
Emmaboda kommun	260 062
Enköpings kommun	1 725 076
Eskilstuna kommun	4 039 625
Eslövs kommun	1 586 376
Essunga kommun	242 724
Fagersta kommun	632 817
Falkenbergs kommun	1 716 407
Falköpings kommun	1 187 615
Falu kommun	2 210 524
Filipstads kommun	511 455
Finspångs kommun	710 835
Flens kommun	554 798
Forshaga kommun	407 430
Färgelanda kommun	173 374
Gagnefs kommun	286 068
Gislaveds kommun	832 197
Gnesta kommun	476 780
Gnosjö kommun	225 387
Grums kommun	407 430
Grästorps kommun	216 718
Gullspångs kommun	182 043
Gällivare kommun	520 123
Gävle kommun	3 996 281
Göteborgs stad	16 149 835
Götene kommun	424 767
Habo kommun	225 387
Hagfors kommun	485 448
Hallsbergs kommun	780 185
Hallstahammars kommun	771 516
Halmstads kommun	3 545 508
Hammarö kommun	468 111
Haninge kommun	2 349 224
Haparanda stad	424 767
Heby kommun	528 792
Hedemora kommun	546 130

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Helsingborgs stad	4 811 141
Herrljunga kommun	286 068
Hjo kommun	286 068
Hofors kommun	364 086
Huddinge kommun	3 086 065
Hudiksvalls kommun	1 733 745
Hultsfreds kommun	650 154
Hylte kommun	277 399
Håbo kommun	624 148
Hällefors kommun	182 043
Härjedalens kommun	173 374
Härnösands kommun	1 300 308
Härryda kommun	1 040 247
Hässleholms kommun	2 305 880
Höganäs kommun	780 185
Högsby kommun	147 368
Hörby kommun	537 461
Höörs kommun	424 767
Jokkmokks kommun	199 381
Järfälla kommun	2 418 574
Jönköpings kommun	4 100 306
Kalix kommun	710 835
Kalmar kommun	3 302 783
Karlsborgs kommun	173 374
Karlshamns kommun	1 360 990
Karlskoga kommun	1 300 308
Karlskrona kommun	2 522 598
Karlstads kommun	2 956 035
Katrineholms kommun	1 924 456
Kils kommun	485 448
Kinda kommun	450 774
Kiruna kommun	814 860
Klippans kommun	884 210
Knivsta kommun	346 749
Kramfors kommun	788 854
Kristianstads kommun	3 398 139
Kristinehamns kommun	866 872
Krokoms kommun	381 424
Kumla kommun	1 152 940
Kungsbacka kommun	2 366 561
Kungsörs kommun	476 780

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Kungälvs kommun	1 768 419
Kävlinge kommun	832 197
Köpings kommun	988 234
Laholms kommun	1 126 934
Landskrona stad	1 525 695
Laxå kommun	199 381
Lekebergs kommun	312 074
Leksands kommun	390 093
Lerums kommun	1 005 572
Lessebo kommun	199 381
Lidingö stad	1 378 327
Lidköpings kommun	1 777 088
Lilla Edets kommun	381 424
Lindesbergs kommun	1 109 597
Linköpings kommun	5 695 351
Ljungby kommun	1 603 714
Ljusdals kommun	745 510
Ljusnarsbergs kommun	173 374
Lomma kommun	260 062
Ludvika kommun	962 228
Luleå kommun	2 765 323
Lunds kommun	3 944 269
Lycksele kommun	797 523
Lysekils kommun	563 467
Malmö stad	7 611 143
Malung-Sälens kommun	164 706
Malå kommun	69 350
Mariestads kommun	927 553
Markaryds kommun	485 448
Marks kommun	1 135 603
Melleruds kommun	364 086
Mjölby kommun	1 100 928
Mora kommun	1 048 915
Motala kommun	1 785 757
Mullsjö kommun	216 718
Munkedals kommun	329 411
Munkfors kommun	190 712
Mölndals stad	2 375 230
Mönsterås kommun	537 461
Mörbylånga kommun	511 455
Nacka kommun	2 409 905

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Nora kommun	459 442
Norbergs kommun	156 037
Nordanstigs kommun	303 405
Nordmalings kommun	182 043
Norrköpings kommun	5 166 559
Norrtälje kommun	2 461 917
Norsjö kommun	104 025
Nybro kommun	918 885
Nykvarns kommun	329 411
Nyköpings kommun	1 950 463
Nynäshamns kommun	832 197
Nässjö kommun	1 326 315
Ockelbo kommun	182 043
Olofströms kommun	485 448
Orsa kommun	242 724
Orust kommun	468 111
Osby kommun	554 798
Oskarshamns kommun	927 553
Ovanåkers kommun	485 448
Oxelösunds kommun	260 062
Pajala kommun	190 712
Partille kommun	1 352 321
Perstorps kommun	329 411
Piteå kommun	1 777 088
Ragunda kommun	43 344
Region Gotland	2 982 041
Robertsfors kommun	190 712
Ronneby kommun	1 395 664
Rättviks kommun	485 448
Sala kommun	936 222
Salems kommun	511 455
Sandvikens kommun	1 413 002
Sigtuna kommun	1 300 308
Simrishamns kommun	979 566
Sjöbo kommun	624 148
Skara kommun	797 523
Skellefteå kommun	3 363 465
Skinnskattebergs kommun	60 681
Skurups kommun	407 430
Skövde kommun	2 071 825
Smedjebackens kommun	329 411

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Sollefteå kommun	858 204
Sollentuna kommun	2 149 843
Solna stad	1 386 996
Sorsele kommun	26 006
Sotenäs kommun	156 037
Staffanstorps kommun	502 786
Stenungsunds kommun	962 228
Stockholms stad	25 494 718
Storfors kommun	26 006
Storumans kommun	130 031
Strängnäs kommun	1 248 296
Strömstads kommun	329 411
Strömsunds kommun	320 743
Sundbybergs stad	1 005 572
Sundsvalls kommun	3 389 471
Sunne kommun	745 510
Surahammars kommun	225 387
Svalövs kommun	528 792
Svedala kommun	407 430
Svenljunga kommun	277 399
Säffle kommun	476 780
Säters kommun	364 086
Sävsjö kommun	502 786
Söderhamns kommun	1 074 922
Söderköpings kommun	624 148
Södertälje kommun	4 949 841
Sölvesborgs kommun	806 191
Tanums kommun	346 749
Tibro kommun	407 430
Tidaholms kommun	554 798
Tierps kommun	936 222
Timrå kommun	615 479
Tingsryds kommun	641 485
Tjörns kommun	416 099
Tomelilla kommun	442 105
Torsby kommun	459 442
Torsås kommun	312 074
Tranemo kommun	346 749
Tranås kommun	944 891
Trelleborgs kommun	1 664 395
Trollhättans stad	2 037 150

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Trosa kommun	329 411
Tyresö kommun	1 577 708
Täby kommun	1 915 788
Töreboda kommun	502 786
Uddevalla kommun	2 617 954
Ulricehamns kommun	806 191
Umeå kommun	4 499 067
Upplands Väsby kommun	1 629 720
Upplands-Bro kommun	823 529
Uppsala kommun	8 391 324
Uppvidinge kommun	242 724
Vadstena kommun	164 706
Vaggeryds kommun	615 479
Valdemarsviks kommun	225 387
Vallentuna kommun	901 547
Vansbro kommun	216 718
Vara kommun	858 204
Varbergs kommun	2 314 549
Vaxholms stad	208 049
Vellinge kommun	641 485
Vetlanda kommun	979 566
Vilhelmina kommun	190 712
Vimmerby kommun	572 136
Vindelns kommun	147 368
Vingåkers kommun	424 767
Vårgårda kommun	346 749
Vänersborgs kommun	1 499 689
Vännäs kommun	329 411
Värmdö kommun	1 230 959
Värnamo kommun	1 152 940
Västerviks kommun	1 707 738
Västerås stad	6 700 923
Växjö kommun	2 947 366
Ydre kommun	17 337
Ystads kommun	1 100 928
Åmåls kommun	606 811
Ånge kommun	381 424
Åre kommun	138 700
Årjängs kommun	329 411
Åsele kommun	60 681
Åstorps kommun	407 430

Mottagare	Beviljat belopp (kr)
Åtvidabergs kommun	407 430
Älmhults kommun	485 448
Älvdalens kommun	147 368
Älvkarleby kommun	268 730
Älvsbyns kommun	346 749
Ängelholms kommun	1 274 302
Öckerö kommun	407 430
Ödeshögs kommun	104 025
Örebro kommun	6 189 468
Örkelljunga kommun	381 424
Örnsköldsviks kommun	2 990 709
Östersunds kommun	3 441 483
Österåkers kommun	1 725 076
Östhammars kommun	962 228
Östra Göinge kommun	580 804
Överkalix kommun	121 362
Övertorneå kommun	234 056
Summa	**348 500 000**

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2024-02-27

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Diarienr: IFN-2024/00004

Planeringsdirektiv individ- och familjenämnden 2025 – Yttrande till individ- och familjenämnden

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden yttrar sig till stadsledningskontoret i enlighet med förvaltningens förslag till yttrande.

Ärendebeskrivning

Stadsledningskontorets har i enlighet med kommunfullmäktiges riktlinjer för budget och investeringsprocess sammanställt ett förslag till planeringsdirektiv för 2025-2028 där nämnderna ska yttra sig i 6 frågor. I stadsledningskontorets förslag ingår förslag till nämndsramar, investeringsramar och uttalande om program för verksamhetsåren 2025-2028 samt avgifter.

Beslutsunderlag

Individ- och familjenämndens yttrande KS-2023/00651
Bilaga 1 - Anvisning för nämnders och bolags yttrande över Stadsledningskontorets förslag till planeringsdirektiv för 2025
Bilaga 4 - Förslag till investeringsbudget 2025 och plan 2026-2028
Bilaga 5 - 10-årigt investeringsunderlag 2025-2034
Avgiftsöversyn-presentation

Beredningsansvariga
Simon Blomberg
Johan Tovetjärn
Tilda Molin

Beslutet ska skickas till
KS diarium
Simon Blomberg
Ulrika Gustafsson

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Simon Blomberg
Ekonomichef

UMEÅ KOMMUN

Stadsledningskontoret

Yttrande över - Planeringsdirektiv individ- och familjenämnden 2025

Remissfråga 1 - Vilka väsentliga förändringar påverkar utförandet av nämndens grunduppdrag under kommande år?

Socialtjänstlagen
Nämnden kommer under kommande år ställas inför omställning i lagstiftning genom den nya socialtjänstlagen. Den nya socialtjänstlagen förväntas kräva snabba insatser för unga och förändra yrkesutövandet för socialtjänsten. Nämnden förväntas arbeta mer förebyggande samt med mindre biståndsprövning.
Idag möter vi många med komplexa behov, som tillgodoses med omfattande och resurskrävande insatser. Omställningen syftar till att minska dessa omfattande och resurskrävande insatser genom ett mer förebyggande arbete. Det kommer dock att vara utmanande att under en tid både möta de behov vi ser idag och samtidigt bygga upp en socialtjänst som i större utsträckning jobbar förebyggande och kan möta upp tidigare för att framöver minska behoven av omfattande och resurskrävande insatser framöver.
Då lagförslaget ännu inte är skarpt är det svårt att sia exakta kostnader men nämnden utgår ifrån en negativ påverkan på kostnadsbilden.
Då de exakta kraven i lagstiftningsändringen ej är färdigställda är det svårt att precisera kostnader och den förväntade kostnadsbilden kan komma att förändras.

Personlig assistansutredningen
Den nya assistansutredningen där Försäkringskassan föreslås ta över huvudmannaskapet för personlig assistans kommer innebära förändringar för verksamheten där kommunens ansvar för utredningar kommer fråntas till att kommunen enbart blir utförare av personlig assistans.
Förändringen bör leda till att mindre personalresurser läggs på utredning av personlig assistans men osäkerhetsfaktorn är även stor här. Förändringen beräknas bli kostnadsneutral enligt lagförslaget men nämnden ser risk för

Umeå Kommun

Postadress 901 84 Umeå
Besöksadress Skolgatan 31A
Tel växel 090-16 10 00 (växel)

Ledning och stab IFN

Simon Blomberg

simon.blomberg@umea.se

kostnader kring förändring och omorganisering av verksamhet för att passa lagstiftningsförändringar.
Nämnden ser en risk att individer som ej kvalificerar till personlig assistans enligt Försäkringskassan men fortfarande behöver stöttning av välfärdsverksamheter kvarligger på kommunens ansvar utan ersättning.

Förändring av gruppbostäders konstruktion
Nämnden tog i december 2023 ett beslut om att utforska möjligheterna av att bygga gruppbostäder i två plan. Detta med enligt lagstiftarens andemening om att personer med gruppbostad ska bo så likt befolkningen i övrigt som möjligt. Denna förändring beräknas leda till att verksamheten behöver anpassa sitt utförande och hur personal arbetar. Målsättningen är att det ska leda till ett bättre utnyttjande av personalresurser som tillåter att verksamhet fortsätter bedrivas genom tiden med framtida kompetensförsörjningskris och dess effekter.

Den ökande psykiska ohälsan bland barn och unga vuxna
Nämnden ser att den ökande ohälsan i målgruppen barn och unga under 2023 haft stor ekonomiska påverkan och att resurserna som måste prioriteras mot barn och unga målgruppen fortsätter öka.
I kombination med den nya socialtjänstlagen och regionens svårigheter att möta upp målgruppens behov ser nämnden att behov kommer fortsätta öka för socialtjänstens verksamheter.
Dessa behov handlar om placeringar, mer insatser mot barn och unga lokalt samt ökad resursåtgång.
De ökade behoven inom målgruppen innebär att nämnden behöver förändra arbetet kring placeringar och förändra hur öppenvården arbetas med innan individer placeras i syfte att minska kostnader och möjliggöra för individer att stanna i Umeå.
Under 2023 såg nämnden kostnadsökningar på 28% eller 62 mnkr inom barn och unga området. Av dessa 62 mnkr var 40 mnkr inom institutionsvård (HVB och SiS) placeringar för barn och unga.
Kostnadsökningen inom institutionsvården uppgick procentuellt till 55%.

Boendestöd
Nämndens verksamhet kommer förändras genom införandet av ett avgiftsbefriat boendestöd. Boendestödets kostnadsfria införande beräknas minska nämndens intäkter med 2,3 mnkr.
Umeå är i dagsläget en av få kommuner i Sverige som ej erbjuder sina medborgare boendestöd. Boendestöd är en insats som syftar till att stötta individers självständighet och möjliggöra ett normalt liv för individerna.
Digitalisering
Nämnden arbetar med införandet av ett nytt planerings och processystem vilket förväntas förändra hur nämnden arbetar. Nämnden ser möjligheter med

systembytet men även utmaningar där den ökade mängden digitalisering kräver mer stöttning från IT i form av förvaltning av hårdvara.
Om nämndens verksamheter ska kunna utnyttja systemet fullt ut behöver även hårdvaruförvaltning i tillräcklig utsträckning finnas.

Dygnsviloregler
Nämndens verksamheter är de sista som går in i de nya reglerna om dygnsvila vilket kommer förändra hur verksamhet genomförs samt bidra till högre kostnader. Nämnden beräknas se kostnadsökningar om 40 mnkr för de nya reglerna om dygnsvila.
De nya reglerna om dygnsvila kommer också öka utmaningen med kompetensförsörjning i de verksamheter inom nämndens område som bedrivs dygnet runt genom att mer personal behövs för att bibehålla bemanning och följa regler.

Remissfråga 2 - Hur skulle nyttjande av lokaler, kompetens och teknik behöva förändras, för att vara långsiktigt hållbart?

Nämnden ser behov av att ställa om verksamheten till drift som är mindre personalintensiv med den pågående kompetensförsörjningskrisen som nämnden ser.
Nämnden ämnar göra detta genom att utforma verksamhetens lokaler på så vis att personal kan nyttjas effektivare. Ett förslag nämnden beslutat om är byggnationen av LSS-bostäder i två plan enligt lagstiftarens intentioner om att LSS-bostäder ska vara lika bostäder för samhället i stort.
Nämnden ser också ett behov av mer tekniska lösningar så som digitala lås och mobiltelefoner där process och planeringsverktyget kommer underlätta dokumentation, planering och utförande av insatser för nämndens brukare i takt med att implementeringen fortskrider.
Nämnden ser att dessa förändringar i utnyttjande och teknik går i takt med varandra samt kommer genomföras under de kommande åren i den byggnadstakt som är möjlig.
För att möta kompetensförsörjningsutmaningen och klara grunduppdraget med mindre personalresurser är krafttag kring digital omställning, digital kompetens och informationssäkerhetsarbete en nödvändighet.
För att möjliggöra en ökad digital omställning, där tex användandet av AI och välfärdsteknik ingår, krävs förutom grundläggande teknik även en tydlig ansvarsfördelning och strategi. Nämnden ser risker med överlappande kostnader och inkompatibla riktningar om varje nämnd bygger egna lösningar kring digital och teknisk infrastruktur, förvaltning och arbetssätt.

Remissfråga 3a - Bedömer nämnden att förslaget till investeringsbudget 2025 och plan 2026-2028 innebär några väsentliga verksamhetskonsekvenser?

IFN tillstyrker TN förslag till investeringsbudget.

Gällande förhyrningar gör IFN följande tillägg:

IFN	10 år	2025-01-01	1 500 000 kr	Svedbergsgatan Anpassningar bef grupp
IFN	5 år	2025-01-01	900 000 kr	Ny förhyrning källare + anpassning

IFN understryka att förhyrningar av LSS-servicelägenheter är avgörande för att IFN ska kunna utföra sitt uppdrag och sina skyldigheter enligt LSS. Servicelägenheterna behöver vara integrerade i vanliga flerfamiljshus och kan därför inte lösas i egenägt bestånd, utan måste förhyras. Även lokaler för LSS-daglig verksamhet behöver förhyras tillfälligt där egenägda beståndet inte räcker till.

Remissfråga 3b - **Bedömer nämnden att det kommer att ske väsentliga förändringar verksamhetsmässigt som påverkar det föreslagna 10 åriga investeringsunderlaget?**

Nej

Remissfråga 4 - Vill nämnden göra ett uttag ur fiktivt eget kapital?
Nämnden önskar ej göra uttag ur det fiktiva egna kapitalet.

Remissfråga 5 - Bedömer nämnden att ett eller flera av fastställda program bör revideras, utökas eller avgränsas?

Nämndens yttrande över programbeskrivningar:

Program för tillväxt
Individ- och familjenämnden ser positivt på målet om den växande kommunen och fler kommuninvånare, framför allt utifrån nämndens rådande och kommande kompetensförsörjningsutmaningar.
Likt föregående yttrande anser nämnden att det saknas ett perspektiv i programmet för tillväxt. En växande befolkning innebär också ökade behov av stöd och omsorg vilket ger behov av boenden och verksamhetslokaler, insatser och stöd. Flera verksamheter inom funktionshinderomsorgen är beroende av nybyggnationer för att kunna verkställa beslut till fler personer. I fokusområde 1 "Bostadsbyggande och attraktiva livsmiljöer" saknas behov av investeringar i välfärden såsom bostäder för socialtjänstens målgrupper och verksamhetslokaler för personal.
Prognosen för kommunens befolkningsutveckling visar fortsatt att andelen personer i arbetsför ålder ökar, dock i långsammare takt än tidigare. Ökningen sker i för liten utsträckning i relation till den takt andelen äldre ökar, vilket innebär att försörjningskvoten fortsatt förändras till det sämre. Personal med rätt kompetens är en förutsättning i nämndens verksamheter. Nämnden önskar därför att det stora behovet av kompetensförsörjning inom välfärden lyfts fram och understryks särskilt i fokusområde 3 ”Etableringar och företagens tillväxt”.

Program för social hållbarhet
Nämnden har tillsammans med andra nämnder ansvar för flera av insatserna som finns under programmets fem fokusområden och i nämndens verksamhetsplan och budget 2024 finns nämndens pågående och planerade arbete utifrån insatserna beskrivet. I nämndens verksamhetsplan och budget 2024 beskrivs också att nämnden har fokus på tidiga och förebyggande insatser.
I tidigare yttrande framhåller nämnden att kompetensförsörjning är en växande utmaning, vilket fortsättningsvis är högaktuellt. I förlängningen kan brist på personal få konsekvenser som kan kopplas till social hållbarhet – nämnden kan tvingas prioritera och minska omfattningen av det förbyggande arbetet. Personer som får stöd i boenden eller i det egna hemmet kan också komma att påverkas om det saknas personal och verksamheten behöver prioritera.
Kompetensförsörjning är tyvärr ett hinder för arbetet utifrån programmet, och för målen och åtgärderna i sig. Brist på personal kan påverka både arbetsmiljö och servicenivå negativt vilket i sin tur kan leda till en försämrad upplevelse av trygghet och en lägre nivå av välbefinnande, både för personal och klienter.
Ett perspektiv som därför bör läggas till i programmet är vikten av en hållbar

arbetsmiljö, för att främja stabilitet och minska personalomsättning. Ambitionerna i programmet behöver också anpassas till de faktiska personalförutsättningar som finns. Med ökade behov och höga ambitioner är det viktigt att se till att det finns förutsättningar att först lyckas med grunduppdraget.
I föregående yttrande över programmen framförde nämnden några synpunkter, dessa kvarstår och sammanfattas nedan.
Nämnden ser att ett tillgänglighetsperspektiv med fördel kan läggs till i resonemanget om begreppet social hållbarhet, tillit och makt. På samma sätt kan också avsnittet som rör möjligheten att forma samhället och våra egna liv belysas och problematiseras utifrån fler aspekter än kön, exempelvis hälsa, tillgång till utbildning, tillgång till språk och fysisk tillgänglighet. Inflytande och delaktighet i samhället är också en förutsättning för att forma samhället och våra egna liv, som med fördel kan analyseras i relation till socioekonomiska förutsättningar. Generellt skulle nämnden gärna se en bredare ansats i diskussionen om social hållbarhet där fler perspektiv finns med och synliggörs. En fördjupad analys av respektive fokusområde utifrån fler perspektiv följt av åtgärder som är kopplade till de utmaningar som identifierats kan också göra att insatserna sedan blir mer framgångsrika.
Nämnden ser positivt på att det är flera aktörer som har ett uttalat ansvar för fokusområdena och att samverka med varandra.

Program klimatneutrala Umeå 2040
Individ- och familjenämnden ser positivt på att klimatarbetet har en central roll i arbetet med den växande staden. Hållbarhet är en förutsättning för att Umeå ska kunna växa till 200 000 invånare år 2050. För att uppnå målen krävs ett omfattande omställningsarbete, bland annat gällande transporter och inköp.
Arbetet för att uppnå miljömålen styrs av ett stort antal olika dokument såsom program, planer och policyer. Det är viktigt att det går att få överblick över vilka styrdokument som finns för området, hur de förhåller sig till varandra och att det finns en koppling mellan dokumenten. Nämnden bedömer inte att programmet för klimatneutrala Umeå 2040 bör revideras, utökas eller avgränsas men konstaterar att omställningsarbetet behöver genomföras på en mycket kort tid då målet om en klimatneutral kommunkoncern ska vara uppnått år 2025.

Remissfråga 6 - Bedömer nämnden att det finns behov av revidering av nämndens taxor eller avgifter för verksamhetsåret 2024?

Nämnden har sett över och föreslår att från 1 januari 2025, revidera egenavgifterna för insatser enligt SoL, Socialtjänstlagen (samverkan med äldrenämnden har skett).
Det är tre år sedan en översyn och revidering genomfördes och alltsedan dess har avgifterna räknats upp med konsumentprisindex (KPI). Löne- och driftskostnaderna för verksamheterna har ökat mer än KPI under de senaste åren. Under 2024 har en översyn genomförts kring avgifter och taxor inför budget 2025. I arbetet med översyn har en utblick mot större städer gjorts där Umeå kan konstatera att avgifterna för hemtjänst enligt SOL, skiljer sig väsentligt från avgifter i liknande städer, Umeås ligger betydligt lägre. Nuvarande nivåer per månad; 0,1 - 15 timmar avgift 515 kr/månad, 15,01 - 35 timmar avgift 1 545 kr och över 35,01 timmar maxavgift 2 575 kr. Det innebär vid 15 timmar en avgift om 34 kr per timme och ska jämföras med snitt per timme 350 - 400 kr, hos jämförbara kommuner, där maxtaxa om 2 575 kr/månad nås efter ca 7 timmar. Avgiften för städ ligger lågt i jämförelse med övriga marknaden ex. städ varannan vecka till en avgift om 1 056 kr/månad. Ett närmande till liknande kommuners SOL avgifter är av stor betydelse för likvärdighet i landet och för nämndens framtida ekonomiska förutsättningar. Nytt förslag innebär fortsättning med tre avgiftsnivåer men förändring av timmar inom respektive nivå. Även avgiftsnivån per timkluster föreslås höjas för att närma sig avgiftsnivån inom större städer. Avgifter för städ föreslås höjas med 25%.

Förslag till nya SOL hemtjänstavgifter:

Avgifter SOL hemtjänst
Nivå 1: Upp till 5 timmar per månad, 1 500 kronor per månad
Nivå 2: Mellan 5,01 och 15 timmar per månad, 2 000 kronor per månad
Nivå 3: Mer än 15,01 timmar per månad, 2 575 kronor per månad (Maxavgift)

Avgifter städning
Städning en gång per månad, 675 kronor per månad
Städning var tredje vecka, 998 kronor per månad
Städning varannan vecka, 1 320 kronor per månad
Städning en gång per vecka, 1 640 kronor per månad

Översynen har även omfattat avgifter för kost utifrån ökade produktionskostnader för måltider. Här är Umeås avgifter i nivå med liknande städer och inga förändringar föreslås.

Avgifter för hemsjukvård/hälso- och sjukvård har setts över av samma anledningar som SoL-avgifterna och förslaget är att följa Region Västerbottens avgiftsnivå om en höjning från 200 kronor till 300 kronor vad gäller enstaka ej ordinerade besök och fortsatt höjning med samma index som tidigare för ordinerad HSL.
Vad gäller hjälpmedelsavgifter pågår ett länsgemensamt arbete utifrån den regionala hjälpmedelsstrategin och avgiftsnivån ligger kvar på samma nivå till dess att nytt förslag föreslås, senast inför år 2026, och räknas upp med index inför varje nytt år.

Nämnden ser även möjligheter att ta ut viss kostnadskompensation på barn och unga området för placerade ungdomar. Då lagstiftningen stödjer detta anser nämnden börja ta ut denna kostnadskompensation.
Denna kostnadskompensation beräknas ge intäkter om 150 tkr årligen.

Familjerådgivningen föreslås höja avgiften från dagens 239 till 300 kronor för att matcha regionens avgiftshöjning.

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Simon Blomberg
Ekonomichef

UMEÅ KOMMUN

Bilaga 1

Anvisning för nämnder och bolags yttrande över Stadsledningskontorets förslag till planeringsdirektiv för 2025

Beslutad av Kommunstyrelsen	**Gäller för** Berörda nämnder och bolag	**Diarienummer** KS-2023/00651	**Beslutsdatum/paragraf** 5 dec 2023 § xx
Dokumenttyp Anvisning	**Giltighetstid** 2024	**Senast reviderad** 5 dec 2023	**Dokumentansvarig enhet** Stadsledningskontoret - Ekonomi och styrning

Förslag till planeringsdirektiv

Stadsledningskontoret har i enlighet med kommunfullmäktiges riktlinjer för planeringsprocess, budget och investeringar sammanställt ett förslag till planeringsdirektiv för 2025. Umeå kommuns planeringsprocess ska utformas så att processen:

- ger tid för analys, dialog och faktainhämtning
- utgår från prognos över tillgängliga medel
- ökar fokus på nämnders och bolags grunduppdrag/ändamål
- främjar effektiv användning av de medel som kommunen förfogar över
- skapar förutsättningar för långsiktighet
- främjar samordning mellan kommunens nämnder och de kommunala bolagen
- är transparent och att vägval/beslut är spårbara i efterhand

Stadsledningskontorets förslag baseras på senast beslutade planeringsdirektiv i fullmäktige (d.v.s. för verksamhetsåret 2024). Inga ändringar har gjorts i förslag till procentuell fördelning av tillgängliga medel mellan nämnder eller inriktningsmål/program, utdelningskrav, finansiella mål, personalpolitiska mål med mera. Föreslagna budgetramar utgår från aktuell prognos över intäkter.

Avgränsning
Denna anvisning riktar sig till Kommunstyrelsen samt de tio nämnder som är specifika för Umeå kommun, dvs Byggnadsnämnden, Fritidsnämnden, För- och grundskolenämnden, Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden, Individ- och familjenämnden, Kulturnämnden, Miljö- och hälsoskyddsnämnden, Personalnämnden, Tekniska nämnden och Äldrenämnden.

De fyra nämnder som är gemensamma med andra kommuner (Brand- och räddningsnämnd, Överförmyndarnämnd, IT-kapacitetsnämnd och Personaladministrativ nämnd) omfattas inte av anvisningen i detta skede. Dessa hanteras i särskild ordning efter dialog med andra berörda kommuner. Valnämnd, Kommunrevision och Kommunfullmäktiges jämställdhetsutskott är även de undantagna från anvisningen men kan om de så vill lämna yttrande i enlighet med anvisning för berörda nämnder.

Kommunens helägda bolag omfattas av delar av denna anvisning, se sid 5. Övriga majoritetsägda och delägda bolag hanteras inom befintliga ägarsamråd.

Kommunstyrelsen har utifrån sina samordnande roller i uppdrag att yttra sig över de kommungemensamma poster som fastställs av kommunfullmäktige.

Personalnämnden har utifrån sitt specifika ansvar för kommunens personalpolitik i uppdrag att yttra sig över personalpolitiska mål och eventuella förändringar i lönestruktur.

Anvisning till berörda nämnder

Berörda nämnder ska skriftligt besvara följande remissfrågor:

Remissfråga 1 - Vilka väsentliga förändringar påverkar utförandet av nämndens grunduppdrag under kommande år? Beskriv kortfattat, max 2 sidor per nämnd

Ta i beaktning till exempel befolkningsförändringar, kompetensbrist, förändringar i lagstiftning och andra krav, teknisk utveckling, hållbarhet med mera. Kommer förändringar av utförandet att påverka annan nämnds verksamhet ska detta beskrivas. Beskriv särskilt om det är något som har förändrats sedan föregående års yttrande.

Remissfråga 2 - Hur skulle nyttjande av lokaler, kompetens och teknik behöva förändras, för att vara långsiktigt hållbart? Ange gärna tidshorisont och beskriv kortfattat, max 1 sida per nämnd.

Remissfråga 3a - Bedömer nämnden att förslaget till investeringsbudget 2025 och plan 2026-2028 innebär några väsentliga verksamhetskonsekvenser? Om ja, beskriv dessa kortfattat max 2 sida per nämnd.
Nämnden kan i sitt svar även påtala om förutsättningar/omfattning för inventarier/utrustning väsentligt förändrats och att ytterligare medel behöver tillskjutas.

Remissfråga 3b - Bedömer nämnden att det kommer att ske väsentliga förändringar verksamhetsmässigt som påverkar det föreslagna 10 åriga investeringsunderlaget?
Med väsentliga förändringar menas förändringar i verksamhetsstruktur p.g.a. förändrade arbetssätt, demografi, nya lagkrav mm. Kan även nyttjas för konkretisering av svar remissfråga 2. Nämnden kan även föreslå objekt av sällankaraktär som inte finns i investeringsunderlaget. Nämnd som har objekt av sällankaraktär i underlaget kan påpeka om året för färdigställandet bör förändras.

Remissfråga 4 - Vill nämnden göra ett uttag ur fiktivt eget kapital?
Om ja, ange belopp och beskriv kortfattat vad nämnden avser att använda medlen till (enligt kommunfullmäktiges beslut om nya riktlinjer april 2023)

Remissfråga 5 - Bedömer nämnden att ett eller flera av fastställda program bör revideras, utökas eller avgränsas?
Om nämnden föreslår förändringar bör förslag samt motivering till förändring beskrivas. Om nämnd väljer att avstå från yttrande i relation till ett eller flera program bör detta framgå

Remissfråga 6 - Bedömer nämnden att det finns behov av revidering av nämndens taxor eller avgifter för verksamhetsåret 2024?
Om nämnden ser behov av förändring ska föreslagna förändringar specificeras och motiveras i nämndens yttrande.

Tid och form för inlämning av yttrande

Berörda nämnder ska senast den 22 mars 2024 inkomma med svar på ovanstående remissfrågor till kommunstyrelsens diarium via e-post: ksdiarium@umea.se

I ämnesraden anges:

Exempelnämndens yttrande KS-2023/00651. Exempelnämnden byts ut till nämndens namn.

Yttrande ska delges i word-format och vara redigeringsbara.

Anvisning till berörda bolag

Anvisning för bolagens yttrande över inriktningsmål/program

De inriktningsmål och program med fokusområden som redovisas i förslaget till planeringsdirektiv för 2025 är desamma som kommunfullmäktige fastställde den 19 juni 2023. Umeå kommunföretag (UKF) och helägda dotterbolag till UKF ska lämna yttrande över dessa program (och de fokusområden som ingår i respektive program) och ombeds därför bevara följande remissfråga:

7. **Bedömer bolaget att ett eller flera av fastställda program bör revideras, utökas eller avgränsas?**
   Om UKF/dotterbolag föreslår förändringar bör förslag samt motivering till förändring beskrivas. Om UKF/dotterbolag väljer att avstå från yttrande i relation till ett eller flera programförslag bör detta framgå av UKF:s sammanställda yttrande.

Helägda bolag ska enligt separat instruktion och tidplan från UKF lämna svar på remissfråga 7 till UKF för sammanställning.

Anvisning för yttrande över utdelning från UKF AB

Den budgeterade utdelningen från Umeå kommunföretag AB för 2024 uppgår till 0 kr (enligt kommunfullmäktiges beslut om planeringsförutsättningar för 2024 den 19 juni 2023). Utdelningsnivå, fastställda av kommunfullmäktige, är oförändrad i Stadsledningskontorets förslag till planeringsdirektiv för 2025. UKF ska besvara följande remissfråga:

8. **Umeå kommunföretag ombeds härmed lämna yttrande över fastställd utdelningsnivå och beskriva effekter av nuvarande alternativt förändrad utdelningsnivå.**

Tid och form för inlämning av yttrande

UKF AB ska senast den 22 mars 2024 lämna sammanställt svar på remissfråga 7 (med yttranden från helägda bolag i bilageform) samt remissfråga 8 till kommunstyrelsens diarium via e-post ksdiarium@umea. I ämnesraden anges:

Yttrande UKF med dotterbolag KS-2023/00651.

Yttrande ska delges i word-format och vara redigeringsbara

Förslag till investeringsbudget 2025 och plan 2026–2028

	Sid nr
Förslag till investeringsbudget 2025 och plan 2026–2028	1–7
Förslag till externa förhyrningar	8
Beskrivning av förändrade investeringar	9–16
Beskrivning av förändrade externa förhyrningar	17

Förslag till investeringsbudget 2025 och plan 2026-2028

Nämnd	Status/Kategori	Förslag Budget 2025	Förslag Plan 2026	Förslag Plan 2027	Förslag Plan 2028	Summa 2025-2028
Tekniska nämnden		**976 278**	**950 265**	**882 784**	**1 252 157**	**4 061 484**
Fastigheter		**661 843**	**723 167**	**662 431**	**940 946**	**2 988 387**
Brand- och räddningsnämnden		99 828	65 000	0	0	164 828
Brandstation norr	Påbörjad	99 828	65 000	0	0	164 828
Fritidsnämnden		0	0	0	224	224
Ram lokalanpassningar Fritid	Årligt ramanslag (reinvestering)	0	0	0	224	224
För- och grundskolenämnden		249 539	263 400	302 300	368 125	1 183 364
Carlshöjdsskolan ombyggnad anpassad grundskola	Ej påbörjad	10 000	0	0	0	10 000
För- och grundskolegårdar solskydd, belysning, lek	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 200	3 300	3 300	3 366	12 166
Förskola Aspgärdan 6 avd	Ej påbörjad	2 000	29 000	17 000	0	48 000
Förskola Hörnefors 4 avd	Ej påbörjad	20 000	14 000	0	0	34 000
Förskola Innertavle 4 avd	Ej påbörjad	0	1 000	16 000	15 000	32 000
Förskola Kungsgården 8 avd	Påbörjad	20 575	0	0	0	20 575
Förskola Lövö 4 avd	Påbörjad	0	15 450	0	0	15 450
Förskola Mariedal (fd Varglyan) 6 avd	Påbörjad	5 013	0	0	0	5 013
Förskola Metallurgen (fd Carlslund) 8 avd	Påbörjad	42 000	12 000	0	0	54 000
Förskola Olofsdal 8 avd	Ej påbörjad	10 000	40 000	21 000	0	71 000
Förskola Rödåsel 2 avd	Påbörjad	6 000	0	0	0	6 000
Förskola Storsjö 1 avd	Ej påbörjad	4 500	0	0	0	4 500
Förskola Stöcke 6 avd ny	Nytt	0	1 000	20 000	41 100	62 100
Förskola Tomtebo strand 6 avd	Nytt	0	2 000	30 000	30 100	62 100
Förskolestruktur 16 avd	Ej påbörjad	0	0	28 400	0	28 400
Förskolor med kök, 12 avd per år	Ej påbörjad	0	0	0	62 100	62 100
Grisbackaskolan kök matsal 4 klassrum	Ej påbörjad	50 000	39 000	0	0	89 000
Hedlundaskolan F-6 utbyggnad till två paralleller	Ej påbörjad	30 000	30 000	7 000	0	67 000
Innertavle ersätt en byggnad för åk 4-5	Ej påbörjad	19 000	19 000	0	0	38 000
Mariehemsskolan F-6 utbyggnad till två paralleller	Påbörjad	11 000	0	0	0	11 000
Obbola skola F-9 utbyggnad till två paralleller	Påbörjad	0	0	23 000	0	23 000
Ram anpassningar förskola	Årligt ramanslag (reinvestering)	550	550	550	561	2 211
Ram anpassningar grundskola	Årligt ramanslag (reinvestering)	1 100	1 100	1 100	1 122	4 422
Rödängsskolan nybyggnad en parallell F-6	Nytt	5 000	50 000	75 000	50 000	180 000
Sjöfruskolan utemiljö	Nytt	600	5 000	0	0	5 600

Nämnd	Status/Kategori	Förslag Budget 2025	Förslag Plan 2026	Förslag Plan 2027	Förslag Plan 2028	Summa 2025-2028
Stöcke skola nybyggnad två paralleller F-3	Nytt	0	1 000	20 000	40 776	61 776
Sävar skola ersätta paviljong	Ej påbörjad	10 000	0	0	0	10 000
Volym/ombyggnad grundskolor	Ej påbörjad	0	0	0	111 000	111 000
Volym/ombyggnation förskolor	Ej påbörjad	0	0	0	13 000	13 000
Volymbehov Norra	Ej påbörjad	0	0	34 000	0	34 000
Volymbehov Västra	Ej påbörjad	0	0	5 950	0	5 950
Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden		31 100	81 100	41 100	153 000	306 300
Champinjonen vux elevökn	Påbörjad	30 000	0	0	0	30 000
Ny gymnasieskola	Ej påbörjad	0	0	0	120 000	120 000
Ram anpassningar Gym-Vux	Nytt	1 100	1 100	1 100	1 122	4 422
Vasaskolan gymn elevökn	Påbörjad	0	80 000	40 000	11 000	131 000
Volym/ombyggnation gymnasieskolor	Ej påbörjad	0	0	0	20 878	20 878
Individ- och familjenämnden		91 076	126 077	36 941	115 038	369 132
Daglig verksamhet	Ej påbörjad	0	0	0	48 600	48 600
Daglig verksamhet Magistervägen	Ej påbörjad	50 000	65 000	0	0	115 000
Gruppboende	Ej påbörjad	0	0	0	16 000	16 000
Gruppboende	Ej påbörjad	0	0	0	16 000	16 000
Gruppboende	Ej påbörjad	0	0	0	16 000	16 000
Gruppboende 2024, 3	Ej påbörjad	0	0	10 000	0	10 000
Gruppboende Gimoplan	Påbörjad	1 000	10 000	8 864	0	19 864
Gruppboende Komministern	Påbörjad	8 500	1 000	0	0	9 500
Gruppboende Sandlådan 1	Påbörjad	8 500	0	0	0	8 500
Gruppboenden Tomtebogård 2 plan	Ej påbörjad	0	20 000	0	0	20 000
Korttidsvistelse, ersätta Älgvägen	Ej påbörjad	0	12 000	0	0	12 000
Ram anp DV, anp LSS-boende mm	Årligt ramanslag (reinvestering)	23 077	18 077	18 077	18 438	77 668
Kulturnämnden		1 100	990	990	15 385	18 465
Bibliotek	Ej påbörjad	0	0	0	14 375	14 375
Ram anpassning/renovering bibliotek	Årligt ramanslag (reinvestering)	1 100	990	990	1 010	4 090
Tekniska nämnden		179 000	131 500	134 800	143 064	588 364
Kök ramanslag	Årligt ramanslag (reinvestering)	8 800	8 800	11 000	11 220	39 820
Lokalanpassning ej spec.	Årligt ramanslag (reinvestering)	22 000	22 000	22 000	22 440	88 440
Lokaloptimeringar TN	Årligt ramanslag (reinvestering)	1 100	1 100	2 200	2 244	6 644
Nya kök ÄO, gymn, grundskolor	Ej påbörjad	0	0	0	11 600	11 600
Reinvesteringar, pågående och generella	Årligt ramanslag (reinvestering)	77 000	77 000	77 000	78 540	309 540
Stadshuset Västra Stallarna	Påbörjad	27 500	0	0	0	27 500
Stadshuset Östra Stallarna	Påbörjad	20 000	0	0	0	20 000
Åtgärdsprogram Bygg och anläggning Fastighetsinvesteringar klimat	Ej påbörjad	5 000	5 000	5 000	0	15 000
Åtgärdsprogram Energi Fastighetsinvesteringar (lönsamma)	Årligt ramanslag (reinvestering)	12 100	12 100	12 100	11 220	47 520
Åtgärdsprogram Transporter Laddinfrastruktur tjänstefordon	Påbörjad	5 500	5 500	5 500	5 800	22 300

Nämnd	Status/Kategori	Förslag Budget 2025	Förslag Plan 2026	Förslag Plan 2027	Förslag Plan 2028	Summa 2025-2028
Äldrenämnden		10 200	55 100	146 300	146 110	357 710
Ram anpassning kommunala lokaler och boenden	Årligt ramanslag (reinvestering)	5 500	5 500	5 500	5 610	22 110
Vård- och omsorgsboende 60 pl	Ej påbörjad	4 700	39 100	78 300	3 900	126 000
Vård- och omsorgsboende 90 pl ny	Ej påbörjad	0	0	0	21 600	21 600
Vård- och omsorgsboende 90 pl Tomtebo strand	Ej påbörjad	0	10 500	62 500	115 000	188 000
Gator och vägar		**197 835**	**124 549**	**144 476**	**214 585**	**681 444**
Tekniska nämnden		197 835	124 549	144 476	214 585	681 444
Bro över Stationsentré	Ej påbörjad	0	0	23 264	23 264	46 528
Bölevägen	Påbörjad	7 286	0	0	0	7 286
Dragongatan	Påbörjad	3 000	0	0	0	3 000
Fordon 7 år och utrustning	Årligt ramanslag (reinvestering)	7 700	7 700	7 700	7 854	30 954
Gatuprojekt nya	Ej påbörjad	0	0	0	68 000	68 000
GC-bro Sävarån	Ej påbörjad	0	0	6 000	6 000	12 000
GC-bro Tomternavägen	Ej påbörjad	0	0	11 258	11 258	22 516
Järnvägspassage Holmsund	Ej påbörjad	25 000	0	0	0	25 000
Kommun-& stadsdelssatsningar	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 200	2 200	2 200	2 244	8 844
Kungsgatan	Ej påbörjad	8 000	6 000	0	0	14 000
Kungsvägen etapp 1	Påbörjad	16 000	0	0	0	16 000
Nipvägen	Ej påbörjad	1 000	0	0	0	1 000
Norra Obbolavägen	Ej påbörjad	5 000	6 000	1 405	3 595	16 000
Renmarkstorget	Ej påbörjad	20 000	0	0	0	20 000
Säkra anläggningarnas standard	Årligt ramanslag (reinvestering)	68 559	68 559	68 559	69 930	275 606
Utredningar inför investeringar	Årligt ramanslag (reinvestering)	1 100	1 100	1 100	1 122	4 422
Västra Esplanaden, ombyggnad	Påbörjad	10 000	10 000	0	0	20 000
Åtgärdsprogram Transporter Klimatanpassning	Årligt ramanslag (reinvestering)	12 100	12 100	12 100	11 220	47 520
Åtgärdsprogram Transporter Trafiksäkerhet och Hållbara färdsätt	Årligt ramanslag (reinvestering)	10 890	10 890	10 890	10 098	42 768
IT		**88 840**	**80 820**	**54 258**	**71 008**	**294 925**
Tekniska nämnden		88 840	80 820	54 258	71 008	294 925
Bildskärman och tillbehör	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 200	2 824	2 824	2 498	10 346
Datorer Umeå Kommun	Årligt ramanslag (reinvestering)	36 834	37 258	21 181	28 463	123 735
IP-telefoni	Årligt ramanslag (reinvestering)	215	0	0	0	215
Ram It FG	Årligt ramanslag (reinvestering)	18 541	15 079	11 162	15 792	60 573
Ram It GY	Årligt ramanslag (reinvestering)	14 551	19 967	13 399	14 236	62 153
Ram It infrastruktur	Årligt ramanslag (reinvestering)	7 700	4 593	4 593	7 069	23 954
Skrivare som tjänst	Årligt ramanslag (reinvestering)	3 300	1 100	1 100	2 950	8 450
Övriga reinvesteringar	Årligt ramanslag (reinvestering)	5 500	0	0	0	5 500
Parker		**18 000**	**14 300**	**14 300**	**18 586**	**65 186**
Tekniska nämnden		18 000	14 300	14 300	18 586	65 186
Gatuträd	Årligt ramanslag (reinvestering)	660	660	660	673	2 653

Nämnd	Status/Kategori	Förslag Budget 2025	Förslag Plan 2026	Förslag Plan 2027	Förslag Plan 2028	Summa 2025-2028
Lekparker	Årligt ramanslag (reinvestering)	4 400	4 400	4 400	4 488	17 688
Parker	Årligt ramanslag (reinvestering)	4 400	4 400	4 400	4 488	17 688
Parkprojekt nya	Ej påbörjad	0	0	0	4 000	4 000
Skog	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 200	2 200	2 200	2 244	8 844
Storsjöparken	Påbörjad	3 700	0	0	0	3 700
Strandprom Alla broar runt	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 200	2 200	2 200	2 244	8 844
Utredningar allmänt	Årligt ramanslag (reinvestering)	440	440	440	449	1 769
Övriga		**9 760**	**7 430**	**7 320**	**7 032**	**31 542**
Tekniska nämnden		9 760	7 430	7 320	7 032	31 542
Beredskapsåtgärder elverk, cistern mm	Ej påbörjad	1 700	1 700	1 700	0	5 100
Fastighet Inredning/ utrustning	Årligt ramanslag (reinvestering)	440	440	330	337	1 547
Inventarier Nya kök ÄO, gymn, grundskolor	Ej påbörjad	0	0	0	1 300	1 300
Maskiner (elektronik/digitalisering) MS	Årligt ramanslag (reinvestering)	1 000	1 000	1 000	1 020	4 020
Ram Städ	Årligt ramanslag (reinvestering)	5 000	3 790	3 790	3 866	16 446
Utrustning stallarna	Ej påbörjad	800	0	0	0	800
Volym och arbetssätt MS	Årligt ramanslag (reinvestering)	820	500	500	510	2 330
Kommunstyrelsen		**26 078**	**61 267**	**71 656**	**24 951**	**183 952**
IT		**4 400**	**4 400**	**4 400**	**4 488**	**17 688**
Kommunstyrelsen		4 400	4 400	4 400	4 488	17 688
Digitaliseringsreserv	Årligt ramanslag (reinvestering)	4 400	4 400	4 400	4 488	17 688
Kraft		**20 587**	**23 629**	**20 018**	**19 201**	**83 436**
Kommunstyrelsen		20 587	23 629	20 018	19 201	83 436
Förnyelse Kraftverk	Årligt ramanslag (reinvestering)	5 687	4 265	0	3 359	13 312
Investeringsprogram bygg	Årligt ramanslag (reinvestering)	0	0	0	53	53
Investeringsprogram damm	Årligt ramanslag (reinvestering)	10 663	14 502	13 364	9 861	48 391
Vidmakthållande Kraftverk	Årligt ramanslag (reinvestering)	1 422	1 422	1 422	2 121	6 386
Övriga invest. Stornorrfors	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 815	3 441	5 232	3 806	15 294
Övriga		**1 091**	**33 238**	**47 238**	**1 262**	**82 828**
Kommunstyrelsen		1 091	33 238	47 238	1 262	82 828
Investeringsreserv	Årligt ramanslag (reinvestering)	1 091	1 238	1 238	1 262	4 828
Muddring av farleden	Ej påbörjad	0	32 000	46 000	0	78 000
Äldrenämnden		**21 945**	**19 437**	**19 437**	**34 826**	**95 645**
Övriga		**21 945**	**19 437**	**19 437**	**34 826**	**95 645**
Äldrenämnden		21 945	19 437	19 437	34 826	95 645
Inv/utrustning vård- och omsorgsboende 60 pl	Ej påbörjad	0	0	0	15 000	15 000
Inventarier re (Verksamhetslokaler)	Årligt ramanslag (reinvestering)	6 600	2 970	2 970	3 029	15 569
Inventarier/Utrustning/Digitalisering	Årligt ramanslag (reinvestering)	9 845	10 967	10 967	11 186	42 965
Övriga lokalrelaterade kostnader	Årligt ramanslag (reinvestering)	5 500	5 500	5 500	5 610	22 110
För- och grundskolenämnden		**21 725**	**24 180**	**18 820**	**26 788**	**91 513**

Nämnd	Status/Kategori	Förslag Budget 2025	Förslag Plan 2026	Förslag Plan 2027	Förslag Plan 2028	Summa 2025-2028
Övriga		**21 725**	**24 180**	**18 820**	**26 788**	**91 513**
För- och grundskolenämnden		21 725	24 180	18 820	26 788	91 513
Förskolestruktur 16 avd inv (fd Förskolor i exploateringsområden inv)	Ej påbörjad	100	0	0	0	100
Inv Carlshöjd anpassningar	Ej påbörjad	400	0	0	0	400
Inv Fsk Aspgärdan 6 avd	Ej påbörjad	0	0	1 800	0	1 800
Inv Fsk Hörnefors 4 avd	Nytt	0	1 400	0	0	1 400
Inv Fsk Innertavle 4 avd	Ej påbörjad	0	0	0	1 200	1 200
Inv Fsk Kungsgården 8 avd	Påbörjad	2 080	0	0	0	2 080
Inv Fsk Lövö 4 avd	Påbörjad	0	1 060	0	0	1 060
Inv Fsk Mariedal 6 avd	Påbörjad	1 560	0	0	0	1 560
Inv Fsk Metallurgen (Carlslund) 8 avd	Ej påbörjad	0	2 400	0	0	2 400
Inv Fsk Olofsdal 8 avd	Nytt	0	0	2 800	0	2 800
Inv Fsk Rödåsel, 2 avd	Påbörjad	0	600	0	0	600
Inv Fsk Storsjö 1 avd	Nytt	300	0	0	0	300
Inv Fsk Stöcke ny 6 avd	Nytt	0	0	0	2 100	2 100
Inv Fsk Tomtebo strand 6 avd	Nytt	0	0	0	2 100	2 100
Inv Grisbackaskolan kök matsal 4 klassrum	Nytt	0	1 400	0	0	1 400
Inv Hedlunda nybyggnad F-6	Ej påbörjad	2 500	0	0	0	2 500
Inv Hedlundaskolan bef skola/matsal	Nytt	0	3 400	0	0	3 400
Inv Innertavle ersätt en byggnad för åk 4-5	Nytt	0	500	0	0	500
Inv Mariehemsskolan F-6	Påbörjad	1 035	0	0	0	1 035
Inv Obbola skola F-9 utbyggnad till två paralleller	Påbörjad	0	0	800	0	800
Inv Rödängsskolan nybyggnad en parallell F-6	Nytt	0	0	0	2 500	2 500
Inventarier Förskolor med kök, 12 avd per år	Ej påbörjad	0	0	0	100	100
Inventarier Renovering/ombyggnation förskolor	Ej påbörjad	0	0	0	3 000	3 000
Inventarier Volym/ombyggnation grundskolor	Ej påbörjad	0	0	0	2 100	2 100
IT-åtgärder	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 750	2 420	2 420	2 468	10 058
Reinvesteringsmedel inventarier förskola	Årligt ramanslag (reinvestering)	4 400	4 400	4 400	4 488	17 688
Reinvesteringsmedel inventarier grundskola	Årligt ramanslag (reinvestering)	6 600	6 600	6 600	6 732	26 532
Brand- och räddningsnämnden		**21 550**	**41 082**	**550**	**14 344**	**77 526**
Övriga		**21 550**	**41 082**	**550**	**14 344**	**77 526**
Brand- och räddningsnämnden		21 550	41 082	550	14 344	77 526
Anläggning av nya brandposter	Årligt ramanslag (reinvestering)	550	550	550	561	2 211
Ram	Årligt ramanslag (reinvestering)	11 000	6 532	0	13 783	31 315
Utrustning och inv brandstation norr	Ej påbörjad	10 000	34 000	0	0	44 000
Fritidsnämnden		**14 770**	**14 757**	**14 757**	**15 052**	**59 336**
Övriga		**14 770**	**14 757**	**14 757**	**15 052**	**59 336**
Fritidsnämnden		14 770	14 757	14 757	15 052	59 336
Reinvesteringar enl utbytesplan	Årligt ramanslag (reinvestering)	8 470	8 457	8 457	8 626	34 010

Nämnd	Status/Kategori	Förslag Budget 2025	Förslag Plan 2026	Förslag Plan 2027	Förslag Plan 2028	Summa 2025-2028
Utbyte konstgräsplaner	Årligt ramanslag (reinvestering)	6 300	6 300	6 300	6 426	25 326
Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden		**9 350**	**7 965**	**18 965**	**12 944**	**49 224**
Fastigheter		**0**	**4 000**	**0**	**0**	**4 000**
Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden		0	4 000	0	0	4 000
Forslunda stall och grishus	Påbörjad	0	4 000	0	0	4 000
Övriga		**9 350**	**3 965**	**18 965**	**12 944**	**45 224**
Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden		9 350	3 965	18 965	12 944	45 224
Inv Champinjonen vux	Ej påbörjad	5 000	0	0	0	5 000
Inv Vasaskolan gymn elevökn	Ej påbörjad	0	0	15 000	2 000	17 000
Inventarier Volym/ombyggnation gymnasieskolor	Ej påbörjad	0	0	0	6 900	6 900
Reinvesteringsmedel	Årligt ramanslag (reinvestering)	4 350	3 965	3 965	4 044	16 324
Individ- och familjenämnden		**9 710**	**9 144**	**8 726**	**9 901**	**37 481**
Övriga		**9 710**	**9 144**	**8 726**	**9 901**	**37 481**
Individ- och familjenämnden		9 710	9 144	8 726	9 901	37 481
Inv Gruppboende Cirkelpassaren barn	Nytt	0	650	0	0	650
Inv Gruppboende Komministern	Nytt	0	420	0	0	420
Inv Gruppboende Obbola	Nytt	420	0	0	0	420
Inv Gruppboende Sandlådan 1	Nytt	420	0	0	0	420
Inv Gruppboende Tomtebogård 2 plan	Nytt	0	840	0	0	840
Inv Korttidsvistelse, ersätta Älgvägen	Ej påbörjad	0	418	0	0	418
Inventarier Gruppboenden 2 per år	Ej påbörjad	0	0	0	1 000	1 000
Investering inventarier ny	Årligt ramanslag (reinvestering)	4 000	2 746	4 656	4 749	16 152
Investering inventarier re	Årligt ramanslag (reinvestering)	3 300	3 300	3 300	3 366	13 266
Investering teknik	Årligt ramanslag (reinvestering)	770	770	770	785	3 095
Socialtjänstens Hus, inventarier	Ej påbörjad	800	0	0	0	800
Kulturnämnden		**4 873**	**4 850**	**4 850**	**8 347**	**22 920**
Övriga		**4 873**	**4 850**	**4 850**	**8 347**	**22 920**
Kulturnämnden		4 873	4 850	4 850	8 347	22 920
Inventarier Bibliotek	Ej påbörjad	0	0	0	3 400	3 400
Konst	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 200	2 200	2 200	2 244	8 844
Kultur reinvestering/ kostnadsbesparande	Årligt ramanslag (reinvestering)	2 673	2 650	2 650	2 703	10 676
Valnämnden		**550**	**500**	**500**	**510**	**2 060**
Övriga		**550**	**500**	**500**	**510**	**2 060**
Valnämnden		550	500	500	510	2 060
Utrustning	Årligt ramanslag (reinvestering)	550	500	500	510	2 060
Byggnadsnämnden		**471**	**470**	**470**	**479**	**1 889**
Övriga		**471**	**470**	**470**	**479**	**1 889**
Byggnadsnämnden		471	470	470	479	1 889
Utrustning	Årligt ramanslag (reinvestering)	471	470	470	479	1 889

Nämnd	Status/Kategori	Förslag Budget 2025	Förslag Plan 2026	Förslag Plan 2027	Förslag Plan 2028	Summa 2025-2028
Miljö- och hälsoskyddsnämnden		**283**	**282**	**282**	**287**	**1 133**
Övriga		**283**	**282**	**282**	**287**	**1 133**
Miljö- och hälsoskyddsnämnden		283	282	282	287	1 133
Inventarier	Årligt ramanslag (reinvestering)	283	282	282	287	1 133
Totalsumma		**1 107 583**	**1 134 198**	**1 041 796**	**1 400 587**	**4 684 163**

Externförhyrningar

Nämnd	Avtals-period	Starttidpunkt ååmm	Belopp avtalsperiod	Hyresobjekt
Individ- och familjenämnden	10 år	2025-01-01	18 000 000 kr	Servicelägenheter 10+1
Individ- och familjenämnden	10 år	2025-01-01	15 000 000 kr	Gruppboende, Handlaren
Individ- och familjenämnden	10 år	2025-01-01	25 000 000 kr	Vale 17, ny entré etapp 1
Tekniska nämnden	25 år	2025-01-01	11 250 000 kr	Driftlokal Teg
Äldrenämnden	10 år	2025-01-01	23 500 000 kr	Hemtjänst, ny lokal för Natt och larm/anp hemtjänst city
Äldrenämnden	10 år	2025-01-01	17 000 000 kr	Hemtjänst, Berghem/nedre Haga 6:6A
Äldrenämnden	10 år	2025-01-01	11 000 000 kr	Dagverksamhet dementa, okänt
Äldrenämnden	10 år	2025-01-01	10 000 000 kr	Hemtjänst, anpassning

Nya, borttagna investeringsprojekt inom investeringsunderlag – beskrivning/motivering

För- och grundskolenämnden

- **NY – Förskola Stöcke 6 avd ny –** Nytt projekt förlagd under åren 2026–2028. Medel taget från ”Förskolestruktur 16 avd spec”, totalt behövs 62,1 mnkr. Föregås av detaljplanearbete.

- **NY – Inventarier Förskola Stöcke 6 avd ny –** Nytt projekt, medel taget 2028 från ”Inventarier Förskolor med kök, 12 avd per år” med 2,1 mnkr.

- **NY – Förskola Tomtebo strand 6 avd –** Nytt projekt förlagd under 2026–2028. Medel taget från ”Förskolor med kök, 12 avd per år”, totalt behövs 62,1 mnkr.

- **NY – Inventarier Förskola Tomtebo strand 6 avd –** Nytt projekt, medel 2028 taget från ”Inventarier förskolor med kök, 12 avd per år” med 2,1 mnkr

- **UTGÅR – Sandvik fsk Vaktm 16 etapp 2, 8 avd –** Projektet föreslås tas bort då inriktningen att bygga om Sandvik skola till förskola har förändrats. Den fördjupade översiktsplanens bebyggelsescenario redovisar ett tillskott på minst 2000 personer i Holmsund vilket innebär att Sandvik skola behövs i framtiden för att hantera elevutvecklingen. Fler förskoleavdelningar säkerställs genom den utveckling av befintliga förskolor (Lövö och Storsjö) som pågår samt genom att säkerställa nya tomter för förskola i kommande detaljplaner. 11,725 mnkr föreslås därför tas bort år 2026.

- **UTGÅR – Inventarier Sandvik fsk Vaktm 16 etapp 2, 8 avd –** Se text ovan om byggprojektet, 1,04 mnkr föreslås tas bort 2026.

- **NY – Inventarier Förskola Storsjö 1 avd –** Nytt projekt, medel 2025, taget från ”Förskolestruktur 16 avd inventarier” med 0,3 mnkr.

- **NY – Inventarier Förskola Hörnefors 4 avd –** Nytt projekt, medel 2026 taget från ”Förskolestruktur 16 avd inventarier” år 2025 med 1,4 mnkr.

- **NY – Inventarier Förskola Olofsdal 8 avd –** Nytt projekt, medel 2027 taget från ”Inventarier förskolor med kök, 12 avd per år” år 2028 med 2,8 mnkr.

- **NY – Rödängsskolan nybyggnad en parallell F-6 –** Nytt projekt förlagd under 2025–2028. Medel taget från ”Grundskola ny (1 ny vart 3:e år)” med 148,95 mnkr från år 2028 och 31,05 mnkr från ”Volymbehov Västra” med 1 mnkr från 2026 och 30,05 mnkr från år 2027. Totalt behövs 180 mnkr.

- **NY – Inventarier Rödängsskolan nybyggnad en parallell F-6 –** Nytt projekt, medel 2028 taget från ”Inventarier kopplat till behov västra” med 2,5 mnkr från år 2025.

- **NY – Stöcke skola nybyggnad två paralleller F-3** – Nytt projekt förlagd under 2026–2029. Medel taget från ”Volymbehov Södra” med 1 mnkr från år 2026 och 60,776 mnkr från år 2027, samt från ”Grundskola ny (1 ny vart 3:e år)” från år 2029 med 118,224 mnkr. Totalt behövs 180 mnkr.
- **NY – Inventarier Stöcke skola nybyggnad två paralleller F-3 –** Nytt projekt, medel taget 2029 från ”Inventarier grundskola ny (1 ny vart 3:e år)” med 2,5 mnkr.

- **NY – Sjöfruskolan utemiljö –** Nytt projekt förlagd under 2025–2026. Medel taget från ”Volym/ombyggnad grundskolor” med 5,6 mnkr från 2028.

- **NY – Inventarier Grisbackaskolan kök matsal 4 klassrum –** Nytt projekt, medel taget 2026 från ”Inventarier volym/ombyggnad grundskolor” med 1,4 mnkr från år 2028.

- **NY – Inventarier Innertavle ersätt en byggnad för åk 4–5 –** Nytt projekt, medel taget 2026 från ”Inventarier volym/ombyggnad grundskolor” med 0,5 mnkr från år 2028.

- **NY – Inventarier Hedlundaskolan bef skola/matsal –** Nytt projekt, medel taget 2026 från ”Inventarier volym/ombyggnad grundskolor” med 3,4 mnkr från år 2028.

Individ- och familjenämnden

- **NY - Daglig verksamhet Magistervägen –** Nytt projekt förlagd under 2024–2026. Medel taget från ”Daglig verksamhet” med 12 mnkr år 2024, 50 mnkr år 2025 och 65 mnkr år2026. Sammanlagt behövs 127 mnkr.

- **FÖRÄNDRAT – Gruppboenden Tomtebogård 2 plan –** Projekt ”Gruppboende 2024, 1” och ”Gruppboende 2024, 2” föreslås slås ihop till ett byggprojekt och bildar ”Gruppboende Tomtebogård 2 plan” som blir två nya gruppboenden, men i en byggnad med 2 plan. 10 mnkr + 10 mnkr från dessa projekt år 2025 flyttas till 2026.

- **UTGÅR – Gruppboende 2024, 2** – raden med projektet tas bort då medlen är överförda till ”Gruppboende Tomtebogård 2 plan”

- **UTGÅR – Gruppboenden 2 per å**r **–** de medel som finns för 2028 (48,4 mnkr) föreslås strykas helt då dessa gruppboenden kan ersättas av tidigare inlagda projekt för nya gruppboenden. (SLK har ändrat kategori till UTGÅR, i Tekniska nämndens förslag står det FÖRÄNDRAT)

- **UTGÅR – Skyddat boende IFO –** Projektet föreslås strykas ur investeringsplanen, då behoven och förutsättningarna har ändrats sen projektet först lades in i investeringsplanen för 2018. När ett mer bearbetat och uppdaterat förslag och kalkyl finns tillgängligt kan ärendet komma att tas upp igen.

- **NY - Inv Gruppboende Sandlådan 1** – Nytt projekt, medel taget 2025 från ”Investering inventarier ny” med 0,42 mnkr.

- **NY - Inv Gruppboende Obbola** – Nytt projekt, medel taget 2025 från ”Investering inventarier ny” med 0,42 mnkr.

- **NY - Inv Gruppboende Komministern** – Nytt projekt, medel taget 2026 från ”Investering inventarier ny” med 0,42 mnkr.

- **NY - Inv Gruppboende Tomtebogård 2 plan** – Nytt projekt, medel taget 2026 från ”Investering inventarier ny” med 0,84 mnkr.

- **NY - Inv Gruppboende Cirkelpassaren barn** – Nytt projekt, medel taget 2026 från ”Investering inventarier ny” med 0,65 mnkr.

Kulturnämnden

- **FÖRÄNDRAT – Inventarier Bibliotek –** Summorna för inventarier nya bibliotek är felaktiga. Rätt summor ska vara 3,4 mnkr för år 2028, 3,5 mnkr år 2030, 3,7 mnkr år 2032, 3,8 mnkr år 2034.

Nya/borttagna årliga ramanslag inom investeringsunderlag – beskrivning/motivering

Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden

- **NY – Ram anpassningar Gym-Vux –** Nytt årligt ramanslag förlagd under 2025–2028. Medel taget från ”Volym/ombyggnationer gymnasieskolor”, från år 2028 med sammanlagt 4,422 mnkr.

Äldrenämnden

- **FÖRÄNDRAT- Inventarier/Utrustning/Digitalisering –** Investeringsprojekten Digitalisering Äldreomsorg, Inventarier ny (Verksamhetslokaler) och Utrustning/hjälpmedel stöd brukare sammanfogas till ett gemensamt årligt ramanslag bestående av dessa tre delar.

Förändrade tidplaner investeringsprojekt inom investeringsunderlag – beskrivning/motivering

För- och grundskolenämnden

- **Förskola Innertavle 4 avd** – 1 mnkr flyttade från 2025 till 2026, 15 mnkr flyttade från 2026 till 2028. I nuläget uppskattas att färdigställande sker 2028 i stället för 2027. Råder viss osäkerhet kring det fortsatta arbetet med detaljplanen då det är flera markägare i processen.

- **Inventarier Förskola Innertavle 4 avd** – 1,2 mnkr flyttade från 2027 till 2028. Se text under byggprojekt för mer information.

- **Förskola Olofsdal 8 avd** – 15 mnkr flyttade från 2025 till 2026 i väntan på att detaljplanen ska vinna laga kraft.

- **Förskolan Lövö 4 avd –** 15,45 mnkr flyttade från 2025 till 2026.

- **Inventarier Förskolan Lövö 4 avd –** 1,06 mnkr flyttade från 2025 till 2026.

- **Inventarier Förskola Rödåsel 2 avd** – Förändrat projekt + inköp av mark medför att tidplanen förskjuts ett år från 2025 till 2026 och 0,6 mnkr flyttas.

- **Hedlundaskolan F-6 utbyggnad till två paralleller –** 13 mnkr flyttade från 2025 till 2026 och 7 mnkr från 2025 till 2027. Tidplan för nybyggnad skola F-2 gäller, förskjutning av medel gäller grundläggning för utbyggnad av matsal.

- **Obbola skola F - 9 utbyggnad till två paralleller –** Obbola skola är utbyggd i flera etapper med en ekonomisk input som varierat i storlek. Över tid är det inte taget något samlat grepp kring skollokalerna. De senaste årens elevökning har medfört att fler klasser tillkommit och verksamheten har makat ihop sig för att rymmas. Därför saknas det, eller råder brist på, flera funktioner. Den fördjupade översiktsplanens bebyggelsescenario redovisar ett tillskott på 3000 personer i Obbola vilket skulle innebära ett tillskott på ca 500 elever i förskoleklass, grundskola och fritidshem. Skolans relativt små klasser skulle därför komma att öka i elevantal. En ny byggnad med hemområde för två paralleller åk 1–3 (6 klasser) säkerställer ett framtida behov och skapar förutsättningar för att ta emot fler elever i befintliga skolan. För att kunna utveckla Obbola skola, genom att etablera en ny skolbyggnad och säkerställa friyta för eleverna, måste Obbolas utomhusbad avvecklas. Omarbetat projekt där nya lokaler för 6 klasser i stället för 2 klasser som skolstrukturbeslutet medger, medför behov av mer medel och att tidplanen förskjuts. Tills den fördjupade utredningen är helt klar flyttas i detta skede 23 mnkr från 2025 till 2027.

- **Inventarier Obbola skola F-9 utbyggnad till två paralleller –** 0,8 mnkr flyttade från 2025 till 2027.

- **Volymbehov Norra –** 1 mnkr flyttade från 2026 till 2027.

Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden

- **Forslunda stall och grishus –** 4 mnkr flyttade från 2025 till 2026. Byggnationen genomförs som ett elevarbete av byggprogrammet på Dragonskolan och planeras pågå under en längre tid.

- **Vasaskolan gymn elevökning –** från 2025 flyttas 47 mnkr till år 2026, 40 mnkr till 2027 och 11 mnkr till 2028. Projektet har hög kulturhistorisk status och kräver en omfattande dialog med bland annat stadsarkitekt, bygglov och Länsstyrelsen kring utformningen. Stor hänsyn ska tas till befintliga byggnader (Vasaskolan och Rosa gymnastiken) samtidigt som verksamhetsmässiga aspekter och funktioner för gymnasieskolan respektive måltidsservice är viktiga att säkerställa. Även ett omfattande utredningsarbete kring ny lokalisering av idrottshall, som visat sig inte rymmas inom fastigheten Siv 1, pågår. Tidplanen med färdigställande till ht 2027 för skollokalerna är avhängigt projektet vid Champinjonen 1. När Vuxenutbildningen flyttar ut från Vasaskolan 2025 till de nya lokalerna på Champinjonen påbörjas byggnationerna. Idrottshallen blir ett nytt investeringsprojekt när lokalisering och tidplan finns.

- **Inventarier Vasaskolan gymn elevökning –** 15 mnkr flyttade från 2026 till 2027 och 2 mnkr flyttade till 2028. Se text ovan om byggprojektet för mer detaljer.

Individ- och familjenämnden

- **Gruppboende Gimoplan, projekt 801566** (tidigare Gruppboende 1 2020) **–** 10 mnkr flyttade från 2025 till 2026 och 8,864 mnkr flyttade från 2025 till 2027.

- **Gruppboende Komministern, projekt 801569** (tidigare Gruppboende 2022) **–** 1 mnkr flyttade från 2025 till 2026.

- **Gruppboende 2024, 3 –** 10 mnkr flyttade från 2025 till 2027.

- **Nytt Gruppboende** (tidigare Gruppboende 2025, 1**) –** 16 mnkr flyttade från 2025 till 2028.

- **Nytt Gruppboende** (tidigare Gruppboende 2025, 2**) –** 16 mnkr flyttade från 2025 till 2028.

- **Nytt Gruppboende** (tidigare Gruppboende 2025, 3**) –** 16 mnkr flyttade från 2025 till 2028.

- **Nytt Gruppboende** (tidigare Gruppboende 2026, 1) – 16 mnkr flyttade från 2026 till 2029.

- **Nytt Gruppboende** (tidigare Gruppboende 2026, 2) – 16 mnkr flyttade från 2026 till 2029.

- **Nytt Gruppboende** (tidigare Gruppboende 2026, 3) – 16 mnkr flyttade från 2026 till 2029.

- **Korttidsvistelse, ersätta Älgvägen –** 12 mnkr flyttas från 2025 till 2026.

- **Inv Korttidsvistelse, ersätta Älgvägen –** 0,418 mnkr flyttas från 2025 till 2026.

Äldrenämnden

- **Vård- och omsorgsboende 60 pl –** 33,4 mnkr flyttas från 2026 till 2027 och 3,9 mnkr flyttas från 2026 till 2028. Projektet kommer att försenas till 2029 på grund av detaljplanearbetet.

- **Inv/utrustning vård- och omsorgsboende 60 pl –** 15 mnkr flyttade från 2027 till 2028.

- **Vård- och omsorgsboende 90 pl Tomtebo strand –** 3,5 mnkr flyttas från 2026 till 2025, 48 mnkr flyttas från 2027 till 2028. Projektet kommer att försenas till 2030 på grund av detaljplanearbetet.

- **Inv/utrustning vård- och omsorgsboende 90 pl Tomtebo strand** – 16,8 mnkr flyttade från 2028 till 2030.

- **Inv/utrustning Hagaborg vård- och omsorgsboende –** 28,8 mnkr flyttade från 2026 till 2029.

Totalt Umeå Kommun – summering

Förändringar investeringsförslag Tekniska nämnden:

- **82,1 mnkr** borttagna ur planperioden 2025–2028
- **93,6 mnkr** förskjuts i tid till 2029–2034

Mnkr	*2025–2028*
Investeringsunderlag innan förslag från TN	*4 859,9*
Borttagna investeringsprojekt	*-82,1*
Flyttat till 2029–2034	*-93,6*
Summa	***4 684,2***

Mnkr	*2029–2034*
Investeringsunderlag innan förslag från TN	*8 318,4*
Flyttat till 2029–2034	*93,6*
Summa	***8 412,0***

Externförhyrningar – beskrivning/motivering

- **IFN - Servicelägenheter 10+1 –** externförhyrning från 2025-01-01 med 10-årig avtalsperiod skulle kunna kosta totalt 18 mnkr under avtalsperioden. Integrerad boendeform i hyreshus som Umeå Kommun inte kan bygga själva.
- **IFN - Gruppboende Handlaren -** externförhyrning från 2025-01-01 med 10-årig avtalsperiod skulle kunna kosta totalt 15 mnkr under avtalsperioden. Ett behov av gruppboende som inte kan tillgodoses av egen byggnation inom perioden.
- **IFN – Socialtjänstens hus, Vale 17 –** tillkommande hyreskostnad på befintlig förhyrning från 2025-01-01 för ny entré (säkerhetslösning) etapp 1 under en 10-årig avtalsperiod skulle kunna kosta totalt 25 mnkr under avtalsperioden.
- **ÄN – Hemtjänst, ny lokal för natt och larm/anpassa hemtjänstens lokal city –** hemtjänst city behöver ny lokal som natt och larm använt på Öbacka (rätt placering och uppfyller arbetsmiljökrav) och natt och larm behöver en större lokal som inte är lika lägeskritisk. Lokalen på Öbacka behöver anpassas för att kunna användas för det nya ändamålet. Rockaden kan ske från 2025-01-01 och kan kosta totalt 23,5 mnkr under en 10-årig avtalsperiod. Umeå Kommun har ingen egen tomt för ändamålet.
- **ÄN – Hemtjänst, Berghem/nedre Haga pga 6:6A** – lägenhetslokal på Istidsgatan behöver lämnas då det inte uppfyller arbetsmiljökraven (6:6A) och ersättas av nya lokaler från 2025-01-01 till en hyreskostnad på 17 mnkr under en 10-årig avtalsperiod. (istidsgatan kommer att användas för annan verksamhet.
- **ÄN – Dagverksamhet dementa** – nya lokaler för dagverksamhet för dementa behövs för att ersätta Hemgårdens dagverksamhet från 2025-01-01 till en hyreskostnad på 11 mnkr under en 10-årig avtalsperiod.
- **ÄN – Hemtjänst, anpassning** – anpassning av hemtjänstens lokaler på Röbäcksdalen kommer att kosta 10 mnkr under en 10-årig avtalsperiod.
- **TN – Driftlokal Teg –** en ny driftlokal på 300 m2 på Teg för personal på Gator och Parker då befintlig lokal ligger på mark som ska exploateras föreslås hyras in från 2025-01-01 och kommer att kosta 11,25 mnkr under en 25-årig avtalsperiod.

10-årigt investeringsunderlag 2025-2034

Förslag till investeringsbudget 2025 och plan 2026-2028

Nämnd	Budget 2025	Plan 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030	Plan 2031	Plan 2032	Plan 2033	Plan 2034	Summa 2025-2034
Brand- och räddningsnämnden	**121 378**	**106 082**	**550**	**14 344**	**69 631**	**101 924**	**153 222**	**15 527**	**15 837**	**16 154**	**614 649**
Fastigheter, ny	99 828	65 000	0	0	50 000	75 000	100 000	0	0	0	389 828
Övriga, ny	10 000	34 000	0	0	5 000	12 000	38 000	0	0	0	99 000
Övriga, reinv	11 550	7 082	550	14 344	14 631	14 924	15 222	15 527	15 837	16 154	125 821
Byggnadsnämnden	**471**	**470**	**470**	**479**	**489**	**498**	**508**	**519**	**529**	**540**	**4 972**
Övriga, reinv	471	470	470	479	489	498	508	519	529	540	4 972
Fritidsnämnden	**14 770**	**14 757**	**14 757**	**15 276**	**80 582**	**15 893**	**16 211**	**85 536**	**16 956**	**17 296**	**292 034**
Fastigheter, ny	0	0	0	0	63 900	0	0	67 900	0	0	131 800
Fastigheter, reinv	0	0	0	224	229	233	238	243	338	345	1 850
Övriga, ny	0	0	0	0	1 100	0	0	1 100	0	0	2 200
Övriga, reinv	14 770	14 757	14 757	15 052	15 353	15 660	15 973	16 293	16 619	16 951	156 184
För- och grundskolenämnden	**271 264**	**287 580**	**321 120**	**394 913**	**456 212**	**363 674**	**402 614**	**451 842**	**385 868**	**427 221**	**3 762 309**
Fastigheter, ny, f-9	135 600	144 000	164 950	201 776	270 800	183 280	218 530	255 160	194 480	231 920	2 000 496
Fastigheter, ny, fsk	110 089	114 450	132 400	161 300	140 000	142 700	145 600	148 500	151 400	154 500	1 400 939
Fastigheter, reinv, f-9	1 100	1 100	1 100	1 122	1 144	1 167	1 191	1 214	1 239	1 264	11 641
Fastigheter, reinv, fsk	2 750	3 850	3 850	3 927	4 006	4 086	4 167	4 251	4 336	4 422	39 644
Övriga, ny, f-9	3 935	5 300	800	4 600	16 000	7 700	7 800	17 000	8 100	8 300	79 535
Övriga, ny, fsk	4 040	5 460	4 600	8 500	10 300	10 500	10 800	10 900	11 200	11 400	87 700
Övriga, reinv, f-9	9 350	9 020	9 020	9 200	9 384	9 572	9 764	9 959	10 158	10 361	95 788
Övriga, reinv, fsk	4 400	4 400	4 400	4 488	4 578	4 669	4 763	4 858	4 955	5 054	46 565
Gymnasie- och vuxenutbildningsnämnden	**40 450**	**89 065**	**60 065**	**165 944**	**316 925**	**463 408**	**38 392**	**39 278**	**39 965**	**40 855**	**1 294 346**
Fastigheter, ny	30 000	84 000	40 000	151 878	305 800	426 300	26 800	27 400	27 900	28 500	1 148 578
Fastigheter, reinv	1 100	1 100	1 100	1 122	0	0	0	0	0	0	4 422
Övriga, ny	5 000	0	15 000	8 900	7 000	32 900	7 300	7 500	7 600	7 800	99 000
Övriga, reinv	4 350	3 965	3 965	4 044	4 125	4 208	4 292	4 378	4 465	4 555	42 346
Individ- och familjenämnden	**100 786**	**135 221**	**45 667**	**124 939**	**179 036**	**79 743**	**81 312**	**135 492**	**141 934**	**86 388**	**1 110 519**
Fastigheter, ny	68 000	108 000	18 864	96 600	146 750	50 200	51 200	104 800	107 050	54 400	805 864
Fastigheter, reinv	23 077	18 077	18 077	18 438	18 807	19 183	19 567	19 958	20 357	20 764	196 304
Övriga, ny	1 640	2 328	0	1 000	4 400	1 100	1 100	1 100	4 700	1 200	18 568
Övriga, reinv	8 070	6 816	8 726	8 901	9 079	9 260	9 446	9 634	9 827	10 024	89 783
Kommunstyrelsen	**26 078**	**61 267**	**71 656**	**24 951**	**25 450**	**25 959**	**26 479**	**27 008**	**27 548**	**28 099**	**344 496**
IT, reinv	4 400	4 400	4 400	4 488	4 578	4 669	4 763	4 858	4 955	5 054	46 565
Kraft, reinv	20 587	23 629	20 018	19 201	19 585	19 977	20 376	20 784	21 200	21 624	206 981

Nämnd	Budget 2025	Plan 2026	Plan 2027	Plan 2028	Plan 2029	Plan 2030	Plan 2031	Plan 2032	Plan 2033	Plan 2034	Summa 2025-2034
Övriga, ny	0	32 000	46 000	0	0	0	0	0	0	0	78 000
Övriga, reinv	1 091	1 238	1 238	1 262	1 287	1 313	1 340	1 366	1 394	1 421	12 950
Kulturnämnden	**5 973**	**5 840**	**5 840**	**23 732**	**35 401**	**6 197**	**36 831**	**37 568**	**6 577**	**39 085**	**203 043**
Fastigheter, ny	0	0	0	14 375	14 663	0	15 255	15 560	0	16 189	76 041
Fastigheter, reinv	1 100	990	990	1 010	1 030	1 051	1 072	1 093	1 115	1 137	10 587
Övriga, ny	0	0	0	3 400	14 663	0	15 255	15 560	0	16 189	65 066
Övriga, reinv	4 873	4 850	4 850	4 947	5 046	5 147	5 250	5 355	5 462	5 571	51 349
Miljö- och hälsoskyddsnämnden	**283**	**282**	**282**	**287**	**293**	**299**	**305**	**311**	**317**	**323**	**2 981**
Övriga, reinv	283	282	282	287	293	299	305	311	317	323	2 981
Tekniska nämnden	**493 435**	**358 598**	**355 153**	**454 275**	**412 831**	**431 258**	**426 195**	**448 697**	**458 367**	**466 808**	**4 305 616**
Fastigheter, ny	53 000	5 500	5 500	17 400	5 900	18 100	6 100	18 800	6 300	19 600	156 200
Fastigheter, reinv	126 000	126 000	129 300	125 664	128 177	130 741	133 356	136 023	138 743	141 518	1 315 522
Gator och vägar, ny	95 286	22 000	41 927	112 117	76 579	75 077	76 579	78 111	94 673	81 266	753 615
Gator och vägar, reinv	102 549	102 549	102 549	102 468	104 517	106 607	108 740	110 914	113 133	115 395	1 069 420
IT, reinv	88 840	80 820	54 258	71 008	72 428	73 876	75 354	76 861	78 398	79 966	751 809
Parker, ny	3 700	0	0	4 000	4 505	4 416	4 505	4 595	4 687	4 780	35 187
Parker, reinv	14 300	14 300	14 300	14 586	14 878	15 175	15 479	15 788	16 104	16 426	151 336
Övriga, ny	2 500	1 700	1 700	1 300	0	1 300	0	1 400	0	1 400	11 300
Övriga, reinv	7 260	5 730	5 620	5 732	5 847	5 964	6 083	6 205	6 329	6 456	61 226
Valnämnden	**550**	**500**	**500**	**510**	**520**	**531**	**541**	**552**	**563**	**574**	**5 341**
Övriga, reinv	550	500	500	510	520	531	541	552	563	574	5 341
Äldrenämnden	**32 145**	**74 537**	**165 737**	**180 936**	**119 544**	**195 724**	**49 486**	**97 739**	**186 996**	**52 992**	**1 155 837**
Fastigheter, ny	4 700	49 600	140 800	140 500	64 800	134 961	22 493	70 207	140 413	24 348	792 821
Fastigheter, reinv	5 500	5 500	5 500	5 610	5 722	5 837	5 953	6 072	6 194	6 318	58 206
Övriga, ny	0	0	0	15 000	28 800	34 300	0	0	18 500	0	96 600
Övriga, reinv	21 945	19 437	19 437	19 826	20 222	20 627	21 039	21 460	21 889	22 327	208 209
Totalsumma	**1 107 583**	**1 134 198**	**1 041 796**	**1 400 587**	**1 696 914**	**1 685 109**	**1 232 097**	**1 340 068**	**1 281 458**	**1 176 336**	**13 096 145**

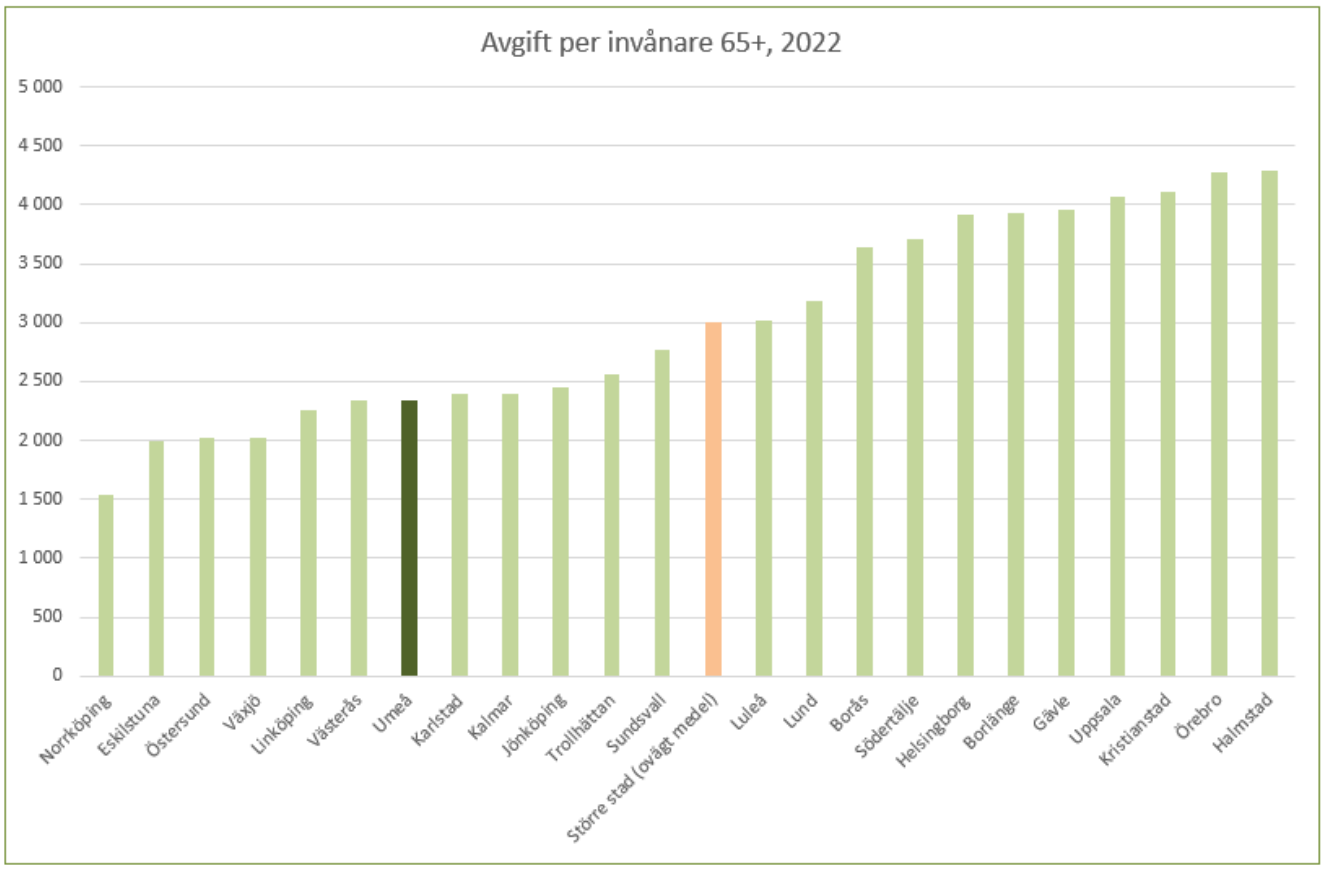
Avgiftsöversyn

UMEÅ KOMMUN

Olika avgifter

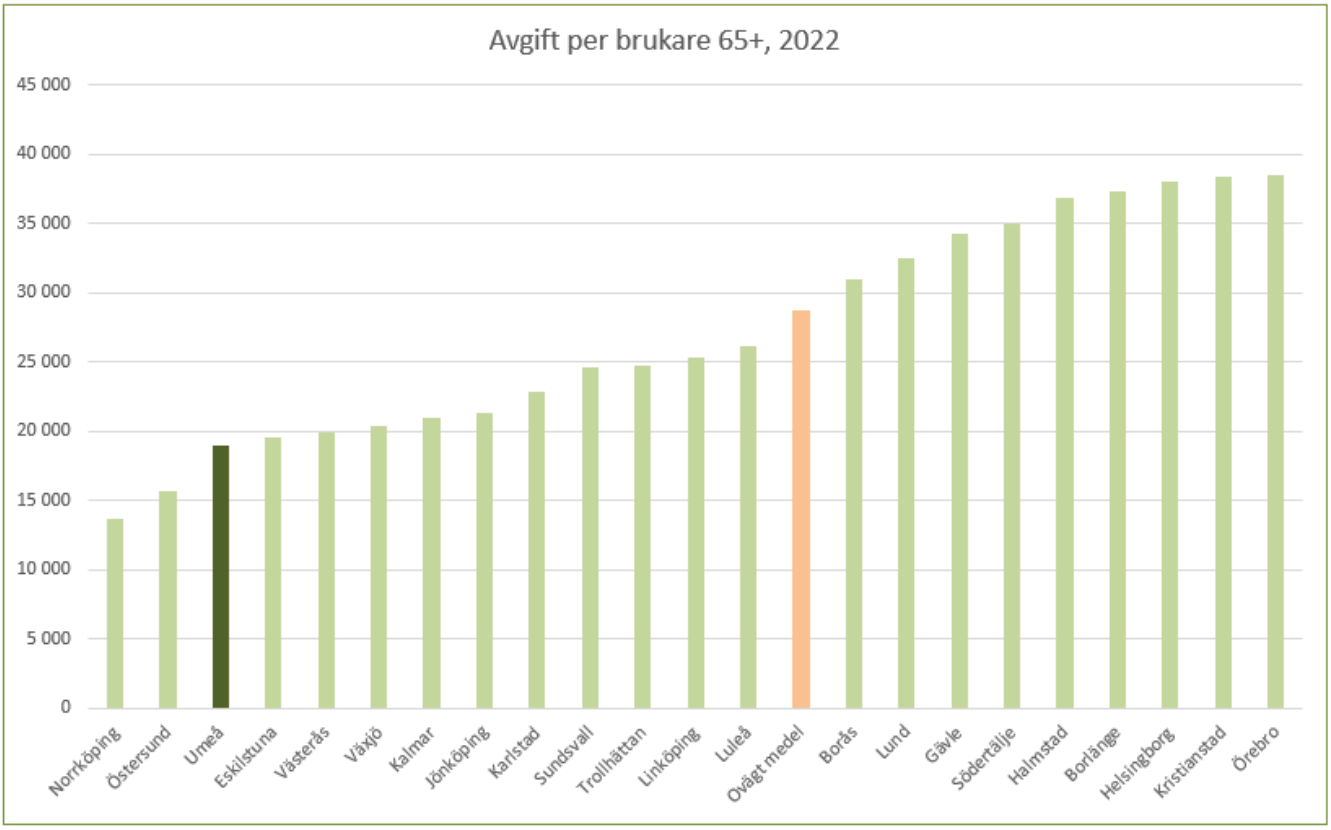
- Måltider
- Trygghetslarm
- Hjälpmedel
- Hemtjänst

UMEÅ KOMMUN



Avgifter är exklusive hyror & kost

UMEÅ KOMMUN



Avgifter är exklusive hyror & kost

UMEÅ KOMMUN

Omvårdnadsavgifter

Stad	Hemtjänst	Trygghetslarm	Korttids-boende	Hemsjukvård	Dag-verksamhet
Umeå		306 kr/månad	78 kr/dygn	472 kr/månad	Fri
Norrköping	389 kr/timme	334 kr/månad		444 kr/månad	Fri
Jönköping	459 kr/timme	123 kr/månad	78 kr/dygn	408 kr/månad	Fri
Helsingborg	373 kr/timme	264 kr/månad	79 kr/dygn	572 kr/månad	Fri
Örebro	364 kr/timme	254 kr/månad	79 kr/dygn	472 kr/månad	52 kr/dag
Växjö	436 kr/timme	300 kr/månad	86 kr/dygn	436 kr/månad	Fri
Nacka	306 kr/timme	255 kr/månad	80 kr/dygn		120 kr/dag
Uppsala	391 kr/timme	236 kr/månad	79 kr/dygn	400 kr/månad	Fri
Sundsvall	403 kr/timme	288 kr/månad	79 kr/dygn	403 kr/månad	Fri
Gävle	456 kr/timme	287 kr/månad		456 kr/månad	Fri
Östersund	129/361 kr/timme	220 kr/månad	86 kr/dygn	129 kr/timme	Fri
Medel	**397 kr/timme**	**260 kr/månad**	**80 kr/dygn**	**451 kr/månad**	

UMEÅ KOMMUN

Kost

Stad	Matdistrubution *kr/portion*	Dagverksamhet *kr/dag*	Korttids-boende *kr/dygn*	Särskilt boende *kr/månad*
Umeå	58	78	138	4217
Borlänge	74	76	130	3918
Borås	62	76	155	4650
Eskilstuna	67	67	140	4189
Gävle	58	72		3345
Halmstad	68	64	127	3810
Helsingborg		80		4014
Jönköping	64		128	3840
Kalmar	72	70		3597
Karlstad	66			4200
Linköping	68	73	118	4720
Luleå	69	68		4203
Norrköping	73	73	141	4232
Sundsvall	61	86	119	3631
Södertälje	62	75	103	3106
Västerås	65	93	132	4027
Växjö	79	71	151	4533
Örebro	77	92	123	3689
Östersund	67		155	4712
Medel	**67**	**76**	**133**	**4033**

UMEÅ KOMMUN

Simulering & förslag

Nuläge

Avgifter hemtjänst

- Nivå 1: upp till 15 timmar per månad, 515 kronor per månad
- Nivå 2: mellan 15,01 och 35 timmar per månad, 1 545 kronor per månad
- Nivå 3: mer än 35,01 timmar per månad, 2 575 kronor per månad

Avgift för städning

- Städ 1 gång per vecka, 1 312 kronor per månad
- Städ 1 gång per månad, 540 kronor per månad
- Städ var tredje vecka, 798 kronor per månad
- Städ varannan vecka, 1 056 kronor per månad

IFN Simulering: 728 596 kr/månad

UMEÅ KOMMUN

Volymer

IFN

	Timmar efter frånvaro exkl. städ								
	1-5	**6-10**	**11-15**	**16-20**	**21-25**	**26-30**	**31-35**	**35-**	**Total**
Antal brukare	123	187	139	44	36	19	8	72	**628**
% av brukare	20%	30%	22%	7%	6%	3%	1%	11%	**100%**

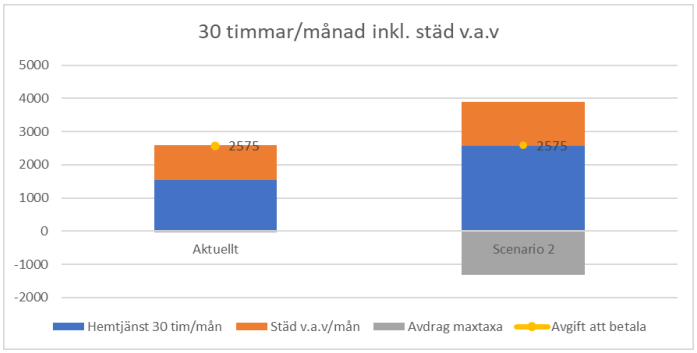
UMEÅ KOMMUN

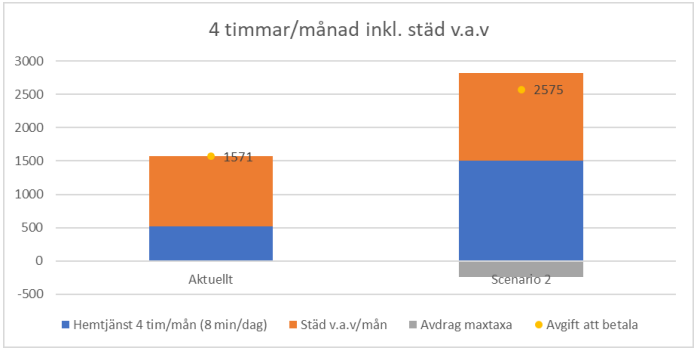
IFN

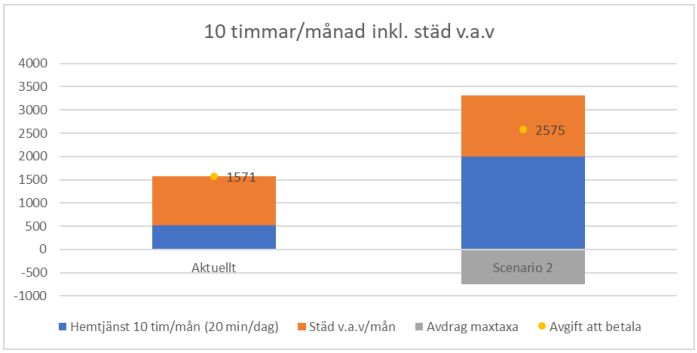
Ökning städ 25% och nivåer belopp enligt nedan. Inkluderat		
1,25		
0,01	5	1 000 kr
5,01	15	1 500 kr
15,01	310	2 575 kr
Summa intäkt per månad		**9 298**
Ökning årsbasis jmf nuläge		**22 314**

UMEÅ KOMMUN

Tre olika exempel







UMEÅ KOMMUN

Förslag till beslut

Förändring:

Höjning av städavgift med 25%

Höjning av hemtjänst utifrån timmar per nivå och avgift per nivå enligt nedan

Oförändrat – enligt tidigare beslut:

- Trygghetslarm
- Måltider

Fortsatt utredning av hjälpmedel

IFN

Ökning städ 25% och nivåer belopp enligt nedan. Inkluderat		
1,25		
0,01	5	1 000 kr
5,01	15	1 500 kr
15,01	310	2 575 kr
Summa intäkt per månad		**9 298**
Ökning årsbasis jmf nuläge		**22 314**

UMEÅ KOMMUN

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-23
Individ- och familjenämnden

Diarienr: IFN-2024/00027

Lokalförsörjningsplan för individ- och familjenämnden 2024

Förslag till beslut
Individ- och familjenämnden godkänner *Rapport lokalförsörjning Individ- och familjenämnden 2024.*

Ärendebeskrivning
Rapporten ersätter det som tidigare kallats lokalförsörjningsplan, för att stämma överens med hur nämnderna arbetar med lokalförsörjningsprocessen och budgetprocessen. Nuläge, kommande budgetår och framtida utmaningar beskrivs kortfattat.

En av dom större utmaningarna inom lokalförsörjningen är att kunna arbeta med mer framförhållning och träffsäkra prognoser för alla slags lokalbehov. Budget för förhyrningar kommer vara en starkt begränsande faktor kommande år och framåt. Övergripande arbete kring utveckling av processer, flöden och arbetssätt gällande lokaler pågår, för att förtydliga och förenkla för alla inblandade parter.

Gällande administrativa ytor syns ett stort kommande behov redan på 2 års sikt. Samtidigt måste nya arbetssätt och nyttjandegrad av befintliga ytor undersökas och utvecklas parallellt med att behov av nya lokaler utreds.

Gällande lokalförsörjning som rör brukare så är ett stort arbete kring vakans och kö till LSS-bostäder inlett mellan förvaltningarna, vilket redan har skapat bättre förutsättningar för kommande leveranser av grupp- och servicebostäder.

Beslutsunderlag
Bilaga: *Rapport lokalförsörjning Individ- och familjenämnden 2024.*

Beredningsansvariga

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Johan Tovetjärn
Lokalstrateg

Rapport lokalförsörjning Individ- och familjenämnden 2024

UMEÅ KOMMUN

Sammanfattning

Rapporten ersätter det som tidigare kallats lokalförsörjningsplan, för att stämma överens med hur nämnderna arbetar med lokalförsörjningsprocessen och budgetprocessen. Nuläge, kommande budgetår och framtida utmaningar beskrivs kortfattat.

En av dom större utmaningarna inom lokalförsörjningen är att kunna arbeta med mer framförhållning och träffsäkra prognoser för alla slags lokalbehov inom Individ- och familjenämnden. Budget för förhyrningar kommer vara en starkt begränsande faktor kommande år och framåt.

Övergripande arbete kring utveckling av processer, flöden och arbetssätt gällande lokaler inom Individ- och familjenämnden pågår, för att förtydliga och förenkla för alla inblandade parter.

Gällande administrativa ytor syns ett stort kommande behov redan på 2 års sikt. Samtidigt måste nya arbetssätt och nyttjandegrad av befintliga ytor undersökas och utvecklas parallellt med att behov av nya lokaler utreds. Projektet kring Socialtjänstens hus nya entré är uppstartat.

Gällande lokalförsörjning som rör brukare så är ett stort arbete kring vakans och kö till LSS-bostäder inlett mellan förvaltningarna, vilket redan har skapat bättre förutsättningar för kommande leveranser av grupp- och servicebostäder. Projekt kring samlokaliserade gruppboenden i en tvåplanslösning är uppstartat. Lokaler för ett SoL-boende är under utredning, och kommer när det tas i drift på sikt kunna påverka efterfrågan på LSS-bostäder. Ett boende enligt LSS 9§8 är under projektering.

Innehållsförteckning

Sammanfattning 2
Inledning 5
Rollfördelning, struktur och process 5
Prognosarbete, vakanser och köer 5
Informationssatsning till verksamheter 5
Inventarier och reinvesteringar 5
Generella principer för investerings- och förhyrningsbudget 6
Generellt gällande administrativa ytor 6
Administrativa ytor, i urval 7
Socialtjänstens hus 7
Jägarvägen 7
Rådhusesplanaden 7
Stadshusområdet 7
CMV 7
Familjecentralerna 8
Familjerådgivningen 8
Korttidsvistelse enligt LSS 9§6 8
Korttidstillsyn enligt LSS 9§7 8
Boendeformer enligt LSS 9§8 8
Boendeformer enligt LSS 9§9 9
Annan särskilt anpassad bostad 9
Vakanser och kö till bostäder enligt LSS 9§9 9
Individuella anpassningar i bostäder enligt LSS 9§9 9
Gruppboende och serviceboenden 9
Brandskydd i behovsprövade boenden 9
Planerade leveranser av gruppboenden och serviceboenden 10
Prognos 11
Rumsfunktionsprogram 12
Daglig verksamhet enligt LSS 9§10 12
Övriga boendeformer, i urval 13
Kortbo och långbo 13
EKB 13
Sociala kontrakt 13
SoL-boende 13
Riksgymnasiet elevhem 13

Övriga lokaler, i urval 13
Skogsdungen 13
Boendestöds lokaler 13
Skyddat boende för våldsutsatta 14
Övrigt 14
Detaljplaner 14
Utredningar kring enskilda fastigheter 14
Lokalfrågor i samverkansavtal med föreningar 14
Bilaga 1 16
Bilaga 2 18

Inledning

Rapporten ersätter tidigare nämndspecifik Lokalförsörjningsplan, för att stämma överens med hur lokalförsörjningsarbetet sker mellan Individ- och familjenämnden och Tekniska nämnden samt hur budgetprocessen för investeringar och förhyrningar är utformad, där lokalförsörjningsplaneringen ska vara ett gemensamt arbete mellan nämnderna. Den här rapporten är en årlig sammanställning över lokalförsörjningsarbetet för Individ- och familjenämndens olika verksamhetsområden och perspektiv. Den är i huvudsak framåtsyftande och beskriver kortfattat nuläget, kommande budgetår och framtida utmaningar på en övergripande nivå. Varje enskilt objekt redogörs inte för.

Rollfördelning, struktur och process

Under 2023 infördes rollen som lokalstrateg på Stöd och omsorgsförvaltningen, och parallellt med det genomgick rollen som lokalplanerare en förändring och ett förtydligande. Det övergripande uppdraget för båda rollerna är *att säkerställa att Stöd och omsorgsförvaltningen har effektiva, transparenta och säkra processer för att möjliggöra att förvaltningen vid varje given tidpunkt har tillgång till tillräcklig kapacitet av ändamålsenliga och effektiva lokaler*

Lokalstrategen arbetar i huvudsak i ett mer strategiskt perspektiv med prognoser, utreda och utforma nya möjligheter, ett övergripande ansvar för processer och strukturfrågor kring lokalförsörjningen, och med komplexa frågor och principbeslut. Lokalstrategen är främst ett stöd till verksamhetschefer och deras biträdande verksamhetschefer. Lokalplaneraren arbetar med aktiviteter såsom logistik och lokalanpassningar under innevarande år, byggprojekt och renoveringar enligt fastställda standards, och till stor del med upphandling av inventarier. Lokalplaneraren är ett nära stöd till enhetscheferna.

Både rollen som strateg och lokalplanerare kommer fortsätta utvecklas för att möta upp de behov som finns hos Individ- och familjenämnden. Fastighetsförvaltningen har dessutom stärkt upp med ytterligare en fastighetsförvaltare för att ha kapacitet att hantera den mängd objekt och ärenden som Individ- och familjenämnden har.

Genom ett fördjupat samarbete och en bättre samsyn mellan förvaltningarna ökas nu leveransen av ändamålsenliga lokaler. Rollen som strateg har ett uttalat ansvar för att följa upp och utveckla de olika processerna och flödena kring lokalförsörjning, vilket ytterligare ökar förutsättningarna för framgång.

Prognosarbete, vakanser och köer

Prognosarbetet i övriga delar har varierat i framgång och är under utveckling. Nytt för 2024 är att förvaltningen tar ett helhetsgrepp även om administrativa ytor och skapar prognos även för det. För att kugga in i den kommungemensamma lokalförsörjningsprocessen behöver Stöd och omsorgsförvaltningen ha en framförhållning på minst 5 år.

Informationssatsning till verksamheter

Lokalstrateg och lokalplanerare har hållit i informationstillfällen om lokalförsörjning och tillhörande processer för enhetschefer från förvaltningens alla områden. Informationsträffarna kommer fortsättningsvis erbjudas 1 gång per termin, främst riktat till nya chefer. Motsvarande upplägg för skyddsombud planeras. Ambitionen är att förenkla och förtydliga arbetet med lokalfrågor för verksamheterna i allmänhet och enhetschefer i synnerhet.

Inventarier och reinvesteringar

Individ- och familjenämnden har en egen budgetram för inventarier för nya verksamheter, främst nyproduktion av gruppboenden, och en budgetram för reinvesteringar i befintliga verksamheter.

Lokalplaneraren ansvarar för att inventera behov, planera och utföra åtgärder inom dessa budgetramar.

Generella principer för investerings- och förhyrningsbudget

Tekniska nämnden skiljer i sitt budgetarbete på investeringar och förhyrningar. Förenklat kan man säga att ett egenägt objekt är en investering, och även anpassningar, renoveringar och tillbyggnader blir en investering på sådana objekt. Ett objekt som ägs av en annan part, t ex Bostaden AB, är en förhyrning och alltid en kostnad. Åtgärder, anpassningar och renoveringar i en förhyrning blir då också alltid kostnader.

Umeå kommuns fastighetspolicy styr mot ett ökat eget ägande och ett minskat förhyrande. Budgeten för förhyrningar kommer vara en begränsande faktor såväl 2025 som framåt. Trots en successiv övergång till att verksamheter finns i egenägda objekt, så kommer del av Individ- och familjenämndens behov alltid behöva lösas i förhyrningar. Det gäller främst olika slags lägenheter i flerfamiljshus.

Generellt gällande administrativa ytor

Med administrativa ytor avses här kontorsplatser, besöksrum och liknande. Personalytor insprängt i olika boendeformer (t ex gruppboende, serviceboende eller korttidsboende) är inte inräknat.

Det finns ett stadigt ökande behov av kontorsplatser, vilket tidigare har varit svårt att prognosticera. Det finns en upplevelse av att Stöd och omsorgsförvaltningen är trångbodda i en del av dom administrativa ytorna, samtidigt som det finns en oklarhet i hur väl ytor faktiskt nyttjas i och med ett ökat flexibelt arbete med t ex distansarbete. Ett större arbete med att se över hur vi arbetar i och nyttjar våra kontorsytor inom förvaltningen är inlett, i syfte att skapa en vägledning kring flexibla arbetsplatser och nyttjandegrad.

Vi förhåller oss till de nyckeltal som Fastighetsförvaltningen använder, där ett generellt riktvärde är 17 kvm/person (alla biytor och delade ytor såsom mötesrum, toaletter, korridorer, etc är inkluderade) och även de principer som gäller enligt t ex AFS för fysisk arbetsmiljö. Avsteg från nyckeltal och allmänna principer behöver vara väl motiverade.

Tabell 1 ger en summering av antalet kontorspersonal för nuläge, totala antalet och nettoökningen på 2, 5 resp 10 års sikt:

	Nuläge, antal personer	**2 år, antal personer samt nettoökning från nuläge**	**5 år, antal personer samt nettoökning från nuläge**	**10 år, antal personer samt nettoökning från nuläge**	**Felmarginal, antal personer**
Summa	607	663 Netto +56	739 Netto +132	819 Netto +212	*+/- 19 år 2-5, +/- 34 år 10.*

Tabell 1. Summering över ökning av kontorspersonal inom Individ- och familjenämnden på 2, 5 respektive 10 års sikt.

Med kontorspersonal menas här t ex administrativ personal, stödfunktioner/perspektiv, handläggare, socialsekreterare, chefer osv, som har sin huvudsakliga arbetsplats i en kontorsmiljö, alltså administrativa ytor. Boendestöd och personal på t ex gruppboenden ingår inte.

Summeringen visar på en stor ökning av kontorspersonal. Allt annat lika, omsatt till ytor med nyckeltal 17 kvm/person, kan man se ett ökat behov av administrativa ytor enligt:

2026: ökning med ca 1071 kvm jämfört med nuläget
2029: ökning med ca 2244 kvm jämfört med nuläget
2034: ökning med ca 3604 kvm jämfört med nuläget

Med nya arbetssätt som innefattar bland annat flexibla arbetsplatser och distansarbete, så kan det faktiska behovet av ytor påverkas. Ytbehovet behöver då inte öka linjärt med ökningen av personal. Det är för tidigt att spekulera mer i det, eftersom förvaltningen än så länge inte fastställt några generella riktlinjer kring t ex flexibla arbetssätt.

Se bilaga 1 för mer underlag till summeringen.

Administrativa ytor, i urval

Socialtjänstens hus

Socialtjänstens hus genomgår stora förändringar, uppdelat i två etapper. Etapp 1 är finansierad och projektet uppstartat, och avser ny entré med skalskydd och säkra samtalsrum.

Etapp 2 är inte finansierad, och avser åtgärder i gamla besöksrummen för att skapa kontorsplatser. Finansiering för etapp två hanteras i Tekniska nämnden budget för 2026.

Personalgrupperna på Socialtjänstens hus rapporterar återkommande om arbetsmiljöproblem som delvis kan härröras till lokalernas utformning och hur lokalerna används. Utredning pågår kring nyttjandegrad och vilka åtgärder som är lämpliga eller behövs utifrån respektive enhets uppdrag och krav. Sett till nyckeltal bör lokalen inte vara för trång, därför behöver det analyseras djupare kring hur ytor disponeras och används. Budget för förhyrningar är en begränsande faktor kommande år och framåt.

Jägarvägen

Jägarvägen har delvis förtätats, och en utredning pågår kring nyttjandegrad och vilka åtgärder som är lämpliga eller behövs utifrån respektive enhets uppdrag och krav. Finansiering söks för 2025 för att iordningställa fler besöks/samtalsrum, vilket i förlängningen innebär att Skogsdungen kan tömmas helt. Budget för förhyrningar är en begränsande faktor kommande år och framåt.

Rådhusesplanaden

Utredning kommer att starta kring nyttjandegrad och vilka åtgärder som är lämpliga eller behövs utifrån respektive enhets uppdrag och krav. Budget för förhyrningar är en begränsande faktor kommande år och framåt.

Stadshusområdet

Utredning kommer att starta kring nyttjandegrad och vilka åtgärder som är lämpliga eller behövs utifrån respektive enhets uppdrag och krav. På Stadshusområdet nyttjar Individ- och familjenämnden främst plan 4 i Kuben och Sadelmakeriet.

CMV

Centrum mot våld (CMV) är sedan flera år tillbaka något trångbodda. Förslag fanns kring 2018 på att flytta in i ett tilltänkt nybygge som skulle förhyras. Planerna på nybygget lades ner, och behovet av större lokaler för CMV blev inte hanterat. Frågan aktualiseras igen under 2024. Budget för förhyrningar är en begränsande faktor kommande år och framåt.

Familjecentralerna

Familjecentralen i Holmsund genomgår en större renovering. De andra familjecentralerna har en del utmaningar med trångboddhet och överhörning, vilket åtgärdas fortlöpande. Budget för förhyrningar är en begränsande faktor kommande år och framåt.

Familjerådgivningen

Familjerådgivningen satt i en lokal på Renmarkstorget som drabbades av branden ovanpå MVG-gallerian sommaren 2023. Sen dess har Familjerådgivningen varit evakuerade till annan tillfällig lokal. Lokalen på Renmarkstorget är uppsagd, och Familjerådgivningen flyttar under hösten 2024 in i en ny lokal på Sveagatan. Den nya lokalen kommer att vara väl anpassad för ändamålet, och medger en framtida expansion av verksamheten.

Korttidsvistelse enligt LSS 9§6

Korttidsvistelse bedrivs ofta som korttidsboende i olika slags lägenheter och lokaler som sällan är byggda för ändamålet från början, vilket ofta innebär stora anpassningar av lokalerna eller att verksamhetens kvalitet påverkas negativt. En stor utmaning med korttidsverksamheten är att sätta en relevant prognos och med framförhållning säkerställa att ändamålsenliga lokaler finns. I dagsläget finns ingen säkerställd prognos. Extremt stora fluktuationer på behov av korttidsvistelse finns särskilt inom målgruppen NPF, vilket gör prognosarbetet mycket osäkert. Nyttjandegraden av enskilda korttidsboenden kan därmed också variera kraftigt under verksamhetsåret.

Korttidsboendet på Byttgränd har nyligen genomgått stora anpassningar och kunnat utöka sin kapacitet.

Korttidsboendet på Älgvägen 7 är en förhyrning med rivningskontrakt med ej fastställt stoppdatum. Utredning pågår för att ersätta lokalen, och i det arbetet ingår att ta fram en framtidssäkrad behovs- och kravställning för korttidsboende, och i förlängningen även ett rumsfunktionsprogram. Ersättningslokal finns med i investeringsbudgeten.

Korttidstillsyn enligt LSS 9§7

Korttidstillsyn enligt LSS 9§7 är ännu ett område som kan vara svårt att sätta prognos på, vilket påverkar förutsättningarna att i god tid hitta bra lösningar på lokaler. Nyttjandegraden av befintliga lokaler kan variera kraftigt under ett läsår. En del av lokalerna samnyttjas med skolor, vilket ställer stora krav på samarbetsförmåga mellan inblandade parter.

Carlslundsskolan står klar under 2024, och där kommer det bli en stor enhet med korttidstillsyn. Ett gott samarbete sker redan mellan skola, korttidstillsyn och fritid kring hur lokalerna ska nyttjas. Samarbetet formaliseras i en nedskriven överenskommelse.

Arbetet med att ta fram träffsäker prognos och skapa framförhållning fortsätter.

Boendeformer enligt LSS 9§8

LSS 9§8 kan verkställas i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar. I dagsläget har Individ- och familjenämnden två sådana boenden, i lokaler som inte är ändamålsenliga. Den ena lokalen ska rivas. En tidig prognos visar att vi inom närmsta åren bör vara redo med 5 platser för mindre barn och 5 platser för tonåringar.

Nytt boende för barn och ungdomar enligt LSS 9§8 på Teg projekteras och beräknas vara inflyttningsklart Q2 2026. Utredning pågår för dels en tillfällig lösning, dels ytterligare ett nyproducerat boende på lämplig tomt inom centralorten, för att möta behoven i prognosen.

Boendeformer enligt LSS 9§9

Boendeformer enligt LSS 9§9 är hos Individ- och familjenämnden: bostad med särskild service i form av gruppbostad eller servicebostad, och annan särskilt anpassad bostad.

Annan särskilt anpassad bostad

Annan särskilt anpassad bostad är en insats utan bemanning. Brukaren anvisas en grundanpassad lägenhet och får ett förstahandskontrakt med hyresvärden. Det finns oklarheter med hur Individ- och familjenämnden ska utföra insatsen, och ett arbete görs för att förtydliga och förenkla arbetsgången. Problemområdena rör bland annat administrationen kring förmedling av lägenheter, kostnadsfördelning vid anpassningar och återställande, vad begreppet ”grundanpassning” innebär i praktiken, och ansvarsfrågor gällande tidigare utförda anpassningar.

Insatsen är förhållandevis liten med ett 40-tal beslut, men kan ta mycket tid i anspråk då arbetssätt och förutsättningar är oklara.

Vakanser och kö till bostäder enligt LSS 9§9

Ett nytt arbetssätt som redan gett resultat är en kvartalsvis avstämning mellan förvaltningarna gällande lägenheter inom LSS 9§9. Avstämningen tar upp vakanta objekt och köer, indelat i servicebostad, gruppbostad samt målgrupper. Arbetssättet har gett en bättre överblick över var och varför lägenheter står tomma och var behovet finns av fler lägenheter. Det ger signaler till respektive förvaltning om matchningsprocessen eller åtgärder (renovering etc) på lägenheter behöver skyndas på, och dessutom förtydligas och förklaras varför det finns ett stort behov av fler lägenheter samtidigt som det finns lediga lägenheter.

Se bilaga 2 för exempel på kvartalsvis sammanställning.

Individuella anpassningar i bostäder enligt LSS 9§9

Individuella anpassningar i LSS 9§9 har varit en utmaning för både Individ- och familjenämnden och Tekniska nämnden att hantera, eftersom det kan innebära stora kostnader för såväl anpassningarna som återställandet av lägenheter. Inom Individ- och familjenämnden pågår nu ett arbete med att förtydliga arbetsgång och flöde och även lyfta fram vilka lagrum som styr anpassningar inom LSS 9§9, för att på sikt skapa samsyn mellan Individ- och familjenämnden och Tekniska nämnden kring hur vi tillsammans ska ta oss an individuella anpassningar och säkerställa att Tekniska nämnden har erforderligt budgetutrymme.

Gruppboende och serviceboenden

Stöd och omsorgsförvaltningen har tillsammans med Fastighetsförvaltningen en grupp för revision av befintliga gruppboenden, med ambitionen att renovera och åtgärda 1 gruppboende per år. En kravlista finns som beskriver hur ett äldre gruppboende ska fungera och vara utformat för att fungera för verksamheten på lång sikt och därmed vara värt att bekosta ändringar i. Såväl brukarutrymmen som personalutrymmen är inkluderade i översynen. Även brandskyddet ses över, särskilt med avseende på sprinkling.

Brandskydd i behovsprövade boenden

Brandförsvaret har i egenskap av tillsynsmyndighet initierat en stor översyn av samtliga behovsprövade bostäder inom Individ- och familjenämnden, för att säkerställa att rätt brandskydd

finns. Man skiljer då på två brandklasser, Vk5b och Vk3b, där den tidigare bland annat kräver någon form av sprinklersystem. Gruppboenden tillhör Vk5b, och eventuella åtgärder kring sprinkling kommer att hanteras inom ramen för revision av gruppboenden. Serviceboenden råder det viss osäkerhet och tolkningsutrymme kring, men det bör vara Vk3b som är gällande, och därmed inte generellt krav på sprinkler. Sprinkler är en dyr och omfattande installation, som dessutom ställer krav på dimension och tryck i vattenledningarna. Det är långt ifrån självklart att det går att sprinkla en byggnad. Konsekvenserna kan i förlängningen bli att vi blir tvungna att lämna ett fåtal gruppboenden som saknar möjlighet att nå rätt brandskydd. Användandet av mobila sprinklers kan bli aktuellt som en tillfällig lösning i enskilda fall, t ex då en brukare i ett serviceboende på kort tid för ökade svårigheter med utrymning.

Planerade leveranser av gruppboenden och serviceboenden

Planerade leveranser av gruppboenden och serviceboenden är för 2024-2026 enligt följande

- Under 2024: 0 gruppboenden, möjligen 1 serviceboende á 10 platser
- Under 2025: 3 gruppboenden á 5+1 platser, 1 serviceboende á 10 platser
- Under 2026: 2 gruppboenden á 5+1 platser, 1 serviceboende á 10 platser (osäkert då budgeten för förhyrningar för 2026 ej är lagd)

Anledningen till att det under 2024 saknas planerad leverans av gruppboenden är att det tidigare har funnits utmaningar i hur Individ- och familjenämnden och Tekniska nämnden har tolkat och förstått situationen kring vakanser och kö innan 2023. Det finns även enstaka projekt som försenats.

Planeringen för gruppbostäder har varit att till och med 2028 få leverans av 2-3 st nyproducerade per år, och ett serviceboende på 10 platser per år. Utifrån prognosen kan fördelningen mellan nya gruppbostäder och servicebostäder komma att behöva revideras.

Gruppbostäder som är integrerade i flerfamiljshus är i enstaka fall en möjlig lösning där detaljplaner inte tillåter vanliga gruppboenden. Dock förutsätter det att det finns externa fastighetsägare vill bygga på det sättet och att Tekniska nämnden har utrymme i budgeten för förhyrningar. Med nuvarande marknadsläge och konjunktur har mycket av nyproduktionen av bostäder bromsat in, vilket ytterligare försvårar lösningen med den typen av integrerade gruppboenden.

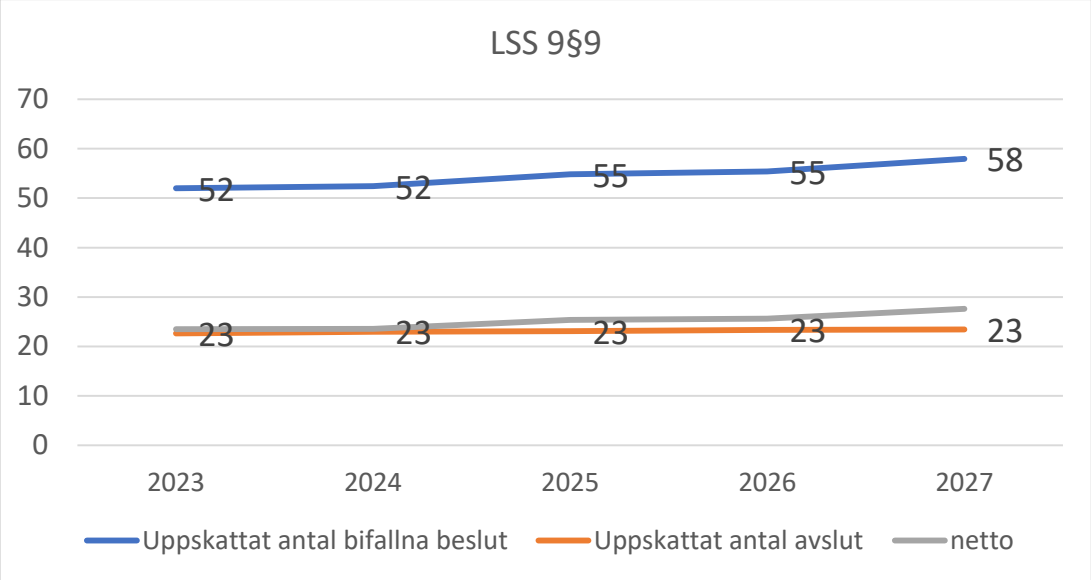
Gällande samlokaliserade gruppboenden i tvåplanslösning finns ett beslut av Individ- och familjenämnden att påbörja en testperiod. Ett sådant boende är beställt med beräknad leverans Q4 2027/Q1 2028. Försöksperiodens struktur och innehåll är fortfarande under uppbyggnad.

Ännu ett boende av typen ”förstärkt serviceboende” är beställt, med Melonen 3/Tranbärsvägen 6 C som referensobjekt. Beräknad leverans är preliminärt Q1 2027.

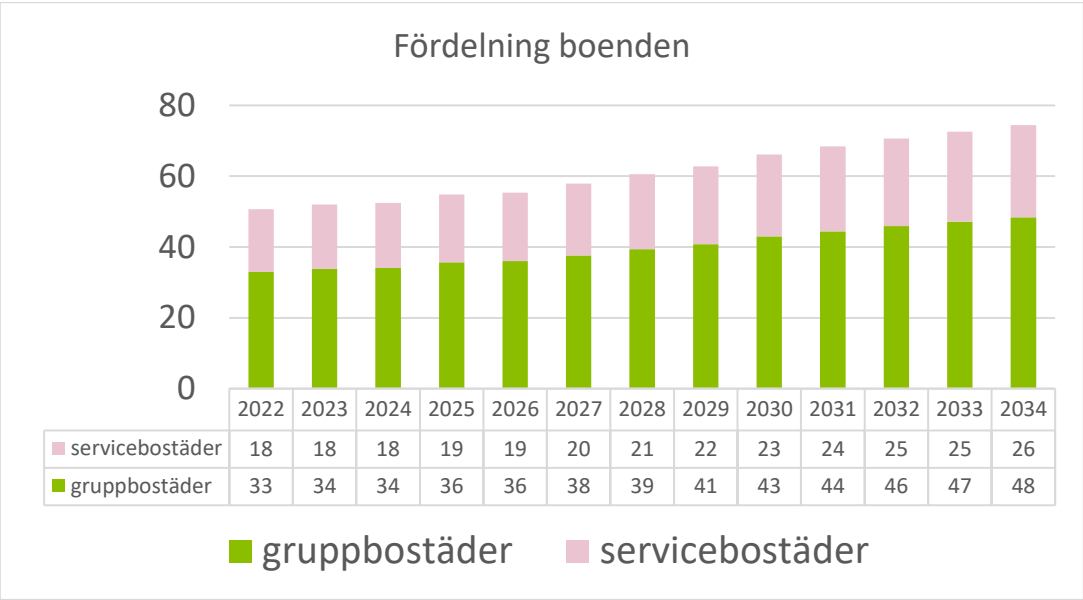
Fastighetsförvaltningen och Stöd och omsorgsförvaltningen har, utifrån tidigare nämnda kvartalsavstämning, i ett gemensamt arbete tydligare åskådliggjort hur behovet av LSS-bostäder är fördelat på olika målgrupper och varför en del objekt är vakanta. Arbetet har resulterat i en samsyn kring var behovet av LSS-bostäder finns. Fastighetsförvaltningen arbetar nu aktivt med att försöka komma ikapp med leverans av LSS-servicebostäder där behovet är som störst. Det finns en även en förståelse hos både förvaltningarna om att servicebostäder företrädesvis ska vara integrerade i flerfamiljshus och därför av sådan typ att de inte lämpar sig för egenägda fastigheter utan måste hyras in, trots att det går emot den kommunövergripande Fastighetspolicyn. Förutsatt att de förhyrningar som Tekniska nämnden enligt budgetförslaget vill utöka med gällande servicebostäder, så finns en möjlighet att kön i början av 2025 kan vara på en acceptabel nivå.

Prognos

Prognosen visar på ett behov av ca 25-27 nya platser på LSS 9§9 grupp- och serviceboenden per år för 2024, 2025 och 2026 (figur 1). Fördelningen mellan gruppbostad och servicebostad är mycket osäker och behöver säkerställas, men ger en fingervisning om att det behövs ca 35 platser på gruppbostad varje år 2024—2026, och ca 19 platser på servicebostad under motsvarande tid. Prognosen kan även behöva kompletteras med en ytterligare uppdelning i olika målgrupper. Figur 1 visar nettoökningen av beslut inom LSS 9§9. Tabell 2 visar totala antalet bifall, och ett estimat på fördelning mellan gruppbostad och servicebostad. Uppdatering av arbetssätt kring prognos för grupp- och serviceboenden pågår.



Figur 1. Prognos över nettoökningen inom LSS 9§9. Nettoökningen är totala andelen bifall minus antalet avslut. Nettoökningen är den parameter som styr behovet an nya LSS-boenden.



	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
servicebostäder	18	18	18	19	19	20	21	22	23	24	25	25	26
gruppbostäder	33	34	34	36	36	38	39	41	43	44	46	47	48

Tabell 2. Totala antalet bifall, samt estimat över fördelning mellan gruppbostad och servicebostad.

Rumsfunktionsprogram

Rumsfunktionsprogrammet som beskriver hur ett nyproducerat gruppboende ska vara utformat revideras årligen, men gäller inte retroaktivt för befintliga byggnader. Efter att nya gruppboenden byggts görs en utvärdering/erfarenhetsåterföring för att hela tiden utveckla våra kommande boenden.

Rumsfunktionsprogram för servicebostad saknas i dagsläget men ambitionen finns att ta fram ett under 2025.

Daglig verksamhet enligt LSS 9§10

Rapport om KF tilläggsuppdrag gällande ändamålsenliga lokaler färdigställdes och avrapporterades i Tekniska nämnden, Individ- och familjenämnden och Kommunfullmäktige under 2023. Rapportens förslag om en större byggnad med samlokalisering av flera enheter daglig verksamhet fick finansiering redan under 2023, och projektet är uppstartat. Preliminär inflytt är under 2027.

I dagsläget är det fortfarande brist på lokaler för daglig verksamhet för att kunna verkställa beslut fullt ut och även ta emot prognosticerade nya beslut. Individ- och familjenämnden och Tekniska nämnden arbetar tillsammans för att lösa de behov av lokaler till daglig verksamhet som inte kommer att rymmas i den stora nya byggnaden, eller som måste lösas innan den är färdigställd. Förutsatt att Tekniska nämnden har medel för förhyrningar så kan all daglig verksamhet ha ändamålsenliga lokaler innan 2027.

Prognosen för daglig verksamhet visar på en fortsatt stor nettoökning om ca 27 st brukare per år (tabell 3).

Prognos 2023-01-27	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**	**2032**	**Totalt**
Skolans prognos	9	8	16	14	13	12	10	10	10	10	**112**
Ej via skolans prognos	20	21	21	21	21	21	21	21	21	21	**209**
Avslut (pension + utflytt)	-5	-4	-3	-5	-7	-4	-6	-6	-6	-6	**-52**
Prognostiserad förändring	**24**	**25**	**34**	**30**	**27**	**29**	**25**	**25**	**25**	**25**	**269**

Tabell 3. Prognos över nettoökning av brukare till daglig verksamhet.

Övriga boendeformer, i urval

Kortbo och långbo

Utredning pågår kring vilka lokaler som behövs för att säkra upp för framtida behov.

EKB

Gräddvägen 9 kommer att tömmas och sägas upp. Prognosen är osäker men visar på ett mycket lågt inflöde, med stor osäkerhet kring omvärldshändelser och politiska inriktningar på regeringsnivå. Insatserna kommer fortsättningsvis verkställas i mindre lägenheter.

Sociala kontrakt

Förmedling av lägenheter till sociala kontrakt sköts av Bosocial enhet, utan direkt inblandning av Fastighetsförvaltningen. Bosocial enhet söker själva in lägenheter från olika fastighetsägare, tecknar avtal och hyr ut i andrahand till brukare. Det finns osäkerheter i administrering av nuvarande bestånd, prognos och behov.

Den här typen av parallellsystem risker att vara ineffektivt och osäkert. Det finns en önskan från Individ- och familjenämnden att Tekniska nämnden tar över dom delar som inte är socialt arbete, och dialog pågår.

Arbete pågår med att utreda hur boendemiljön på Hökvägen och Bondegatan ska förbättras och tryggas, för både de boende och grannar i området. Utredningen undersöker bland annat om det går att koppla en insats till de boende, så att det finns en verksamhet som kan ta ett ansvar när det blir påtagliga störningar för grannar.

SoL-boende

Ett SoL-boende för upp till 30 brukare, med brandklass Vk5b, är beställt och processen för att hitta lämplig lokal är igång. Boendeformen kommer när den är i bruk kunna ge effekt på kön till LSS-bostäder genom att t ex minska behovet av gruppbostäder. Det finns i dagsläget inget preliminärt inflyttningsdatum för ett SoL-boende. Olika potentiella lokaler utreds.

Riksgymnasiet elevhem

Verksamheten i Riksgymnasiets elevhem utförs av Stöd och omsorgsförvaltningen, och bedrivs i två olika lokaler. En av lokalerna är mycket eftersatt, samtidigt som prognosen på inflödet visar på en kraftig nedgång av kommande brukare. En dialog kring eventuell renovering pågår mellan inblandade parter.

Övriga lokaler, i urval

Skogsdungen

Skogsdungen på Kandidatvägen 34 är på väg att tömmas. Under 2024 används den bland annat som evakueringslokal för Familjerådgivningen och för en del barngrupper. Den beräknas kunna tömmas helt när Jägarvägen kompletterats med besöks-/samtalsrum.

Utredning pågår kring om lokalen möter några behov som finns inom Individ- och familjenämnden eller kommunen i övrigt.

Boendestöds lokaler

Boendestöds lokaler är en framtida utmaning. Ofta är dom inhysta i lägenheter som på olika sätt anpassats för att vara verksamhetslokaler, men det blir sällan en fullgod lösning sett till t ex ventilation och omklädningsrum.

Dela av boendestödet får nya lokaler på Matrisen på Teg, beräknad inflytt Q3 2025. Det är ett omfattande projekt där flera kommunala verksamheter ska samsas i en och samma fastighet.

Skyddat boende för våldsutsatta

I investeringsbudgeten har det under flera år funnits medel riktat till ett Skyddat boende för våldsutsatta kvinnor. Det är en kommunal angelägenhet att kommunen har tillgång till platser på skyddade boende, men det är inte säkert att det bäst förvaltas och driftsätts i kommunal regi. Den summa medel som fanns i investeringsplanen var dessutom alldeles för låg för nyproduktion av något slags boende, och det saknas underlag till en beskrivning av hur ett skyddat boende ska se ut och fungera. Det finns inte heller någon realistisk eller relevant tidsplan för när medlen skulle kunna användas. Därför utgår den budgetraden ur investeringsbudgeten. Om frågan blir aktuell igen görs ett omtag med konkreta och relevanta underlag till budgetprocessen.

Övrigt

Detaljplaner

I framtagandet av översiktsplaner och detaljplaner är Stöd och omsorgsförvaltningen, tillsammans med Fastighetsförvaltningen, en aktiv part. Tidigare har det främst rört sig om LSS-boenden eftersom det är där behovet har varit kritiskt, men framöver kan det bli fråga om andra typer av fastigheter också. I detaljplanerna önskar Stöd och omsorgsförvaltningen att, där så är möjligt, det medges att gruppboenden kan byggas i två plan. Det finns en tomtbank med potentiella tomter för gruppboenden, som successivt fylls på för att möta behov enligt prognos.

Tomtmark för gruppboenden inom centralorten är en mycket begränsande faktor för att kunna skapa fler gruppboenden. Det kan finnas bättre möjligheter utanför centralorten, i de olika kommundelarna, men det kan medföra andra utmaningar att etablera verksamhet där så som t ex kompetensförsörjning, logistik för brukare som ska till daglig verksamhet, etc.

Utredningar kring enskilda fastigheter

Utredningar pågår kring ett antal olika fastigheter för att säkerställa att de används på bästa sätt, sett till såväl byggnadens potential och förutsättningar som verksamhetens innehåll och krav. Det kan t ex handla om att frigöra lägenheter från en tidigare insats för att istället skapa ett nytt LSS-serviceboende, att bygga på ett våningsplan på en befintlig byggnad, eller att komplettera en tomt med en byggnad till.

Lokalfrågor i samverkansavtal med föreningar

Individ- och familjenämnden tillhandahåller ett antal olika lokaler till civilsamhället genom olika avtal, däribland IOP. Vid förlängning eller ändring av sådana avtal bör frågan om lokal utvärderas och omprövas. En stående rekommendation från lokalstrateg är att Individ- och familjenämnden inte står för lokaler till icke kommunala verksamheter, utan att det istället t ex ges ett årligen indexuppräknat bidrag till föreningarna för lokalkostnader. Det bevarar och stärker den organisatoriska integriteten (en förening i civilsamhället är inte och ska inte behandlas som en kommunal verksamhet, även om man ingår i ett IOP). Dessutom skulle det drastiskt minska risken att en enskild förening hamnar i kläm i de hårda prioriteringar som sker i Tekniska nämnden investerings- och förhyrningsbudget, där budgeten för förhyrningar är en starkt begränsande faktor och icke kommunal verksamhet riskerar att prioriteras bort. Individ- och familjenämnden har i dagsläget IOP med föreningar där vi av ovan nämnda skäl inte kan leverera det föreningen vill ha eller behöver sett till lokaler.

Rapport lokalförsörjning Individ- och familjenämnden 2024

2024-02-23

Kontaktuppgifter:

Johan Tovetjärn, lokalstrateg Stöd och omsorgsförvaltningen, Umeå Kommun
johan.tovetjarn@umea.se

Nathalie Karlsson, lokalplanerare Stöd och omsorgsförvaltningen, Umeå Kommun
nathalie.karlsson@umea.se

Bilaga 1

Inventering av IFN kontorspersonal och kommande ökningar

Tabell 1 är en sammanställning av nuvarande antal kontorspersonal samt uppskattade ökningen inom 2 år, 5 år respektive 10 år. Även felmarginal är uppskattat. Det finns en hel del osäkerheter i 10 årsperspektivet, bland annat beroende på utfall av lagändringar och samhällsutvecklingen. Sammanställningen tar inte hänsyn till eventuella svårigheter att kompetensförsörja, det är totala antalet personer och nettoökningen som redovisas, inte omsättning av personal.

Med kontorspersonal menas här t ex administrativ personal, stödfunktioner/perspektiv, handläggare, socialsekreterare, chefer osv, som har sin huvudsakliga arbetsplats i en kontorsmiljö. Boendestöd och personal på t ex gruppboenden ingår inte.

Summeringen visar på en stor ökning av kontorspersonal. Allt annat lika, omsatt till ytor med nyckeltal 17 kvm/person, kan man se ett ökat behov av administrativa ytor enligt:

2026: ökning med ca 1071 kvm jämfört med nuläget
2029: ökning med ca 2244 kvm jämfört med nuläget
2034: ökning med ca 3604 kvm jämfört med nuläget

Med nya arbetssätt som innefattar bland annat flexibla arbetsplatser och distansarbete, så kan det faktiska behovet av ytor påverkas. Ytbehovet behöver då inte öka linjärt med ökningen av personal. Det är för tidigt att spekulera mer i det, eftersom förvaltningen än så länge inte fastställt några generella riktlinjer kring t ex flexibla arbetssätt.

Sammanställningen ger en grov bild av en tänkt utveckling, men behöver brytas ner i hanterbara delar och problematiseras. När det gäller så här omfattande volymökningar så är framförhållningen avgörande, det är mycket svårt att lösa behov av den här digniteten på kort varsel och utan medel i budget. Önskvärt är en framförhållning på minst 5 år. Värt att notera är att perspektiven inte ökar i samma takt som kärnverksamheterna.

	Nuläge, antal personer	2 år, antal personer samt nettoökning från nuläge	5 år, antal personer samt nettoökning från nuläge	10 år, antal personer samt nettoökning från nuläge	Felmarginal, antal personer	Övrigt
Kvalitet	25	31 Netto +6	31 Netto +6	31 Netto +6	+/- 2-3	
HR	42	42	42	42	*+/- 5 år 2-5* *+/- 5 år 10*	Automation kan medföra att administrationen inte behöver öka i samma takt som organisationen
Ekonomi	5	5	6 Netto +1	6 Netto +1	+/- 1	Kan tänkas att utökning behövs i takt med att nämndens verksamhet växer ekonomiskt men finns en osäkerhet.
FO	145	150 Netto +5	160 Netto +15	180 Netto +35	*+/- 5 år 2-5,* *+/- 10 år 10.*	
IFO	150	170 Netto +20	200 Netto +50	220 Netto +70	+/-10 år 10	Här har vi tagit hänsyn till Samsjuklighetsutredningen och digitala lösningar.
Mynd	240	265 Netto +25	300 Netto +60	340 Netto +100	+/- 5 år 2-5 +/- 5 år 10	Ev. samsjuklighet kommer att minska behov på myndighet, under en period. Införande samordning och tidiga insatser ökar behovet. Ej räknat in det ökade behovet av att ta emot studenter, projekt och utvecklingsroller. Det behovet kan kanske mötas med bättre samordning och samnyttjande av arbetsplatser.
Summa	607	663 Netto +56	739 Netto +132	819 Netto +212	*+/- 19 år 2-5, +/- 34 år 10.*	

Tabell 1. Sammanställning av kontorspersonal samt uppskattad prognos på 2, 5 och 10 års sikt, med nettoökningen i relation till 2024 redovisat. Summaradens felmarginal är en avrundad summering av respektive felmarginal.

Bilaga 2

Exempel på kvartalsvis sammanställning av vakanser inom LSS 9§9

Fiktivt exempel på hur resultatet av den kvartalsvisa sammanställningen av lägenheter inom LSS 9§9 kan se ut (figur 1). Inblandade funktioner i sammanställningen är lokalstrateg, lokalplanerare, boendekonsulenter och fastighetsförvaltare. Arbetet ger en samsyn på var behov finns och vilka objekt som är kritiska att åtgärda snabbt, eller objekt som av någon anledning inte ska stå som tillgängliga för uthyrning. Dessutom åskådliggör hur det kan finna lediga lägenheter samtidigt som det finns en kö.

I förläggningen kommer sammanställningen dessutom kunna ge en signal till respektive förvaltning om att något i de interna arbetssätten behöver ses över, t ex att matchningsprocessen behöver finslipas eller att renoveringar tar för lång tid.

	Kö	Vakans	
Målgrupp A gruppboende	10	Totalt 5 lediga. 1 ledig med ej fullvärdigt kök, 1 ledig men svårmatchad och renovering krävs, 3 lediga utan annan notering.	
Målgrupp A service boende	25	Totalt 1 lediga. 1 ledig med planering men inväntar åtgärd.	
Målgrupp B gruppboende	8	Totalt 10 lediga. 1 svårmatchad pga anpassad för PWS, 4 lediga med planering, 1 ledig med planering ska renoveras först, 2 ledig med ej fullvärdigt kök, 1 ledig ska återställas först, 1 ledig ska anpassas först.	
Målgrupp B service boende	3	Totalt 8 lediga. 1 ledig men svårmatchad, 1 ledig och anvisad, 4 lediga utan planering eller behov av åtgärd, 2 lediga med planering.	
ASAB	1		
Övrigt (t ex demens)	3		
Summa	50	24 lediga lägenheter	

Figur 1. Fiktivt exempel på kvartalsvis sammanställning av vakanser och kö inom LSS 9§9

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-01-23

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Diarienr: IFN-2024/00065

Promemorian Åtgärder för en bättre bostadsförsörjning LI2024/00083

Förslag till beslut
Individ- och familjenämnden yttrar sig till kommunstyrelsen i enlighet med yttrande 2024-01-23.

Ärendebeskrivning
Landsbygds- och infrastrukturdepartementet har inbjudit Umeå kommun att lämna synpunkter på promemorian *Åtgärder för en bättre Bostadsförsörjning*.

I promemorian föreslås att det ska bli obligatoriskt för kommuner att under vissa förutsättningar tillhandahålla hyresgarantier till barnfamiljer. Syftet är att underlätta för barnfamiljer som saknar egen bostad att kunna få tillträde till en sådan. Vidare tydliggörs att kommunala bostadsförmedlingar får förmedla bostäder som reserverats utifrån olika behov och erbjuda förturer utan att det påverkar möjligheten att ta ut köavgift av de sökande.

I syfte att skapa bättre förutsättningar för att samordna kommunala bostadsförsörjningsåtgärder och planeringen för bostadsbyggande föreslås ett antal förtydliganden i lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar. Ändringarna innebär att kommunerna ska redogöra för behovet av tillskott av bostäder och ta hänsyn till behovet av samordning med andra kommuner både i planeringen och när åtgärder för bostadsförsörjningen vidtas. Uppgiften att verka för att kommunal samordning kommer till stånd föreslås liksom tidigare ligga på länsstyrelserna. I promemorian föreslås också att lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar ges ett uttryckligt bostadsförsörjningssyfte.

De nya reglerna föreslås träda i kraft den 1 januari 2025.

Beslutsunderlag
Yttrande 2024-01-23

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2024/00065

Promemoria - Åtgärder för en bättre bostadsförsörjning LI2024/00083

Beredningsansvariga

Camilla Nilsson, utredare

Beslutet ska skickas till

Kommunstyrelsen

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Camilla Nilsson
Utredare

UMEÅ KOMMUN

Yttrande

2024-01-23 Dnr: IFN-2024/00065

Kommunstyrelsen

Yttrande över promemorian Åtgärder för en bättre bostadsförsörjning LI2024/00083

Sammanfattning
Umeå kommun ser sammantaget positivt på promemorians förslag där de olika åtgärderna tillsammans genererar en bättre och mer hållbar bostadsförsörjning. I remissvaret väljer kommunen att lämna synpunkter på delar av promemorians förslag.

Umeå kommuns synpunkter

3.3 Obligatoriskt för kommuner att tillhandahålla hyresgarantier till barnfamiljer
Umeå kommun är i det stora hela positiv till förslaget om hyresgarantier till barnfamiljer men vill framhålla den utmaning verkställandet av förslaget kan bli för de kommuner där det råder bostadsbrist. I kommuner där efterfrågan på bostäder är större än utbudet kan det vara svårt för enskilda individer att ta sig in på bostadsmarknaden med anledning av långa bostadsköer och stigande hyror. Det är i huvudsak det befintliga beståndet av äldre hyresrätter som kan tillgodose behov av bostad med lägre hyresnivåer eftersom kostnaderna för nyproduktion tenderar att bli höga. Vidare kan det bli svårt att motivera hyresvärdarna i en kommun som har ett stort urval av intressenter till hyresrätterna att godkänna hyresgarantin. Det kan också innebära att det i en kommun där det råder bostadsbrist inkommer fler ansökningar om hyresgarantier än i kommuner där det finns lediga hyresrätter, vilket medför en högre administrativ belastning.

3.3.1 Sekretess till skydd för uppgifter om enskildas personliga förhållanden
Umeå kommun tillstyrker promemorians förslag om att stärka skyddet för uppgifter om enskildas personliga förhållanden genom en ny sekretessbestämmelse.

4.2 Tydligare möjligheter till reservation och förturer
Umeå kommun är positiv till förslaget men ser det som önskvärt att förslaget kompletteras med hur kommuner som inte har en kommunal bostadsförmedling kan hantera frågor om reservationer och förturer.

Umeå Kommun

Postadress 901 84 Umeå
Besöksadress Skolgatan 31A
Tel växel 090-16 10 00 (växel)

Ledning och stab IFN

Camilla Ulrika Nilsson

camilla.nilsson@umea.se

5.3 Från kommunal riktlinje till kommunal handlingsplan
Umeå kommun anser att förslaget är ett steg i rätt riktning. Ordval har betydelse, de nya benämningarna är mer kraftfulla och kan potentiellt leda till ett ökat ansvarstagande.

Vidare vill kommunen framhålla att socialtjänsten bör involveras i framtagandet av den kommunala handlingsplanen för att säkra en socialt hållbar bostadsförsörjning. Detta kan exempelvis genomföras genom konsekvensanalyser utifrån ett barnrätts-, jämställdhets- och funktionshinderperspektiv.

5.4.1 Boverket ska beräkna bostadsbyggnadsbehovet
Umeå kommun är positiv till förslaget att Boverket tar fram beräkningar av bostadsbyggnadsbehovet men vill framhålla vikten av att Boverket är transparent med vad som ligger till grund för dessa beräkningar.

5.4.2 Kommunerna ska dokumentera behovet av tillskott av bostäder
Umeå kommun tillstyrker detta förslag och gör bedömningen att det inte kommer att påverka kommunens befintliga arbete eftersom dessa uppgifter redan utförs i kommunen.

5.5.1 Tydligare krav på kommunal samordning
Umeå kommun är i det stora hela positiv till förtydligade krav på kommunal samordning kring bostadsförsörjning. Kommunen ser att det finns frågor där kommunerna vinner på att samordna åtgärder, exempelvis vad gäller att ordna boende åt våldsutsatta. Men kommunen ser också att det finns en risk att kommunal samordning av bostadsförsörjning skulle kunna leda till social dumpning.

5.5.2 Länsstyrelserna behåller uppgiften att samordna kommunerna
Umeå kommun ser fördelar med att Länsstyrelsen behåller uppgiften att uppmärksamma kommunerna på behovet av samordning i frågor om bostadsförsörjning och verka för att sådan samordning kommer till stånd.

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Camilla Nilsson
Utredare

Promemoria

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet
LI2024/00083

Åtgärder för en bättre bostadsförsörjning

Promemorians huvudsakliga innehåll

I promemorian föreslås att det ska bli obligatoriskt för kommuner att under vissa förutsättningar tillhandahålla hyresgarantier till barnfamiljer. Syftet är att underlätta för barnfamiljer som saknar egen bostad att kunna få tillträde till en sådan. Vidare tydliggörs att kommunala bostadsförmedlingar får förmedla bostäder som reserverats utifrån olika behov och erbjuda förturer utan att det påverkar möjligheten att ta ut köavgift av de sökande.

I syfte att skapa bättre förutsättningar för att samordna kommunala bostadsförsörjningsåtgärder och planeringen för bostadsbyggande föreslås ett antal förtydliganden i lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar. Ändringarna innebär att kommunerna ska redogöra för behovet av tillskott av bostäder och ta hänsyn till behovet av samordning med andra kommuner både i planeringen och när åtgärder för bostadsförsörjningen vidtas. Uppgiften att verka för att kommunal samordning kommer till stånd föreslås liksom tidigare ligga på länsstyrelserna. I promemorian föreslås också att lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar ges ett uttryckligt bostadsförsörjningssyfte.

De nya reglerna föreslås träda i kraft den 1 januari 2025.

Innehållsförteckning

1 Författningsförslag 4
1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar 4
1.2 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 8
1.3 Förslag till lag om ändring i plan- och bygglagen (2010:900) 9
1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar 10
1.5 Förslag till förordning om kommuners skyldighet att ställa hyresgaranti 11
2 Ärendet och dess beredning 12
3 Bättre förutsättningar för barnfamiljer att bli godkända som hyresgäster 13
3.1 Bakgrund och rättsliga utgångspunkter 13
3.2 Behovet av förändring 13
3.3 Obligatoriskt för kommuner att tillhandahålla hyresgarantier till barnfamiljer 14
3.3.1 Sekretess till skydd för uppgifter om enskildas personliga förhållanden 23
4 Tydligare förutsättningar för behovsinriktad kommunal bostadsförmedling 25
4.1 Bakgrund och rättsliga utgångspunkter 25
4.1.1 Behovet av förändring 27
4.2 Tydligare möjligheter till reservation och förturer 27
5 Bättre planberedskap och ökad samordning 31
5.1 Rättsliga utgångspunkter 31
5.2 Vikten av planberedskap och samordning för att möta bostadsbehoven 32
5.3 Från kommunal riktlinje till kommunal handlingsplan 33
5.4 En gemensam bild av behovet av tillskott av bostäder 35
5.4.1 Boverket ska beräkna bostadsbyggnadsbehovet 35
5.4.2 Kommunerna ska dokumentera behovet av tillskott av bostäder 36
5.5 Samordning i bostadsförsörjningsfrågor 38
5.5.1 Tydligare krav på kommunal samordning 38
5.5.2 Länsstyrelserna behåller uppgiften att samordna kommunerna 42
5.6 Tydligare koppling mellan markanvisningar och bostadsförsörjning 44
6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser 47
7 Konsekvenser av förslagen 48

8 Författningskommentar 53
8.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar 53
8.2 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) 59
8.3 Förslaget till lag om ändring i plan- och bygglagen (2010:900) 60
8.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar 60
8.5 Förslaget till förordning om kommuners skyldighet att ställa hyresgaranti 61

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar

dels att nuvarande 7 och 8 §§ ska betecknas 8 och 10 §§,

dels att 1, 2, 4, 6 och de nya 8 och 10 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya paragrafer, 7, 9 och 11 §§, och närmast före 1, 7, 8 och 11 §§ nya rubriker av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	Planering av kommunens bostadsförsörjning
	1 §[1]
Varje kommun ska *med riktlinjer* planera för bostadsförsörjningen i kommunen. *Syftet med* planeringen ska *vara* att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder och *för att* främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs.	Varje kommun ska planera för bostadsförsörjningen i kommunen. Planeringen *ska syfta till* att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder och främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs.
Vid planeringen *av bostadsförsörjningen* ska kommunen samråda med berörda kommuner och ge länsstyrelsen, *aktören med ansvar för regionalt tillväxtarbete i länet och andra regionala organ* tillfälle att yttra sig.	Vid planeringen ska kommunen samråda med *andra* berörda kommuner *och ta hänsyn till behovet av samordning i frågor om bostadsförsörjning. Kommunen ska* ge länsstyrelsen *och regionen* tillfälle att yttra sig.
Riktlinjer för bostadsförsörjningen ska antas av kommunfullmäktige under varje mandatperiod. Förändras förutsättningarna för de antagna riktlinjerna ska nya riktlinjer upprättas och antas av kommunfullmäktige.	

[1] Senaste lydelse 2013:866.

2 §[2]

Kommunens riktlinjer för bostadsförsörjningen ska *minst innehålla följande uppgifter:*

1. kommunens mål för bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet,

2. kommunens planerade *insatser* för att nå uppsatta mål, *och*

3. hur kommunen har tagit hänsyn till relevanta nationella och regionala mål, planer och program som är av betydelse för bostadsförsörjningen.

Uppgifterna ska särskilt grundas på en analys av

1. den demografiska utvecklingen,

2. marknadsförutsättningarna, och

3. vilka bostadsbehov som inte tillgodoses på den lokala bostadsmarknaden.

Analysen ska genomföras med stöd av ett underlag som Boverket förser kommunen med. Kommunen får använda ytterligare underlag som behövs för analysen.

Kommunfullmäktige ska under varje mandatperiod anta en handlingsplan för bostadsförsörjningen. *Handlingsplanen* ska *redovisa*

1. behovet av tillskott av bostäder i kommunen,

2. kommunens mål för bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet,

3. kommunens planerade *åtgärder* för att nå uppsatta mål, *och*

4. hur kommunen har tagit hänsyn till relevanta nationella och regionala mål, planer och program som är av betydelse för bostadsförsörjningen.

Uppgifterna *i handlingsplanen* ska särskilt grundas på en analys av den demografiska utvecklingen, marknadsförutsättningarna och *de* bostadsbehov som inte tillgodoses på den lokala bostadsmarknaden. *Analysen ska genomföras med stöd av ett underlag som Boverket förser kommunen med och det ytterligare underlag som kommunen behöver för analysen.*

Om förutsättningarna för den antagna planen ändras under mandatperioden, ska kommunfullmäktige anta en ny uppdaterad handlingsplan.

4 §[3]

Kommunens riktlinjer för bostadsförsörjningen ska vara vägledande vid tillämpningen av 2 kap. 3 § första stycket 5 plan- och bygglagen (2010:900).

I 2 kap. 3 § tredje stycket plan- och bygglagen (2010:900) *finns en bestämmelse om att* kommunens *handlingsplan* för bostadsförsörjningen ska vara vägledande *för kommunens planläggning i fråga om bo-*

[2] Senaste lydelse 2022:385.
[3] Senaste lydelse 2022:385.

	stadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet.
6 §[4]	
Om kommunens *riktlinjer* för bostadsförsörjningen saknar någon *sådan uppgift* som avses i 2 § första stycket *3*, får regeringen förelägga kommunen att anta *nya riktlinjer*.	Om kommunens *handlingsplan* för bostadsförsörjningen saknar *redovisning i* någon *del* som avses i 2 § första stycket *4*, får regeringen förelägga kommunen att anta *en ny handlingsplan*.
	Samordning mellan kommuner när bostadförsörjningsåtgärder vidtas
	7 §
	När kommunen vidtar åtgärder för bostadsförsörjning ska kommunen ta hänsyn till behovet av samordning med andra kommuner.
	Kommunal bostadsförmedling
7 §	*8 §*[5]
Om det behövs för att främja bostadsförsörjningen ska en kommun anordna bostadsförmedling. Om två eller flera kommuner behöver gemensam bostadsförmedling, ska *dessa kommuner* anordna sådan bostadsförmedling.	Om det behövs för att främja bostadsförsörjningen, ska en kommun anordna bostadsförmedling. Om två eller flera kommuner behöver gemensam bostadsförmedling, ska *de kommunerna* anordna sådan bostadsförmedling.
Regeringen får förelägga en kommun att anordna kommunal bostadsförmedling enligt första stycket.	
	9 §
	Regeringen får förelägga en kommun att anordna kommunal bostadsförmedling.
8 §	*10 §*[6]
En kommunal bostadsförmedling som förmedlar lägenheter i turordning efter kötid får, *utöver sådan*	En kommunal bostadsförmedling som förmedlar lägenheter i turordning efter kötid får ta ut en avgift

[4] Senaste lydelse 2013:866.
[5] Senaste lydelse av tidigare 7 § 2013:866.
[6] Senaste lydelse av tidigare 8 § 2013: 866.

förmedlingsersättning som får tas ut vid yrkesmässig bostadsförmedling enligt 12 kap. 65 a § jordabalken, ta ut en avgift för rätten att stå i kö (köavgift) av den hyressökande. *Kravet på förmedling efter kötid ska inte hindra att ett begränsat antal lägenheter som är tillgängliga för kön fördelas enligt ett förturssystem.*	för rätten att stå i kö (köavgift) av den hyressökande.
Köavgiften får tas ut för högst ett år i *taget. Kommunen får bestämma avgiften och grunderna för hur den ska tas ut.*	*Köavgift* får tas ut för högst ett år i *taget med det belopp och enligt de grunder som kommunen bestämmer.* *Köavgift får tas ut även om* *1. lägenheter reserveras för olika kategorier av sökande i kön eller fördelas enligt ett förturssystem, eller* *2. förmedlingsersättning tas ut vid yrkesmässig bostadsförmedling som avses i 12 kap. 65 a § jordabalken.*
	Hyresgarantier *11 §* *Regeringen får meddela föreskrifter om att kommuner ska bistå enskilda hushåll genom att ställa säkerhet för att ett avtal om hyra av bostadslägenhet fullgörs (hyresgaranti).*

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

2. Bestämmelserna i 2 § i den nya lydelsen ska tillämpas första gången senast under den mandatperiod som inleds efter ordinarie val 2026.

3. Bestämmelserna i 1, 4 och 6 §§ i den äldre lydelsen gäller fortfarande för riktlinjer som antagits enligt 1 § tredje stycket i den äldre lydelsen till dess riktlinjerna har ersatts med en handlingsplan enligt 2 § i den nya lydelsen, dock längst till utgången av den mandatperiod som inleds efter ordinarie val 2026.

1.2 Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

Härigenom föreskrivs att det i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska införas en ny paragraf, 26 kap. 11 a §, och närmast före 26 kap. 11 a § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	26 kap.
	Hyresgarantier
	11 a §
	Sekretess gäller i ärende om en kommuns ställande av hyresgaranti för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs.
	Sekretessen gäller inte beslut i ärende.
	För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.3 Förslag till lag om ändring i plan- och bygglagen (2010:900)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 § plan- och bygglagen (2010:900) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

2 kap.

3 §[7]

Planläggning enligt denna lag ska med hänsyn till natur- och kulturvärden, miljö- och klimataspekter samt mellankommunala och regionala förhållanden främja

1. en ändamålsenlig struktur och en estetiskt tilltalande utformning av bebyggelse, grönområden och kommunikationsleder,
2. en från social synpunkt god livsmiljö som är tillgänglig och användbar för alla samhällsgrupper,
3. en långsiktigt god hushållning med mark, vatten, energi och råvaror samt goda miljöförhållanden i övrigt,
4. en god ekonomisk tillväxt och en effektiv konkurrens, och
5. bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet.

Även i andra ärenden enligt denna lag ska hänsyn tas till de intressen som anges i första stycket 1–5.

Den kommunala handlingsplanen för bostadsförsörjningen enligt lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar ska vara vägledande vid tillämpningen av första stycket 5.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

[7] Senaste lydelse 2013:867.

1.4 Förslag till lag om ändring i lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar

Härigenom föreskrivs att 1 och 2 §§ lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 §	
Denna lag innehåller bestämmelser om riktlinjer för kommunala markanvisningar.	
Med markanvisning avses i denna lag en överenskommelse mellan en kommun och en byggherre som ger byggherren ensamrätt att under en begränsad tid och under givna villkor förhandla med kommunen om överlåtelse eller upplåtelse av ett *visst av kommunen ägt markområde* för bebyggande.	Med markanvisning avses i denna lag en överenskommelse mellan en kommun och en byggherre som, *i fråga om ett markområde som kommunen äger,* ger byggherren ensamrätt att under en begränsad tid och under givna villkor förhandla med kommunen om överlåtelse eller upplåtelse av *markområdet* för bebyggande.
2 §	
En kommun ska anta riktlinjer för markanvisningar.	
Riktlinjerna ska *innehålla kommunens* utgångspunkter och mål för överlåtelser *eller* upplåtelser av markområden för bebyggande, handläggningsrutiner och grundläggande villkor för markanvisningar *samt* principer för markprissättning.	Riktlinjerna ska *ange* *1.* utgångspunkter och mål för överlåtelser *och* upplåtelser av markområden för bebyggande, *2. hur markanvisningar används för att följa kommunens handlingsplan för bostadsförsörjningen enligt lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar,* *3.* handläggningsrutiner och grundläggande villkor för markanvisningar, *och* *4.* principer för markprissättning.
En kommun som inte genomför några markanvisningar är inte skyldig att anta sådana riktlinjer.	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.5 Förslag till förordning om kommuners skyldighet att ställa hyresgaranti

Regeringen föreskriver följande.

1 § Denna förordning innehåller bestämmelser om skyldighet för kommuner att bistå enskilda hushåll genom att ställa säkerhet för att ett avtal om hyra av en bostadslägenhet fullgörs (hyresgaranti).

Förordningen är meddelad med stöd av 11 § lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar.

2 § En kommun ska ställa hyresgaranti om

1. det behövs för att ett enskilt hushåll ska få en permanentbostad med hyresrätt med rätt till förlängning,
2. det i hushållet finns barn i den mening som avses i 96 kap. 4, 5 eller 5 a § socialförsäkringsbalken,
3. hushållets behov av en permanentbostad inte kan tillgodoses på annat sätt,
4. den eller de som ska ingå det hyresavtal som hyresgarantin avser är bosatta i kommunen, och
5. bostaden finns i kommunen.

3 § En hyresgaranti ska ställas för minst sex månadshyror och gälla under minst två år.

4 § En hyresgaranti inskränker inte de skyldigheter som en kommun har enligt socialtjänstlagen (2001:453).

5 § Om kommunen avser att ställa en hyresgaranti som vid ett infriande kan medföra ett krav på återbetalning från hyresgästen (regresskrav), ska kommunen informera hushållet om detta innan hyresgarantin ställs.

6 § I 40 § förvaltningslagen (2017:900) finns bestämmelser om överklagande till allmän förvaltningsdomstol.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2025.

2 Ärendet och dess beredning

I februari 2017 fick en särskild utredare i uppdrag att föreslå hur bedömningar av bostadsbyggnadsbehovet framtagna av Boverket ska fördelas på kommunerna (dir. 2017:12). I uppdraget ingick även att föreslå ändringar i lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar (bostadsförsörjningslagen) och plan- och bygglagen (2010:900) som tydliggör att de kommunala bostadsbyggnadsbehoven ska avspeglas i översiktsplanen. Syftet med utredningen var att etablera en ordning där staten gör bedömningar av behovet av nya bostäder i hela landet som kommunerna tillgodoser genom att i sin planering avsätta mark för ett bostadsbyggande som motsvarar behoven. Utredningen, som tog namnet Kommunal planering för bostäder, överlämnade i september 2017 betänkandet En gemensam bild av bostadsbyggnadsbehovet (SOU 2017:73). I denna promemoria behandlas utredningens förslag som avser en skyldighet för kommunerna att redovisa sin bedömning av behovet av tillskott av bostäder i riktlinjerna för bostadsförsörjning och föreslås ett antal lagändringar av redaktionell och språklig karaktär. Regeringen avser inte att gå vidare med övriga förslag i betänkandet.

I maj 2020 fick en särskild utredare i uppdrag att utreda dels den uppgiftsfördelning mellan stat och kommun som funnits inom bostadspolitiken sedan 1940-talet, dels vissa bostadspolitiska verktyg, och vid behov lämna förslag som ökar deras effektivitet (dir. 2020:53). I uppdraget ingick att bland annat analysera kommunala bostadsförmedlingar, hyresgarantier och andra kommunala ekonomiska stöd, kommunala allmännyttiga bostadsaktiebolag samt frågor om statligt och kommunalt markinnehav. Syftet med utredningen var att skapa förutsättningar för en socialt hållbar bostadsförsörjning som underlättar situationen för hushåll som har svårt att skaffa en bostad på marknadens villkor, bl.a. strukturellt hemlösa. Utredningen överlämnade i mars 2022 betänkandet Sänk tröskeln till en god bostad (SOU 2022:14). I denna promemoria behandlas de förslag som avser kommunala hyresgarantier för barnfamiljer, kommunala bostadsförmedlingar, tydligare koppling mellan kommunalt bostadsförsörjningsansvar och kommunala markanvisningar, förslag om mellankommunal samordning samt att i bostadsförsörjningslagen ersätta ”riktlinjer” med ”handlingsplan”. Regeringen avser inte att gå vidare med utredningens förslag om ny bostadsförsörjningslag med ett nationellt mål för bostadsförsörjningen. Förslagen från utredningen som behandlas i denna promemoria omhändertas därför inom ramen för bostadsförsörjningslagen. Regeringen avser inte heller att gå vidare med utredningens förslag om tydligare riktlinjer för markanvisning. Övriga förslag i betänkandet, bl.a. avseende byggemenskaper, överlåtelser av statlig mark, hyresvärdars tillträdeskrav och en konkurrenskraftig allmännytta bereds vidare inom Regeringskansliet.

Denna promemoria har tagits fram av en arbetsgrupp inom Landsbygds- och infrastrukturdepartementet.

3 Bättre förutsättningar för barnfamiljer att bli godkända som hyresgäster

3.1 Bakgrund och rättsliga utgångspunkter

En hyresgaranti är en säkerhet för avtal om hyra i form av ett borgensåtagande. Till skillnad från en deposition kräver den inte kontanta medel. En kommunal hyresgaranti är ett kommunalt borgensåtagande.

År 2007 förtydligades att kommuner har befogenhet att ställa säkerhet för att ett avtal om hyra av bostadslägenhet fullgörs, om det sker i syfte att enskilda hushåll ska få ett kontrakt till en hyresrätt som är förenad med rätt till förlängning. Innan en kommun lämnar stöd till ett enskilt hushåll ska kommunen göra en prövning av om hushållet är i behov av sådan hjälp för att kunna etablera sig på bostadsmarknaden (2 kap. 6 § lagen [2009:47] om vissa kommunala befogenheter och prop. 2006/07:61 Vissa bostadspolitiska åtgärder).

Det är frivilligt för kommuner att ställa säkerhet för avtal om hyra. För att stimulera kommunerna att gå i borgen för enskilda hushåll infördes 2007 ett statligt bidrag som kommuner kan söka om 5 000 kronor per garanti. För att kommunen ska vara berättigad till bidraget ska hyresgarantin omfatta minst sex månadshyror och gälla under minst två år, se förordningen (2007:623) om statligt bidrag för kommunala hyresgarantier. Boverket administrerar det statliga bidraget till kommunerna. En infriad hyresgaranti innebär att hyresgästen får en skuld till kommunen i stället för till hyresvärden.

Ett exempel på en situation där en hyresgaranti kan vara till hjälp är om den bostadssökande inte kan leva upp till hyresvärdens krav om en viss inkomst. Om kommunen bedömer att den sökande har betalningsförmåga och kan fullgöra sina förpliktelser som hyresgäst samt om hyresvärden godtar kommunen som borgensman, kan ett hyresavtal ingås trots inkomstkravet. Andra exempel på situationer där en bostadssökande kan bli hjälpt av en kommunal hyresgaranti är om den bostadssökande har en betalningsanmärkning, visstidsanställning eller inkomster som hyresvärden inte godtar och kommunen bedömer att den sökande kan betala hyran.

3.2 Behovet av förändring

Syftet med hyresgarantier är att underlätta för vissa hushåll att hyra en egen bostad (propositionen Vissa bostadspolitiska åtgärder [prop. 2006/07:61] och 2007 års ekonomiska vårproposition [prop. 2006/07:100]). Sedan lagändringen och statsstödet till kommunerna infördes 2007 har drygt 40 olika kommuner beviljats statligt stöd, vilket motsvarar cirka 14 procent av kommunerna. Majoriteten av de kommuner som beviljats stöd är kommuner med färre än 25 000 invånare. Antalet beviljade bidrag är i genomsnitt cirka 144 per år vilket motsvarar en utgift för staten på cirka 750 000 kronor. Utfallet kan jämföras med de 100 miljoner kronor per år som avsattes vid införandet 2007. Hyresgarantier

används sparsamt och har inte fått den genomslagskraft som avsågs vid införandet.

En orsak till att hyresgarantierna inte fått förväntad genomslagskraft är att frågan inte varit föremål för övervägande i kommunerna. Enligt Boverkets bostadsmarknadsenkät 2023 uppger 128 kommuner detta som orsak. Andra skäl till att inte utnyttja befogenheten och det statliga bidraget är att det statliga bidraget inte täcker den ekonomiska risken för kommunen (19 kommuner), att målgruppen bedöms kunna lösa situationen med egen borgensman (11 kommuner), att det är för administrativt betungande (13 kommuner) och andra skäl (44 kommuner). Bland andra skäl återfinns bl.a. att sociala kontrakt eller andra insatser används i stället och att vissa kommuner utreder frågan.

Samtidigt är konkurrensen på hyresbostadsmarknaden hög och hushåll nekas möjligheten att teckna hyreskontrakt på grund av att de t.ex. inte når inkomstkraven, har skulder eller har inkomstkällor som inte godtas, såsom försörjningsstöd. Det innebär att bostadssökande utestängs från bostadsmarknaden med omfattande negativa konsekvenser som följd. De negativa konsekvenserna är särskilt allvarliga för barn.

3.3 Obligatoriskt för kommuner att tillhandahålla hyresgarantier till barnfamiljer

Promemorians förslag: Regeringen ska få meddela föreskrifter om skyldighet för kommuner att bistå enskilda hushåll genom att ställa säkerhet för att ett avtal om hyra av bostadslägenhet fullgörs (hyresgaranti).

I en förordning avgränsas skyldigheten till att gälla om

– en hyresgaranti behövs för att ett enskilt hushåll ska få en permanentbostad med hyresrätt med rätt till förlängning,

– hushållet är en barnfamilj,

– hushållets behov av en permanentbostad inte kan tillgodoses på annat sätt,

– den eller de i hushållet som ska ingå hyresavtalet som garantin avser är bosatta i kommunen, och

– bostaden finns i kommunen.

Hyresgarantin ska ställas för minst sex månadshyror och gälla under minst två år.

Det befintliga statsbidraget till kommuner som frivilligt ställer hyresgarantier avvecklas.

Utredningens förslag (SOU 2022:14) överensstämmer i huvudsak med promemorians. I promemorian föreslås att förutsättningarna för skyldigheten att ställa hyresgaranti i större utsträckning regleras i förordning, att beslut om hyresgarantier ska vara möjliga att överklaga samt att kommunerna inte ska söka ersättning för de garantier de utfärdar i efterhand. Utredningen innehåller inga överväganden om sekretess vid handläggningen.

Remissinstanserna: Remissinstansernas synpunkter går isär. Flera remissinsatser är positiva till utredningens förslag och att förändringar görs, samtidigt som de har invändningar mot delar av förslaget.

Bland de remissinstanser som är uttryckligen positiva till att det blir en skyldighet för kommunerna att tillhandahålla hyresgarantier återfinns bl.a. *länsstyrelserna i Jönköpings* och *Stockholms län, Barnombudsmannen, HSB, Stadsmissionen, Fastighetsägarna* och *Tyresö kommun*.

Några remissinstanser avstyrker förslaget och anser att hyresgarantier bör vara statliga, såsom *Länsstyrelsen i Gävleborgs län, Sveriges Allmännytta* samt *Hultsfreds, Sundbybergs, Trelleborgs och Umeå kommuner*. *Stadsledningskontoret i Stockholms kommun* anser, utifrån ett likabehandlingsperspektiv, att det kan vara en fördel att ansvaret är statligt. *Statskontoret* anser att en reformering av hyresgarantierna gör ansvarsfördelningen mellan stat och kommun otydlig.

SKR är i huvudsak positiva till förslaget. SKR anser dock att det saknas skäl att avgränsa kretsen för det statliga stödet till enbart barnfamiljer. SKR anser vidare att den statliga ersättning som ska kompensera kommunerna för den utökade uppgiften bör lämnas även för garantier som en kommun beslutar om till ekonomiskt utsatta hushåll utan barn.

Malmö kommun anser att utredningens förslag att hyresgarantierna till en början ska begränsas till att enbart gälla barnfamiljer är rimligt med tanke på att barnfamiljer med svag köpkraft har särskilt svårt att få sina behov tillgodosedda på bostadsmarknaden. *Uppsala kommun* tillstyrker att barnfamiljer är en prioriterad målgrupp. *Rädda barnen* tillstyrker syftet med förslaget, att öka möjligheterna för barnfamiljer att få sin rätt till ett skäligt och långsiktigt boende. *Barnombudsmannen* välkomnar att hyresgarantierna främst avser barnfamiljer.

Flera andra remissinstanser uttrycker sig positivt till förslaget samtidigt som avgränsningen till barnfamiljer ifrågasätts. Bl.a. *länsstyrelserna i Kronobergs, Skåne* och *Stockholms län* menar att förslaget ligger väl i linje med barnkonventionen samtidigt som de påpekar att det finns fler målgrupper än barnfamiljer är i behov av insatser. Även *Socialstyrelsen, Myndigheten för delaktighet (MFD), länsstyrelserna i Gävleborgs* och *Jönköpings län, Göteborgs, Hultfreds, Krokoms, Trelleborgs, Umeå och Örnsköldsviks kommuner, Fastighetsägarna, Hyresgästföreningen, Stadsmissionen, Svenska Röda korset* och *Uppsalahem* anser att fler än barnfamiljer är i behov av hyresgarantier. *Pensionärernas riksorganisation (PRO)* och *Micasa Fastigheter* anser att även äldre bör omfattas.

Flera remissinsatser har invändningar mot att skyldigheten föreslås inträda endast när bostaden är belägen i kommunen och att den eller de personer som hyresgarantin avser är bosatta i samma kommun. *Länsstyrelserna i Jönköpings, Skåne, Stockholms, Västerbottens* och *Örebro län* framhäver att det finns en risk att våldsutsatta kvinnor med barn som behöver hitta bostad utanför den egna kommunen inte kan ta del av stödet och menar att det möjligen hade kunnat lindras om 2 a kap. 8 § 2 socialtjänstlagen, som reglerar möjligheten för våldsutsatta att ansöka om insatser i en annan kommun, hade fungerat på ett tillfredsställande sätt. *Länsstyrelsen i Stockholms län* och *Fastighetsägarna Sverige* lyfter att kommungränser är av ringa betydelse för bostadsmarknaden i länet och att det är en onödig avgränsning att bostaden ska vara belägen i kommunen. Även *HSB* och *Socialstyrelsen* ser problem med förslaget att personer ska bo och söka hyresgaranti i samma kommun. *Stadsmissionen* är, å sin sida, uttryckligen positiv till förslaget att hushåll som ska få hyresgaranti och

bostaden ska finnas i samma kommun då det är en viktig markering för att motverka social dumpning.

Socialhögskolan i Lund anser att förslaget är intressant och sannolikt kan bidra till att fler barnfamiljer får förstahandskontrakt, men ifrågasätter överklagandeförbudet och vem som ska se till att kommunerna fullgör sin skyldighet.

När det gäller förslagets konsekvenser bedömer *Socialstyrelsen* att förslaget kommer ha begränsad effekt i praktiken. Socialstyrelsen menar att en grundförutsättning för att kunna ställa hyresgarantier i kommuner är att det finns eller skapas tillgång till hyreslägenheter med hyresnivåer som hushåll som står utanför bostadsmarknaden har råd med. Socialstyrelsen påpekar också att ett antal förutsättningar behöver klargöras, såsom risken för att socialtjänsten kommer att belastas med att administrera och utreda hyresgarantier, att hanteringen av ansökan kan behöva ske skyndsamt för att personen ska kunna tacka ja till hyreskontrakt och att garantin ska kunna ges med förhandsbesked. *Uppsala bostadsförmedling* framhåller också vikten av skyndsamma processer inom kommunen.

Socialnämnden i Uppsala kommun anser att den föreslagna förändringen kommer att leda till att berörda barnfamiljer får det bättre och att det stärker barns levnadsvillkor, förslaget bygger dock på att hyresvärdar godkänner hyresgarantin. *Uppsala bostadsförmedling* bedömer att det är ganska osannolikt att hushåll med omfattande skulder och betalningsanmärkningar skulle kunna teckna hyresavtal hos en privat hyresvärd trots hyresgaranti, men att fler hyresvärdar skulle överväga att acceptera olika typer av bidrag eller försörjningsstöd som inkomst.

Skälen för promemorians förslag

En skyldighet för kommuner

I promemorian föreslås, liksom i betänkandet, att det blir en skyldighet för kommuner att lämna hyresgarantier under vissa förutsättningar. Skälet är att förbättra förutsättningarna för likvärdighet över landet.

Länsstyrelsen i Gävleborgs län, Sveriges Allmännytta, Umeå kommun m.fl. framhåller att hyresgarantierna i stället bör vara statliga. Arbetsgruppen delar inte den uppfattningen. Skyldigheten för kommunerna att tillhandahålla hyresgarantier ligger i linje med den verksamhet och de uppgifter kommuner redan har. Kommuner ansvarar exempelvis för biståndsbedömningar enligt socialtjänstlagen (2001:453) och kommer ofta i kontakt med personer och familjer som lever under osäkra boendeförhållanden. Kommuner är lämpade att göra individuella bedömningar och har erfarenhet av de behovsbedömningar som krävs för en väl fungerande handläggning. Kommuner ger också olika former av stöd som indirekt bidrar till att öka möjligheterna att få en bostad, till exempel budget- och skuldrådgivning. Kommunerna har genom sin lokala förankring också de bästa förutsättningarna att föra samtal och skapa goda relationer med hyresvärdar i kommunen. I det sammanhanget bör även frågor om hyresgarantier kunna aktualiseras. Med tanke på målgruppen för hyresgarantierna skulle en lösning med statlig administration riskera att bli ineffektiv jämfört med en kommunal.

Avgränsning till barnfamiljer

Förenta nationernas (FN) konvention om barnets rättigheter är sedan den 1 januari 2020 lag i Sverige. Av konventionen framgår att varje barn har rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling (artikel 27). Det framhålls att det är barnets föräldrar som har huvudansvaret för att tillgodose detta men också att staten vid behov ska tillhandahålla stöd och bistånd, särskilt i fråga om mat, kläder och bostad. Artikel 27 kan ses som en vidareutveckling och konkretisering av artikel 6 om rätten till överlevnad och utveckling. Barnets rätt till en god levnadsstandard är grundläggande för att barnet ska kunna utvecklas på ett gynnsamt sätt. En god och trygg bostad utgör en förutsättning för en god levnadsstandard och för att barnet ska få sina rättigheter tillgodosedda, såsom rätten till bästa möjliga hälsa (artikel 24), rätten till vila och fritid (artikel 31) samt rätten till utbildning (artiklarna 28 och 29).

Socialstyrelsens hemlöshetskartläggning visar att det finns barnfamiljer som befinner sig i hemlöshet, ofta genom olika former av sociala kontrakt men även på vandrarhem eller andra kortsiktiga boendelösningar såsom andrahandslösningar eller inneboende. Därtill kommer det faktum att barnfamiljer i högre grad än andra är trångbodda och har en ansträngd boendeekonomi. Trångboddheten kan bero på små ekonomiska förutsättningar att kunna efterfråga större bostäder och vara ett resultat av en inneboendelösning.

Osäkert boende kan få negativa konsekvenser för barns fysiska och psykiska hälsa samt skolgång. Barn är särskilt utsatta eftersom trygghet och kontinuitet är grundläggande för barns utveckling och eftersom barn i regel tillbringar större delen av sin tid i bostaden och dess närmiljö. Barnfamiljer som under lång tid tvingas bo mycket trångt och flytta runt i olika kortsiktiga boendelösningar utsätts för stor press som kan ha negativ påverkan på samspelet i familjen och barnens situation vad gäller skolprestationer, möjlighet till kamratkontakter och fritidssysselsättningar. Det kan i sin tur leda till att situationen förvärras och till att sociala problem kan uppstå eller förstärkas.

Ett antal länsstyrelser, *Göteborgs*, *Krokoms* och *Trelleborgs kommuner*, *Socialstyrelsen*, *MFD* m.fl. anser att fler grupper än barnfamiljer är i behov av stöd. Med hänsyn till de särskilt negativa konsekvenserna för barn av ett osäkert boende anser dock arbetsgruppen att skyldigheten att ställa hyresgaranti för närvarande bör begränsas till barnfamiljer. Det bör samtidigt understrykas att kommuner fortsatt har möjlighet att lämna hyresgarantier till andra än barnfamiljer.

Socialnämnden i Uppsala kommun påpekar att förslaget kan ha viss effekt för barnfamiljer, men att det förutsätter att hyresvärdar godtar hyresgarantier. Arbetsgruppen kan konstatera att kommunerna har en viktig roll i att föra dialog med hyresvärdar på orten. Enligt utredningen godtar knappt hälften av hyresvärdarna borgensman eller hyresgaranti, främst i de fall inkomsten är för låg. Det faktum att flera hyresvärdar godtar borgensman bör kunna vara en utgångspunkt för en dialog på orten.

Avgränsning till boende i kommunen och bostäder belägna i kommunen

Några remissinstanser, bl.a. *Länsstyrelsen i Stockholms län* och *Fastighetsägarna Sverige, HSB* och *Socialstyrelsen*, har invändningar mot att den föreslagna kommunala skyldigheten att tillhandahålla hyresgarantier är avgränsad till rekvisiten att bostaden ska vara belägen i kommunen och att den eller de hyresgarantin avser är bosatta i samma kommun. Remissinsatserna påpekar att det kan uppstå problem i de fall där hushållet behöver flytta över en kommungräns.

Det kan givetvis uppstå situationer där ett hushåll i kommun A har möjlighet få en egen bostad i kommun B under förutsättning att en hyresgaranti kan utfärdas. Enligt förslaget innebär en sådan situation ingen skyldighet för någon av kommunerna att tillhandahålla en hyresgaranti, men det finns heller inget som hindrar någon av kommunerna från att göra det. Den kommunala kompetensen på bostadsområdet förändras inte (se 2 kap. 6 § lagen [2009:47] om vissa kommunala befogenheter). Skulle det vara en skyldighet för kommun A, i egenskap av bosättningskommun, att tillhandahålla hyresgarantier för bosättning i kommun B finns det, som *Stadsmissionen* anger, en risk att det understödjer en utveckling där ekonomiskt svaga hushåll bosätter sig i en annan kommun, med sämre arbetsmarknad, utan att hushållet uttryckt en sådan vilja. Om det skulle vara en skyldighet för kommun B att tillhandahålla hyresgaranti för att den aktuella bostaden är belägen i kommunen, skulle kommun B riskera att belastas oproportionerligt med ärenden om hyresgarantier. Avsikten med förslaget är att underlätta för barnfamiljer att kunna etablera sig i den kommun där de har starkast anknytning och vid en sammantagen bedömning anser arbetsgruppen att utredningens förslag att kravet på kommunen att ställa hyresgaranti bör begränsas till att gälla kommuninvånare och bostäder belägna i kommunen är väl motiverat.

Flera länsstyrelser anger i sina remissvar att en inskränkning av omfattningen på kommunernas skyldighet begränsar användningsområdet för exempelvis våldsutsatta som behöver flytta över kommungränsen. En grund som i sammanhanget lyfts fram är att 2 a kap. 8 § 2 socialtjänstlagen, som reglerar möjligheten för våldsutsatta att ansöka om insatser i annan kommun, inte fungerar tillfredsställande. Frågan om socialtjänstlagens tillämpning är inte föremål för beredning i detta lagstiftningsärende.

Villkor om två år och sex månader

Ingen remissinstans har haft synpunkter på att hyresgarantin ska omfatta minst sex månadshyror och gälla under minst två år. Villkoret om två år har sin grund i 12 kap. 28 a § jordabalken, bestämmelsen som reglerar säkerhet för hyresavtal och ger borgensmannen eller pantsättaren en rätt att säga upp sitt åtagande. Av bestämmelsen framgår att borgensmannen får säga upp sitt åtagande att upphöra att gälla vid det månadsskifte som inträffar närmast efter nio månader från uppsägningen, dock tidigast till en tidpunkt som infaller två år från det att åtagandet började att gälla. Av förarbetena till 28 a § framgår också att det är rimligt att hyresgästen får bo kvar efter att borgensåtagandet upphört om hyresgästen inte har försummat att betala hyran eller på annat sätt har åsidosatt sina avtalsenliga skyldigheter. Om en hyresvärd säger upp hyresavtalet vid den tidpunkt åtagandet upphör och hyresgästen inte vill flytta kan frågan prövas i en

förlängningstvist (propositionen Ändringar i hyreslagen [prop. 1997/98:46]). Arbetsgruppen bedömer att det är rimligt att villkoret ligger i linje med detta.

Att hyresgarantin ska täcka minst sex månadshyror bedömer arbetsgruppen är en rimlig tidsperiod för att täcka hyresförluster vid en eventuell avhysningsprocess.

Närmare om handläggningen

Socialstyrelsen anser att ett antal förutsättningar behöver klargöras, såsom risken för att socialtjänsten kommer belastas med att administrera och utreda hyresgarantier, att hanteringen av ansökan kan behöva ske skyndsamt för att personen ska kunna tacka ja till hyreskontrakt och om garantin ska kunna ges med förhandsbesked.

Inledningsvis ska konstateras att frågan om hur kommunenen väljer att placera ansvaret för att pröva och ställa ut hyresgarantier organisatoriskt inte regleras i förslaget. Även om hyresgarantier kan aktualiseras efter en bedömning av hushållets behov av insatser enligt socialtjänstlagen är det inte en förutsättning. Kravet att ställa garantier omfattar även hushåll som inte bedöms ha behov av insatser i socialtjänstlagens mening, men som bedöms ha behov av ekonomiskt stöd för att skaffa en permanentbostad i den mening som avses i 3 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Den lagen gäller oförändrad och vad som sägs i det följande avser att belysa den handläggning som utlöses av den nya skyldigheten men utesluter inte att kommunen agerar på annat sätt inom ramen för sina befogenheter.

Förutsättningen för att kravet på kommunen att ställa en hyresgaranti ska gälla är att hushållet uppfyller vissa rekvisit, att det finns ett erbjudande om att hyra en bostad som uppfyller villkoren i förordningen och att hushållet inte kan skaffa en sådan bostad utan en kommunal garanti.

Vad gäller hushållet behöver dess nuvarande boendesituation klarläggas. Hushåll som har en bostad med besittningsskydd ger inte upphov till någon skyldighet för kommunen även om den nuvarande bostaden är för liten för familjen, för dyr i relation till familjens inkomster eller belägen på en plats som gör det svårt att nå skola eller arbetsplatser. Hushållet ska också utgöras av en barnfamilj och vara bosatt i kommunen. Definitioner för när dessa förhållanden är uppfyllda hämtas ur befintlig lagstiftning. Utredningen föreslår att barnfamiljer ska vara sådana som har rätt till bostadsbidrag enligt 96 kap. 4, 5 eller 5 a §§ socialförsäkringsbalken och att bosättningsbegreppet ska tillämpas på samma sätt som i 2 a kap. 3 § socialtjänstlagen, vilket med hänsyn till att det rör hushåll utan fast bostad är ändamålsenligt. I det fall flera personer ska stå som hyresgäster på det hyreskontrakt som garanteras ska samtliga vara bosatta i kommunen. Det kan också vara lämpligt att klarlägga hushållets ekonomiska förhållanden eftersom det kan påverka bedömningen av hushållets förmåga att skaffa en bostad utan stöd från kommunen. En utredning av dessa förhållanden kan genomföras utan att det finns något erbjudande om en lägenhet. Utredningen av hushållets förhållanden leder i sig inte till något beslut med stöd av den förordning om kommuners skyldighet att ställa hyresgaranti som föreslås i denna promemoria, men den kan leda till att kommunen överväger insatser med stöd av annan lagstiftning.

När det gäller erbjudandet om att hyra en bostad ska det vara i form av ett förstahandskontrakt med besittningsskydd. Även om upplåtelser i andra hand kan utformas utan begränsningar i besittningsskyddet kan detta i praktiken brytas om avtalet mellan fastighetsägaren och förstahandshyresgästen upphör. Hyresavtal som omfattas av lagen (2012:978) om uthyrning av egen bostad uppfyller aldrig kraven på rätt till förlängning. Bostaden ska vara belägen i kommunen. Utredningen i denna del kan antas ske närmast momentant och utmynnar inte i något separat beslut.

Enligt förordningen ska hushållets behov av en permanentbostad inte kunna tillgodoses på annat sätt för att skyldigheten för kommunen att garantera hyresavtal ska inträda. För att detta rekvisit inte ska vara uppfyllt kan t.ex. följande tre förhållanden föreligga.

Det kan inom kommunen finnas bostäder med förstahandskontrakt lediga för uthyrning som det aktuella hushållet inte försökt hyra. Det är rimligt att ett hushåll aktivt söker en bostad innan det får ekonomiskt stöd av kommunen i form av en garanti.

Kommunen kan visa på ett konkret erbjudande om en bostad med besittningsskydd som en fastighetsägare är villig att hyra ut utan kommunal garanti eller med annat ekonomiskt stöd från kommunen än den garanti som förordningen anvisar.

Slutligen kan ett hushåll trots att det saknar permanent bostad ha sådana ekonomiska tillgångar att det är fullt möjligt att köpa en bostad på den lokala marknaden. Inte heller då ett hushåll har ekonomiska möjligheter att köpa en bostad bör kommuner vara skyldiga att ställa hyresgarantier. Om hushållets ekonomiska förhållanden redan klarlagts bör utredningen även i denna del vara tidsmässigt mycket begränsad. Kommunen förutsätts ha god kännedom om bostadsmarknaden och sina egna möjligheter att genom förturer i bostadskön eller avtal med fastighetsägare förmedla en bostad.

Den föreslagna regleringen innehåller inga detaljerade krav på hur de beskrivna utredningarna ska göras eller redovisas. Vanlig förvaltningsrättslig praxis gäller.

När samtliga utredningsmoment är avslutade ska kommunen fatta ett beslut. I det fall beslutet innebär att ett garantiåtagande gentemot fastighetsägaren görs, behöver inte beslutet motiveras särskilt. Om kommunen beslutar att inte garantera hyresförhållandet ska detta motiveras. Beslutet ska tillställas såväl hyresgäst som fastighetsägare.

Det finns, enligt det som framgår av betänkandet, kommuner som ger förhandsbesked till hushåll om att kommunen är beredd att garantera hushållets betalning av hyra. Det står även fortsättningsvis kommuner fritt att göra så, men något förhandsbesked förutsätts inte vid tillämpningen av de föreslagna bestämmelserna.

Ersättningen till kommunerna

Skyldigheten att på vissa villkor garantera barnfamiljers hyror innebär att kommunerna åläggs att utföra en ny arbetsuppgift. Kommunerna ska därför ersättas enligt den kommunala finansieringsprincipen. I betänkandet föreslås att ersättningen ska lämnas i form av ett fast belopp per utfärdad garanti som utbetalas till kommunen efter ansökan. Det innebär, som utredningen konstaterar, att ersättningen kommer de kommuner som fak-

tiskt har kostnader till godo. Huvudregeln enligt finansieringsprincipen är dock att kommunerna ska ersättas via en anpassning av det generella statsbidraget, även i situationer då inte alla kommuner förväntas behöva vidta åtgärder i samma omfattning. Ersättning via ansökan i efterhand i kombination med vad utredningen kallar en ovillkorlig rätt för kommunerna att få ersättning innebär ett administrativt förfarande som i sig innebär kostnader utan uppenbar nytta. I ett resonemang kring vad som händer när anslagna medel inte täcker inkomna ansökningar landar utredningen i att regeringen bör ha möjlighet att upphäva kravet på kommunerna om det saknas medel (betänkandet s. 513). Det skapas därigenom en växelverkan mellan lagkravet och den statliga budgetprocessen som inte ger en stabil förutsättning för kommunerna att etablera hyresgarantier som ett bostadspolitiskt verktyg, vilket är ett huvudsyfte med förslaget. I denna promemoria föreslås därför att ersättningen till kommunerna regleras genom en höjning av det generella statsbidraget. Beräkningen av höjningen behandlas i konsekvensanalysen (se avsnitt 7).

Kommunen har regressrätt när en garanti utfaller

Det kan uppstå situationer där en barnfamilj med hyresgaranti inte kan betala hyran. Kommunen har då ansvar att träda in och betala hyran, men får samtidigt en regressfordran gentemot barnfamiljen som då står i skuld till kommunen. Det kan synas ologiskt att fordran inte avskrivs i en situation då det aktuella hushållet uppenbarligen inte har förmåga att betala. Om hushållet automatiskt befrias från skulden då en garanti utlöses öppnar det för möjligheter för hyresvärd och hyresgäst att komma överens om att ta garantin i anspråk. Genom regressfordran motverkas att hyresgarantier utnyttjas felaktigt. Kommunens regressrätt följer av allmänna principer att det föreligger regressrätt om någon har en skyldighet enligt författning eller avtal att betala någon annans skuld. I förordningen bör det dock anges att kommunen ska upplysa hushållet om att det finns en sådan rätt.

Möjligheten för den enskilde att överklaga m.m.

Utredningens förslag innebär att kommunens skyldighet att i ett enskilt fall lämna hyresgaranti inte ska motsvaras av en utkrävbar rättighet för den enskilde att få en hyresgaranti. Förhållandet markeras i utredningens förslag genom ett överklagandeförbud. *Socialhögskolan i Lund* ifrågasätter överklagandeförbudet och vem som ska se till att kommunerna fullgör sin skyldighet. Det kan konstateras att regeln för när en hyresgaranti ska beviljas är förhållandevis detaljerad och precist utformad. Däremot regleras inte förfarandet och handläggningen hos kommunen. Det kan se ut på olika sätt beroende på hur kommunen är organiserad och vad som bedöms lämpligt.

Av det som beskrivits tidigare framgår att om kommunen inte ser någon bättre lösning på ett hushålls boendesituation och om övriga villkor när det gäller hushållet och den erbjudna lägenheten är uppfyllda, finns en skyldighet att ställa en hyresgaranti. Frågan är om man som utredningen föreslår då kan hänvisa till att avsikten med regleringen endast är skapa en skyldighet för kommunen och markera detta förhållande med ett överklagandeförbud.

Eftersom regleringen om hyresgaranti är så precist utformad är det svårt att hävda att det inte indirekt skapas en rättighet för den enskilde att få

hyresgaranti om samtliga villkor för stödet är uppfyllda. Även om det krävs bedömningar för att avgöra om hushållet uppfyller kriterierna, saknas utrymme att på skönsmässig grund avgöra om en garanti ska ställas eller inte i det enskilda fallet. En skillnad i förhållande till utredningens förslag är också att finansieringen av garantin ska ske genom en höjning av det generella statsbidraget till kommunerna. Det ska alltså inte uppställas något villkor om att kommunens skyldighet att ställa garanti endast gäller i mån av tillgång på medel. Sammantaget får det därmed anses avse en sådan civil rättighet som enligt artikel 6.1 i Europakonventionen för mänskliga rättigheter förutsätter möjlighet att få saken prövad av domstol. Att regleringen är så precis gör också att frågan praktiskt bör kunna hanteras av en domstol. Det rör sig om rekvisit och bedömningar som inte är främmande för en förvaltningsdomstol. Det kan mot denna bakgrund inte införas ett överklagandeförbud som utredningen föreslår. I stället bör bedömningen av om det i ett enskilt fall är fråga om ett beslut som kan överklagas avgöras utifrån förvaltningslagen (2017:900) och allmänna förvaltningsrättsliga principer. Ett beslut kan överklagas om beslutet kan antas påverka den enskildes situation på ett inte obetydligt sätt och det har gått honom eller henne emot.

Till skillnad från utredningens förslag föreslås nu (se följande avsnitt) att bestämmelsen om hyresgarantier i sin helhet tas in i förordning. Enligt 11 kap. 2 § regeringsformen ska bestämmelser om rättegången, t.ex. om rätt att överklaga till domstol, meddelas i lag. I förordningen bör det därför endast tas in en hänvisning till de allmänna bestämmelserna om överklagande i förvaltningslagen. För möjligheten till laglighetsprövning gäller allmänna regler i kommunallagen (2017:725).

Villkoren för skyldigheten bör samlas i förordning

Promemorians förslag skiljer sig från betänkandets på så sätt att rekvisiten för när den kommunala skyldigheten att tillhandahålla hyresgarantier till barnfamiljer inträder, samlas i förordning i stället för att delas upp på lag och förordning. Riksdagen föreslås alltså ge regeringen bemyndigande att utforma de villkor som ska gälla för att kommunernas skyldighet att ställa ut hyresgarantier ska inträda. Det gör regleringen mer överskådlig men ger också möjlighet att på ett enklare sätt precisera hur bestämmelserna ska tillämpas, vilket enligt utredningen bör hanteras genom en kombination av föreskrifter och vägledning. Med hänsyn till att förändringar i villkoren kan innebära förändrade kostnader för kommunerna bedömer arbetsgruppen att det inte bör finnas någon möjlighet för regeringen att delegera föreskriftsrätten vidare till någon myndighet. Behovet av vägledning får bedömas när erfarenheter från tillämpningen erhållits.

Befintlig befogenhet finns kvar

SKR anser att det befintliga bidraget för kommunala hyresgarantier har utgjort ett viktigt kompletterande verktyg för att bistå personer som har en betalningsanmärkning eller är skuldsatta. SKR anser därför att den statliga ersättningen som ska kompensera kommunerna för den utökade uppgiften bör lämnas även för garantier som en kommun beslutar om till ekonomiskt utsatta hushåll utan barn. Arbetsgruppen har övervägt möjligheten att vid sidan av ett obligatorium för kommunerna att ställa garantier för

barnfamiljer också ha ett bidrag för kommuner som frivilligt garanterar hyror. Frågan blir då om alla garantier som ställs inom kommunernas vida befogenhet skulle vara bidragsberättigade. Alternativet är att ställa upp särskilda villkor för bidragsberättigade garantier, villkor som avviker på en eller flera punkter från de villkor som gäller för de obligatoriska garantierna. I avsaknad av ett konkret förslag och i linje med ställningstagandet att barnfamiljer utgör en prioriterad målgrupp väljer arbetsgruppen att i likhet med utredningen förorda att stödet till frivilliga garantier avvecklas.

I sammanhanget finns det anledning att påminna om att befogenheten att stödja hushåll ekonomiskt i syfte att minska deras kostnader för att skaffa eller inneha en permanentbostad genom garantier eller på annat sätt finns kvar oförändrad.

3.3.1 Sekretess till skydd för uppgifter om enskildas personliga förhållanden

Promemorians förslag: Sekretess ska gälla i ärenden om kommuners ställande av hyresgaranti för uppgifter om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående lider men om uppgiften röjs. Sekretess ska dock inte gälla beslut i ärenden. För uppgift i en allmän handling ska sekretessen gälla i högst sjuttio år.

Promemorians bedömning: Rätten att meddela och offentliggöra uppgifter bör ha företräde framför den tystnadsplikt som följer av den nya sekretessbestämmelsen.

Skälen för promemorians förslag och bedömning: I promemorian föreslås en skyldighet för kommuner att under vissa villkor ställa hyresgaranti till barnfamiljer som saknar bostad. Vid kommunernas handläggning av ärendena kommer kommunerna behöva samla in uppgifter som rör familjens ekonomiska och personliga förhållanden för att utreda om rekvisiten är uppfyllda. Det kan handla om uppgifter om inkomster, tillgångar, skulder och boendehistorik, men även andra personliga förhållanden, som t.ex. arbetslöshet, missbruk eller uppgifter om hot om våld som är av betydelse för att avgöra om familjen är i behov av bostad och får anses sakna möjlighet att skaffa en sådan på egen hand. Det är svårt att förutse vilka uppgifter och omständigheter som kan åberopas eller framkomma i ett enskilt ärende. Det står emellertid klart att det är fråga om uppgifter som typiskt sett kan vara integritetskänsliga för de enskilda som berörs. Allmänhetens intresse av insyn i fråga om sådana uppgifter får också anses vara högst begränsad. Vid en avvägning mellan behovet av sekretess och behovet av insyn väger behovet av sekretess tyngre. Eftersom det alltså kommer att finnas skyddsvärda uppgifter hos kommunerna är frågan om befintliga sekretessbestämmelser kan anses ge ett tillräckligt skydd. Bestämmelser som rör förhållanden som uppvisar likheter med ställande av hyresgarantier, inte minst att det gäller den kommunala förvaltningen, finns i 26 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Där har samlats bestämmelser om sekretess till skydd

för enskild inom socialtjänst, vid kommunal bostadsförmedling, adoption, m.m.

Enligt 26 kap. 1 § gäller sekretess inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Den föreslagna regleringen om hyresgarantier anger inte vilket organ inom kommunen som ska hantera frågan. Den skulle alltså kunna hanteras inom ramen för socialtjänstens verksamhet eller av en socialnämnd, men även av andra organ. Det finns också en bestämmelse om sekretess i kommunal bostadsförmedling. Enligt 26 kap. 11 § gäller sekretess i ärenden om kommunal bostadsförmedling för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider betydande men om uppgiften röjs. Det finns inget som utesluter att en fråga om ställande av hyresgaranti kan aktualiseras i ett ärende om kommunal bostadsförmedling, men det kan inte förväntas bli det vanliga. Sammantaget kan därför inte befintliga bestämmelser i 26 kap. offentlighets- och sekretesslagen anses ge ett tillräckligt skydd. Den sekretessbestämmelse som återstår när det gäller möjligheten att skydda enskildas förhållanden är då den generella bestämmelsen om sekretess i 21 kap. 1 §, men den är begränsad till uppgifter som rör en enskilds hälsa eller sexualliv.

Den befintliga sekretessregleringen ger alltså inte ett tillräckligt starkt skydd för uppgifter om enskildas personliga förhållanden i ärenden om kommuners ställande av hyresgaranti. I anslutning till de nya reglerna behöver det därmed införas en ny sekretessbestämmelse som avser uppgifter om enskildas personliga förhållanden som kommunen får del av i ärenden om ställande av hyresgaranti. Det kan noteras att inom offentlighets- och sekretesslagstiftningen omfattar begreppet personliga förhållanden, när det gäller fysiska personer, även uppgifter om en persons ekonomi (prop. 1979/80:2 Del A s. 84 och 190).

Sekretessbestämmelser till skydd för uppgifter om enskilda i en verksamhet som avser myndighetsutövning utformas vanligtvis med ett rakt skaderekvisit, dvs. med en presumtion för att uppgifterna är offentliga (se prop. 2022/23:71 s. 37). Så bör ske även i detta fall. Vid ett rakt skaderekvisit görs skadeprövningen i huvudsak med utgångspunkt i själva uppgiften. Vanligtvis behöver skadeprövningen inte knytas till den enskilde, utan det avgörande är i stället om uppgiften som sådan är av sådan art att ett utlämnande typiskt sett skulle kunna medföra skada för det intresse som ska skyddas av bestämmelsen (prop. 1979/80:2 Del A s. 80). Skaderekvisitet bör däremot inte vara kvalificerat. Jämfört med exempelvis kommunal bostadsförmedling gäller ärenden om ställande av hyresgarantier typiskt sett integritetskänsliga uppgifter, som inte ligger långt ifrån ärenden som hanteras inom socialtjänsten för vilka det råder ett omvänt skaderekvisit, dvs. en presumtion för sekretess. Allmänhetens intresse av insyn i verksamheten får anses begränsas till själva myndighetsutövningen och användningen av offentliga medel. Denna insyn bör kunna tillgodoses genom att uppgifter i besluten om ställande av hyresgaranti, i vilka det kan antas saknas anledning att ta in integritetskänsliga uppgifter, inte omfattas av sekretessen.

Regleringen bör inte begränsas till de fall kommunen handlägger ärenden med stöd av den nu föreslagna skyldigheten att ställa

hyresgarantier till barnfamiljer, utan bör även omfatta fall då kommunen väljer att med stöd av lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter ställa hyresgaranti. Anledningen till att frågan om sekretess hittills inte aktualiserats i fråga om denna reglering är att den endast ger kommunerna en rätt att ställa hyresgaranti till kommuninvånare. Det uppställs inte några rekvisit för i vilka situationer hyresgaranti ska ställas eller vilka uppgifter som ska hämtas in av kommunen. Till detta kan läggas att ärenden om ställande av hyresgaranti med det nya obligatoriet som nu föreslås kan förväntas bli betydligt mer frekvent förekommande, varför frågan om sekretess också kommer att få ökad betydelse.

Den nya sekretessbestämmelsen bör innehålla en yttersta begränsning i tid. När det gäller sekretess till skydd för enskildas personliga förhållanden är sekretesstiden som regel högst sjuttio år (se t.ex. 26 kap. 10 a, 11 och 12 §§ offentlighets- och sekretesslagen). Utgångspunkten är att sekretessen bör gälla under större delen av den enskildes livstid. Det finns ingen anledning att frångå denna tid när det gäller uppgifter i ärenden om ställande av hyresgaranti.

De sekretessbelagda uppgifterna kommer att lämnas till kommunen i samband med myndighetsutövning, och det är alltså inte fråga om uppgifter som lämnas av en enskild i en förtroendesituation. Det finns därför inte skäl att inskränka den grundlagsstadgade meddelarfriheten med anledning av den föreslagna sekretessbestämmelsen. Rätten att meddela och offentliggöra uppgifter bör således ha företräde framför den tystnadsplikt som följer av den nya sekretessbestämmelsen.

4 Tydligare förutsättningar för behovsinriktad kommunal bostadsförmedling

4.1 Bakgrund och rättsliga utgångspunkter

Enligt lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar ska en kommun anordna bostadsförmedling om det behövs för att främja bostadsförsörjningen. Om två eller flera kommuner behöver gemensam bostadsförmedling, ska dessa kommuner anordna sådan bostadsförmedling. Regeringen får förelägga en kommun att anordna kommunal bostadsförmedling (7 §).

En kommunal bostadsförmedling som förmedlar lägenheter i turordning efter kötid får – utöver sådan förmedlingsersättning som får tas ut vid yrkesmässig bostadsförmedling enligt 12 kap. 65 a § jordabalken – ta ut en avgift för rätten att stå i kö (köavgift) av den hyressökande. Kravet på förmedling efter kötid hindrar dock inte att ett begränsat antal lägenheter som är tillgängliga för kön fördelas enligt ett förturssystem. Köavgiften får tas ut för högst ett år i taget. Kommunen får bestämma avgiften och grunderna för hur den ska tas ut (8 §).

Regeringen bedömde i samband med att bestämmelserna infördes att kravet på förmedling i turordning efter kötid var grundläggande för att

systemet skulle bli rättssäkert och genomsiktligt, samt att ett sådant system normalt uppfattas som att det tillgodoser grundläggande krav på en rättvis fördelning av tillgängliga lägenheter. Samtidigt redogjordes det för en insikt om att sådan verksamhet kan vara kostsam. Regeringen anförde att det framstod som ändamålsenligt med en möjlighet att få ta ut en särskild avgift. Möjligheten att ta ut en köavgift bedömdes också kunna bidra till att köerna bättre skulle återspegla det verkliga behovet av hyreslägenheter på orten (propositionen Bostadsförsörjningsfrågor m.m., s. 26 [prop. 2001/01:26]).

Endast kommunala bostadsförmedlingar får ta ut köavgift. Övriga bostadsförmedlingar får inte ta ut köavgifter. I förarbetena prövas om det är förenligt med EU-rätten att inte ge yrkesmässiga bostadsförmedlare samma möjlighet som kommunala bostadsförmedlingar att ta ut köavgift. Regeringens slutsats var att kommunal förmedling och övrig förmedling inte kan ses som utbytbara tjänster. Kommunal förmedling bedömdes vara ett medel för att uppfylla den kommunala skyldigheten att främja bostadsförsörjningen. Den privata förmedlingens tjänst bedömdes som rent ekonomisk och direkt inriktad på att förmedla hyreskontrakt. Något inslag av bostadsplanering finns inte. (s. 24f).

Av förarbetena framgår vidare att en kommun har möjlighet att inom ramen för förmedling i turordning efter kötid organisera köverksamheten på det mest ändamålsenliga sättet och själv bestämma de närmare principerna för hur kösystemet ska vara utformat. Men förmedlingen får i en allmän kö inte ge fördelar exempelvis till personer i kön som kan erbjuda en byteslägenhet eller till dem som har särskilt stort behov av en lägenhet. För en allmän kö beskrivs i förarbetena att det inte ställs upp några specifika krav vare sig på de hyressökande eller på lägenheterna i kön. Däremot kan en kommun ha flera köer, för olika kategorier av lägenheter eller olika kategorier av hyressökande. Det är t.ex. möjligt att ha en särskild kö för sådana sökande som kan erbjuda en byteslägenhet eller en särskild kö för ungdomslägenheter. Kommunen kan också bestämma t.ex. vad som ska gälla om en hyressökande antar ett erbjudande om en lägenhet men ändå vill stå kvar i kön. Kommunen måste behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för annat, enligt den s.k. likställighetsprincipen.

Lagen anger att kravet på förmedling efter kötid inte hindrar att ett begränsat antal lägenheter som är tillgängliga för kön fördelas enligt ett förturssystem, det vill säga efter andra principer än turordningskravet. Detta är att betrakta som ett undantag från kötidsordningen. I förarbetena poängteras att det i lagen inte ansetts nödvändigt att ställa upp några särskilda krav i fråga om vilka förturer som ska få medföra ingrepp i den normala turordningen efter kötid. De enda krav som ställs är att det ska röra sig om ett begränsat antal lägenheter och ett förturssystem. Det sistnämnda kravet är avsett att innebära att kommunen måste hålla sig till vissa bestämda regler när det gäller vilka fall som behandlas som förturer. Det kan vara fråga om dels fall där en enskild tillhandahålls en bostad i form av bistånd enligt socialtjänstlagen, dels fall då förtur medges på annan grund (s. 52ff). För denna förmedling får ingen köavgift tas ut, men den omständigheten att sådan förmedling existerar hos bostadsförmedlingen hindrar alltså inte att köavgift tas ut i övrigt.

4.1.1 Behovet av förändring

När bestämmelserna om kommunal bostadsförmedling infördes 2001 ansågs kommunal bostadsförmedling vara ett lämpligt sätt att ge resurssvaga hushåll rimliga möjligheter att få tillgång till en god bostad (se propositionen Bostadsförsörjningsfrågor m.m., s. 19 [prop. 2000/01:26]). Trots det har många hushåll med lägre inkomster – som står inför ett mer akut behov av bostad eller snabbt behöver förändra sin boendesituation och inte haft möjlighet att samla ihop ködagar – i dag små chanser att kunna lösa sin situation genom en kommunal bostadsförmedling.

Utredningen visar i betänkandet (SOU 2022:14) att de kommunala bostadsförmedlingarna i dag inte styrs på ett sådant sätt att de i tillräcklig utsträckning bidrar till en socialt hållbar bostadsförsörjning. Ett skäl för detta bedöms vara att det råder en osäkerhet om vad som är tillåtet enligt lag i fråga om reservationer och förturer. Denna otydlighet riskerar att försvåra för den som i dag inte har en godtagbar boendesituation.

I dag finns det sju kommunala bostadsförmedlingar som förmedlar lägenheter i 66 kommuner. Till exempel förmedlar den kommunala bostadsförmedlingen i Stockholm bostäder i 28 kommuner. Alla kommunala bostadsförmedlingar använder kötid som huvudsaklig förmedlingsprincip. De har relativt långa kötider, och alla tar ut köavgift.

Flera av de kommunala bostadsförmedlingarna arbetar redan i dag med reservationer. Exempelvis får unga i flera bostadsförmedlingar en större andel bostäder förmedlade än den andel de utgör av det totala antalet sökande respektive den andel de utgör av antalet aktiva sökande. Det visar att bostadsförmedlingarna har en förmåga att tillsammans med fastighetsägare underlätta för vissa grupper att ta sig in på den ordinarie bostadsmarknaden.

Förturssystem används endast inom den kommunala bostadsförmedlingen i Stockholm och där utgjorde de beviljade förturerna under 2020 två promille av antalet fördelade lägenheter totalt.

Nuvarande lagreglering av bostadsförmedlingar har visat sig skapa osäkerhet om vilka möjligheter kommunerna har när det gäller reservationer, förturer och möjligheten att ta ut köavgift. För att bidra till en önskvärd utveckling behövs därför vissa ändringar och förtydliganden i lagen.

4.2 Tydligare möjligheter till reservation och förturer

Promemorians förslag: Det tydliggörs att en kommunal bostadsförmedling får reservera lägenheter för olika kategorier av sökande i kön eller använda ett förturssystem utan att det påverkar möjligheterna att ta ut köavgift.

Utredningens förslag (SOU 2022:14) överensstämmer huvudsakligen med promemorians. Utredningen har till skillnad från promemorian föreslagit att det i lag regleras att kommunal bostadsförmedling ska förmedla lägenheter i turordning efter kötid och att reservationer ska ske utifrån i förväg fastställda kriterier.

Remissinstanserna: De allra flesta remissinstanserna, däribland *SKR, Diskrimineringsombudsmannen (DO), Barnombudsmannen (BO)* och de kommuner som är anslutna till en kommunal bostadsförmedling tillstyrker eller ställer sig positiva till utredningens förslag. Det framhålls att förslaget bl.a. breddar kommunala bostadsförmedlingars möjligheter att anpassa sin förmedling och att det är rimligt att bostäder med rimlig hyra fördelas på ett sätt så att de personer som i dag har svårt att skaffa en bostad som svarar mot deras behov får bättre möjligheter. *Fastighetsägarna* tillstyrker förslaget. De menar, eftersom principen om turordning efter kötid inte överges, att förslagets positiva effekter för bostadsförsörjningen väger tyngre än den begränsade förlusten för enskilda sökande.

Några remissinstanser, som i grunden är positiva, har också betänkligheter, t.ex. påtalas svårigheter med och konsekvenser av den praktiska tillämpningen. *DO* lyfter att kriterierna inte får vara diskriminerande. *Stockholms kommun, stadsledningskontoret* menar att det av utredningen bättre borde framgå hur förslaget är tänkt att fungera i praktiken, och att det kan förekomma motsättningar mellan förmedlingens nuvarande huvudsakliga funktion att ge bred service till en bred allmänhet och nivån av selektivitet som obegränsad förtursverksamhet kan medföra. De efterfrågar en djupare utredning och att tydliga principer borde fastställas. *Göteborgs* och *Malmö kommuner* påtalar, i likhet med Stockholms kommun, att det finns svårigheter i praktiska tillämpningen av bestämmelsen. *Familjebostäder* anser att lägenheter i en kommunal avgiftsbelagd bostadskö ska förmedlas i turordning efter kötid. *Socialhögskolan i Lund* anser att idén om att använda bostadsförmedling mer aktivt för att påverka bostadsförsörjningen och segregationen är bra, men anser att det behövs mer styrning. Det ifrågasätts vem som ska besluta om reservationer baserade på behov om hyresvärdarna hitintills inte visat intresse för det. Socialhögskolan i Lund påpekar också att författningsförslagets lydelse ”i övrigt enligt vad som är ändamålsenligt” inte berörs i författningskommentaren.

Länsstyrelsen i Kronobergs län poängterar att det saknas en allmän definition av förtur vilket försvårar uppföljning då förturssystem används på olika sätt.

Även *Socialstyrelsen* är positiv men ställer sig frågande till att förslagets genomslagskraft bygger på frivillighet och är tveksam till om de föreslagna åtgärderna räcker för att nå en reell förändring i praktiken, både i kommuner där det finns kommunal bostadsförmedling och i kommuner där sådan saknas. Socialstyrelsen anser också att incitamenten för en mer selektiv fördelning av bostäder behöver förstärkas.

Kungliga tekniska högskolan (KTH) och *Sveriges allmännytta* tar upp problemet med att alltför omfattande reservationer och förturer minskar legitimiteten i kösystemet och i förlängningen möjligheten att ta ut avgift.

Skälen för promemorians förslag

Enligt utredningen är kötid en transparent förmedlingsprincip som minskar risken för diskriminerande, godtyckliga och oklara grunder för urval av hyresgäster. Utredningen anser samtidigt att systemet med förmedling i turordning efter kötid har brister. Detta är fallet exempelvis när hushåll med lägre inkomster – som behöver förändra sin boendesituation och inte haft möjlighet att samla ihop ködagar – har små chanser att kunna lösa sin

situation genom en kommunal bostadsförmedling. Eftersom kommunal bostadsförmedling är ett verktyg för att främja bostadsförsörjningen i kommunen behöver det stå klart att det inom förmedlingsverksamheten finns flexibilitet att, i samverkan med fastighetsägare, förmedla bostäder på så sätt att det underlättar för hushåll som har svårt att hävda sig på bostadsmarknaden.

Det är problematiskt att nuvarande lagreglering av bostadsförmedlingar har visat sig skapa osäkerhet om hur möjligheterna att förmedla bostäder med reservation, liksom möjligheterna att använda förturer, förhåller sig till möjligheterna att ta ut köavgift.

Tydligare möjligheter till reservationer

Genom förslaget i denna promemoria tydliggörs att förmedlingsprincipen turordning efter kötid som en förutsättning för att ta ut en köavgift inte hindrar att lediga lägenheter reserveras för olika kategorier av sökande inom kön eller i separata köer. Innebörden av en reservation är att kötid fortfarande utgör grunden för rangordning av inkomna ansökningar, men att lägenheter kan reserveras för olika kategorier av sökande.

Hur reservationerna ska utformas och kategorier av sökande definieras avgörs av kommunen med hänsyn till behoven på bostadsmarknaden och hur det påverkar fastighetsägarnas vilja att lämna lägenheter för förmedling.

Tillämpningen av kriterier då bostäder förmedlas med reservation bör enligt utredningen ske genom en i någon mån standardiserad bedömning. Detta bedöms vara förenligt med likställighetsprincipen. Det handlar således inte om en individuell behovsbedömning. Detta är ett särskiljande drag mellan reservationer och förtur.

Utredningen föreslog att lägenheter som förmedlas enligt reservation ska baseras på behov eller i övrigt vad som är ändamålsenligt. Arbetsgruppen bedömer att detta i stället bör beslutas i samarbete med och i förtroende mellan fastighetsägare och bostadsförmedling. Vad som är lämpligt får utgå från det som är känt om kravens eller kriteriernas effekter och den lokala bostadsmarknaden. Det är till sist fastighetsägaren som bestämmer vilka villkor och krav som gäller för att kunna tillträda en bostad i fastighetsägarens bestånd.

Reservationer kan utformas för att underlätta för hushåll som saknar egen bostad, skapa förutsättningar för social blandning och motverka socioekonomisk boendesegregation. Andra exempel kan vara möjligheten att reservera bostäder för personal till samhällsviktig verksamhet eller för personer som fått arbete i kommunen och som bor utom pendlingsavstånd.

Utredningen framhåller att det är viktigt med transparens och förutsägbarhet. Den som ställer sig i kön till en kommunal bostadsförmedling ska kunna få information om hur förmedlingen fungerar och om principerna för förmedlingen. Förmedlingskriterier ska redovisas öppet och det ska vara tydligt hur förmedlingen fungerar t.ex. när det gäller förekomst av reservationer eller kriterier för förtur.

Ingen begränsning av förtursverksamheten

Förtur, till skillnad från reservationer, innebär ett avsteg från principen om att bostäder förmedlas i turordning efter kötid.

Förslaget i promemorian innebär att det inte längre ska finnas någon begränsning av antal lägenheter som får fördelas enligt ett förturssystem inom en kommunal bostadsförmedling som tar ut köavgift. Som utredningen anger är förturer ett träffsäkert sätt att förmedla bostäder till hushåll som har stora behov av att snabbt få tillgång till en god bostad på den ordinarie bostadsmarknaden.

Socialstyrelsen, KTH m.fl. har farhågor om att incitamenten för privata fastighetsägare att använda bostadsförmedlingen kan minska om systemet förändras från kösystem till förturssystem. Även *Göteborgs* och *Malmö kommuner* m.fl. påtalar att det finns svårigheter i tillämpningen av bestämmelsen och vid bedömningen av hur många lägenheter som ska gå till reservationer och förturer samtidigt som förtroendet för kommunens förmedling av bostäder upprätthålls, speciellt i förhållande till personer som inte tillhör någon prioriterad grupp. Arbetsgruppen anser att kommunen och bostadsförmedlingen tillsammans med fastighetsägarna på orten har de bästa möjligheterna att avgöra vilken omfattning av förtursverksamhet som är möjlig och ändamålsenlig. Vidare gör arbetsgruppen bedömningen att kommunala bostadsförmedlingars användning av förturer bör ske med utgångspunkt i den lokala situationen på bostadsmarknaden, varför variationer i tillämpningen kommuner emellan kan förekomma. Det ankommer alltså på respektive kommun att, tillsammans med fastighetsägarna, bestämma lämpliga kriterier för förtur Kriterierna får inte vara så utformade att de riskerar att leda till direkt, eller indirekt, diskriminering.

Länsstyrelsen i Kronobergs län poängterar att det saknas en allmän definition av förtur vilket försvårar uppföljning då förturssystem används på olika sätt, och efterfrågar därför ett tydliggörande. Förslaget i promemorian syftar till att tydliggöra kommunernas handlingsutrymme. Därför föreslås inte någon närmare definition av vad förtur är. För uppföljning kan en avgränsad definition göras i andra sammanhang, ett exempel är Boverkets bostadsmarknadsenkät.

Inga ytterligare behov av reglering

Utredningen föreslår att turordning enligt kötid blir en obligatorisk utgångspunkt för de kommunala bostadsförmedlingarna.

DO påpekar i sitt remissvar att kötid har många fördelar från diskrimineringssynpunkt, varför det finns goda skäl att kötid fortsatt bör vara den huvudsakliga förmedlingsprincipen. Utredningen har samtidigt visat att alla kommunala bostadsförmedlingar i landet redan använder turordning enligt kötid som huvudsaklig förmedlingsprincip trots att möjligheten att använda förturer ryms inom dagens lagstiftning. Även om kötid kan bidra till en transparent och förutsebar bostadsförmedling, är det centrala att ge kommunerna och de kommunala bostadsförmedlingarna ett tydligare och större handlingsutrymme, så att förmedlingen kan anpassas till lokala förhållanden och lägenheter förmedlas med större selektivitet. Det saknas därför i dagsläget skäl att begränsa verksamheten med regler om obligatorisk förmedling utifrån turordning enligt kötid.

Konsekvenser

Några remissinsatser, bl.a. *Socialstyrelsen* och *Stockholms kommun* är tveksamma till om de föreslagna åtgärderna räcker för att nå en reell

förändring i praktiken, både i kommuner där det finns kommunal bostadsförmedling och i kommuner där sådan saknas. *Socialhögskolan i Lund* efterfrågar tydligare styrning.

Syftet med förslagen i denna promemoria är att tydliggöra att det finns ett utrymme att fördela lägenheter i en kommunal bostadskö med större inslag av selektivitet. Huruvida förslaget kommer att innebära en reell förändring är beroende av hur de kommunala bostadsförmedlingarna kommer att utnyttja detta vidgade utrymme. Det i sin tur är förknippat med kommunens och bostadsförmedlingens förmåga att erbjuda service och fastighetsägarnas intresse av att ta del av sådan service.

DO påtalar riskerna med att diskriminering kan uppstå i arbetet med reservationer och förturer. Även om en gemensam rak kö i många sammanhang upplevs som rättvist, kan det samtidigt innebära att vissa grupper missgynnas. Som exempel missgynnas unga då de av naturliga skäl inte har haft möjlighet att samla ködagar. Olika fördelningssystem kan alltså slå olika mot olika grupper. En större selektivitet och en behovsinriktad kommunal bostadsförmedling kan underlätta för grupper som i dag har svårt att ta sig in på den ordinarie bostadsmarknaden. Det kan därför finnas en poäng med att kommunala bostadsförmedlingar använder flera olika fördelningsprinciper.

5 Bättre planberedskap och ökad samordning

5.1 Rättsliga utgångspunkter

Plan- och bygglagen

Det är enligt 1 kap. 2 § plan- och bygglagen (2010:900), förkortad PBL, en kommunal angelägenhet att planlägga användningen av mark och vatten i kommunen. Detta s.k. kommunala planmonopol innebär att det är kommunen som antar planer, men också att det ankommer på kommunen att ensam bestämma om planläggning ska komma till stånd eller inte. Genom ansvaret att planera för markanvändningen styr således kommunen vilken mark som blir tillgänglig och i vilken utsträckning den är möjlig att bygga bostäder på. Planläggningen ska ske med hänsyn till bland annat natur- och kulturvärden, miljö- och klimataspekter samt mellankommunala och regionala förhållanden och bl.a. främja bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet (2 kap. 3 § första stycket 5).

Varje kommun ska ha en aktuell översiktsplan, som omfattar hela kommunen (3 kap. 1 §). En översiktsplan ger vägledning för beslut om hur mark- och vattenområden ska användas och hur den byggda miljön ska utvecklas och bevaras. Kommuner ska i sin översiktsplan bl.a. relatera till regionala och nationella mål och överenskommelser. Av översiktsplanen ska det också framgå hur kommunen avser att tillgodose det långsiktiga behovet av bostäder, en reglering som avser att stärka samordningen mellan riktlinjer för bostadsförsörjning och översiktsplan.

Lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar

Alla kommuner ska ha riktlinjer i enlighet med lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar, den s.k. bostadsförsörjningslagen, förkortad BFL. Kommunernas planering för bostadsförsörjning syftar till att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder och för att främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs. Riktlinjerna ska bl.a. innehålla kommunens mål för bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet och ska baseras på en analys av demografisk utveckling, marknadsförutsättningar och vilka bostadsbehov som inte tillgodoses på den lokala bostadsmarknaden. Riktlinjerna är vägledande för planläggning i kommunen och kommunen ska i översiktsplanen redogöra för hur den avser att tillgodose det långsiktiga behovet av bostäder (3 kap. 5 § p. 1 PBL).

Länsstyrelserna ska enligt samma lag ge kommunerna i länet råd, information och underlag för deras planering av bostadsförsörjningen. Länsstyrelsen ska också uppmärksamma kommunerna på behovet av samordning mellan kommuner i frågor om bostadsförsörjning och verka för att sådan samordning kommer till stånd.

Lagen om riktlinjer för kommunala markanvisningar

En markanvisning är en överenskommelse mellan en kommun och en byggherre som ger byggherren ensamrätt att under en begränsad tid och under givna villkor förhandla med kommunen om överlåtelse eller upplåtelse av ett visst av kommunen ägt markområde för bebyggelse. Riktlinjer för markanvisningar är en dokumentation av hur kommunen hanterar arbetet med markanvisningar.

Alla kommuner som genomför markanvisningar ska enligt lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar ha sådana riktlinjer. Riktlinjer för markanvisning ska innehålla kommunens utgångspunkter och mål för överlåtelser eller upplåtelser av markområden för bebyggande, handläggningsrutiner och grundläggande villkor för markanvisningar samt principer för markprissättning. Avsikten med lagen är att skapa transparens och ökad tydlighet i byggprocessens inledande skede så att det för alla potentiella byggherrar är tydligt vad som kan förväntas av kommunen i form av handläggning och beslut om markanvisning.

5.2 Vikten av planberedskap och samordning för att möta bostadsbehoven

Det finns ett stort behov av bostäder i landet. Enligt Boverkets senaste byggbehovsberäkning från september 2023 uppskattas det sammanlagda behovet av nya bostäder t.o.m. 2030 till 538 000, dvs. cirka 67 300 bostäder årligen. Det är det tillskott av bostäder som Boverket bedömer behövs för att svara mot den förväntade framtida befolkningsökningen och samtidigt hantera det underskott av bostäder som växt fram sedan 2006.

Enligt Boverkets senaste byggprognos från oktober 2023 minskar antalet påbörjade bostäder från 71 000 under toppåret 2021 till cirka 27 000 år 2023 och 19 500 år 2024. Detta är en följd av stigande räntor,

hög inflation, höga byggkostnader och energipriser samt minskad köpkraft hos hushållen.

Fler bostäder behövs för att människor ska kunna förverkliga sina boendedrömmar och kunna flytta dit arbeten finns. Ett underskott på bostäder försvårar etableringen och rörligheten på bostadsmarknaden framför allt för unga, studenter, nyanlända och hushåll med låga inkomster. Ett underskott på bostäder försvårar också möjligheterna för företag att rekrytera vilket i förlängningen riskerar att inverka negativt på såväl sysselsättning som tillväxt. Det riskerar också att leda till ökad trångboddhet och otrygga boendeförhållanden.

En förutsättning för bostadsbyggande är att kommunerna planlägger eller har en beredskap att planlägga och hantera markförsäljningar för bostadsändamål. Att ha en beredskap innefattar dels en organisatorisk beredskap med personella resurser, dels en strategisk beredskap med en uppfattning om hur många bostäder som behöver skapas i kommunen, vilken typ av bostäder och var de lämpligen bör tillkomma. Den strategiska beredskapen manifesteras genom strategiska dokument såsom översiktsplan, riktlinjer för bostadsförsörjning och riktlinjer för markanvisningar. Kommuner som arbetar aktivt med planläggning och sammanför översiktsplanering med planering för bostadsförsörjning samt bedriver en aktiv markpolitik har bättre förutsättningar att åstadkomma ett bostadsbyggande och en utveckling av bostadsbeståndet som svarar mot den efterfrågan och de behov som finns.

Samtidigt är enskilda kommuner och bostadsmarknader ofta för små för att betraktas isolerat. Behovet av bostäder är på många håll i landet, särskilt i storstadsregionerna, tätt kopplat till en arbetsmarknad som sträcker sig utanför kommungränserna. Det kräver en samsyn om hur många bostäder som behövs. En samsyn skapar förutsättningar för byggherrar att möta kommuner med rätt förväntan och beredskap att planlägga och markanvisa.

5.3 Från kommunal riktlinje till kommunal handlingsplan

Promemorians förslag: Benämningen ”kommunala riktlinjer för bostadsförsörjningen” ska ersättas med ”kommunal handlingsplan för bostadsförsörjningen”. Uttrycket ”insatser” ska ersättas med ”åtgärder”. Bestämmelsen om att handlingsplanen för bostadsförsörjning ska vara vägledande för tillämpningen av 2 kap. 3 § första stycket 5 plan- och bygglagen flyttas till den lagen.

Utredningarnas förslag (SOU 2017:73 och 2022:14) överensstämmer med promemorians.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser är positiva till att byta ut ”riktlinjer” mot ”handlingsplan”, däribland *SKR*. Några remissinstanser, bl.a. *Stadsmissionen* och *Socialhögskolan i Lund*, påpekar att förändringen är liten och att det inte bara får bli en semantisk förändring. *Umeå kommun* anser att bytet signalerar att kommunen endast ska reagera och utföra det regeringen beslutat om. *Svea hovrätt* påtalar att det av författningstexten

inte är tydligt hur planeringen och handlingsplanen avses förhålla sig till varandra. Enligt hovrätten bör det övervägas att ändra författningen så det blir tydligt att den kommunala planeringen för bostadsförsörjningen ska utmynna i en handlingsplan som ska antas av kommunfullmäktige. Handlingsplanen ska därefter ligga till grund för kommunens vidare arbete med bostadsförsörjningen, exempelvis i arbetet med detaljplaner och markanvisningar. Därigenom bör det bli lättare att förstå det inbördes förhållandet mellan planeringen och handlingsplanen. Inga remissinstanser har särskilt kommenterat förslaget att flytta bestämmelsen om handlingsplanens betydelse för planläggning enligt plan- och bygglagen till den lagen.

Skälen för promemorians förslag

De kommunala riktlinjerna för bostadsförsörjning utgör dokumentation av mål och planerade insatser och är därmed ett instrument för prioritering och beslutsfattande i det löpande arbetet och för den årliga kommunala budgeten. Ordet ”riktlinjer” ger dock inte dessa associationer och arbetsgruppen delar utredningens bedömning att det finns ett behov av att ersätta ”riktlinjer” med ”handlingsplan”.

Några remissinstanser, såsom *Stadsmissionen* och *Socialhögskolan i Lund*, lyfter att förslaget inte får innebära en semantisk förändring och att förändringen är liten. Som framgår av utredningen är det centralt att de ord och uttryck som används i lagen tydligare avspeglar att planering för bostadsförsörjning är ett framåtriktat arbete. Ordet handlingsplan speglar på ett betydligt tydligare sätt än ordet riktlinjer det som förväntas av dokumentationen.

Svea hovrätt påtalar att det av författningstexten inte är tydligt hur planeringen och handlingsplanen avses förhålla sig till varandra. Enligt hovrätten bör det övervägas att tydliggöra att den kommunala planeringen för bostadsförsörjningen ska utmynna i en handlingsplan som ska antas av kommunfullmäktige och att handlingsplanen därefter ska ligga till grund för kommunens vidare arbete med bostadsförsörjningen. Innebörden av hovrättens synpunkter tillgodoses genom de förslag som lämnas i denna promemoria.

Det föreslås också att ordet ”insatser” ersätts med ”åtgärder”. I dag används båda orden i lagen. Som utredningen anger är ”åtgärder” mer konkret och handlingsinriktat. Att använda ordet ”åtgärder” skapar också en enhetlig terminologi i lagen.

Utredningen om kommunal planering för bostäder fann att bestämmelser som kopplar samman tillämpningen av två lagar bör komma till uttryck i den lag där bestämmelsen föranleder ett ställningstagande. Arbetsgruppen delar utredningens bedömning.

5.4 En gemensam bild av behovet av tillskott av bostäder

5.4.1 Boverket ska beräkna bostadsbyggnadsbehovet

Promemorians förslag: Boverkets beräkningar av bostadsbyggnadsbehovet ska formaliseras. Beräkningarna ska presenteras på nationell nivå och på länsnivå.

Utredningens förslag (SOU 2017:73) överensstämmer med promemorians förslag.

Remissinstanserna: *Boverket* har inga invändningar mot utredningens förslag men påpekar att behovet blir något lägre om beräkningen grundas på län än om det grundas på funktionella arbetsmarknadsregioner. *Finansinspektionen* ser positivt på att Boverket vidareutvecklar bedömningar och beräkningar avseende bostadsbyggnadsbehovet. *Region Gävleborg* anser att det är lämpligt att Boverket presenterar sina beräkningar på länsnivå och att tio år är en lämplig tidshorisont. *Malmö kommun* påpekar att det är positivt att Boverkets siffror uppdateras årligen för att säkerheten ska öka. Vidare konstaterar Malmö kommun att län inte är den självklara geografiska enheten då Malmö påverkas av utvecklingen i Köpenhamnsregionen. *Eskilstuna kommun* anser att Boverkets siffror bör finnas nedbrutna på kommunnivå.

Skälen för promemorians förslag

I betänkandet En gemensam bild av bostadsbyggnadsbehovet (SOU 2017:73) föreslås en ordning för att etablera en gemensam bild av behovet av tillskott av bostäder. Enligt utredningens förslag ska det ske genom att Boverket beräknar behovet av tillskott av bostäder i hela landet och presenterar det på länsnivå.

Arbetsgruppen delar utredningens ambition om en gemensam bild av behovet av tillskott av bostäder eftersom bostadsmarknaderna på flera håll i landet är integrerade. I regioner där bostadsmarknaden i praktiken är gemensam är det viktigt att kommunerna i sin planering av bostadsförsörjningen utgår från en gemensam bild av hur många bostäder som behöver tillkomma. En gemensam bild kan även ligga till grund för dialog och samordning kring bostadsbyggande mellan kommuner.

Boverket har under flera år utvecklat en metod för att bedöma bostadsbyggnadsbehovet. Utvecklingsarbetet har resulterat i att Boverket årligen sammanställer och uppdaterar en uppskattning av hur många bostäder som behöver tillkomma baserat på den förväntade framtida befolkningsökningen och det latenta behovet av bostäder som byggts upp de senaste femton åren. Boverkets bedömningar är dock inte formaliserade, varken för myndigheten, kommunerna, länsstyrelserna eller regionerna. Regeringen bör därför uppdra åt Boverket att kontinuerligt göra bedömningar av det nationella behovet av bostäder fördelat på länsnivå och tillgängliggöra dessa för kommunerna. Regleringen kan ske genom en mindre ändring i förordningen (2011:1160) om regionala bostadsmarknadsanalyser och kommunernas bostadsförsörjningsansvar där det framgår att Boverket ska

förse kommunerna med ett underlag för den analys som dessa ska genomföra enligt bostadsförsörjningslagen.

5.4.2 Kommunerna ska dokumentera behovet av tillskott av bostäder

Promemorians förslag: Kommunerna ska bedöma behovet av tillskott av bostäder i kommunen och redogöra för bedömningen i handlingsplanen för bostadsförsörjning.

Utredningens förslag (SOU 2017:73) överensstämmer delvis med promemorians. Utredningen föreslog också att bedömningen i handlingsplanen ska komma till uttryck i kommunens översiktsplan.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser tillstyrker eller är positiva till utredningens förslag att kommunerna ska bedöma och redogöra för behovet av tillskott av bostäder. *Statskontoret* tillstyrker förslaget och menar att uttrycket ”tillskott av bostäder” är mer rättvisande än ”bostadsbyggnadsbehov” och bidrar till en enhetlig begreppsanvändning. *SKR* och *Bodens kommun* tillstyrker förslaget men anser att det är mer prioriterat med en samlad översyn av finansierings- och skattesystemet som leder till långsiktiga och stabila planeringsförutsättningar samt statliga beslut som undanröjer hinder för kommuner. *SKR* framhåller även att det inte är bristande aktivitet i kommunerna som utgör något generellt hinder för en fortsatt hög byggtakt, även om SKR inte är emot att förlaget genomförs.

Borlänge kommun påpekar att kommunen redan i dag gör årliga bedömningar av bostadshovet i kommunen och att arbetsbelastningen inte kommer att påverkas, en regional bedömning kan dock öka möjligheten att kvalitetssäkra de egna beräkningarna. Det faktiska byggandet begränsas främst av andra faktorer än kommunens planberedskap. *Region Gävleborg* bedömer att förslaget är rimligt då kommunens riktlinjer redan i dagsläget innehåller bedömningar av behovet av tillskott av bostäder. *Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor* tillstyrker förslaget men anser att ungdomsperspektivet bör bli obligatoriskt i kommunernas riktlinjer för bostadsförsörjning.

Flertalet remissinsatser såsom majoriteten av länsstyrelserna, menar att förslaget förstärker signalen om att bostadsförsörjning blir en fråga som fokuserar på byggande av bostäder trots att byggandet endast utgör en del av en fungerande bostadsförsörjning. *Länsstyrelsen i Stockholms län* ser behov av att lagen kompletteras med en skrivning om att riktlinjerna också ska visa på behov och åtgärder för en fungerande bostadsmarknad. *Storumans kommun* anger att för kommuner i glesbygd blir kartläggningen av behov och nya tillvägagångssätt tämligen teoretisk.

Några remissinstanser anser att förslaget inte bör genomföras. *Skellefteå kommun* menar att det finns större hinder för bostadsbyggandet än bristande aktivitet hos kommunerna. Regeringen bör hitta ett sätt att lösa problemen med underskott av bostäder i storstadsregioner i särskild ordning.

Majoriteten av remissinstanserna kommenterar inte förslaget i den del som innebär att bedömningen som görs i fråga om tillskott av bostäder i riktlinjerna ska komma till uttryck i kommunens översiktsplan.

Länsstyrelsen i Jönköpings län anser att det finns andra aspekter som bör ligga till grund för översiktsplanen, t.ex. vilken typ av bostäder det finns behov av och var man bygger för att bryta boendesegregationen.

Skälen för promemorians förslag

Tillskott av bostäder ska dokumenteras i handlingsplanen för bostadsförsörjning

För att en gemensam bild av behovet av tillskott av bostäder ska förverkligas är det nödvändigt att varje kommun aktivt tar ställning till behovet av tillskott av bostäder i den egna kommunen. Det bör alltså vara obligatoriskt för kommunerna att dokumentera sina bedömningar i detta avseende. I dag är det inte alla kommuner som tydligt ställer det nuvarande bostadsbeståndet i relation till det som de bedömer är nödvändigt för att möta framtiden, och därmed kvantifiera ett behov av tillskott av bostäder. Det är inte heller alla kommuner som känner sig träffade av Boverkets beräkningar (SOU 2017:73 s. 83 och 98).

Med förslaget i denna promemoria kommer varje kommun att ställas inför uppgiften att i handlingsplanen redogöra för en bedömning om behovet av tillskott av bostäder i kommunen. Det innebär att kommunen ska redogöra för i vilken mån det finns ett behov av tillskott på bostäder och hur stort det behovet i så fall är. Det är en kvantitativ uppgift baserad på de analyser som kommunen ska genomföra avseende demografisk utveckling, marknadsförutsättningar och vilka bostadsbehov som inte tillgodoses på den lokala bostadsmarknaden, en analys som i sin tur ska genomföras med stöd av ett underlag som Boverket förser kommunen med (propositionen Ett bättre underlag för åtgärder på bostadsmarknaden [prop. 2021/22:95]). Till stöd i arbetet finns Boverkets bedömning av bostadsbyggnadsbehov som presenteras på länsnivå, vilket ger förutsättningar för att stärka det regionala perspektivet i planeringen och därmed bli ett komplement till andra planeringsunderlag.

Inom kommunen kommer bostadsförsörjningsplaneringen och handlingsplanen genom förslaget att få en tydlig komponent av planering för nybyggnad, även i de kommuner där byggandet är begränsat eller obefintligt. *Storumans kommun* anser att för kommuner i glesbygd blir kartläggningen av behov och nya tillvägagångssätt tämligen teoretisk.

Det är viktigt att alla kommuner har en uppfattning om vilka bostadsbyggnadsbehov som finns eller inte finns. I en lågkonjunktur kan det vara svårt att attrahera byggherrar, men när en högkonjunktur väl infinner sig är det en fördel för kommunen att ha en egen uppfattning om vilka behov av tillskott som behövs. Förslaget förväntas leda till att byggherrar på sikt kommer att möta kommuner med rätt planberedskap. De regioner som enligt Boverkets beräkningar saknar behov av tillskott kan också ha en lokal efterfrågan av nya bostäder som inte fångas upp av beräkningarna. Det kan t.ex. finnas ett behov av att bygga bostäder som är anpassade till åldrande befolkning i dessa regioner. Dessa uppgifter bör i så fall framgå av handlingsplanen.

Några remissinstanser, bl.a. *Länsstyrelsen i Stockholms län*, påtalar risken att förslaget förstärker signalen om att bostadsförsörjning blir en fråga som fokuserar på byggande av bostäder trots att byggandet endast

utgör en del av en fungerande bostadsförsörjning. Även *Länsstyrelsen i Jönköpings län* anser att ett fokus på tillskott av bostäder riskerar att innebära att andra angelägna frågor hamnar i skymundan, t.ex. olika gruppers behov, hemlöshet, trångboddhet, segregation med flera.

I bostadsförsörjningslagen tillfogades under 2022 en uppgift för kommunerna att, med stöd av Boverkets underlagsmaterial, analysera vilka bostadsbehov som inte tillgodoses på den lokala bostadsmarknaden (propositionen Ett bättre underlag för åtgärder på bostadsmarknaden [prop. 2021/22:95]). De sociala perspektiven på bostadsförsörjningen finns därför tydligt med i kommunernas arbete. Att kommunerna ska redogöra för behovet av tillskott av bostäder innebär inte att kommunen bör utesluta andra relevanta perspektiv på bostadsförsörjningen, t.ex. frågor om upplåtelseformer och deras fördelning eller hur nya eller befintliga bostäder i bostadsbeståndet kan göras åtkomliga för dem med störst behov. Ett tillskott kan också tillkomma på andra sätt än genom nybyggnad, t.ex. genom att befintliga lägenheter som inte används renoveras och tas i bruk eller genom att fritidshus tas i bruk för permanentboende. Utifrån den analys om bostadsbehov som inte tillgodoses på den lokala bostadsmarknaden som kommunen ska genomföra aktualiseras frågor om bostadsbeståndets utveckling och åtkomlighet än mer.

Behovet av ett tillskott av bostäder bör även framgå av översiktsplanen

Syftet med ett gemensamt underlag om tillskott av bostäder är att göra kommunerna medvetna om vilka behov som finns så att de kan ta höjd för det i framtida planläggningsarbete. En viktig länk i kedjan mellan bostadsförsörjningsarbetet och arbetet med detaljplaner är översiktsplanen. Utredningen återger i betänkandet förarbetena till den senaste lagändringen från 2013 där det framgår att avsikten med nuvarande lag är att kommunernas riktlinjer för bostadsförsörjningen ska återspeglas i den fysiska planeringen och inte att dubblera innehållet i översiktsplanen och kommunens riktlinjer (prop. 2013/14:59). Ställningstagandet i propositionen innebär att det nya kravet på att redovisa behovet av tillskott av bostäder är avsett att påverka kommande översiktsplanering utan att det behöver regleras ytterligare.

Som *Länsstyrelsen i Jönköpings län* påpekar kan också andra delar av handlingsplanen vara viktiga att ta hänsyn till vid översiktsplanering.

5.5 Samordning i bostadsförsörjningsfrågor

5.5.1 Tydligare krav på kommunal samordning

Promemorians förslag: När en kommun vidtar åtgärder för bostadsförsörjningen ska kommunen ta hänsyn till behovet av samordning med andra kommuner. Därutöver förtydligas att en kommun ska ta hänsyn till behovet av samordning i sin planering av bostadsförsörjning.

Utredningens förslag (SOU 2022:14) överensstämmer huvudsakligen med promemorians. I utredningens förslag ingick också ett nationellt mål för bostadsförsörjningen som ett motiv för samordning.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna är positiva till utredningens förslag men flera remissinsatser har invändningar. *Länsstyrelsen i Norrbottens län* är positiv och menar att ett tydliggörande av kommunens ansvar för att beakta mellankommunal samordning skulle stärka den mellankommunala samverkan såväl som länsstyrelsens samordningsuppgift. *Länsstyrelsen i Skåne län* är positiv men menar att det behöver finnas tydliga målbilder och samordning regionalt och att det gäller såväl för nyproduktion i exempelvis regionplanen som för det befintliga beståndet och särskilda grupper som exempelvis våldsutsatta kvinnor som ska lämna skyddat boende, nyanländas boende, strukturell hemlöshet och att motverka aktiv medverkan till bosättning i annan kommun. *Länsstyrelsen i Västerbottens län* påpekar att bostadsmarknaderna i huvudsak är lokala och att bostadsförsörjningsfrågorna allt som oftast hanteras inom den egna kommunen, men anser också att det finns frågor där kommunerna vinner på att samordna åtgärder, exempelvis vad gäller att kunna ordna boende för våldsutsatta kvinnor. *Länsstyrelsen i Östergötlands län* menar att förslaget skulle underlätta länsstyrelsens främjandearbete.

Region Skåne, *Region Blekinge* och *Region Stockholm* instämmer i vikten av samordning mellan kommuner och poängterar regionernas roll. *Region Östergötland* saknar genomgående det regionala perspektivet och regionerna i utredningen.

Några remissinstanser, däribland *länsstyrelserna i Jönköpings*, *Stockholms* och *Uppsala län* samt *Göteborgs* och *Tyresö kommuner*, tar upp behovet av vägledning och förtydliganden om hur samordningen ska genomföras. Länsstyrelsen i Jönköpings län tar även upp behovet av konkretisering avseende inom vilka frågor och områden som samordning ska ske. Några länsstyrelser, bl.a. *länsstyrelserna i Norrbottens* och *Östergötlands län* delar utredningens uppfattning att kravet på samordning inte bör skrivas fast mer detaljerat och att kommunerna bör ha utrymme att själva hitta formerna för samordning, bl.a. med tanke på de vitt skilda förutsättningar som råder i olika kommuner.

Hyresgästföreningen, *Sveriges Allmännytta* och *Malmö kommun* anser att förslaget riskerar att bli verkningslöst och att regleringen är för vag. *Riksbyggen* och *Länsstyrelsen i Uppsala län* anser att kommunerna bör redovisa hur de har beaktat samordningsbehovet i handlingsplanen för bostadsförsörjning, dels för att ge förslaget mer tyngd, dels för att goda exempel på samordning kan utgöra bas för givande nationella dialoger.

SKR avstyrker och anser att förslaget om kommunal samordning är onödigt ingripande och att samordning redan sker i tillräcklig utsträckning i dag.

Uppsala kommun avstyrker och anser att de regionala aktörerna ska ta en större roll. De anser exempelvis att samordning i bostadsförsörjningsfrågor och segregationsfrågor skulle kunna hanteras inom en regional fysisk plan.

Skälen för promemorians förslag

Mellankommunal samordning är centralt för en väl fungerande bostadsförsörjning, särskilt i regioner där såväl arbetsmarknad som bostadsmarknad är integrerade. I dessa regioner är kommuner lika beroende av att det finns bostäder för nya och befintliga invånare som för att kunna säkra

tillväxt och personalförsörjning till företag och offentlig sektor samt för att kunna hantera hemlöshetsproblematik och att hushåll bor trångt och osäkert. Den kommunala ambitionsnivån i fråga om bostadsbyggandet och vilken typ av bostäder som byggs kan skilja sig åt mellan kommuner i samma region. Det kommunala förhållningssättet till hushåll som befinner sig i en mer eller mindre osäker boendesituation och har svårt att komma in på den ordinarie bostadsmarknaden kan också variera. Arbetsgruppen anser därför, till skillnad från *SKR*, att det finns skäl att tydliggöra samordningsfrågan inom bostadsförsörjningen. Samordning främjar ett genomförande av effektiva och ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen och skapar därmed bättre förutsättningar för alla att leva i goda bostäder.

Ett förtydligande av samordning inom planeringen för bostadsförsörjning

Den kommunala planeringen för bostadsförsörjning har redan i dag inslag av regional och mellankommunal samordning. Enligt bostadsförsörjningslagen ska kommunen vid planering av bostadsförsörjningen samråda med berörda kommuner och ge länsstyrelsen och regionen tillfälle att yttra sig (1 § bostadsförsörjningslagen). Kommuner ska också i sina riktlinjer (handlingsplan) för bostadsförsörjning redogöra för hur de tagit hänsyn till relevanta nationella och regionala mål, planer och program av betydelse för kommunernas arbete med bostadsförsörjningen. Det innebär bl.a. att kommunen behöver förhålla sig till det regionala tillväxt- och utvecklingsarbetet samt till strategier för länets utveckling och utarbetade regionplaner (prop. 2012/13:178 s. 16).

Länsstyrelserna har ett ansvar att ge kommunerna råd, information och underlag samt verka för att samordning mellan kommuner kommer till stånd (3 § bostadsförsörjningslagen). Länsstyrelserna tillhandahåller exempelvis planeringsunderlag för kommunerna, bl.a. genom de regionala bostadsmarknadsanalyserna. Därutöver kan länsstyrelsen identifiera och påpeka för kommuner att samordning behövs i vissa frågor och mellan vissa kommuner.

Inslag av samordning finns också genom den regionala fysiska planeringen som sker i Hallands, Skåne och Stockholms län (prop. 2017/18:266 och prop. 2021/22:184). Regionerna i dessa län ska bl.a. utreda regionala frågor av betydelse för länets fysiska miljö, upprätta ett förslag till regionplan och verka för insatser som kan bidra till att det långsiktiga behovet av bostäder kan tillgodoses. Sådana insatser kan avse att ta fram analyser och planeringsunderlag, genomföra konferenser, anordna seminarier och erbjuda ett regionalt forum för frågor kring bostadsförsörjning och fysisk planering. Underlagen ska ses som ett komplement till de underlag som länsstyrelserna tar fram (prop. 2017/18:266, s. 51 och 96).

För att förtydliga vikten av samordning när kommunerna planerar för bostadsförsörjningen föreslås det att bestämmelserna om samråd kompletteras med ett förtydligande om att kommunen ska ta hänsyn till behovet av samordning i frågor om bostadsförsörjning. Liksom i dag kommer det att stå kommunerna fritt att organisera arbetet på det sätt som bedöms ändamålsenligt. Det kan exempelvis ske genom informations-

utbyte eller gemensamt analysarbete i samband med att handlingsplanen arbetas fram eller genom ett remissförfarande av handlingsplanen.

Samordning bör ske även vid genomförande av åtgärder

För att åstadkomma ett effektivt och ändamålsenligt genomförande av åtgärder i frågor med regionala och mellankommunala intressen är det viktigt att samordning inte enbart sker vid planeringen av bostadsförsörjningen, utan omfattar även genomförandet av handlingsplanerna. För att fånga upp det samordningsbehovet föreslås att kommunen i även samband med genomförande av åtgärder ska ta hänsyn till behovet av samordning.

Utredningen har tagit ställning för att samordningen inte bör detaljregleras, i stället bör kommunerna ges utrymme för att hitta formerna för samordning. Några remissinstanser, däribland ett antal länsstyrelser och *Göteborgs* och *Tyresö kommuner*, tar dock upp behovet av vägledning och förtydliganden om hur samordningen ska ske och inom vilka frågor och områden.

Utredningens utgångspunkt är att kommunerna bör ha frihet att utifrån lokala, regionala och mellankommunala behov och förutsättningar själva bestämma hur de väljer att organisera arbetet och i vilka frågor. Vissa förtydliganden kan dock göras.

Vilka frågor som bör samordnas kan variera. Utgångspunkten bör vara att samordning sker i fråga om åtgärder där det kan finnas regionala och mellankommunala intressen och sådana utmaningar som en enskild kommun har svårt att lösa på egen hand. Sådana utmaningar bör ha identifierats i samband med planeringen av bostadsförsörjning, bl.a. mot bakgrund av länsstyrelsernas arbete med att lämna kommuner råd, information och underlag för deras planering av bostadsförsörjningen samt genom de underlag som Boverket tillhandahåller. Ekonomiskt svaga hushålls boendesituation och hemlöshet, liksom boendesituationen för våldsutsatta kvinnor, är exempel på utmaningar som finns i många kommuner och där ett samordnat åtgärdsarbete kan bli effektivare än om varje kommun agerar var för sig. Frågor om boendesegregation är också ett exempel. Specifika frågor för samordning kan vara vilken typ av bostäder som bör uppföras eller hur bostäder ska förmedlas för att komma ekonomiskt svaga och utsatta hushåll till del.

Samordningen kan t.ex. åstadkommas genom samverkan och samråd kommuner emellan. Det kan också ske genom en mer formell organisering såsom kommunalförbund, en gemensam nämnd eller avtalssamverkan (9 kap. 1, 19 och 37 §§ kommunallagen). Det kan också ske genom överenskommelser. En kommun som påverkas av en annan kommuns agerande kan med fördel vara proaktiv och lyfta behovet av samordning med närliggande kommun.

Uppsala kommun avstyrker utredningens förslag och anser att de regionala aktörerna ska ta en större roll och att bostadsförsörjningsfrågor och segregationsfrågor skulle kunna hanteras inom en regional fysisk plan. Arbetsgruppen kan konstatera att det inte finns något hinder för regionerna som bedriver regional fysisk planering att utveckla ett sådant arbete. Regeringen har tidigare beskrivit att regionen med fördel kan samordna kommuners och andra aktörers arbete för att motverka utvecklingen av segregerade bostadsområden (prop. 2017/18:266 s. 37). Att regionen

samordnar arbetet står inte i strid med att kommunerna ska ta hänsyn till behovet av samordning i samband med att bostadsförsörjningsåtgärder vidtas.

Samordningsbehov kan finnas i hela landet

Behovet av regional och mellankommunal samordning kan variera utifrån vilka utmaningar som finns på bostadsmarknaden, kommunens geografiska läge och vilka verktyg som avses tillämpas för att hantera situationen. I storstadsregionerna där bostadsmarknaderna är integrerade och utmaningarna på bostadsmarknaden är stora torde behovet av samordning vara som störst. I dessa regioner är en kommun ofta beroende av hur närliggande kommuner agerar.

Att behovet är som störst i storstadsregionerna utesluter inte att samordningsbehov kan finnas i andra delar av landet där bostadsmarknaden är mer lokal. *Länsstyrelsen i Västerbottens län* påpekar t.ex. att det även i kommuner med lokala bostadsmarknader finns frågor där kommunerna vinner på att samordna åtgärder, exempelvis vad gäller att kunna ordna boende för våldsutsatta kvinnor.

Inga ytterligare formaliseringar

Flera remissinsatser anser att regleringen är för vag och att förslaget riskerar att bli verkningslöst. *Riksbyggen* och *Länsstyrelsen i Uppsala län* anser att kommunerna bör redovisa hur de har beaktat samordningsbehovet i handlingsplanen för bostadsförsörjning, dels för att ge förslaget mer tyngd, dels för att goda exempel på samordning kan utgöra bas för givande nationella dialoger.

Arbetsgruppen anser inte att det för närvarande är prioriterat att tynga handlingsplanen för bostadsförsörjning med ytterligare redovisningskrav. Regeringen bör dock följa utvecklingen av samordningsarbetet och får vid behov återkomma med ytterligare åtgärder.

5.5.2 Länsstyrelserna behåller uppgiften att samordna kommunerna

Promemorians bedömning: Länsstyrelsernas uppgift att uppmärksamma kommunerna på behovet av samordning i frågor om bostadsförsörjning och verka för att sådan samordning kommer till stånd bör behållas och inte överföras till regionerna.

Utredningens förslag (SOU 2017:73) överensstämmer inte med promemorians bedömning. Utredningen har föreslagit att regionerna tar över länsstyrelsernas uppgifter i frågor om bostadsförsörjning.

Remissinstanserna: Remissinstansernas synpunkter går isär. *SKR*, *Statskontoret* samt *Borlänge*, *Hedemora*, *Jönköpings*, *Krokoms*, *Kungsbacka* och *Trelleborgs kommuner* tillstyrker förlaget att regionerna övertar samordningsansvaret från länsstyrelserna. *Tillväxtverket* anser att förslaget stärker samordningen mellan kommunal översiktsplanering och regionala utvecklingsstrategier samt ger ett utökat mandat inom regional fysisk planering. Majoriteten av regionerna tillstyrker utredningens förslag eller

kommenterar inte förslaget. *Region Halland* anser att förslaget kan skapa stor samhällsnytta då planering för infrastruktur och kollektivtrafik redan i dag samplaneras mellan regionen och kommunerna. *Region Kronoberg* tillstyrker förslaget men framhåller att det är något oklart angående vad länsstyrelsernas rådgivning till kommunerna ska syfta till samt hur den förhåller sig till regionernas roll att samordna utifrån beräknade nationella behov och kommunala planer. *Region Västernorrland* poängterar vikten av att även länsstyrelsen deltar i den regionala dialogen då de har fler uppdrag som har betydelse för bostadsförsörjningen, t.ex. bosättning för nyanlända och jämställdhet. Flera regioner påpekar dock att det behövs ett tillskott av medel och en del regioner anser att en miljon kronor är otillräcklig finansiering.

Majoriteten av länsstyrelserna avstyrker förslaget att överföra samordningsansvaret till regionerna. *Länsstyrelsen i Stockholms län* avstyrker dels att ekonomiska resurser tas ur länsstyrelsernas förvaltningsanslag för ett uppdrag som tillkommit utan att resurser skjutits till, dels att hela samordningsansvaret för bostadsförsörjningen med metodutveckling och erfarenhetsutbyte i arbetet att få fram bostäder för personer som står utanför bostadsmarknaden eller har lägre betalningsförmåga per automatik överförs till regionerna. *Ekonomistyrningsverket* lämnar ingen bedömning på författningsförslagen men påtalar att det saknas ett förslag på fördelning av neddragningen av länsstyrelsernas anlag. Vidare ser myndigheten en risk med att uppgiften om dialoger inte ryms inom den finansiering som utredningen föreslår. *Länsstyrelsen i Dalarnas län* konstaterar att länsstyrelsen har ett inarbetat arbetssätt för bostadsförsörjningsfrågor och hanterar kommunala och mellankommunala frågeställningar i både bostadsförsörjningsfrågor och planfrågor. Förslaget i betänkandet hanterar enbart tillskott av bostäder varför olika gruppers behov riskerar att begränsas i det regionala utvecklingsperspektivet. *Länsstyrelsen i Jönköpings län* anser att förslaget har ett starkt fokus på det kvantitativa behovet av bostäder på bekostnad av andra viktiga aspekter av arbetet med bostadsförsörjning, och att det skapar en otydlig och ineffektiv process när flera aktörer delar på ansvaret. *Länsstyrelsen i Gävleborgs län* anser att det lagstadgade ansvaret för att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder är en fråga som inte kan separeras från sin bostadssociala dimension. Det finns därför ett värde i att dialogen leds av en myndighet som utför ett arbete på regional nivå som är kopplat till olika grupper (tex nyanlända och hemlösa). *Bodens kommun* menar att kompetensen för samordningen i dag finns hos länsstyrelsen, som även uppgiften att verka för mellankommunal samordning inom den fysiska samhällsplaneringen enligt PBL. *Göteborgs kommun* är tveksam till en överföring av uppdrag från länsstyrelsen till regionen då Boverkets bedömningar är statens syn och därmed bör företrädas av länsstyrelsen.

Skälen för promemorians bedömning

Betänkandet En gemensam bild av bostadsbyggnadsbehoven (SOU 2017:73) innehåller ett förslag om att regionerna blir mottagare av Boverkets bedömningar av bostadsbyggnadsbehovet och att regionerna ska leda mellankommunala dialoger grundade på Boverkets beräkningar av bostadsbyggnadsbehovet i syfte att nå en samsyn om behovet av tillskott

av bostäder i länets kommuner. För att möjliggöra ett sådant uppdrag behövs ett lagstöd och utredningen föreslår att regionerna övertar länsstyrelsernas lagstadgade uppgift att uppmärksamma kommunerna på behovet av samordning i frågor om bostadsförsörjning och att verka för att sådan samordning kommer till stånd (SOU 2017:73, s. 75f). Utredningen övervägde länsstyrelserna som mottagare av beräkningarna då de har fördelen att ha kompetens på bostadsområdet och i planfrågor samt att de har tillgång till många av de kompletterande underlag som behövs för att utveckla beräkningarna till verkliga bedömningar. Utredningen gjorde dock bedömningen att länsstyrelserna som mottagare skulle innebära att behovet av bostäder separeras från övriga regionala utvecklingsfrågor.

Det kan konstateras att sedan utredningen lämnade sitt förslag har bestämmelser om regional fysisk planering förts in i plan- och bygglagen (2010:900) som ger regioner möjlighet att med en regionplan ange de grunddrag för användningen av mark- och vattenområden och riktlinjer för lokaliseringen av bebyggelse och byggnadsverk som har betydelse för länet. Regeringen konstaterade då att nyttan med och behovet av regional fysisk planering varierar över landet och att regional fysisk planering bör införas när behov av och förutsättningar för sådan planering finns. I dag bedrivs regional fysisk planering av regionerna i Hallands, Skåne och Stockholms län (prop. 2017/18:266 och prop. 2021/22:184).

Länsstyrelserna ska i sin verksamhet verka för att behovet av bostäder tillgodoses och har, som utredningen konstaterar, kompetens på bostadsområdet och i planfrågor. Länsstyrelserna har ansvar inom frågor om bosättning för nyanlända och har under flera år arbetat med att motverka avhysning och att stödja kommunerna i arbete med att motverka hemlöshet. Länsstyrelserna har därutöver verkat för att våldsutsatta kvinnor ska erbjudas ett stadigvarande boende.

Mot bakgrund av att regional fysisk planering enligt PBL inte sker i hela landet och att länsstyrelserna har en kompetens inom både plan- och bostadsfrågor bedömer arbetsgruppen att länsstyrelsernas uppgift att uppmärksamma kommunerna på behovet av samordning mellan kommuner i frågor om bostadsförsörjning och verka för att sådan samordning kommer till stånd bör behållas och inte flyttas till regionerna.

5.6 Tydligare koppling mellan markanvisningar och bostadsförsörjning

Promemorians förslag: Lagen om riktlinjer för kommunala markanvisningar ska kompletteras med en bestämmelse om att det av riktlinjer för markanvisningar ska framgå hur markanvisningar används för att följa kommunens handlingsplan för bostadsförsörjningen.

Utredningens förslag (SOU 2022:14) överensstämmer med promemorians.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser tillstyrker eller är positiva till utredningens förslag, däribland *länsstyrelserna i Gävleborgs, Jönköpings, Kronobergs, Norrbottens, Stockholms, Uppsala, Örebro* och *Östergötlands län, Sveriges Allmännytta, Sveriges förenade studentkårer*

(SFS), HSB, Rädda barnen, Riksbyggen, Hela Sverige ska leva, Egnahemsfabriken ideell förening, Stadsmissionen, Familjebostäder, Uppsala bostadsförmedling och ett flertal kommuner.

Länsstyrelsen i Kronobergs län stödjer förslaget och delar uppfattningen att kommuner inte använder sitt markinnehav i tillräckligt hög utsträckning för att påverka inriktningen på bostadsbyggandet i kommunen. *Uppsalahem* tillstyrker och anser att en ökad tydlighet kring hur olika styrande dokument styr mot målbilden kan tas emot positivt av marknaden, men anser att det noga bör övervägas hur dessa kopplingar formuleras och detaljeras för att minimera risken för kommunala särkrav. *Sveriges Allmännytta* anser att förslaget säkerställer att kommunernas arbete med markanvisningar bidrar och utgår från kommunens egna mål för arbetet med bostadsförsörjning.

Trelleborgs kommun är positiv till en tydligare koppling av bostadsförsörjningsarbetet till kommunens fysiska planering och arbete med markanvisningar, men saknar ett resonemang om säkerställande av det kommunala markägandet. *Hyresgästföreningen* tillstyrker men anser kommunernas möjlighet att bygga upp strategiska markreserver behöver stärkas. Även *Jönköpings kommun* anser att regelverket kring kommunal markanskaffning behöver ses över.

Fastighetsägarna tillstyrker men anser att det finns två försvårande faktorer vid den praktiska tillämpningen av olika modeller för att genom markanvisning säkerställa att det som byggs tillmötesgår önskemål om fler billiga bostäder eller större social blandning, och framhåller dels svårigheten att hantera social träffsäkerhet vid fördelning av förstahandskontrakt, dels svårigheten att förena aktiv markpolitik med hyressättningssystemet. *Umeå kommun* är positiv till utredningens intentioner när det gäller markanvisningar men tar upp svårigheten att säkerställa att de som verkligen behöver det får ta del av lägenheter med lägre hyra.

Boverket ifrågasätter förslaget eftersom logiken kring vilket steg som kommer före ett annat haltar och att specialreglering i fråga om bostäder hör hemma i en vägledning eller liknande. *SKR* avstyrker förändringarna i lagen om riktlinjer för kommunala markanvisningar och anser att riktlinjerna för kommunala markanvisningar inte har till syfte att vara det dokument där kommunen redovisar hur man avser att arbeta med markfrågorna för en hållbar bostadsförsörjning.

Malmö kommun ifrågasätter utredningens förslag att i lag kräva att det av riktlinjerna ska framgå hur kommunens markägande ska kunna användas för att realisera målen i kommunens handlingsplan för bostadsförsörjning. *Sundbybergs kommun* avstyrker förslaget om mer formaliserade kopplingar mellan riktlinjer för markanvisningar och den föreslagna handlingsplanen för bostadsförsörjning, men ställer sig bakom förslagets intentioner. *Krokoms kommun* avstyrker utan närmare motiv.

Skälen för promemorians förslag

En markanvisning är en överenskommelse mellan en kommun och en byggherre som ger byggherren ensamrätt att under en begränsad tid och under givna villkor förhandla med kommunen om överlåtelse eller upplåtelse av ett visst av kommunen ägt markområde för bebyggande. Rikt-

linjer för markanvisningar är en dokumentation av kommunens utgångspunkter och mål för överlåtelser eller upplåtelser av markområden för bebyggande, handläggningsrutiner, grundläggande villkor för att anvisa mark samt rutiner och principer för prissättning av mark. Det övergripande syftet med riktlinjer för markanvisningar är att skapa transparens och ökad tydlighet i byggprocessens inledande skede i de fall kommunägd mark ska säljas eller upplåtas för att nya byggnadsverk ska komma till stånd (prop. 2013/14:126, s. 226 f.).

Enligt utredningen är ett kommunalt markinnehav ett kraftfullt verktyg för bostadsförsörjningen med potential att påverka såväl kvantitativa som kvalitativa faktorer i bostadsbyggandet. Markinnehavet kan användas för att möjliggöra bostadsbyggande men också för att driva på ett varierat bostadsbyggande, främja möjligheten för fler att etablera sig på bostadsmarknaden och motverka socioekonomisk boendesegregation. Potentialen är som störst i kommuner där markinnehavet är stort och efterfrågan hög. Utredningen konstaterar vidare att den kommunala inställningen till att använda markinnehavet för att möjliggöra visst byggande eller viss förmedling av bostäder varierar och att det finns en osäkerhet kring handlingsutrymmet. Det kan i en kommun handla om starkt fokus på att genom intäkter från markförsäljning säkra möjligheten att göra andra värdeskapande investeringar och i en annan om att styra upplåtelseform för att åstadkomma blandade bostadsområden. Utredningen konstaterar också att avgörande för att kommunens markinnehav används effektivt är att det finns en tydlig politisk målsättning om vilka bostadssociala värden som ska uppnås, något som bör gå att utläsa i den kommunala handlingsplanen för bostadsförsörjning. Mot bakgrund av det kommunala markinnehavets betydelse för bostadsförsörjningen bedömer utredningen att det behövs en tydligare koppling mellan kommunens bostadsförsörjningsarbete och markanvisningsarbete.

Arbetsgruppen delar utredningens bedömning och föreslår därför att det av riktlinjer för markanvisningar ska framgå hur kommunen avser att använda markanvisningar för att bidra till kommunens handlingsplan för bostadsförsörjningen. Det innebär att en kommun, vid framtagandet av riktlinjer för markanvisningar, bör utgå från de utmaningar och mål som identifierats i planeringen för bostadsförsörjningen och belysa hur det kommunala markinnehavet, genom arbetet med markanvisningar, kan bidra till att förverkliga mål och möta utmaningarna. På så sätt skapas en koppling mellan riktlinjer för markanvisningar och handlingsplanen för bostadsförsörjning. I likhet med *Sveriges Allmännytta* anser arbetsgruppen att förslaget säkerställer att kommunens arbete med markanvisningar bidrar till och utgår från kommunens egna mål för arbetet med bostadsförsörjning.

SKR m.fl. ifrågasätter utredningens förslag då riktlinjer för kommunala markanvisningar inte har till syfte att vara det dokument där kommunen redovisar hur man avser att arbeta med markfrågorna för en hållbar bostadsförsörjning. Arbetsgruppen delar inte invändningarna. Genom att kommunen i sina riktlinjer för markanvisningar redogör för hur kommunen avser att använda markanvisningar för att följa handlingsplanen för bostadsförsörjning skapas en tydlighet gentemot byggherrar som har ett intresse av att bidra till bostadsförsörjningen i kommunen. En kommun som har förutsättningar och behov att genom sitt markinnehav exempelvis

främja en hög byggtakt, en viss hustyp eller förmedling av bostäder utifrån vissa behov bör belysa det i riktlinjerna för markanvisning. Det kan också handla om hur markanvisningar avses användas för att underlätta för idéburna bostadsaktörer att medverka i markanvisningar. Informationen underlättar förståelsen för vad en kommun vill åstadkomma med markanvisningar för bostadsändamål och vad byggherrar behöver vara bra på. Tydligheten i dessa avseenden gynnar såväl bostadsförsörjning som transparens.

Trelleborgs kommun m.fl. saknar ett resonemang om säkerställande av det kommunala markägandet. Kommunen framhäver att fler verktyg för att säkra tillgången till mark ger möjligheter att bidra till de bostadsförsörjningsmål som ställs och att det skulle kunna ske exempelvis genom att kommunal förköpsrätt återinförs. Det finns anledning att betona att en förköpsrätt bara är avsedd för särskilt motiverade situationer när andra möjligheter inte är tillräckliga. En utredare har därför i uppdrag att föreslå en förköpsgrund som möjliggör för kommunerna att motverka organiserad brottslighet och föreslå en förköpsgrund som underlättar för det civila försvarets skydd (dir. 2023:67).

6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Promemorians förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2025. I fråga om en handlingsplan för bostadsförsörjningen ska kommunfullmäktige ha antagit en sådan senast under den mandatperiod som inleds efter ordinarie val 2026. De nuvarande bestämmelserna om kommunens riktlinjer för bostadsförsörjningen ska gälla för sådana riktlinjer till dess att en handlingsplan har eller ska ha antagits.

Promemorians bedömning: För de bestämmelser i plan- och bygglagen och lagen om riktlinjer för kommunala markanvisningar som hänvisar till handlingsplanen för bostadsförsörjningen, behövs det inga övergångsbestämmelser.

Utredningens förslag innebär att lagändringarna ska träda i kraft 1 juli 2023 (SOU 2022:14).

Remissinstanserna har inga synpunkter på utredningens förslag.

Skälen för promemorians förslag och bedömning

Det är angeläget att reglerna som syftar till att förbättra förutsättningarna för kommunernas arbete med bostadsförsörjningsfrågor börjar att tillämpas så snart som möjligt, samtidigt som kommunerna ges rimlig tid för förberedelser. När det gäller obligatoriska krav på hyresgarantier och de ändrade bestämmelserna om kommunala bostadsförmedlingar bör dessa träda i kraft den 1 januari 2025.

I promemorian föreslås också att nuvarande kommunala riktlinjer för bostadsförsörjningen ska ersättas av en kommunal handlingsplan för bostadsförsörjningen. En handlingsplan ska antas av kommunfullmäktige

varje mandatperiod (2 § bostadsförsörjningslagen). Även dessa regler bör träda i kraft den 1 januari 2025. Eftersom många kommuner redan har påbörjat arbetet med uppdaterade riktlinjer för mandatperioden, bör dock kravet på att senast ha antagit en handlingsplan uppställas först den mandatperiod som inleds efter ordinarie val 2026. Äldre föreskrifter om kommunens riktlinjer för bostadsförsörjningen bör gälla för sådana riktlinjer till dess de har eller senast ska ha ersatts med en handlingsplan.

Ändringarna i plan- och bygglagen (2010:900) och lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar syftar på att kommunerna vid tillämpningen av dessa lagar ska tillämpa de uppgifter som framkommer i handlingsplanen. Dessa regler får effekt först när det finns en antagen handlingsplan för bostadsförsörjningen och någon övergångsbestämmelse behövs därför inte.

7 Konsekvenser av förslagen

Promemorians bedömning: Förslagen förväntas medföra positiva effekter för bostadsförsörjningen och förbättra bl.a. barnfamiljers möjligheter till eget boende.

Förslagen bedöms leda till ökade kostnader för kommunerna samt innebära en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen av den kommunala självstyrelsen är proportionerlig.

Utredningarnas bedömning avser bredare förslag och är därmed inte direkt jämförbara med promemorians.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser yttrar sig inte särskilt över utredningarnas konsekvensbeskrivningar.

Sundbybergs kommun lyfter att förslaget om hyresgarantier till barnfamiljer kommer att kräva resurser och nya arbetssätt för att hantera handläggningen och administrationen för att ansöka om stödet. *Eskilstuna* och *Storumans kommuner* framhåller vikten av att kommunerna kompenseras för den nya uppgift som förslaget till hyresgarantier innebär. *Göteborgs* och *Malmö kommuner* bedömer att den ersättningsnivå som utredningen föreslagit är otillräcklig.

SKR anser att förslaget att kommunerna ska beakta behovet av samordning i frågor om bostadsförsörjning är onödigt ingripande.

Skälen för promemorians bedömning

Konsekvenser för enskilda

Förslaget om att göra det obligatoriskt för kommuner att under vissa villkor ställa hyresgarantier till barnfamiljer handlar om att möta de negativa effekter som osäkert boende kan skapa för barns fysiska och psykiska hälsa samt skolgång. Förslaget stärker förmågan hos barnfamiljer att kunna efterfråga förstahandskontrakt och möjliggör för dem att konkurrera med övriga bostadssökande. Det bör innebära att färre barn behöver leva under osäkra boendeförhållanden.

Förslaget att kommunala bostadsförmedlingar ges tydligare förutsättningar att tillämpa reservationer vid förmedling av bostäder bedöms vara till fördel för hushåll som inte har en godtagbar boendesituation. Vilka hushåll som påverkas beror på hur kriterier och villkor för reservationer utformas. Givet ett antagande om att hushåll med större behov av bostad prioriteras inom den kommunala bostadsförmedlingen kan hushåll utan dessa typer av bostadsbehov som söker hyresbostad uppleva längre kötider under förutsättning att utbudet av bostäder i förmedlingen är konstant.

Övriga förslag bedöms inte ha direkta konsekvenser för enskilda.

Konsekvenser för företag

Förslagen om hyresgarantier och kommunala bostadsförmedlingar innebär att fastighetsägare kommer att möta kommuner med högre förväntningar på dem att möta olika bostadsbehov genom att i större utsträckning acceptera hyresgäster som beviljas förtur eller som beviljas en kommunal garanti för hyresbetalningar. Inga nya krav ställs dock på fastighetsägare att vidta några åtgärder som de inte själva ser fördelar med.

Förändringen av markanvisningslagen bedöms skapa större tydlighet gentemot byggherrar om vilka typer av bostadsprojekt som med framgång kan söka markanvisning och därmed minska kostnader för förgävesarbete.

Samhällsekonomiska konsekvenser

Situationen på bostadsmarknaden påverkar såväl enskilda bostadssökande som företag. Samhällsekonomin riskerar att påverkas när enskilda har svårt att etablera sig på bostads- och arbetsmarknaden, barn växter upp under otrygga boendeförhållanden och företag har svårt att attrahera arbetskraft. På en bostadsmarknad där alla oavsett behov konkurrerar på samma villkor kommer de med sämre ekonomiska förutsättningar att ha svårare än de med mer förmånliga ekonomiska förutsättningar. För hushåll med svag ekonomi och avsaknad av kapital är hyresbostäder ofta det enda alternativet, men konkurrensen om dessa bostäder är på flera håll i landet hård. Det kräver särskilda insatser.

Att bostadspolitiska verktyg anpassas för att fungera inkluderande och selektivt bedöms leda till att hushåll som har svårt att själva tillgodose sina bostadsbehov ges bättre förutsättningar att göra detta. Åtgärder riktade till barnfamiljer bedöms skapa möjligheter till mer jämlika uppväxtvillkor. En bättre samordning i bostadsförsörjningsfrågor skapar förutsättningar för ett effektivare åtgärdsarbete. Sammantaget förväntas förslagen medföra positiva effekter för bostadsförsörjningen och samhällsekonomin.

Konsekvenser för integration och segregation

Förutom de samhällsekonomiska konsekvenser som redovisas ovan som i stor utsträckning berör villkoren för utrikes födda och personer med svag socioekonomi ökar förslagen i promemorian möjligheterna för kommunerna att medvetet minska boendesegregationen och därmed förbättra förutsättningarna för integration. Reservationer och förturer vid bostadsförmedling kan användas i detta syfte, liksom riktlinjer för markanvisningar med ambitionen att minska segregationen och förbättra integrationen. De utökade kraven på samordning mellan kommunerna

kommer också att motverka segregationen på bostadsmarknader som omfattar flera kommuner.

Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

Vad beträffar förslaget om hyresgarantier är majoriteten av de hushåll som kan förväntas komma i fråga ensamstående kvinnor med barn. Förslaget om att tydliggöra utrymmet för förturer inom kommunal bostadsförmedling ökar sannolikheten att fler kvinnor som har varit utsatta för våld i en nära relation får en förtur. För båda förslagen gäller att antalet personer som berörs är begränsat och vad gäller förturer beroende av bostadsförmedlingarnas beslut om tillämpningen

Budgetkonsekvenser

Det nya kravet på kommunerna att ställa hyresgarantier innebär att kommunerna ska ersättas enligt finansieringsprincipen. Utredningen gör en beräkning baserad på en administrativ styckkostnad per garanti på 3 000 kronor och en förväntad förlust där var fjärde garanti infrias med maximalt belopp. Med ett antagande om en hyra på 7 520 och 2 300 garantier kalkylerar utredningen med en kostnad på 32,8 miljoner kronor per år.

Samtliga ingående parametrar i utredningens kalkyl går att ifrågasätta. En mycket stor osäkerhet ligger i om det kommer att gå att finna fastighetsägare som är villiga att med stöd av en kommunal garanti hyra ut lägenheter till behövande hushåll som har en svag ekonomi i ett läge där efterfrågan på lägenheter är stor. Samtidigt finns det en förväntan på att kommunerna ska arbeta aktivt gentemot fastighetsägarna för att skapa förtroende för de kommunala garantierna, vilket gör att arbetstiden per utfärdad garanti kan vara underskattad. Arbetsgruppen har inte haft tillgång till något ytterligare underlag för att göra beräkningar och föreslår därför med hänsyn till kostnadsökningar sedan betänkandet presenterades att 34,5 miljoner kronor överförs från anslaget 1:3 Stöd för att underlätta för enskilda att ordna bostad inom UO18 till det generella statsbidraget till kommunerna, anslaget 1:1 inom UO25. Om användningen av garantier inte ökar som förväntat kan det som *Göteborgs* och *Malmö kommuner* påpekar finnas anledning att överväga storleken på ersättningen eller att närmare granska hur kommunerna gör avvägningar mellan hyresgarantier och andra möjliga stöd till de aktuella hushållen och baserat på det justera villkor eller ersättning.

Konsekvenser för myndigheter

De myndigheter som närmast berörs av förslagen är Boverket och länsstyrelserna.

Boverket får i uppgift att tillhandahålla beräkningar av bostadsbyggnadsbehov på länsnivå. Eftersom dessa beräkningar redan görs och publiceras regelbundet antas Boverkets kostnader rymmas inom beräknat anslag.

Förutsättningarna för länsstyrelserna att lämna kommunerna råd, information och underlag förändras i viss mån. Det underlag som Boverket kommer att ta fram kan länsstyrelserna behöva hjälpa kommunerna att tolka och samordna sig kring. Att alla kommuner i länet utgår från ett likartat underlag underlättar uppgiften att samordna kommunerna.

Förslagen bedöms därmed inte medföra några utökade kostnader för länsstyrelserna.

Konsekvenser för kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Kommunerna sköter på samma grund även de övriga angelägenheter som bestäms i lag. Enligt 2 kap. 1 § kommunallagen får kommuner själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens område eller dess medlemmar och som inte ska handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. I 14 kap. 3 § regeringsformen stadgas att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen innebär att en regelmässig prövning av de kommunala självstyrelseintressena ska göras under lagstiftningsprocessen med tillämpning av en proportionalitetsprincip.

Uppgiften att tillhandahålla hyresgarantier för barnfamiljer innebär att kommunerna, efter en prövning mot kriterierna i förordningen, ska ställa säkerhet för avtal om hyra för barnfamiljer under förutsättning att de är bosatta i kommunen, bostaden är belägen i kommunen samt att garantin omfattar två år och minst sex månadshyror. Därmed begränsas kommunernas möjligheter att själva bestämma över verksamheten och möjligheten att tillhandahålla hyresgarantier för hemlösa barnfamiljer i kommunen. Förslaget innebär en ny uppgift för kommunerna och en inskränkning av den kommunala självstyrelsen.

Inskränkningen bedöms vara nödvändig mot bakgrund av behovet att förbättra och skapa mer likvärdiga förutsättningar för barnfamiljer i landet att kunna skaffa en permanentbostad på hyresmarknaden och för tryggheten i deras boende. Socialstyrelsens hemlöshetskartläggning från 2017 visar att uppskattningsvis 2 300 föräldrar med barn befinner sig i hemlöshet till följd av att de inte godkänts som hyresgäster på den ordinarie bostadsmarknaden. Socialstyrelsen har också konstaterat att kommunernas tolkning av socialtjänstens yttersta ansvar inte är entydig och att kommuner lägger olika vikt vid tolkning av rättspraxis för boendeinsatser. Bostadssituationen på orten kan ha betydelse för vilka som bedöms ha behov av en boendeåtgärd och vilken typ av åtgärd. Kommuner kan till exempel ställa olika krav på personer som står utan bostad utifrån om situationen beror på sociala eller strukturella faktorer. Många är hänvisade till att lösa sin boendesituation på egen hand. Det förekommer också att kommuner hänvisar barnfamiljer utan egen bostad till andra kommuner vilket kan medföra att barn rycks upp från en, bortsett från boendesituationen, stabil tillvaro. Med hänsyn till barns behov av ett tryggt boende bör insatser i form av en hyresgaranti tillhandahållas av alla kommuner. Mot denna bakgrund bedöms förslaget inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett förslaget. Den sammantagna bedömningen är att ingreppet i självstyrelsen är motiverat och proportionerligt.

Förtydligandet avseende bostadsförmedlingar innebär att kommunerna och de kommunala bostadsförmedlingarna ges ett tydligare och utökat

handlingsutrymme att tillämpa förturer och reservationer utan att möjligheten att ta ut köavgift påverkas. Förslaget innebär således inget intrång i den kommunala självstyrelsen.

Uppgiften att kommuner ska dokumentera behovet av tillskott av bostäder i riktlinjerna (handlingsplanen) för bostadsförsörjningen får anses utgöra inskränkning i den kommunala självstyrelsen, om än begränsad då behovet av tillskott av bostäder redan i dag torde utgöra en del av innehållet i kommunernas planering för bostadsförsörjning och översiktsplanearbetet. Det är således inte fråga om en ny planerings- eller analysuppgift utan ett krav på att kommunerna behöver synliggöra behovet av tillskott i handlingsplanen. För syftet med förslaget – att etablera en gemensam syn på behovet av nya bostäder i landet – krävs att alla berörda redovisar sin uppfattning om behovet. Det är därmed inte ett alternativ att frågan om dokumentation av behovet av tillskott lämnas oreglerad. Ett krav på redovisning utan några formkrav är i det perspektivet den minst ingripande nivån av styrning och bedöms vara proportionell mot nyttan.

Bestämmelsen att kommunerna behöver ta hänsyn till behovet av samordning som en del av bostadsförsörjningsarbetet begränsar kommunernas möjligheter att själva bestämma om de ska ta hänsyn till behovet av samordning eller inte. Förslaget innebär på så sätt en inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Intrånget är dock begränsat. Att kommunen ska ta hänsyn till samordningsbehovet ger kommunerna utrymme att själva bedöma om och i vilka frågor samordning bör ske. Det är också upp till kommunerna att själva bedöma hur samordningen bör organiseras. Förslaget innebär inte heller någon tillsyn. Mot bakgrund av vikten av samordning i bostadsförsörjningsfrågor bedöms intrånget vara proportionerligt och, till skillnad från vad *SKR* anser, inte onödigt ingripande. Ett mindre ingripande alternativ skulle vara att inte reglera samordningsbehovet. En sådan lösning skulle dock kunna leda till att kommuner, eller enbart vissa kommuner, tar hänsyn till behovet av samordning med resultatet att nödvändig samordning aldrig initieras eller kommer till stånd.

Bestämmelsen att kommuner i sina riktlinjer för markanvisningar ska redogöra för hur markanvisningar används för att följa kommunens handlingsplan för bostadsförsörjningen innebär ett nytt dokumentationskrav för kommuner som har en skyldighet att ta fram riktlinjer för markanvisningar. Ett lagkrav på kommunerna att dokumentera hur markanvisningar följer handlingsplanen för bostadsförsörjning får anses utgöra en inskränkning, om än begränsad, i den kommunala självstyrelsen. Bestämmelsen innebär att kommunerna inte längre kan avstå från att göra den dokumentationen. Det kan dock förutsättas att kommunen redan i dag har en uppfattning om vilken betydelse markanvisningar har för bostadsbyggandet i kommunen. Mot bakgrund av att transparens gentemot byggherrar är viktigt för konkurrensen och markinnehavets betydelse för att åstadkomma en väl fungerande bostadsförsörjning bedöms det proportionerligt att förstärka kopplingen mellan handlingsplanen för bostadsförsörjning och riktlinjer för markanvisningar.

Ekonomiska konsekvenser för kommunerna

Förslag som innebär ett utökat åtagande för kommuner ska enligt den så kallade finansieringsprincipen kompenseras ekonomiskt. Förslaget om

hyresgarantier innebär att kommuner åläggs att utföra en uppgift som de tidigare inte har haft en lagstadgad skyldighet att utföra och som kan komma att innebära utgifter för kommunen. Det innebär att staten ska kompensera kommunerna från grunden. Kompensation ska alltså utgå även för de kommuner som frivilligt utfärdar hyresgarantier till barnfamiljer redan i dag. Kompensationen bör som huvudregel ske i form av generella bidrag som kommunerna fritt får disponera. Som framgått föreslås kommunsektorn tillföras 34,5 miljoner kronor för den nya uppgiften. Kostnaderna kan för enskilda kommuner avvika väsentligt från den generella fördelningen av statsbidraget. Något underlag för att föreslå en annan fördelning finns inte, och möjligheterna för kommunerna att fritt organisera hanteringen av hyresgarantier ger möjligheter att begränsa kostnaderna.

Kommunerna har redan i dag ett ansvar att planera för bostadsförsörjningen och ta fram relevanta underlag för sina analyser och planerade åtgärder. Förslagen i fråga om att dokumentera behovet av tillskott av bostäder i handlingsplanen för bostadsförsörjning och om hur kommunen avser att använda markanvisningar för att bidra till handlingsplanen kan inte anses medföra några merkostnader för kommunerna. Inte heller skyldigheten att ta hänsyn till behovet av samordning vid genomförande av bostadsförsörjningsåtgärder bedöms medföra merkostnader för kommunerna. På flera håll i landet finns det strukturer och arbetssätt för samordning, dels som ett resultat av länsstyrelsernas uppdrag att verka för samordning mellan kommuner, dels med anledning av att kommuner behöver samordna sig inom ramen för plan- och bygglagen (2010:900). Dessa strukturer kan kommunerna välja att använda sig av.

Övriga konsekvenser

Förslagen bedöms inte ha någon påverkan på de åtaganden som följer av Sveriges medlemskap i Europeiska unionen. De bedöms inte heller ha några konsekvenser för miljön, sysselsättningen, små företag, brottsligheten eller den personliga integriteten.

8 Författningskommentar

8.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar

Planering av kommunens bostadsförsörjning

1 § Varje kommun ska planera för bostadsförsörjningen i kommunen. Planeringen ska syfta till att skapa förutsättningar för alla i kommunen att leva i goda bostäder och främja att ändamålsenliga åtgärder för bostadsförsörjningen förbereds och genomförs.

Vid planeringen ska kommunen samråda med andra berörda kommuner *och ta hänsyn till behovet av samordning i frågor om bostadsförsörjning*. *Kommunen ska* ge länsstyrelsen och *regionen* tillfälle att yttra sig.

I paragrafen regleras kommuners skyldighet att planera för bostadsförsörjningen och syftet med planeringen.

Första stycket ändras genom att ordet riktlinjer tas bort. Ändringen följer av att ordet riktlinjer utmönstras ur lagen och ersätts av ordet handlingsplan. Stycket renodlas och avser nu planeringen i stort, medan kraven på dokumentation av planeringen i form av en handlingsplan för bostadsförsörjningen regleras i 2 §.

I *andra stycket* regleras sedan tidigare vilka aktörer som kommunen i planeringen av bostadsförsörjningen ska samråda med och vilka aktörer som ska ges tillfälle att yttra sig. Stycket kompletteras med ett uttryckligt krav på att kommunerna i sin planering ska ta hänsyn till behovet av samordning med andra berörda kommuner. Behov av samordning kan exempelvis finnas när det identifieras behov av åtgärder som rör regionala och mellankommunala intressen som en enskild kommun inte kan lösa på egen hand. Det skulle kunna handla om behov av samordning när det gäller ekonomiskt svaga hushålls boendesituation, hemlöshet, boende till våldsutsatta kvinnor eller problem rörande boendesegregation. Formerna för samordning regleras inte utan kan anpassas till lokala, regionala och mellankommunala behov och förutsättningar.

Vidare görs i andra stycket en ändring i fråga om vilka som ska ges tillfälle att yttra sig över planeringen. Ändringen görs som en följd av att ansvaret för det som från den 1 januari 2024 heter det regionala utvecklingsarbetet i hela landet är ett ansvar förregionerna. Avsikten är alltså i denna del inte att göra någon ändring i sak utan innebär enbart en anpassning till terminologin för regioner (se prop. 2019/19:162) och till att regionerna numera har det samlade ansvaret för det regionala utvecklingsarbetet (se prop. 2017/18:206 och prop. 2023/24:1, UO19).

Regleringen i hittillsvarande tredje stycket om skyldigheter för kommunfullmäktige ändras och flyttas till 2 § första stycket.

Övervägandena finns i avsnitt 5.3 och 5.5.1, jfr prop. 1985/86:1 s. 543, prop. 2012/13:178 s. 10–13 och 28, prop. 2000/01:26 s. 15–17 och 50 samt prop. 2001/02:5 s. 51–52 och 67.

2 § *Kommunfullmäktige ska under varje mandatperiod anta en handlingsplan för bostadsförsörjningen. Handlingsplanen ska redovisa*

1. behovet av tillskott av bostäder i kommunen,

2. kommunens mål för bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet,

3. kommunens planerade *åtgärder* för att nå uppsatta mål, *och*

4. hur kommunen har tagit hänsyn till relevanta nationella och regionala mål, planer och program som är av betydelse för bostadsförsörjningen.

Uppgifterna i *handlingsplanen* ska särskilt grundas på en analys av den demografiska utvecklingen, marknadsförutsättningarna och *de* bostadsbehov som inte tillgodoses på den lokala bostadsmarknaden. *Analysen ska genomföras med stöd av ett underlag som Boverket förser kommunen med och det ytterligare underlag som kommunen behöver för analysen.*

Om förutsättningarna för den antagna planen ändras under mandatperioden, ska kommunfullmäktige anta en ny uppdaterad handlingsplan.

I paragrafen regleras dels att kommunfullmäktige varje mandatperiod ska anta en handlingsplan för bostadsförsörjningen, dels vilka uppgifter en sådan handlingsplan ska innehålla och vilka uppgifter den ska grundas på.

Första stycket ändras genom att nuvarande krav på kommunfullmäktige att anta riktlinjer för bostadsförsörjningen ersätts av ett krav på att anta en handlingsplan för bostadsförsörjningen. Ändringen är i huvudsak språklig men syftar också till att understryka vikten av att planeringen leder till handling genom att åtgärder för bostadsförsörjningen vidtas. Därutöver flyttas regleringen av skyldigheten för kommunfullmäktige att varje mandatperiod anta en handlingsplan hit från 1 §. I likhet med vad som gäller enligt hittillsvarande lydelse får kommunen i handlingsplanen redovisa även andra förhållanden än de som omfattas av krav enligt paragrafen. När det gäller krav på innehåll i handlingsplanen görs ett par tillägg.

Det införs en ny *punkt 1* som innebär att handlingsplanen ska innehålla uppgifter om vilka behov av tillskott av bostäder som finns i kommunen. Kommunen ska ange hur stort behovet är genom en kvantitativ uppgift baserad på den analys som ska göras enligt andra stycket. Uttrycket tillskott av bostäder är nytt och förekommer inte sedan tidigare i lagen. Ett tillskott av bostäder kan tillkomma genom nybyggnation, men även t.ex. genom att befintliga lägenheter som inte används renoveras och tas i bruk eller genom att fritidshus tas i bruk för permanent boende.

I *punkt 3* ändras ordet insatser till ordet åtgärder bl.a. för enhetlig användning av ord och uttryck i lagen.

Till följd av att det införs en ny punkt 1 förskjuts numreringen i punktuppställningen. Innehållet i bestämmelserna är dock detsamma och äldre förarbeten gäller fortsatt, se prop. 2012/13:78 s. 14 f och 29.

Andra stycket, som reglerar vilka förhållanden som de uppgifter som ska lämnas enligt första stycket ska grundas på, ändras redaktionellt genom att punktuppställningen tas bort. Till stycket flyttas också regleringen från nuvarande tredje stycket att Boverket ska bistå kommunerna med underlag för analyserna. Kommunerna ska dock även i fortsättningen få använda det ytterligare underlag som bedöms behövligt för att göra analysen.

Det införs ett nytt *tredje stycke* som dock i sak helt motsvarar tidigare 1 § tredje stycket. Bestämmelsen flyttas för att samla reglerna om handlingsplanen till en och samma paragraf. Regleringen innebär att även i de fall kommunfullmäktige under mandatperioden har antagit en handlingsplan ska, om förutsättningarna för bostadsförsörjningen i kommunen förändras, en ny och uppdaterad handlingsplan upprättas och antas under innevarande mandatperiod. En sådan förändring skulle exempelvis kunna handla om att en verksamhet av större omfattning planeras att anläggas i kommunen.

Övervägandena finns i avsnitt 5.3 och 5.4.2 jfr prop. 2012/13:178 s. 14–17 och 29.

4 § I 2 kap. 3 § tredje stycket plan- och bygglagen (2010:900) *finns en bestämmelse om att* kommunens *handlingsplan* för bostadsförsörjningen ska vara vägledande *för kommunens planläggning i fråga om bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet.*

Paragrafen innehåller en upplysning om vilken roll en kommuns handlingsplan för bostadsförsörjningen ska ha vid planläggning enligt plan- och bygglagen (2010:900).

Paragrafen ändras till att bli en ren upplysningsbestämmelse. Regleringen i sak flyttas till plan- och bygglagen. Därutöver ändras paragrafen genom att ordet riktlinjer ersätts av ordet handlingsplan.

Av bestämmelsen i plan- och bygglagen som det hänvisas till framgår att planläggningen med hänsyn till natur- och kulturvärden, miljö- och klimataspekter samt mellankommunala och regionala förhållanden ska främja bl.a. bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet. Kommunens handlingsplan för bostadsförsörjningen ska i planläggningen enligt plan- och bygglagen vara vägledande.

Övervägandena finns i avsnitt 5.3 jfr prop. 2012/13:178 s. 23 f.

6 § Om kommunens *handlingsplan* för bostadsförsörjningen saknar *redovisning i* någon *del* som avses i 2 § första stycket *4* får regeringen förelägga kommunen att anta *en ny handlingsplan*.

Av paragrafen framgår att regeringen, om det finns vissa brister i en handlingsplan för bostadsförsörjningen, får förelägga en kommun att anta en ny handlingsplan.

Paragrafen ändras genom att ordet riktlinjer ersätts av ordet handlingsplan. Det görs också följdändring på grund av omnumrering av punktuppställningen i 2 §. I likhet med det som gäller enligt den nuvarande lydelsen får regeringen förelägga en kommun att anta en ny handlingsplan för bostadsförsörjningen om kommunen i planen inte har beaktat relevanta nationella och regionala mål, planer och program som är av betydelse för bostadsförsörjningen. Som exempel kan nämnas en regional utvecklingsstrategi enligt 7 § förordningen (2017:583) om regionalt tillväxtarbete.

Övervägandena finns i avsnitt 5.3 jfr prop. 2012/13:178 s. 20–23 och 29–30.

Samordning mellan kommuner när bostadförsörjningsåtgärder vidtas

7 § *När kommunen vidtar åtgärder för bostadsförsörjning ska kommunen ta hänsyn till behovet av samordning med andra kommuner.*

I paragrafen, som är ny, regleras en skyldighet för kommuner att när åtgärder vidtas i fråga om bostadsförsörjningen ta hänsyn till behovet av samordning med andra kommuner.

Genom paragrafen utvidgas kommuners skyldigheter att beakta behovet av samordning med andra kommuner i bostadsförsörjningsarbetet. Kommuner ska, utöver det samråd och krav på hänsyn till samordning som uppställs när det gäller planeringen (1 § andra stycket) även i det senare skedet, när konkreta åtgärder ska vidtas med anledning av planeringen och handlingsplanen (2 §), ta hänsyn till behovet av samordning med andra kommuner. Det skulle exempelvis kunna handla nybyggnationer, men även frågor som gäller gemensam bostadsförmedling eller bostäder till personer med akuta behov av bostad, som exempelvis våldsutsatta.

Övervägandena finns i avsnitt 5.5.1.

Kommunal bostadsförmedling

8 § Om det behövs för att främja bostadsförsörjningen, ska en kommun anordna bostadsförmedling. Om två eller flera kommuner behöver gemensam bostadsförmedling, ska *de kommunerna* anordna sådan bostadsförmedling.

I paragrafen, som byter beteckning från 7 § till 8 §, regleras när kommuner ska anordna bostadsförmedling.

Paragrafen ändras endast redaktionellt och genom att bestämmelsen i hittillsvarande andra stycket, som handlar om en möjlighet för regeringen att förelägga en kommun att anordna bostadsförmedling, lyfts ut och läggs som en egen ny paragraf, 9 §.

Tidigare förarbeten är tillämpliga, jfr prop. 2000/01:26 s. 18 f och s. 50 f.

9 § *Regeringen får förelägga en kommun att anordna kommunal bostadsförmedling.*

Bestämmelsen har tidigare varit placerad som ett andra stycke i 7 § men placeras nu i en separat ny paragraf, 9 §, som riktar sig till regeringen och blir tydligare åtskild från bestämmelserna i nya 8 §, som riktar sig till kommunerna. Flytten innebär ingen ändring i sak. Möjligheten för regeringen att förelägga en kommun att anordna bostadsförmedling omfattar, på samma sätt som tidigare, såväl en kommun självständigt som en kommun tillsammans med andra kommuner.

Tidigare förarbeten är tillämpliga, jfr prop. 2000/01:26 s. 18 f och s. 50 f.

10 § En kommunal bostadsförmedling som förmedlar lägenheter i turordning efter kötid får ta ut en avgift för rätten att stå i kö (köavgift) av den hyressökande.

Köavgift får tas ut för högst ett år i taget med det belopp och enligt de grunder som kommunen bestämmer.

Köavgift får tas ut även om

1. lägenheter reserveras för olika kategorier av sökande i kön eller fördelas enligt ett förturssystem, eller

2. förmedlingsersättning tas ut vid yrkesmässig bostadsförmedling som avses i 12 kap. 65 a § jordabalken.

Paragrafen, som byter beteckning från 8 § till 10 §, motsvarar delar av nuvarande 8 § och innehåller grundläggande principer för kommunal bostadsförmedling.

I *första stycket*, som motsvarar nuvarande reglering, anges att en kommunal bostadsförmedling får ta ut köavgift om lägenheter förmedlas i turordning efter kötid. Den nuvarande inskjutna satsen i första meningen flyttas till det nya tredje stycket, punkt 2. Den nuvarande andra meningen flyttas till det nya tredje stycket, punkt 1.

I *andra stycket*, som helt motsvarar nuvarande reglering men med en annan språklig utformning, regleras att det är kommunen som beslutar grunder och belopp för köavgiften.

I ett nytt *tredje stycke* samlas de bestämmelser som tydliggör att förturssystem och uttag av förmedlingsersättning inte påverkar möjligheten att ta ut köavgift.

Bestämmelsen i nuvarande första stycket andra meningen flyttas till *tredje stycket punkt 1* som i den nya lydelsen innehåller vissa nyheter och

förtydliganden. Förmedling i turordning efter kötid kan kompletteras med ett system som innebär att lägenheter, inom kön eller i separata köer, reserveras för utpekade kategorier av sökande utan att det påverkar möjligheten att ta ut köavgift. Kategorier av sökande kan t.ex. vara barnfamiljer, studenter, ungdomar, äldre eller personer eller familjer som saknar egen bostad eller är trångbodda. Reservationer kan även avse förhållanden som en högsta eller lägsta inkomst för hushållet. Utformningen av kriterier måste vara förenlig med annan tillämplig lagstiftning, som t.ex. likställighetsprincipen enligt 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725) och diskrimineringslagen (2008:567).

Förtur kan innebära att lägenhet förmedlas till hyressökande som står i kön men inte har tillräckligt lång kötid för att få en lägenhet, men det kan också förmedlas lägenheter med förtur till den som inte alls står i kön eller, i de fall det finns flera separata köer, i någon av dessa köer. För att säkerställa att bl.a. likställighetsprincipen enligt 2 kap. 3 § kommunallagen efterlevs förutsätts att det uppställts regler eller ett system i fråga om vilka situationer eller under vilka förutsättningar lägenheter förmedlas med förtur. En kommunal bostadsförmedling kan exempelvis förmedla lägenheter med förtur till våldsutsatta personer eller personer som av andra anledningar har akut behov av en bostad.

På motsvarande sätt som gäller för reservationer i kön påverkas inte möjligheten att ta ut köavgift av omfattningen av förmedling av lägenheter med förtur. Att köavgift inte ska tas ut av den som ska förmedlas en lägenhet med förtur följer av att förmedlingen, till skillnad ifrån vad som gäller för reservationer, sker utanför kösystemet.

Bestämmelsen i den inskjutna satsen i nuvarande första stycket första meningen flyttas till nya *tredje stycket punkt 2*. Bestämmelsen innebär att förmedlingsersättning får tas ut vid yrkesmässig bostadsförmedling som avses i 12 kap. 65 a § jordabalken även när köavgift tas ut av den hyressökande. Ingen ändring i sak avses alltså i förhållande till nuvarande ordning när det gäller uttag av sådan förmedlingsersättning och köavgift.

Övervägandena finns i avsnitt 4.2 jämför även äldre förarbeten, prop. 2000/01:26 s. 22–26 och s. 51–53.

Hyresgarantier

11 § *Regeringen får meddela föreskrifter om att kommuner ska bistå enskilda hushåll genom att ställa säkerhet för att ett avtal om hyra av bostadslägenhet fullgörs (hyresgaranti).*

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen att i förordning meddela föreskrifter om när en kommun ska vara skyldig att ställa en hyresgaranti för att bistå ett enskilt hushåll som behöver en bostad. Skyldigheten att bistå är ett offentligrättsligt krav och innebär ingen reglering av relationen mellan kommunen och fastighetsägare. I denna promemoria föreslås att skyldigheten ska omfatta bistånd till förmån för barnfamiljer som är i behov av en bostad och som inte har möjlighet att skaffa ett permanentboende på egen hand utan en hyresgaranti (se vidare beträffande villkor för att skyldigheten ska inträda i avsnitt 4). Bemyndigandet är vitt och medför möjlighet för anpassning av regelverket utifrån rådande behov. En

grundförutsättning för att uppställa krav är dock att staten finansierar åtgärden enligt den s.k. kommunala finansieringsprincipen.

Övervägandena finns i avsnitt 3.3.

8.2 Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

26 kap.

Hyresgarantier

11 a § *Sekretess gäller i ärende om en kommuns ställande av hyresgaranti för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs.*

Sekretessen gäller inte beslut i ärende.

För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år.

Genom paragrafen, som är ny, införs sekretess för uppgifter om enskildas personliga förhållanden i ärenden om ställande av hyresgaranti hos kommunen. I denna promemoria föreslås att det, med stöd av bemyndigande i lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar, i förordning införs en skyldighet för kommuner att ställa hyresgaranti till barnfamiljer som är i behov av bostad och som saknar möjligheter att på annat sätt få tillgång till en sådan. För att kunna avgöra om det föreligger en skyldighet att ställa en hyresgaranti kommer kommunen vara tvungen att ha tillgång till uppgifter som kan vara integritetskänsliga om det enskilda hushållet.

Första stycket innehåller en bestämmelse om att sekretess kan gälla i ärende om kommuners ställande av hyresgaranti för uppgift om en enskilds personliga förhållanden. Det kan handla om ekonomiska förhållanden, som uppgifter om skulder, inkomster eller andratillgångar. Men det kan också avse helt andra förhållanden som kan vara av betydelse för bedömningen av om familjen saknar möjligheter att ta sig in på bostadsmarknaden på egen hand. Bestämmelsen innehåller ett rakt skaderekvisit, dvs. en presumtion för att uppgifterna är offentliga. Det innebär att en uppgift ska hemlighållas endast om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs. Bestämmelsen gäller vid all handläggning hos en kommun om ställande av hyresgarantier, dvs. för närvarande även i de fall kommunen med tillämpning av 2 kap. 6 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter väljer att ställa en hyresgaranti, och begränsas alltså inte till de fall kommunen enligt förslagen i denna promemoria har en skyldighet att ställa en hyresgaranti.

Enligt *andra stycket* ska kommunens beslut i ärenden inte omfattas av sekretess.

Tredje stycket innebär att sekretess ska gälla i sjuttio år för uppgift i en allmän handling.

Övervägandena finns i avsnitt 3.3.1.

8.3 Förslaget till lag om ändring i plan- och bygglagen (2010:900)

2 kap.

3 § Planläggning enligt denna lag ska med hänsyn till natur- och kulturvärden, miljö- och klimataspekter samt mellankommunala och regionala förhållanden främja

1. en ändamålsenlig struktur och en estetiskt tilltalande utformning av bebyggelse, grönområden och kommunikationsleder,
2. en från social synpunkt god livsmiljö som är tillgänglig och användbar för alla samhällsgrupper,
3. en långsiktigt god hushållning med mark, vatten, energi och råvaror samt goda miljöförhållanden i övrigt,
4. en god ekonomisk tillväxt och en effektiv konkurrens, och
5. bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet.

Även i andra ärenden enligt denna lag ska hänsyn tas till de intressen som anges i första stycket 1–5.

Den kommunala handlingsplanen för bostadsförsörjningen enligt lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar ska vara vägledande vid tillämpningen av första stycket 5.

I paragrafen regleras vilka förhållanden som ska främjas vid planläggning enligt plan- och bygglagen (2010:900). I *första stycket 5* anges att planläggningen ska främja bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet.

Paragrafen tillförs ett nytt *tredje stycke* som innebär att den kommunala handlingsplanen för bostadsförsörjningen ska vara vägledande vid kommunens planläggning i fråga om bostadsbyggande och utveckling av bostadsbeståndet enligt första stycket 5. Bestämmelsen är inte ny i sak utan motsvarar hittillsvarande 4 § lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar. Regeln flyttas med hänsyn till att den till sitt innehåll har ett närmare samband med plan- och bygglagen och att regleringen därigenom bedöms bli lättare att överblicka och tillämpa. En skillnad i sak i förhållande till nuvarande bestämmelse är att ordet riktlinjer ersätts av ordet handlingsplan, se kommentaren till 2 § lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar.

Övervägandena finns i avsnitt 5.3. Tidigare förarbeten är fortsatt tillämpliga, se prop. 2012/13:178 s. 23–25 och s. 29.

8.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (2014:899) om riktlinjer för kommunala markanvisningar

1 § Med markanvisning avses i denna lag en överenskommelse mellan en kommun och en byggherre som, *i fråga om ett markområde som kommunen äger,* ger byggherren ensamrätt att under en begränsad tid och under givna villkor förhandla med kommunen om överlåtelse eller upplåtelse av *markområdet* för bebyggande.

I paragrafen regleras vad som avses med kommunala markanvisningar.

Paragrafen ändras endast redaktionellt, bl.a. genom att nuvarande första stycket, som innehåller en upplysning om vad lagen innehåller, tas bort.

Övervägandena rörande lagen om kommunala markanvisningar finns i avsnitt 5.6. Tidigare förarbeten är fortsatt tillämpliga, se prop. 2013/14:126.

2 § En kommun ska anta riktlinjer för markanvisningar.

Riktlinjerna ska *ange*

1. utgångspunkter och mål för överlåtelser och upplåtelser av markområden för bebyggande,

2. hur markanvisningar används för att följa kommunens handlingsplan för bostadsförsörjningen enligt lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar,

3. handläggningsrutiner och grundläggande villkor för markanvisningar, *och*

4. principer för markprissättning.

En kommun som inte genomför några markanvisningar är inte skyldig att anta sådana riktlinjer.

I paragrafen regleras dels krav på kommuner som gör markanvisningar att anta riktlinjer för markanvisningar, dels krav på innehåll i sådana riktlinjer.

Endast paragrafens *andra stycke* ändras. Stycket ändras redaktionellt genom att det införs en punktuppställning. Nytt i sak är *punkt 2* enligt vilken riktlinjerna för markanvisningar kopplas till den handlingsplan för bostadsförsörjningen som kommunen varje mandatperiod ska anta enligt 2 § lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar. Kommunen ska i riktlinjerna ange hur markanvisningar används för att följa det som anges i handlingsplanen för bostadsförsörjningen, bl.a. i fråga om behovet av tillskott av bostäder. Beträffande krav på innehåll i handlingsplanen, se kommentaren till 2 § lagen om kommunernas bostadsförsörjningsansvar.

Övervägandena finns i avsnitt 5.6 jfr prop. 2013/14:126.

8.5 Förslaget till förordning om kommuners skyldighet att ställa hyresgaranti

1 § *Denna förordning innehåller bestämmelser om skyldighet för kommuner att bistå enskilda hushåll genom att ställa säkerhet för att ett avtal om hyra av en bostadslägenhet fullgörs (hyresgaranti).*

Förordningen är meddelad med stöd av 11 § lagen (2000:1383) om kommunernas bostadsförsörjningsansvar.

Paragrafens *första stycke* innehåller förordningens tillämpningsområde och en förklaring av vad ordet hyresgaranti betyder i förordningen.

Andra stycket innehåller en upplysning om var det framgår att riksdagen gett regeringen bemyndigande att besluta en förordning med detta innehåll.

Övervägandena finns i avsnitt 3.3.

2 § *En kommun ska ställa hyresgaranti om*

1. det behövs för att ett enskilt hushåll ska få en permanentbostad med hyresrätt med rätt till förlängning,

2. det i hushållet finns barn i den mening som avses i 96 kap. 4, 5 eller 5 a § socialförsäkringsbalken,

3. hushållets behov av en permanentbostad inte kan tillgodoses på annat sätt,

4. den eller de som ska ingå det hyresavtal som hyresgarantin avser är bosatta i kommunen, och

5. bostaden finns i kommunen.

Paragrafen innehåller skyldigheten för kommuner att ställa en hyresgaranti till barnfamiljer som är i behov av bostad och som saknar möjlighet att på egen hand skaffa en bostad.

Bestämmelsen skiljer sig från 2 kap. 6 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter bl.a. genom att där endast anges att kommunen har befogenhet, och alltså kan välja, att ställa säkerhet till enskilda hushåll för anskaffande av en permanentbostad med hyresrätt. Även om det nu införs en skyldighet att i vissa fall ställa säkerhet inskränks inte kommunens befogenheter på området. Det står alltså även i fortsättningen kommunen fritt att ställa säkerhet även i andra fall än de som omfattas av obligatoriskt krav genom här aktuell bestämmelse. Även om bestämmelserna skiljer sig åt överensstämmer vissa rekvisit med bestämmelsen i lagen om vissa kommunala befogenheter. I dessa delar är befintliga förarbeten till lagen om vissa kommunala befogenheter fortsatt tillämpliga, jfr. prop. 2006/07:61 s. 21–23 och 27 samt prop. 2008/09:21 s. 83 och 96.

I *första stycket* anges i punkterna 1–5 de rekvisit som ska vara uppfyllda för att skyldigheten för kommunen att lämna en hyresgaranti ska inträda.

Punkt 1 innehåller det grundläggande rekvisitet att hushållet ska vara i behov av en bostad. Det ska i första hand avse en för hushållet ny bostad i form av en hyresrätt med rätt till förlängning. Att hyresrätten ska vara förenad med en rätt till förlängning innebär att kontraktet inte får innehålla någon tidsbegränsning. Skyldigheten att ställa hyresgaranti omfattar inte hyresavtal för befintlig bostad. Däremot skulle det kunna handla om situationer då ett tidsbegränsat hyresavtal ersätts av ett hyresavtal med rätt till förlängning. Det skulle t.ex. kunna vara fallet om man i hushållet får ta över ett tidigare socialt kontrakt, och att detta kontrakt i samband därmed ändras till ett hyreskontrakt med rätt till förlängning.

Punkt 2 innebär att det ska vara fråga om en barnfamilj, dvs. ett hushåll med hemmavarande barn eller barn som bor växelvis. De hushåll som avses är desamma som har rätt till bostadsbidrag enligt 96 kap. 4, 5 eller 5 a § socialförsäkringsbalken.

Punkt 3 innebär att det ska göras en bedömning i det enskilda fallet av att hushållets behov av en permanentbostad inte kan tillgodoses på något annat sätt än genom att kommunen ställer säkerhet genom hyresgaranti. Bedömningen ska alltså resultera i att hushållet är i behov av en hyresgaranti för att kunna etablera sig på bostadsmarknaden. Därigenom tillgodoses den s.k. likställighetsprincipens krav på att stöd till enskilda ska lämnas efter en individuell behovsprövning, jfr 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725). Vad som avses med permanentbostad överensstämmer med tillämpningen i 101 kap. 7 § socialförsäkringsbalken. Det ska alltså vara fråga om den bostad där hushållet har sitt huvudsakliga boende.

Punkt 4 innehåller rekvisitet att den eller de i hushållet som ska ingå det hyreskontrakt som hyresgarantin ska ställas för ska vara bosatta i

kommunen. Bosättningsbegreppet ska används på samma sätt som i 2 a kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453).

Punkt 5 innebär att skyldigheten att ställa hyresgaranti endast avser bostäder som är belägna i kommunen.

Övervägandena finns i avsnitt 3.3.

3 § *En hyresgaranti ska ställas för minst sex månadshyror och gälla under minst två år.*

I paragrafen anges att en hyresgaranti enligt 2 § ska ställas för minst sex månadshyror och gälla under två år. Om rekvisiten i första stycket är uppfyllda, och det därmed finns en skyldighet för kommunen att ställa säkerhet genom en hyresgaranti, uppställs kravet att garantin ska ha den omfattning som anges i denna paragraf.

Övervägandena finns i avsnitt 3.3

4 § *En hyresgaranti inskränker inte de skyldigheter som en kommun har enligt socialtjänstlagen (2001:453).*

Paragrafen motsvarar 1 kap. 4 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. I paragrafen tydliggörs att en kommuns skyldighet att ge bistånd till enskildas boende enligt socialtjänstlagen inte inskränks genom att kommunen lämnar stöd till enskilda enligt denna förordning. Det innebär att när en behovsbedömning görs enligt socialtjänstlagen kan det inte anses att en enskilds behov tillgodoses genom att kommunen lämnar en hyresgaranti enligt denna förordning. Paragrafen har samma innebörd som i lagen om vissa kommunala befogenheter och förarbeten till den lagen är giltiga även i fråga om förevarande paragraf, se prop. 2006/07:61 och 2008/09:21.

Övervägandena finns i avsnitt 3.3.

5 § *Om kommunen avser att ställa en hyresgaranti som vid ett infriande kan medföra ett krav på återbetalning från hyresgästen (regresskrav), ska kommunen informera hushållet om detta innan hyresgarantin ställs.*

Paragrafen innehåller en skyldighet för kommunen att upplysa den som ingår ett hyresavtal som omfattas av en hyresgaranti om att denne blir återbetalningsskyldig mot kommunen om garantin infrias och kommunen tvingas betala hyran. Att det råder en regressrätt om någon på grund av reglering i författning eller enligt avtal betalar någon annans skuld följer av allmänna rättsprinciper.

Övervägandena finns i avsnitt 3.3.

6 § *I 40 § förvaltningslagen (2017:900) finns bestämmelser om överklagande till allmän förvaltningsdomstol.*

Paragrafen innehåller en upplysning om att det i förvaltningslagen finns bestämmelser om rätt att överklaga beslut om hyresgarantier till allmän förvaltningsdomstol.

Övervägandena finns i avsnitt 3.3.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2024-03-13

Individ- och familjenämnden

Diarienr: IFN-2024/00111-3

Remiss: Narkotikautredningen - Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus 2023:62, S2024/00085

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden yttrar sig till strategisk utveckling i enlighet med nedanstående ärendebeskrivning.

Ärendebeskrivning

Narkotikautredningen harmoniserar med samsjuklighetsutredningen förslag att lägga ansvaret för beroendevården på en huvudman. Narkotikautredningens tonvikt ligger på skadereducerande och förebyggande perspektiv. Här lyfts särskilt LARO fram som behandlingsmetod, för övriga metoder betonas vikten av följsamhet till Socialstyrelsens riktlinjer. Andra perspektiv som lyfts fram är stöd till barn, unga och vuxna som anhöriga.

Beslutsunderlag

Slutbetänkande Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus SOU 2023:62 med tillhörande remissmissiv.

Beredningsansvariga

Mats Omgren

Beslutet ska skickas till

Strategisk utveckling

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Mats Omgren
Enhetschef

Vi kan bättre!

Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus

Slutbetänkande av Narkotikautredningen

Stockholm 2023

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2023:62

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Omslagsbild: Karin Petrusson
Bildbearbetning: Agneta S Öberg
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2023

ISBN 978-91-525-0732-2 (tryck)
ISBN 978-91-525-0733-9 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Jakob Forssmed

Regeringen beslutade den 24 mars 2022 att uppdra åt en särskild utredare att föreslå hur en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kan kombineras med ett effektivt narkotikaförebyggande arbete, en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering samt insatser för att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar (Dir. 2022:24). Utredningen fick också i uppdrag att lämna en delredovisning senast den 14 oktober 2022 där utredningen ombetts analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt vid behov lämna författningsförslag för hur det bör regleras. Utredningen överlämnade i oktober 2022 delbetänkandet *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg* (SOU 2022:54).

Den 24 mars 2022 förordnades Thomas Lindén, avdelningschef vid Socialstyrelsen, Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården, som särskild utredare.

Den 20 juni 2022 förordnades följande personer som sakkunniga att bistå utredningen: Departementssekreterare Kalle Brandstedt, kansliråd Sophia Busk, ämnesråd Linda Mohlin, kansliråd Anders Persson, kansliråd Annika Remaeus och ämnesråd Helena Rosén. Samma dag förordnades som experter: Undervisningsråd Annika Berggren, tf. verksamhetsdirektör Birgitta Dahlberg, socialrättsjurist Monica Engström, ordförande Inger Forsgren, enhetschef Thomas Hvitfeldt, överläkare Sahar Janfada-Baloo, enhetschef Martin Lardén, specialistpsykolog och verksamhetssamordnare Johannes Lundell, handläggare Mikael Malm, utvecklingsledare Jonas Melinder, handläggare Zophia Mellgren, inspektör Ulf Modin, förbundsordförande Sofia Rydgren Stale, enhetschef Joakim Strandberg, medicinskt sakkunnig Pontus Strålin, enhetschef Marcus Sverdén och utredare Lena Thunander Sundbom.

Den 29 september 2022 entledigades Kalle Brandstedt från uppdraget och ersattes med kanslirådet Hanna M Eriksson som sakkunnig i utredningen. Den 17 november 2022 förordnandes psykiatrisjuksköterskan Elisabeth Berglind som expert i utredningen. Den 22 december 2022 entledigades förbundsordföranden Sofia Rydgren Stale som expert i utredningen och i stället förordnades förbundsledamoten Hanna Kataoka som expert i utredningen. Den 17 februari 2023 entledigades undervisningsråd Annika Berggren som expert i utredningen och i stället förordnandes undervisningsråd Katja Saado. Samma dag entledigades även kansliråd Annika Remaeus som sakkunnig i utredningen och i stället förordnades departementssekreterare Axelina Hedenskog som sakkunnig i utredningen. Den 18 april 2023 entledigades enhetschefen Marcus Sverdén som expert i utredningen och i stället förordnades handläggare Mona Eriksson.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 2 maj 2022 utredare Lina Pastorek. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 juni 2022 utredare Martin Lindblom och utredare Helena Löfgren först på deltid men från den 1 augusti 2022 på heltid. Den 13 juni 2022 anställdes juristen Anne Terdén som sekreterare i utredningen. Anne Terdén entledigades som sekreterare i utredningen den 31 januari 2023. Den 21 november 2022 till den 30 september 2023 anställdes Linnea Kronosjö som assistent i utredningen. Den 2 februari 2023 anställdes departementssekreterare Linda Hindberg som sekreterare i utredningen. Den 1 mars 2023 till 30 september 2023 anställdes juristen Hanna Jarvad som sekreterare i utredningen.

Utredningen har utsett en vetenskaplig referensgrupp som har bistått utredningen i arbetet. Den vetenskapliga referensgruppen har bestått av docent Mats Anderberg, professor Anne Berman, docent Disa Dahlman, professor Johan Franck, professor Markus Heilig, professor Björn Johnson, docent Moa Kindström Dahlin, med. dr. Martin Kåberg, fil. dr. Håkan Leifman, professor Lena Lundgren och professor Anette Skårner.

Vi vill tacka alla experter, forskare, medarbetare, verksamhetsföreträdare och organisationer som har bidragit med kunskap och erfarenhet. Vi vill särskilt också rikta ett tack till företrädare och representanter för det civila samhället liksom alla personer med egen erfarenhet av att använda narkotika eller med skadligt bruk eller beroende av narkotika och deras anhöriga som bidragit till utredningens arbete. Vidare vill vi tacka Björn Dahlborn för språkgranskning

av betänkandet. Även om många bidragit i arbetet ansvarar den särskilde utredaren ensam för innehållet.

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus* (SOU 2023:62). Utredningens uppdrag är därmed slutfört. En översättning till engelska av utredningen sammanfattning finns tillgänglig på www.sou.gov.se.

Stockholm i oktober 2023

Thomas Lindén

/ Lina Pastorek
Martin Lindblom
Helena Löfgren
Linda Hindberg

Innehåll

Använda förkortningar och begrepp 19

Sammanfattning 23

1 Författningsförslag 49

1.1 Förslag till lag om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården 49

1.2 Lagen (2009:366) om handel av läkemedel 55

1.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) 56

1.4 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 58

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler 60

1.6 Förslag till lag om ändring i fängelselagen (2010:610) 63

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler 65

2 Om uppdraget och dess genomförande 67

2.1 Direktiv 67

2.2 Hur betänkandet kan läsas 68

2.3 Språkbruk och begrepp 69

2.4 Avgränsningar i förhållande till pågående regeringsuppdrag och utredningar 69

2.5 Kunskapsinhämtning..... 70

3 Bakgrunden till en narkotikautredning som omfattar nutida och framtida utmaningar 77

3.1 Varför behövs en utredning om narkotikapolitiken? 77

3.2 En föränderlig omvärld och nya narkotikapolitiska utmaningar 80

3.3 Vilka andra nationella narkotikapolitiska initiativ med fokus på hälsa har tidigare genomförts i Sverige?..... 94

3.4 En människorättsbaserad narkotikapolitik – vad innebär det? 98

3.5 Sammanfattning av utredningens bakgrund 101

4 Användningen av narkotika i Sverige 103

4.1 Sammanfattningsvis en stor tillgång till narkotika och något ökad användning 103

4.2 Sannolikt betydande mörkertal i narkotikarapporteringen 104

4.3 Andelen av befolkningen som någon gång använt narkotika har ökat sedan 2014 105

4.4 Svårt att skatta hur många som har skadligt bruk eller beroende..... 111

4.5 Cannabis vanligast bland regelbundna användare 111

4.6 Lägre användning än i många andra länder 112

4.7 Ökad tillgång till narkotika i Sverige..... 114

4.8 Samsjuklighet är vanlig..... 115

4.9 Sämre hälsa bland dem som använder narkotika 115

5 Utgångspunkter för en kunskapsbaserad narkotikapolitik 117

5.1 En kunskapsbaserad narkotikapolitik – vad innebär det?... 117

5.2 Nationell kunskapsstyrning ger stöd, struktur och enhetlighet 133

6 Vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende – en kartläggning 143

6.1 Sammanfattning av kapitlet 143

6.2 Övergripande resultat där vård och stöd spelar roll..... 147

6.3 Vård och stöd är ett delat ansvar..... 155

6.4 Individ- och familjeomsorgen bär störst kostnader 157

6.5 Verksamhet hos kommunerna och Statens institutionsstyrelse..... 158

6.6 Regionernas verksamhet..... 169

6.7 Kriminalvården..... 188

6.8 Behandlingsmetoder och insatser i kommuner och regioner 189

6.9 Vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende med fokus på barn och unga..... 194

6.10 Skadereducerande insatser..... 200

7 Målgruppens behov och erfarenheter som underlag för analys och förslag 205

7.1 Metodiken kring målbilder och det samlade resultatet..... 205

7.2 Tidig hjälp och stöd för att förebygga användning av narkotika 211

7.3 Återkommande information och lättillgänglig vård och stöd när jag själv är motiverad..... 212

7.4 Tillgång till behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig ... 213

7.5 Stöd och vård som hänger ihop som en helhet och uppföljning och fortsatt stöd efter avslutade insatser ... 214

7.6 Att bli välkomnad till stöd och vård och få hjälp trots återfall eller fortsatt användning av narkotika ... 215

7.7 Bli lyssnad på, behandlad med respekt och fokus på att bli stärkt i min egen förmåga ... 216

7.8 Boende, en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang och sysselsättning ... 217

7.9 Tillitsfulla relationer och långvariga kontakter inom vård, stöd och behandling ... 217

7.10 Att vård- och stödaktörer lyssnar på, involverar och ger stöd till anhöriga ... 218

8 Barriärer mot att söka vård och stöd ... 221

8.1 Svårt att förstå vart man ska vända sig enligt dem som använder narkotika ... 221

8.2 Många med skadligt bruk eller beroende avstår från att söka vård och stöd ... 222

8.3 Stigma, diskriminering, misstro mot myndigheter är viktiga orsaker enligt studier ... 227

9 Narkotikastrafflagen ... 241

9.1 Gällande rätt för hälso- och sjukvård samt socialtjänst beskrivs inte här ... 242

9.2 Narkotikastrafflagen – en specialstraffrättslig reglering ... 242

9.3 Brott enligt narkotikastrafflagen ... 243

9.4 Vad innebär de olika gärningarna i 1 § 1 st. narkotikastrafflagen ... 244

9.5 Straffskalorna för narkotikabrott ... 246

9.6 Internationella konventioner 247
9.7 Kriminaliseringen av innehav och eget bruk – historik 249

10 Rättsprocessen – de olika aktörernas ansvar samt statistik för narkotikabrott 257
10.1 Polismyndighetens uppgifter 258
10.2 Åklagarens uppgifter 263
10.3 Domstolens arbete och påföljdsbestämning 265
10.4 Statistik för narkotikabrott 272
10.5 Kriminalvårdens insatser 275
10.6 Rättspsykiatrisk vård 280
10.7 Samverkan mellan myndigheter vid villkorlig frigivning 282
10.8 Särskilda regler för unga 283

11 Analys av andra länders erfarenheter av klassificering av nya psykoaktiva substanser (NPS) 295
11.1 Kort information om vad nya psykoaktiva substanser (NPS) är och hur generisk klassificering fungerar 296
11.2 Sammanfattning av andra länders erfarenheter av generisk reglering 302

12 Analys inom området skadereducering och en internationell utblick 315
12.1 Vad är skadereducering? 316
12.2 Perspektivet skadereducering i Sverige – då och nu 321
12.3 Skadereducerande insatser i Sverige 330
12.4 Skadereducering som en del av polisiärt arbete 340
12.5 Skadereducering i andra länder 340
12.6 Analys av det samlade kunskapsläget 360

12.7 Svenskt regelverk för vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende beaktar inte det skadereducerande perspektivet ... 364

12.8 Rättsliga begränsningar för brukarrum och vissa andra skadereducerande insatser ... 365

13 Dödsfall till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar i Sverige och andra länder – bakgrund och analys ... 371

13.1 Dödlighet till följd av förgiftningar med narkotika eller läkemedel i andra länder och vidtagna åtgärder ... 371

13.2 Situationen och vidtagna åtgärder i Sverige ... 385

13.3 Analys av sambandet mellan opioidförgiftningar och läkemedelsbehandling med opioider ... 396

13.4 Viktigt att eftersträva rationell användning av opioider vid somatisk behandling med opioidläkemedel ... 402

13.5 Vad har framkommit i våra dialoger om insatser mot dödlighet? ... 403

Förslag och bedömningar

14 Förslag för att stärka förutsättningarna för narkotikaförebyggande arbete ... 413

14.1 En god grund för narkotikaförebyggande arbete ... 413

14.2 Kommunerna bör i ökad grad samordna det förebyggande arbetet mellan olika sektorer ... 419

14.3 Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att ta fram kunskapsstöd i syfte att höja kvaliteten i förebyggande arbete ... 421

14.4 Satsningarna på att stärka strukturen för samverkan om tidiga insatser bör fortsätta ... 427

14.5 Prioriterade områden och utvecklingsbehov för det hälsofrämjande och narkotikaförebyggande arbetet ... 432

14.6 Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att förmedla kunskap om narkotika och hälsoeffekter 456

15 Ett särskilt program för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga 463

15.1 Regeringen ska anta ett särskilt program för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga 463

15.2 Insatser i programmet för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga 466

15.3 Länsstyrelserna ska få i uppdrag att stödja kommunerna i genomförandet av programmet 471

15.4 Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att leda och följa upp genomförandet av programmet på nationell nivå 474

16 Tillgänglig vård och stöd med god kvalitet 477

16.1 Behov av åtgärder på området vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende 477

16.2 Stöd för utveckling mot vård och stöd med bättre tillgänglighet och jämlikhet 478

16.3 En förstärkt vårdgaranti är inte lösningen för god och jämlik vård för målgruppen 480

16.4 Regeringen bör inrätta en stödlinje för personer med skadligt bruk eller beroende 483

16.5 Vården behöver organiseras så att fler snabbare kan få vård för skadligt bruk eller beroende 487

16.6 Statliga ekonomiska styrmedel ska anpassas för att stödja omhändertagandet vid skadligt bruk eller beroende 490

16.7 Vård- och stödinsatser för barns och ungas skadliga bruk eller beroende av narkotika bör förtydligas 497

16.8 Samordningen av vård- och stödverksamheter för barn och unga ska utökas 501

16.9 Socialstyrelsen bör få i uppdrag att stödja ungdomsmottagningarnas arbete för tidig upptäckt och tidiga insatser 513

16.10 Främja utvecklingen för en god och jämlik kvalitet utifrån brukarnas och patienternas behov 516

17 Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) 541

17.1 Varför ett eget kapitel om LARO? 541

17.2 LARO är både en skadereducerande insats och en behandling med rehabilitering som mål 550

17.3 Förslag och bedömningar om ökad tillgänglighet till och förbättrad kvalitet i LARO 553

18 Att säkra grundläggande data om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) på nationell nivå 575

18.1 Det saknas grundläggande uppgifter om LARO 575

18.2 Nytt hälsodataregister för LARO? 577

18.3 Obligatorisk rapportering till kvalitetsregister? 578

18.4 Kan populationen i LARO identifieras via läkemedelsregistret? 579

18.5 Populationen bör kunna identifieras genom nuvarande regelverk om rapportering till patientregistret 580

18.6 Förslag för att säkra grundläggande nationella uppgifter om LARO 585

19 Vård och stöd till anhöriga 591

19.1 Termerna anhöriga och närstående tolkas olika och insatser till målgruppen har olika syften 591

19.2 Hur påverkas anhöriga av en persons skadliga bruk eller beroende av narkotika? 592

19.3 Inriktningar för anhörigarbetet i Sverige 594
19.4 Barn som anhöriga 601
19.5 Förslag för att öka tillgänglighet och kvalitet i stöd till anhöriga 602

20 Hantering av naloxon och andra opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården 613

20.1 Bakgrund och inledning 614
20.2 Hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården ska regleras i en särskild lag 617
20.3 Syftet med en lag om hantering av opioidantagonister 628
20.4 Lagen ska gälla statliga, kommunala, enskilda och ideella verksamheter 630
20.5 Lagens tillämpningsområde och definitioner av begrepp ... 632
20.6 Administrering av läkemedel utan samtycke när det föreligger hot mot liv 636
20.7 Ansvar för rekvisition, förvaring, administrering och överlämning 637
20.8 Läkemedlet ska vara kostnadsfritt för mottagaren 639
20.9 Läkemedelsverket ska ha tillsynsansvar 639
20.10 Upprättande av och anmälan till register över verksamheterna 641
20.11 Rekvisition av läkemedel ska ske i en mängd som är proportionerlig mot behovet 643
20.12 Kostnadsfri rekvisition och statlig finansiering 644
20.13 Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter 646
20.14 Överklagande 646
20.15 Uppföljning och eventuell ytterligare kontroll 647

21 Förslag om skadereducering och lågtröskelverksamheter 649

21.1 Skadereducering är en viktig utgångspunkt för förslag och bedömningar 649

21.2 Förslag till förändring av policy och nationell vägledning 651

21.3 Justering av lagstiftning, förordningar och föreskrifter för att möjliggöra skadereducerande insatser 658

21.4 Kunskapen om skadereducering behöver stärkas 667

21.5 Vilka insatser behöver införas i Sverige? 670

22 Vård, stöd och andra insatser för personer som begått brott eller vårdas utan samtycke 677

22.1 Hur vill personer med egen erfarenhet och relevanta aktörer att systemet ska fungera? 678

22.2 Vård- och stödinsatser som en rättslig reaktion vid narkotikabrott 687

22.3 Samverkan behöver förbättras för personer som döms för narkotikabrott 705

23 Utveckling av statistiken om dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 723

23.1 Bakgrund 723

23.2 Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen ska få i uppdrag att öka tolkningsbarheten av data om substanser 730

23.3 Socialstyrelsen bör utveckla redovisningen av dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 731

23.4 Folkhälsomyndigheten, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ange hur narkotikarelaterade dödsfall ska redovisas 732

24 Ett nationellt program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar 735

24.1 Vägvalsfrågor om vad ett nationellt program ska omfatta 735

24.2 Förslag och bedömningar som bör ingå i programmet men inte behandlats i tidigare kapitel 740

24.3 Förslag om ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 746

25 Förbättrad uppföljning av vård till personer med skadligt bruk eller beroende..... 759

25.1 En uppföljningsmodell baserad på indikatorer 759

25.2 Uppföljning av naloxon..... 783

25.3 Verksamhetsspecifik uppföljning 787

26 Beräkning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende 791

26.1 Bakgrund och metoder för skattningar 791

26.2 Utredningens skattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika 795

26.3 Förslag angående framtida skattningar..... 802

27 Robusta strukturer för kunskap, forskning samt kunskapsbaserad vård, stöd och skadereducering 813

27.1 Bakgrund till ett kapitel om strukturer för kunskap och forskning 813

27.2 Nationell infrastruktur för myndigheter och huvudmän behöver stärkas..... 818

27.3 Förutsättningar för forskning inom området skadligt bruk eller beroende behöver förbättras 831

27.4 Kunskapshöjande insatser hos olika yrkesgrupper behövs ... 840

28 Konsekvensanalyser ... 853

28.1 Kostnader och samhällsekonomiska konsekvenser av våra förslag ... 854

28.2 Övriga konsekvenser och effekter ... 863

28.3 Konsekvenser av våra specifika förslag ... 875

28.4 Kostnader uppdelat på områden och aktörer ... 910

29 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 913

30 Författningskommentarer ... 915

30.1 Förslag till lag om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården ... 915

30.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel ... 929

30.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453) ... 929

30.4 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ... 931

30.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ... 934

30.6 Förslag till lag om ändring i fängelselagen (2010:610) ... 936

Referenser ... 939

Bilaga

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2022:24 ... 977

Använda förkortningar och begrepp

AA	Anonyma alkoholister
ACT	Assertive community treatment
ADAD	Adolescent Drug Abuse Diagnosis
ANDTS	Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar
ASI	Addiction Severity Index
ASSIST	The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
ATC	Anatomic Therapeutic Chemical
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BARO	Brukaranhörigas riksorganisation
BBV	Bättre Beroendevård (kvalitetsregister)
BIRK	Nationella nätverket för missbruk och beroende
BISAM	Brukarinflytandesamordnare
BrB	Brottsbalken (1962:700)
Brå	Brottsförebyggande rådet
BUP	Barn- och ungdomspsykiatrin
BVC	Barnavårdscentral
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
CBD	Cannabidiol
CDC	Centers for Disease Control
CND	United Nations Commission on Narcotic Drugs
CRAFT	Community reinforcement approach and family training
CRF	Center for Rusmiddelforskning
CRPD	Konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning
DALY	Funktionsjusterade levnadsår (eng. disability-adjusted life years)
DDD	Definierade dygnsdoser
DMT	Dimetyltryptamin
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DOI	Dödsorsaksintyg
DUDIT	Drug Use Disorders Identification Test
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (EU:s smittskyddsmyndighet)
EDPQS	European drug prevention quality standards
EKMR	Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EU:s narkotikabyrå)
ESK	Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter

EQ-5D	Instrument som mäter hälsorelaterad livskvalitet
EWS	Early Warning System
FMN	Föräldraföreningen mot narkotika
FoHM	Folkhälsomyndigheten
Forte	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
FoU	Forskning och utveckling
FREDA	Standardiserade bedömningsmetoder för att arbeta mot våld
FäL	Fängelselagen (2010:610)
GBD	Global Burden of Disease
GHB	Gammahydroxibutyrat
HBTQI	Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner samt intersexpersoner
HCV	Hepatit C-virus
HLR	Hjärt- och lungräddning
HLT	Hälsa, lärande och trygghet
HRI	Harm Reduction International
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
HVB	Hem för vård eller boende
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IFO	Individ- och familjeomsorg
IHE	Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi
IKM	Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård
INCB	International Narcotics Control Board
Inera	Kommunernas och regionernas digitaliseringsbolag med uppdrag att utveckla välfärden
IOGT-NTO	Sveriges största nykterhetsorganisation (tidigare utläst som International Organisation of Good Templars – Nationaltemplarorden)
IOP	Idéburet offentligt partnerskap
IPS	Individanpassat stöd till arbete
IQ	Fristående dotterbolag till Systembolaget
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
IVPA	I väntan på ambulans
JO	Justitieombudsmannen
KBT	Kognitiv beteendeterapi
Kolada	Kommun och landstingsdatabasen
KPP	Kostnad per patient
KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärder
LARO	Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende
LOB	Lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.
LPO	Lokalt programområde
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LSU	Lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård
LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
MDMA	3,4-metylendioximetamfetamin
MET	Motivational Enhancement Therapy
MFoF	Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd
MI	Motivational Interviewing (motiverande samtal)
MiDAS	Mikrodata för analys av socialförsäkringen
MR	Mänskliga rättigheter
MR-rådet	FN:s råd för mänskliga rättigheter
MyVA	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
MVC	Mödravårdcentral
NAD	Nordic Studies on Alcohol and Drugs
NADiS	Nätverket för den aktuella drogsituationen i Sverige
NAG	Nationell arbetsgrupp
NCK	Nationellt centrum för kvinnofrid
NDARC	National Drug and Alcohol Research Centre
NECT	Narrative Enhancement and Cognitive Therapy
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NDSHS	National Drug Strategy Household Survey (Australien)
NIDA	National Institute of Drug Abuse
Nka	Nationellt kompetenscentrum anhöriga
NOMA	Norwegian Medicines Agency (Legemiddelverket, det norska läkemedelsverket)
NPC	Narkotikapolitiskt Center
NPE	Nationell patientenkät
NPF	Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
NPO	Nationellt programområde
NPS	Nya psykoaktiva substanser
NSL	Narkotikastrafflagen (1968:64)
NSP	Needle and syringe programs
NVC	Nordens välfärdscenter
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (kontoret för FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter)
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
PAR	Patientregistret
PDU	Problem drug use
PREM	Patientrapporterade mått av upplevelser av vården (patient reported experince measures)
PRIO	Primärvård i LARO
PROM	Patientrapporterade utfallsmått (patient reported outcome measures)
PSL	Patientsäkerhetslagen (2010:659)
QALY	Kvalitetsjusterat levnadsår

RB	Rättegångsbalken (1942:740)
RCT	Randomiserad kontrollerad studie
RFMA	Riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk
RFSL	Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter
RFA	Rådet för främjande av kommunala analyser
RPO	Regionalt programområde
RMV	Rättsmedicinalverket
RSMH	Riksförbundet social och mental hälsa
SAMS	Samverkan socialtjänst skola
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
SCB	Sveriges officiella statistikmyndighet (tidigare utläst som Statistiska Centralbyrån)
SERAF	Senter for rus- og avhengighetsforskning
SFB	Socialförsäkringsbalken (2010:110)
SIG	Sociala Insatsgrupper
SIMSAM	Swedish Initiative for Research on Microdata in the Social And Medical Sciences
SIP	Samordnad individuell plan(ering)
SiS	Statens institutionsstyrelse
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
SMADIT	Samverkan mot alkohol och droger i trafiken
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SORAD	Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning
SPOT	Specialistpsykiatriska omvårdnadsteam
SSPF	Skola, socialtjänst, polis och fritid
STAD	Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem
SUP	Särskild utskrivningsprövning
SÄBO	Särskilt boende för äldre
THC	Tetrahydrocannabinol
TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
TSI	Tidiga samordnade insatser
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (FN:s program för bekämpande av aids)
UngDOK	Bedömningsmetod för ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime (FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott)
VIP	Vård- och insatsprogram
VSL	Värdet för ett statistiskt liv
VSN	Varningssystem Narkotika
WHO	World Health Organization (FN:s världshälsoorganisation)
ÅP	Återfallsprevention
ÖPT	Öppen psykiatrisk tvångsvård

Sammanfattning

I följande avsnitt ges en beskrivning av kunskapsområdet tillsammans med en sammanfattning av förslagen och bakgrunden till dem.

Vad är narkotika?

Narkotika är ett sammanfattande begrepp för naturliga eller syntetiska kemiska substanser med förmåga att genom effekter på det centrala nervsystemet påverka sinnesintryck, stämningsläge eller beteende som att orsaka sömn, skapa hallucinationer eller ta bort smärta. Narkotika har sedan urminnes tider använts till exempel för berusning eller prestationshöjning. Förmågan att ändra sinnesintryck eller skapa hallucinationer har använts i religiösa riter, och förmågan att orsaka sömn och ta bort smärta har sedan länge gjort narkotika till en central komponent i medicinsk verksamhet.

Narkotika har negativa effekter även utanför den person som själv använder narkotika. De rör allt från personens närmaste omgivning till konflikter mellan nationer. När en persons intresse och upptagenhet flyttas från tidigare fokus, exempelvis på familj och anhöriga, jobb och fritidsintressen till narkotika, blir relationen till de närmaste lidande. Tillgång till narkotika prioriteras ofta framför att sköta arbete, bostad och ansvar gentemot barn och övrig familj. Staten förlorar arbetskraft och skatteintäkter när personen inte kan arbeta, och ofta går den som utvecklat beroende in i social utsatthet och kriminalitet, eller utför sex mot ersättning för att kunna finansiera narkotikaanvändningen. När världens stater förbjuder narkotika, uppstår möjligheter till lönsam organiserad brottslighet i att illegalt förse användare med narkotika, vilket medför ytterligare våld och annan kriminalitet.

Vi har emellertid inte haft i uppgift att utvärdera narkotikapolitiken i hela dess bredd och våra förslag har fokus på liv och hälsa. Vi

lämnar därför inte förslag på hur narkotikabrott eller narkotikarelaterad brottslighet bör hanteras.

Vad är beroende?

Beroende är ett biopsykosocialt tillstånd. Upprepad användning av narkotika leder till toleransutveckling, vilket innebär att det successivt behövs större och tätare intag för att nå den eftertraktade effekten, eller att den uteblir helt.

Ett fysiskt beroende innebär att kroppen efter hand kräver substansen för att fungera normalt, och personen drabbas av exempelvis kraftig ångest, svettningar och skakningar om substansen saknas. Ett psykologiskt beroende innebär att en allt större del av personens tankeverksamhet och aktivitet kretsar kring substansen, att mer tid tillbringas i situationer där tillgång finns och personen blir alltmer upptagen med att säkerställa ständig tillgång till substansen.

Ett beroende kan vara svårt att bryta, ibland till synes omöjligt. Men flera psykologiska och farmakologiska metoder har utvecklats för att underlätta att komma ur ett beroende, och många blir hjälpta när dessa metoder och insatser finns tillgängliga.

Internationella systemeffekter av narkotika

Narkotika har spelat roll i internationella relationer, historiskt kanske tydligast i opiumkrigen mellan Storbritannien och Kina på 1800-talet. I modern tid har till exempel inbördeskrig i Colombia och krigen i Afghanistan till stor del narkotika som förklaringsfaktor, och narkotikaproblemet globalt är i dag i högsta grad internationellt.

För att hantera problemet finns FN:s narkotikakonventioner, som Sverige förbundit sig att följa och som i syfte att skydda hälsan förbjuder all olaglig försäljning och handel med narkotika. Såväl FN (FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott, UNODC) som EU (EU:s narkotikabyrå, EMCDDA) har i dag organisationer som ska både bekämpa den kriminalitet som är associerad med narkotika och stimulera utvecklingen av preventiva insatser samt stöd- och behandlingsformer, inklusive skadereducering.

Varför ska vi ta hand om varandra?

Grundidén i ett välfärdssamhälle är att alla medborgare ingår i en gemenskap där vi har ansvar, i någon mån, för att ta hand om varandra. Olika filosofiska perspektiv har samverkat i att forma tanken om den välfärdsgemenskap där samhället som helhet tar ansvar för att främja människors välbefinnande, minska ojämlikheter och skydda de mest sårbara. Det finns emellertid inte någon enskild teori eller filosofisk tradition som ensam definierar välfärdssamhällets idégrund, utan snarare är det en kombination av olika idéer och värderingar som har format detta koncept.

Filosofer som Thomas Hobbes, John Locke och Jean-Jacques Rousseau bidrog till utvecklingen av idéer om samhällskontrakt och socialt kontrakt. Dessa teorier betonar att individer kommer samman och bildar samhällen för att skydda sina rättigheter och skapa säkerhet. Samhället har ett ansvar för att garantera sina medborgares välfärd och trygghet.

Den kristna etiken betonar vikten av kärlek till sin nästa och omsorg om de behövande. Koncept som barmhärtighet och välgörenhet har influerat idén om det kollektiva ansvaret för att hjälpa och stödja de svagaste i samhället. Martin Buber betonar till exempel vikten av relationer och solidaritet mellan människor, vilket understryker behovet av att se varandra som medmänniskor och att ta ansvar för varandras välbefinnande.

Inom liberala tankeskolor, som exempelvis *justice as fairness* av John Rawls, argumenteras för att samhället bör utformas på ett sätt som gynnar dem som har det sämst ställt. Detta kan tolkas som att ett välfärdssamhälle bör sträva efter att minska ekonomiska och sociala klyftor för att uppnå en mer jämlik fördelning av tillgångarna.

Principen om alla medborgares likhet inför lagen slogs fast redan i 1809 års regeringsform, och finns senare uttryckt även i FN:s deklaration om de mänskliga rättigheterna. Detta har senare fördjupats i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (CRPD), Europeiska unionens stadga och Europakonventionen. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) uttrycker i sin portalparagraf:

> Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.[1]

[1] 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Detta avspeglar den av riksdagen antagna etiska plattformen för hälso- och sjukvård, där *människovärdesprincipen* inskärper att alla människor är lika mycket värda och har rätt till vård oavsett ålder, kön, utbildning, social eller ekonomisk ställning. Därefter stadgar *behovs- och solidaritetsprinciperna* i HSL att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Hur många använder narkotika?

Även om narkotikaanvändningen är mindre i Sverige än i de flesta andra europeiska länder (hälften) eller USA (en fjärdedel), är det ändå mellan en halv och en miljon svenskar som någon gång det senaste året använt narkotika. De exakta siffrorna varierar från år till år och beroende på hur man undersöker, men i stort har – trots flera kampanjer, åtgärdsplaner och mobiliseringar mot narkotika som vi redogör för i följande kapitel – antalet inte kunnat minskas de senaste tjugo åren. I åldrarna 30–44 år har andelen som använder narkotika dessutom ökat.

Användningen av flera substanser samtidigt har ökat, nya syntetiska narkotiska preparat tillkommer ständigt och substanserna har blivit mer potenta. Pojkar/män använder oftare än flickor/kvinnor och är också i majoritet för de insatser som ges vid skadligt bruk eller beroende. Särskilt psykisk ohälsa, men även annan sjukdom, är betydligt vanligare bland dem som använder och mer omfattande ju större eller mer frekvent användningen är.

Stigma och barriärer mot vård och stöd

Forskning har identifierat flera faktorer som barriärer mot att söka vård och stöd inom olika typer av verksamheter, såsom negativa attityder hos vårdpersonal, stigma eller strukturella hinder som diskriminering. Övergripande kan främjande respektive hindrande faktorer delas in i tre nivåer:

- individuell (motivation)
- social (stigma och stöd från närstående och vård- och stödpersonal)
- strukturell (juridiska hinder och policybegränsningar, som höga avgifter, otillräcklig tillgång och långa väntetider, otillräcklig utbildning hos behandlingsteam samt osund ledningskultur).

För att främja vård- och stödmottagande och minska stigma behövs långsiktiga strategier. Det kan ske genom förbättrad tillgång till behandling, förebyggande av stigma och diskriminering samt information och utbildning.

Vi kan bättre!

I betänkandet beskriver vi utvecklingen av gällande rätt på narkotikaområdet från 1960-talet och framåt, liksom rättsprocessen vid narkotikabrott och de olika aktörernas ansvar och roll, med fokus på ringa narkotikabrott.

Vi kan konstatera att principer, fastslagna i rikets lagar och med förpliktelser i internationella konventioner samt i filosofiska och moraliska ramverk, inte följs vad gäller vård, stöd och skadereducering till personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vi berättar mer om det i betänkandets följande kapitel, och lämnar också bedömningar och förslag för att komma till rätta med de största åtgärdbara bristerna. Vi kan bättre – låt oss göra det bättre!

Våra analyser, förslag och bedömningar

Nedan redovisas vad våra förslag och bedömningar syftar till på olika områden, tillsammans med en kort bakgrund. Ett urval av förslag och bedömningar redovisas här översiktligt; för en komplett och precis beskrivning hänvisas till betänkandets olika kapitel. De riktar sig till regeringen, myndigheter, kommun och region.

Eftersom samhällets resurser är begränsade och tillståndet innebär ett allvarligt hot mot liv och hälsa, är det extra viktigt att såväl preventiva åtgärder som stöd, behandling och skadereducering är kunskapsbaserade och effektiva. Utredningens förslag har särskilt beaktat detta perspektiv.

Hög dödlighet vid skadligt bruk eller beroende av narkotika

Den allvarligaste och mest påtagliga konsekvensen av narkotikaanvändning är för tidig död genom oavsiktlig förgiftning eller suicid. Sverige har en mindre användning av narkotika än jämförbara länder, men en hög dödlighet. Under tioårsperioden fram till 2022 avled knappt 900 personer per år vilket är en ökning av antalet individer. Uttryckt som andel i befolkningen som avled var andelen dock i princip oförändrad under perioden: 8 per 100 000 invånare eftersom befolkningen ökat under samma period.

Ett av de tydligaste uppdragen i våra direktiv är att analysera denna dödlighet och orsakerna till den. Det är svårt, eftersom hela samhällsstrukturen spelar in och både kontext och förutsättningar varierar stort mellan länder. I tillägg finns stora skillnader i klassificering och insamling av statistik kring dödsfall, även om både UNODC och EMCDDA försöker standardisera rapporteringen. Däremot finns likheter i olika länders strategier för att få ner dödligheten. De bygger på kombinationer av naloxon, LARO, lågtröskelmottagningar, sprututbyten, brukarrum och *drug checking*, förutom olika modeller för information och kommunikation.

I länder där eget bruk av narkotika är kriminaliserat har man försökt på olika sätt att göra undantag för straffansvar då personer larmat eller hjälpt till i nödsituationer. Dessa brukar benämnas barmhärtigsamarit-undantag. Mycket uppmärksamhet har riktats mot Portugal, som med olika åtgärder, bland annat genom att ersätta straff med behovsbedömningar av vård och stöd, lyckades få ner en hög dödlighet orsakad av narkotika. Men nu ser man en ökad dödlighet igen när finansiering för flera av insatserna dragits tillbaka. I Estland ses en liknande utveckling.

En djupare analys av dödligheten, inklusive svårigheten att skilja avsiktlig från oavsiktlig förgiftning och att hitta orsaker till förändringar under perioden, finns i ett särskilt kapitel i betänkandet. Vi berör särskilt brister i förskrivning och uppföljning av opioider inom hälso- och sjukvården.

En viktig och högt prioriterad insats är att se till att motgiftet naloxon finns tillgängligt där oavsiktliga förgiftningar kan förväntas. Naloxon ges som injektion eller nässprej och upphäver snabbt blockeringen av andningscentrum. Det har därmed potential att förhindra död i den situationen, förutsatt att det finns tillgängligt.

Vi har i vårt delbetänkande *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg* konstaterat att naloxon inte på långt när finns i alla de situationer där chansen är störst att det skulle rädda liv, och att tillgängligheten bör öka.

I USA gjordes nyligen naloxon receptfritt. Läkemedelsverket utredde förra året möjligheten till det även i Sverige. Då det enligt den myndighetens bedömning inte var möjligt att åstadkomma det inom nuvarande regelverk, lägger vi lagförslag som innebär att naloxon kan bli mer tillgängligt.

Här kan man reflektera över jämförelsen med samhällets mobilisering för att placera ut hjärtstartare överallt, för att inte missa chansen att rädda ett liv. Det är svårt att inte se stigma kopplat till skadligt bruk eller beroende av narkotika som en faktor bakom att samma engagemang inte funnits för att ännu enklare kunna rädda liv med en nässprej.

För att parera ett allt snabbare införande av nya psykoaktiva substanser, ibland benämnda nätdroger, behövs kontinuerligt uppdaterad kunskap om vilka substanser som förekommer på marknaden, tillsammans med snabba processer för kemisk och juridisk klassifikation av dem. Detta är en utmaning, och myndigheterna ligger närmast definitionsmässigt efter i arbetet, då en liten förändring av en molekyl kan ge substansen en likartad effekt, men utredning och klassifikation måste göras på nytt. Flera länder har infört generisk klassificering där substanser regleras på gruppnivå. Vi har gjort en översikt av problemet och dess hantering i Sverige och internationellt, och drar slutsatsen att dagens system fungerar tillräckligt väl för att inte fördelarna med en förändring ska uppväga nackdelarna.

Regeringen uppmanas att

- anta ett program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar samt komplettera regeringens vision med en konkret målsättning om att dödligheten ska ha minskat med minst 20 procent från 2022 års nivå fem år efter införandet av programmet.
- uppdra åt Socialstyrelsen att analysera utvecklingen och situationen samt att leda genomförandet av och uppföljningen av ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar.

- anta en särskild lag om hantering av läkemedel utanför hälso- och sjukvården som verkar som opioidantagonister. Därmed skulle även personer utanför hälso- och sjukvården kunna överlämna naloxon och administrera det i en akut situation.
- uppdra åt Socialstyrelsen att utreda hur dödsfallsutredningar inom området kan utformas för att på sikt stärka kunskapen om vilka insatser som bör vidtas för att minska förgiftningsdödsfall till följd av narkotika eller läkemedel.

Regionerna uppmanas att

- intensifiera arbetet med att förskriva naloxon till personer som använder narkotika eller har recept på opioidläkemedel.

Förebyggande insatser

Inte alla som provar narkotika utvecklar ett skadligt bruk eller beroende, men alla drabbas av de direkta negativa effekterna och ingen kan på förhand veta om man själv kommer att utveckla ett skadligt bruk eller beroende eller inte. En verkningsfull prevention måste därför vara en hörnsten i en effektiv narkotikapolicy. Så få som möjligt ska börja använda narkotika, och de som gjort det ska förmås sluta innan ett beroende har utvecklats. Samhällets insatser för att minska tillgången till narkotika bidrar också till detta.

Erfarenheterna från alkoholområdet tyder på att tillgångsbegränsning har effekt för att minska utvecklingen av skadligt bruk eller beroende. Men tillgången till narkotika är, trots försök att begränsa, god överallt i Sverige. Begränsning av tillgång kan inte vara den enda strategin i preventionen. Insatser måste också göras för att stärka individen i att stå emot lockelsen att börja använda.

Så länge preventionen inte är helt effektiv, måste den också kompletteras med effektiva åtgärder för att rehabilitera, stötta och minska de skadliga effekterna av skadligt bruk eller beroende. Narkotikaberoende är ett allvarligt och dödligt tillstånd, så flera och upprepade insatser måste finnas för att värna liv och hälsa. Mycket som i dag görs saknar evidens för effekt eller är till och med bevisat ineffektivt,

vilket alltid är slöseri med resurser men ibland också kan vara direkt skadligt. Ineffektiva metoder måste utmönstras!

Det förebyggande arbetet ska för att ha effekt vara brett och anpassat för personer med olika grad av narkotikaanvändning, med olika typer av insatser beroende på om det handlar om att

- förhindra att barn och unga kommer i kontakt med och prövar narkotika
- skjuta upp debuten
- minska användningen
- minska skadligt bruk eller beroende
- minska de skador på hälsan som användningen leder till.

Forskning om orsaker till att börja använda narkotika är svår att genomföra, men den forskning som finns pekar på att insatser bör syfta till att motverka en bräcklig situation, socioekonomiskt eller i familjen, stötta lärande i skolan, särskilt fokusera på dem som har psykisk ohälsa, inklusive beroendesjukdom, i sin närhet och kombinera universella, selektiva och indikerade preventiva åtgärder.

UNODC har publicerat *International Standards for Prevention* som vetenskaplig bas för det förebyggande området. Även EMCDDA sammanställer regelbundet kunskap om utvärderade metoder inom det narkotikaförebyggande området och redovisar evidensläget.

Befintlig organisation på nationell, regional och lokal nivå inom ANDTS[2]-området har genererat mycket kunskap som efter hand utvecklat området. Flertalet kommuner har i dag samordnare för ANDTS-arbetet, och i varje län har länsstyrelserna samordnare av det förebyggande arbetet.

De regionala samordnarna ska verka för att den nationella strategins inriktning sprids och implementeras regionalt och lokalt. Detta bedömer vi är en ändamålsenlig struktur man bör bygga vidare på. Forskningen visar på ett positivt resultat av knappt två decennier med att stötta och utveckla det lokala arbetet genom bättre strukturer på olika nivåer, utbildningar av samordnare, metodutveckling och implementeringsstöd.

[2] Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

Erfarenheter från alkoholområdet pekar på att de kommuner som haft fler insatser och mer utvecklat policyarbete, samverkan och mer resurser, har en mer gynnsam utveckling. Vår egen analys visar dock att omfattningen av det ANDT-förebyggande arbetet har minskat med en tiondel under perioden 2016–2021. Det gäller både strukturella förutsättningar och aktiviteter.

Samhällskostnaderna för narkotikarelaterade problem i Sverige beräknas vara ungefär 100 gånger större än vad vi i samhället hittills valt att spendera på det narkotikapreventiva arbetet.

Regeringen uppmanas att

- ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utifrån befintligt kunskapsläge utveckla ett målgruppsanpassat kunskapsstöd med kriterier avseende kvalitet i narkotikaförebyggande arbete samt genomföra utbildningar om kunskapsstödet på regional nivå.
- fortsätta den pågående satsningen för ökat föräldrastöd som genomförs av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. Detta för att dels utveckla en jämlik tillgång till stöd i föräldraskapet för fler föräldrar, dels aktivt verka för att fånga upp de föräldrar som har störst behov av stödet. Stödet bör kompletteras med information om hur föräldrar kan kommunicera om narkotika med sina barn.
- ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att sammanställa aktuell vetenskap om hälsoeffekter kopplade till de vanligaste narkotiska substanserna, samt att tillhandahålla en kunskapsbas som grund för olika aktörer.
- stärka det narkotikaförebyggande arbetet genom att anta ett program för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga.
- ge länsstyrelserna i uppdrag att stödja kommunerna i genomförandet av programmet, samt ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att leda genomförandet.

Regioner och kommuner uppmanas att

- prioritera samordningen av det förebyggande arbetet mellan olika områden, och skapa en stabil struktur för detta
- säkra kunskap om narkotika, risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekter i primärvården
- säkra rutiner för upptäckt, tidiga insatser och rutiner för vidareremittering i primärvården
- möjliggöra forskning och utveckling om metoder för att förebygga ogynnsam utveckling hos barn och unga
- långsiktigt stärka strukturen för arbetet med tidiga samordnade insatser till barn och unga (TSI).

Vård- och stödinsatser vid skadligt bruk eller beroende

Direkta och indirekta negativa hälsoeffekter skapar behov av insatser från hälso- och sjukvården. Ansvaret för att ge vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende delas mellan kommunernas socialtjänst, regionernas hälso- och sjukvård, Statens institutionsstyrelse (SiS) och Kriminalvården. Inom området finns också många ideella och enskilda aktörer som bedriver verksamhet.

Det svenska vård- och stödlandskapet för personer med skadligt bruk eller beroende är brett och i många delar välfungerande. Emellertid finns brister och luckor som går att täppa till och som vi berör i våra bedömningar och förslag. Nationell uppföljning inom området behöver på olika sätt förbättras.

En del av vården av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika utförs av primärvården, men volymen är svår att uppskatta eftersom det saknas ett nationellt hälsodataregister för primärvården. De senaste 20 åren har antalet patienter, läkarbesök och slutenvård i regionernas specialiserade vård ökat.

Regionernas vård för barn och unga varierar stort, och i barn- och ungdomspsykiatrins utbud finns stora skillnader mellan regioner.

Förskrivning av opioidläkemedel och bensodiazepiner bör bli mer evidensbaserad, vad gäller indikation, preparatval, mängd och överlämning, såväl som nedtrappning och utsättning.

Det är anmärkningsvärt att det fortfarande finns så stora brister vad gäller att följa rekommendationer i nationella riktlinjer i den regionala vården. Efterlevnaden behöver bli betydligt bättre och variationen över landet minska.

Personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika är också ofta socialt utsatta. Därför behövs särskilda vård- och stödinsatser till särskilt sårbara grupper. Det gäller till exempel flickor och kvinnor, hbtqi[3]-personer, klienter på anstalt eller personer som utför sex mot ersättning.

Några sätt att särskilt möta behov hos dessa grupper är att erbjuda hög tillgänglighet utan tidsbokning, att ha beroendekompetens på mödra- och barnavårdscentraler och att inte i onödan ställa krav på total drogfrihet för att få tillgång till hjälp och stöd. Mobil och uppsökande verksamhet är ett sätt att tillgodose behov hos dem som upplever höga trösklar.

Många aktörer samverkar runt samma person i olika delar av samtidiga insatser och i olika skeden i en rehabilitering eller återhämtningsprocess. Brister i samverkan och övergångar mellan skeden utgör tydliga risker för personer med skadligt bruk eller beroende.

Regeringen uppmanas att

- ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA) i uppdrag att utveckla en modell för uppföljning av vård- och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende. Förvaltning av modellen ska därefter skötas av Socialstyrelsen.
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla övergripande indikatorer, främst med fokus på hälsoutfall av vården och dess tillgänglighet för personer med skadligt bruk eller beroende.
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att bidra med ett kunskapsstöd om hur ungdomsmottagningar kan nå unga med riskbruk.
- ge lämplig aktör i uppdrag att inrätta en anonym stödlinje, samt stötta försök med digital vård för personer som använder narkotika.

[3] Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner samt intersexpersoner.

- avsätta särskilda medel inom omställningen till god och nära vård till upptäckt, tidiga insatser och effektiv samverkan mellan primärvård och specialiserad beroendevård.
- ändra i hälso- och sjukvårdslagen för att tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för att samordna vården för barn eller unga som inte fyllt 21 år när det finns ett sådant behov.
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda möjligheter att tidigt identifiera och stödja fler individer med adhd.
- ge Socialstyrelsen och Läkemedelsverket i uppdrag att stödja implementering och lärande om ändamålsenlig förskrivning av narkotikaklassade läkemedel.
- ge Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att utreda mindre förpackningsstorlekar av narkotikaklassade läkemedel.

Regioner och kommuner uppmanas att

- inom sina verksamheter tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för att behandla barns och ungas skadliga bruk eller beroende av narkotika, särskilt barn- och ungdomspsykiatrin, samt att tillsammans med kommunerna samordna strukturen för omhändertagandet.
- implementera befintliga kunskapsstöd, och genom regionala riktlinjer, stöd och ersättningsmodeller till vårdgivare styra mot en minskad förskrivning av narkotikaklassade läkemedel och en utveckling av ändamålsenligt stöd till patienter.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

LARO har funnits i 60 år i Sverige och utvecklats från att vara en kraftigt ifrågasatt och kontrollerad undantagsverksamhet till att bli en hörnsten i behandling av personer med beroende av opioider. Antalet patienter i läkemedelsassisterad behandling för opioidberoende har ökat 3–4 gånger. Denna ökning bedöms avspegla bättre tillgänglighet snarare än ökad sjuklighet. Evidensläget för LARO är gott,

men deltagandet hämmas av olika icke-evidensbaserade regler för verksamheten. Exempel på sådana är

- krav på att ”visa motivation” genom att utan hjälp bli drogfri först
- krav på arbete, bostad eller andra ordnade sociala förhållanden
- krav på att ha kommit in i verksamheten på ett visst sätt eller först ha genomgått vissa andra behandlingar eller procedurer.

Ett särskilt problem är att vägen till en god livssituation för de flesta med beroendeproblematik går via återfall då och då. Om man i dessa lägen utestängs från behandlingen eller måste kvalificera sig igen från början, blir det en särskilt problematisk barriär.

Även LARO utvecklas. Nu finns i Sverige buprenorfin i depåberedning, det vill säga långtidsverkande så att besök kan glesas ut för stabila patienter och kanske även flyttas till en vårdnivå mer nära patienten. Beredningsformer finns med tillsatta antagonister som nästan omöjliggör otillåten vidareförmedling från verksamheterna till narkotikamarknaden och dessutom begränsas risken för oavsiktlig förgiftning vid sidobruk av narkotika.

Dessutom förbättras kunskapen om alternativa substanser för den andel patienter där metadon inte fungerar. Till exempel finns i Danmark möjlighet till heroinassisterad behandling, och i Australien studeras hydromorfon som komplement i LARO. Alternativa beredningsformer studeras också, som nässprej, munfilm och plåster.

Forskningen visar att LARO minskar kriminaliteten och användningen av (annan) narkotika, förbättrar den sociala situationen samt ger bättre livskvalitet och hälsa. Den fulla potentialen av LARO har inte nåtts på grund av svag implementering av ny kunskap, delvis därför att nya preparat är dyrare än de äldre.

I våra dialoger med aktörer inom LARO har det tydligt framkommit en bristande samsyn vad gäller krav och innehåll i behandlingen.

Regeringen uppmanas att

- ge Socialstyrelsen i uppdrag att revidera de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, kunskapsstödet för LARO samt föreskriften om LARO för att främja god, jämlik, tillgänglig och säker vård. Att LARO innebär både skadereducering,

behandling och rehabilitering behöver tydligt framgå. Den snabba kunskapstillväxten inom området motiverar en beredskap att uppdatera vägledningar och föreskrifter.

- ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra nödvändiga åtgärder för att genom patientregistret kunna identifiera och följa vilka patienter som är ordinerade LARO samt vilka läkemedel som används.

Regionerna uppmanas att

- utreda förutsättningarna för kostnadsfrihet för LARO-behandling och läkemedel under behandlingens första år
- inom ramen för nationellt programområde psykisk hälsa ta fram ett personcentrerat vårdförlopp för opioidberoende med fokus på LARO
- erbjuda fler patienter tillgång till LARO och öka efterlevnaden till nationella riktlinjer, genom att huvudmännen främjar samverkan mellan vårdnivåer och implementering av ny kunskap för att öka tillgängligheten.

Socialtjänstens insatser

Skadligt bruk eller beroende leder till svårigheter att behålla familj, arbete och bostad, vilket i sin tur leder till behov av sociala insatser. Antalet insatser från socialtjänsten, inklusive LVM,[4] har varit ungefär oförändrad sedan år 2000, men organisation, volym, tillgänglighet och kvalitet varierar stort mellan olika kommuner.

Vi beskriver i betänkandet olika behandlingsmetoder och insatser för personer med skadligt bruk eller beroende. Fokus är för kommunernas del på psykologiska och psykosociala metoder, men vi berör även insatser för anhöriga, insatser som rör boende och annat. Vi gör jämförelser mellan kommuner och regioner, och analyserar hur väl insatserna följer rekommendationer och prioriteringsnivåer i nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, samt i

[4] Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

andra styrdokument. Efterlevnaden av dessa kan bli betydligt bättre och variationen över landet minska.

Hemlöshet bidrar till låg livskvalitet och ökar risken för ohälsa. Bostadsfrågan är därför en viktig del av kommunernas skadereducerande verksamhet. Flera kommuner, men inte alla, erbjuder någon form av bostadstrappa som garanterar tak över huvudet och boende i nivå med vad personer klarar av. En framgångsrik metod som tillämpas av en femtedel av kommunerna är *Bostad först* – en modell som erbjuder en kombination av bostad och boendestöd utan krav på total drogfrihet. Då bostad ofta är ett villkor för ett ordnat socialt liv i övrigt, inklusive arbete, sysselsättning, relationer och även tillgång till vissa behandlingar, är det en viktig komponent på vägen till ett mer ordnat liv och även till hälsa.

Regeringen uppmanas att

- ge Socialstyrelsen i uppdrag att dels kartlägga olika typer av boendeformer utifrån olika lagstiftningar (exempelvis socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS), för personer med skadligt bruk eller beroende, dels utreda behovet av vägledning inom området för att skapa mer enhetlig tillämpning av regelverket i Sverige. I arbetet ska särskilt beaktas hur boende för personer med samtidigt skadligt bruk eller beroende och våldsutsatthet kan säkerställas.

Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse (SiS) är utförare av en kombination av statligt och kommunalt finansierad verksamhet. Myndigheten arbetar med omhändertagandet av personer enligt LVM och LVU.[5]

[5] Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

Regeringen uppmanas att

- i HSL och SoL reglera att en så kallad samordnad individuell plan (SIP) även ska upprättas när en person vårdas med stöd av LVM, och Statens institutionsstyrelse (SiS) bedömer att det behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda.

Kriminalvården

En relativt stor andel av Kriminalvårdens klienter har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika varav många är opioidberoende. FN:s ekonomiska och sociala kommitté har i sin granskning uppmanat Sverige, som ratificerat ESK[6]-konventionen, att intensifiera insatserna för att personer på anstalt ska kunna ta del av LARO.

Regeringen uppmanas att

- ge Kriminalvården möjlighet att kalla regionen och/ eller kommunen till så kallad samordnad verkställighetsplanering. Om det finns behov av vård- och stödinsatser efter frigivningen ska det framgå vilken huvudman som övertar ansvaret efter verkställighetstidens slut.
- ge Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) i uppdrag att ta fram riktlinjer för när en samordnad planering ska initieras.
- ge Digitaliseringsmyndigheten i uppdrag att ta fram riktlinjer för hur digitala samordningsmöten ska kunna genomföras på ett tekniskt säkert sätt i enlighet med gällande lagstiftning.
- ge Kriminalvården i uppdrag att utreda hur tillgängligheten till LARO inom Kriminalvården kan säkerställas.

Regioner och kommuner uppmanas att

- fortsätta arbetet med att utveckla SIP. Regionerna och kommunerna ska kompenseras ekonomiskt för det nya åtagandet att delta i samordnad verkställighetsplanering med Kriminalvården. Sveriges

[6] FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.

Kommuner och Regioner (SKR) ska få medel genom en överenskommelse för att fortsatt stödja implementeringen av SIP samt att implementera samordnad verkställighetsplanering.

Den rättsvårdande processen

Vi har av våra direktiv varit förhindrade att lämna förslag inom straffrättens område. Vi har dock på flera olika sätt försökt identifiera hur möjligheten till vård och stöd kan stärkas inom ramen för gällande rätt.

Regeringen uppmanas att

- ge Socialstyrelsen och Polismyndigheten i uppdrag att i samråd med Brå och SKR ta fram en vägledning för hur barn och unga under 21 år som misstänks för narkotikabrott kan erbjudas vård och stöd när det finns ett sådant behov.
- ge Polismyndigheten i uppdrag att se över hur myndigheten använder rapporteftergift vid misstanke om eget bruk och innehav för eget bruk av narkotika, och vid behov ta fram föreskrifter eller vägledning angående hur rapporteftergift ska användas.
- överväga att initiera en översyn av narkotikastrafflagen och påföljderna vid narkotikabrott för att bland annat utreda hur lagen påverkar de medicinska och sociala skadeverkningarna, och om personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds vård- och omsorgsinsatser i tillräcklig omfattning.

Skadereducerande insatser

För att värna liv och hälsa för dem som systemet inte når med insatser för att förebygga eller komma från skadligt bruk eller beroende, kan insatser erbjudas för att så långt möjligt minska de direkt och indirekt skadliga effekterna. Dessa brukar sammanfattas under begreppet skadereducerande insatser. Det finns flera sådana på olika nivåer, där de mest kända är

- akutläkemedel för att förhindra död genom överdos (exempelvis naloxon)

- läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
- insatser för att förebygga infektioner och andra kroppsliga sjukdomar
- insatser för att förbättra den sociala situationen, till exempel boende eller sysselsättning.

Den omedelbara målsättningen är vid skadereducerande insatser normalt inte att personen ska sluta använda narkotika, utan att personen ska få hjälp att överleva och ha god hälsa, vilket också är en förutsättning för att senare hjälpa personen att bli drogfri.

I såväl den allmänna som den vetenskapliga diskussionen är frågan om balansen mellan rättsliga och skadereducerande insatser en av de tydligaste skiljelinjerna. Den innefattar flera svåra frågor, särskilt om det ska vara olagligt att inneha och själv använda narkotika och hur kriminalisering av eget bruk påverkar samhället vad gäller organiserad brottslighet, våld och korruption. Dessa frågor är också en del av narkotikapolitiken, men faller tydligt utanför det ansvar och mandat som denna utredning fått. Vi berör frågorna där de har betydelse för våra bedömningar och förslag, men har inte belyst dem allsidigt.

Personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika har en stor risk att avlida i förtid eller att få kraftigt sänkt livskvalitet av relaterad kroppslig ohälsa, våld och utnyttjande eller svag social och ekonomisk levnadssituation. De utgör därför en grupp som ska prioriteras mycket högt vid fördelningen av resurser till olika insatser inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst – allt enligt hälso- och sjukvårdslagen med dess etiska prioriteringsplattform, flera internationella konventioner vi förbundit oss att följa och även vår grundlag.

Det finns en bred palett av insatser som visat sig ha potential att minska dessa risker och som i olika grad introducerats i olika länder. De brukar på grund av sitt gemensamma mål sammanfattas i begreppet skadereducerande insatser, även om insatserna är mycket olika till sin karaktär och tillämpas på olika systemnivåer.

Själva utgångspunkten för skadereducerande insatser är dock omdebatterad. Ett vanligt argument är att om samhället lindrar konsekvenserna av narkotikaanvändning, minskar drivkraften att avstå. För vissa av de skadereducerande insatserna argumenteras också för att de innebär att samhället ”tolererar” narkotika till den grad att budskapen om förbud och skadlighet urholkas.

Argumenten för skadereducerande insatser är i högre grad pragmatiska, medan argumenten emot i högre grad är principiella. Själva synen på skadligt bruk eller beroende som en ”självförvållad” sjukdom och stigma kopplat till beroende verkar också påverka, då liknande argument mycket sällan hörs om andra skador eller kroppsliga sjukdomar, att krockkuddar i bilar eller cykelhjälmar gör att vi blir sämre på att följa trafikregler, eller att cancerbehandling gör att människor inte följer råd om hälsosamma levnadsvanor. Eller att maratonlöpare, fotbollsspelare och bergsklättrare ska bli utan vård då de skadas.

Vissa länder tar konceptet ett steg längre och erbjuder i tillägg till sprututbyte och hälsotjänster även möjligheten att inta sin narkotika under övervakning i verksamheten. Det brukar kallas brukarrum, eller ibland injektionsrum, men innefattar alltså mer än enbart den möjligheten. Vid verksamheterna erbjuds ofta sprututbyte, hälsorådgivning och annat stöd. Argumenten för en sådan verksamhet är att

- risken för dödlig överdos minskar
- somatiska besvär behandlas och behov av akut sjukvård minskar
- injicering försvinner från trappuppgångar, parker och allmänna miljöer
- ännu en kontaktyta etableras där man kan erbjuda information, hälsotjänster och motivera till behandling.

Argumenten som ofta framförs emot är att

- narkotikaanvändning riskerar att sanktioneras i allmänhetens ögon och det finns farhågor om att verksamheten till och med kan underlätta och öka narkotikaanvändning och injicering
- brukarrum är svåra att kombinera med ett regelverk där det faktiskt är olagligt att använda narkotika.

Forskningen kring brukarrum har inte kunnat visa på ökad narkotikaanvändning eller risktagande, men däremot bättre hälsa och utnyttjande av hälsotjänster samt mindre störningar i närområdet. Den har visat att dödsfall i brukarrummen förhindras, men inte kunnat visa på att insatsen bidrar till minskad narkotikarelaterad dödlighet på samhällsnivå. I Sverige har brukarrum aldrig funnits, inte ens i forskningskontext, men i Danmark, Island och Norge har de introduce-

rats som en del i en höjd ambition att värna brukarens liv och hälsa. Franska studier visar på kostnadseffektivitet.

Opioider, som heroin, morfin och fentanyl, blockerar andningscentrum i hjärnstammen och får ibland andningen att upphöra efter narkotikaintag, särskilt efter injektion. Risken har ökat då det med tiden kommit mer potenta preparat, samtidig användning av flera substanser blivit vanligare och narkotika ibland ”spetsas” med kraftigare substanser, som fentanyl – ibland utan användarens vetskap.

Vissa länder erbjuder *drug checking*, där användare kan få teststickor för att kontrollera innehållet i det de kommit över. De finns i Sverige halvofficiellt att tillgå via brukarföreningar. Ett praktiskt problem är att teststickor, som kan finnas tillgängliga på festivaler eller vid olika testverksamheter med en bredare målgrupp, inte är precisa nog medan de mer exakta testmetoderna ofta tar för lång tid. Tekniken är dock under snabb utveckling. Evidensläget för effekten är svagt, då studier saknas.

De skadereducerande insatserna i Sverige utgör trots sin effekt på liv och hälsa en förhållandevis liten andel av det totala antalet insatser till personer som använder narkotika eller har ett skadligt bruk eller beroende. Vi beskriver kortfattat nedan och i följande kapitel mer utförligt de viktigaste insatserna, liksom hur olika länder har valt att kombinera dem.

Regeringen uppmanas att

- definiera det skadereducerande perspektivet som ”insatser, program och policyer som utan krav på drogfrihet syftar till att minska de hälsomässiga, sociala och ekonomiska skadorna av narkotikaanvändning för individer och samhället, samt att öka livskvaliteten för enskilda”
- överväga att föreslå riksdagen att ändra målet för narkotikapolitiken som helhet från ”ett samhälle fritt från narkotika” till ”ett samhälle med minskade skador av narkotika”
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att revidera de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende så att de avspeglar den uppdaterade definitionen, samt att föreslå metoder och arbetssätt i enlighet därmed

- ge Myndigheten för vård och omsorgsanalys (MyVA) i uppdrag att kartlägga i vilken utsträckning omotiverade krav på drogfrihet förekommer som villkor för att ta del av olika insatser
- inkludera frågan om brukarrum och *drug checking* inom ramen för en eventuell översyn av narkotikastrafflagen
- avsätta medel för att stimulera kunskapsutveckling inom området skadereducering och lågtröskelverksamheter så att kommuner och regioner, samt om möjligt även statliga aktörer, forskningsaktörer och civilsamhälle, kan genomföra och utvärdera pilotverksamheter och samverkansformer för att stärka det skadereducerande arbetet.

Regioner och kommuner uppmanas att

- utöka utbudet av lågtröskelverksamheter som kan erbjuda flera skadereducerande och hälsofrämjande insatser samtidigt.

Sprututbyten och tillgång till sterila sprutor och kanyler

En av de viktigaste skadereducerande insatserna är sprututbyten. De har en direkt effekt genom att minska cirkulationen i samhället av osterila injektionsverktyg, vilket minskar smittsamma sjukdomar som hiv, hepatit B och C samt sekundära infektioner. Men sprututbytesverksamheter har också en betydande indirekt hälsoeffekt, genom att de erbjuder en kontaktpunkt med möjlighet till information, dialog, prevention och stöd för att motivera till annan behandling. Behandlingskomponenterna skiljer sig dock mycket mellan verksamheterna.

På grund av skillnader i synen på skadereducerande insatser har det under många år saknats sprututbytesverksamhet i många regioner, men under 2023 ska alla regioner ha startat sådan verksamhet. Det är glädjande och viktigt.

En diskussionspunkt är om det är ändamålsenligt att kräva återlämning av använda sprutor och kanyler. Det har motiverats med att så behövs för att få bort dem ur utemiljön, men det blir också en barriär för människor som vill besöka verksamheten. Här varierar praxis mellan enheter, och många länder har tagit bort kravet på återlämning.

Regeringen uppmanas att

- ändra lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler så att syftet även omfattar uppgiften att främja psykisk och fysisk hälsa. Tillståndskravet ersätts med en anmälningsplikt. Även fortsatt gäller att åldersgränsen för verksamheten är 18 år, men även yngre personer ska, om särskilda skäl föreligger, kunna ta del av verksamheten. Krav på återlämning av sprutor och kanyler tas bort och ersätts med skrivningar om att verksamheten ska främja återlämning av sprutor och kanyler.
- ändra lagstiftningen så att det inte längre ska vara förbjudet att sälja sprutor och kanyler på apotek.

Information om narkotika till användare

Personer som använder narkotika söker och är intresserade av saklig information om både effekter, skadeverkningar och risker med narkotikaanvändning. Här är dilemmat huruvida man bör informera om sådant som faktiskt är skadligt och förbjudet och om det riskerar att öka nyfikenheten och minska trösklarna för att börja använda narkotika.

I Sverige används sprututbyten och andra verksamheter för vård och stöd som informationspunkter, medan brukarföreningar och aktörer i civilsamhället ger information via webbplatser. I länder som Kanada, USA, Tyskland och Norge finns webbsidor med utförlig och saklig information om effekter och hur man kan minska risker i samband med användning av narkotika. I Norge är det Helsedirektoratet som indirekt genom stöd till en förening driver webbplatsen rusopplysningen.no.

Regeringen uppmanas att

- ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att tillsammans med civilsamhället och målgruppen utreda bästa sätt för att ta fram och sprida upplysningar om olika substanser och värderingsfri information om risker till personer som använder narkotika.

Anhörigas situation

Vi ser att anhöriga och närstående till personer med skadligt bruk eller beroende har en viktig roll men ofta en helt förtvivlad situation. Vi utvecklar det i betänkandet.

Regeringen uppmanas att

- ge Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ett särskilt uppdrag att bygga upp kunskap om anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende och/eller samsjuklighet. Vi anser också att en nationell stödlinje för bland annat anhöriga bör inrättas.
- tydliggöra socialtjänstens ansvar för stöd till anhöriga till en person med skadligt bruk eller beroende av narkotika.
- ge den pågående utredningen Ett stärkt stöd till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka (Dir. 2023:77) i tilläggsdirektiv att överväga om patientlagen (2014:821) kan ändras så att hälso- och sjukvården blir skyldig att erbjuda utbildning till enskilda och anhöriga om bland annat beroendesjukdomar, samt överväga om SoL ska kompletteras med en bestämmelse om att ett barns behov av information särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor varaktigt med har skadligt bruk eller beroende.

Regioner och kommuner uppmanas att

- inkludera anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende i de regionala överenskommelserna inom området skadligt bruk eller beroende.

Insatser för att öka kunskap och kompetens

Sverige har en bredd av insatser och aktörer i syfte att förebygga bruk av narkotika och minska skador på liv, hälsa och samhället i omgivningen av det bruk som förekommer. Vi ser ändå att skyddsnätet har stora maskor, och många faller igenom.

Kunskapen ökar, men det gör också utmaningarna. Det är därför av stor vikt att vi planerar inte enbart för insatser, utan också för hur vi säkerställer kunskap, kompetens och kunskapsutveckling.

Den långsiktiga kompetensförsörjningen behöver också säkras. Grundutbildningar för socionomer, psykologer, läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper som möter personer med skadligt bruk eller beroende eller deras anhöriga, bör förmedla grundläggande kunskap om hur förebyggande, stödjande, behandlande och skadereducerande arbete mot skadligt bruk eller beroende och samsjuklighet bör bedrivas. I utbildningen bör också innebörden och konsekvenserna av skadligt bruk eller beroende och samsjuklighet ingå.

Även pågående kunskapshöjande satsningar för kommunerna bör beaktas. Det rör allt från grundutbildning av yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård samt omsorg, till specialisering, fortbildning och forskarutbildning och en stark akademisk plattform. Dels bidrar det till ny kunskap, dels möjliggör det deltagande i det internationella vetenskapliga utbytet och inhämtning av ny kunskap.

Forskningsanslag behöver utlysas med periodicitet även framöver. Svensk statlig forskningsfinansiering till området är lägre än i de flesta jämförbara länder. Vidare ser vi behov av ett nationellt forskningscentrum. Även uppdrags- och samverkansforskning behöver stärkas utifrån nationellt identifierade betydande kunskapsluckor inom narkotikaområdet, där forskning bör kunna initieras för att åtgärda dem.

Åt andra hållet behövs starka strukturer för att kontinuerligt översätta kunskapen till behandlingsriktlinjer och vårdprogram, samt följa upp följsamhet och effekt.

Regeringen uppmanas att

- komplettera Socialstyrelsens instruktion så att myndigheten får ett tydligare och samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de nationella ANDTS-målen (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar) om vård, stöd och skadereducering med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde. Det innebär ansvar för att följa, analysera och rapportera om insatser och utfall i hälso- och sjukvård samt socialtjänst avseende skadligt bruk eller beroende. Vidare ska myndigheten vara stödjande och pådrivande

i förhållande till berörda aktörer. Myndigheten ska också kunna initiera forskning av relevans för att kunna utföra sitt uppdrag.

- tydliggöra insatser inom området stöd, vård och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende i överenskommelser med SKR.
- uppdra åt Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) att, i dialog med andra relevanta myndigheter, utreda hur ett nationellt forskningscentrum kan inrättas för prevention, vård, stöd och skadereducering inom ANDTS-området, utreda förutsättningarna för att inrätta en tvärvetenskaplig forskningsskola inom området samt utreda och föreslå en rimlig nivå för statlig forskningsfinansiering inom ANDTS-området för att gradvis närma sig en nivå för ändamålet i paritet med andra jämförbara OECD-länder.
- ge Nationella vårdkompetensrådet i uppdrag att ta fram förslag för att säkra framtidens kompetensförsörjning inom prevention, behandling och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende.
- ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie om behov av och förutsättningar för kunskapsförstärkning om skadligt bruk eller beroende för personal inom hälso- och sjukvården och vid behov socialtjänsten, samt föreslå hur relevanta utbildningar med fokus på fortbildning kan utformas.
- överväga att tillsammans med övriga nordiska länder initiera ett nordiskt samarbete om vård, stöd och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende av narkotika där kunskapsutveckling och forskning sprids genom representanter från relevanta myndigheter och forskningsföreträdare.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens innehåll och syfte

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om när verksamheter utanför hälso- och sjukvården får hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister.

2 § Syftet med lagen är att rädda liv genom ökad tillgänglighet till läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Tillämpningsområde

3 § Under de förutsättningar som anges i denna lag får följande verksamheter utanför hälso- och sjukvården, som i sin ordinarie verksamhet möter enskilda som riskerar opioidförgiftning, hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister:

– statliga myndigheter,
– kommunala verksamheter,
– enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst, och
– ideella verksamheter.

4 § Hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt denna lag utgör inte hälso- och sjukvård i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Definitioner

5 § Med opioidantagonister avses läkemedel som häver effekten av opioider vid livshotande opioidförgiftning.

6 § Med hantering avses i denna lag rekvisition, förvaring, administrering och överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister.

7 § Med administrering avses i denna lag att den hanteringsansvarige, eller någon som denne delegerat uppgiften till, ger läkemedel som verkar som opioidantagonister till en enskild vid misstänkt opioidförgiftning.

8 § Med överlämning avses i denna lag att den hanteringsansvarige, eller någon som denne delegerat uppgiften till, överlämnar läkemedel som verkar som opioidantagonister till enskilda.

Hanteringsansvarig

9 § Verksamheten ska utse en person som ansvarar för hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt denna lag (hanteringsansvarig).

10 § Den hanteringsansvarige ska genomgå en godkänd utbildning om administrering, förvaring och överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Delegering

11 § Den hanteringsansvarige får delegera uppgiften att förvara, administrera och överlämna läkemedel som verkar som opioidantagonister till annan personal som har genomgått en godkänd utbildning enligt 10 §. Hantering som innebär rekvisition får inte delegeras.

Rekvisition

12 § Läkemedel får endast beställas i mängder som står i proportion till det förväntade behovet hos verksamheten.

13 § Rekvisition av läkemedel enligt denna lag ska ställas till ett öppenvårdsapotek av den hanteringsansvarige.

14 § En rekvisition ska innehålla uppgift om verksamhetens namn, vem som ansvarar för rekvisition och antalet doser som beställs.

15 § Öppenvårdsapoteket ska kontrollera att den rekvirerande verksamheten finns upptagen i det register som E-hälsomyndigheten för enligt 28 § samt att den som undertecknat rekvisitionen är behörig beställare.

16 § Ett öppenvårdsapotek får neka behörig beställare helt eller delvis expediering av det antalet doser som framgår av rekvisitionen om

1. mängden är oskälig i förhållande till kraven i 12 §,
2. det finns risk för att det uppstår en brist på läkemedlet eller,
3. det finns andra särskilda skäl.

Förvaring

17 § Läkemedel enligt denna lag ska förvaras:

1. i lämpliga och låsta skåp eller fack,
2. på ett sådant sätt att endast den hanteringsansvarige eller någon som denne delegerat uppgiften till har tillgång till läkemedlet, och
3. i originalförpackningarna.

Administrering

18 § Administrering av läkemedel enligt denna lag till en person som inte lämnat sitt samtycke till åtgärden får endast ske för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar personens liv vid en misstänkt opioidförgiftning och om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Överlämning av läkemedel

19 § Läkemedel som verkar som opioidantagonister får överlämnas till personer som löper risk för opioidförgiftning, eller dennes närstående.

Om det finns särskilda skäl får läkemedel som verkar som opioidantagonister överlämnas till andra personer än som anges i första stycket.

20 § I samband med överlämning av läkemedel enligt denna lag ska mottagaren få information om hur läkemedlet fungerar, hur det administreras och vilka övriga åtgärder som behöver vidtas vid en misstänkt opioidförgiftning.

Särskilt om kostnader

21 § Rekvisition av läkemedel ska vara utan kostnad för kommunala verksamheter, enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst och ideella verksamheter. Regionen har kostnadsansvar för dessa läkemedel. Ett öppenvårdsapotek som har lämnat ut läkemedel har rätt att få ersättning för kostnaderna för läkemedlet av den region där den rekvirerande verksamheten är belägen.

22 § Vid överlämning och administrering av läkemedel enligt denna lag ska läkemedlet vara kostnadsfritt för den enskilde.

Tillsyn

23 § Läkemedelsverket har tillsyn över efterlevnaden av bestämmelser som rör rekvisition enligt 13–15 §§ i denna lag.

24 § Läkemedelsverket har rätt att på begäran få de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen.

Läkemedelsverket får meddela de förelägganden och förbud som behövs vid tillsynen. Beslut om föreläggande eller förbud får förenas med vite.

Anmälan och register över verksamheter

25 § Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av denna lag ska anmäla detta till E-hälsomyndigheten senast en månad innan verksamheten avser att hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister.

26 § Anmälan ska innehålla uppgifter om
1. namn på verksamheten,
2. var verksamheten ska bedrivas, och
3. vem som är hanteringsansvarig.

Vidare ska anmälaren ge in underlag som stöder att verksamheten uppfyller kriterierna i 3 § och dokumentation på genomgången utbildning enligt 10 § samt en uppskattning av det förväntade årliga behovet av doser.

27 § Förändringar eller nedläggning av verksamheten ska anmälas till E-hälsomyndigheten inom en månad efter genomförandet.

28 § E-hälsomyndigheten ska med hjälp av automatiserad behandling föra register över de verksamheter som uppfyller kraven på anmälan enligt 26 §. Registret får användas för kontroll vid rekvisition, tillsyn, uppföljning och statistik.

Personuppgifter får inte registreras om andra än den som utsetts som hanteringsansvarig enligt denna lag.

E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för registret.

29 § Direktåtkomst till de registrerade uppgifterna får ges till expedierande personal på öppenvårdsapotek för kontroll vid rekvisitioner.

30 § E-hälsomyndigheten ska till expedierande personal på öppenvårdsapotek lämna ut de uppgifter som omfattas av direktåtkomst.

Bemyndiganden

31 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta ytterligare föreskrifter om
1. rekvisition,
2. förvaring,

3. hur anmälningsskyldigheten i 25–27 §§ ska fullgöras, och
4. Läkemedelsverkets tillsynsansvar.

32 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om

1. vilka läkemedel som verkar som opioidantagonister som ska omfattas av lagen, och
2. innehållet i och omfattningen av sådan utbildning som avses i 10 § samt kraven för godkännande av deltagare.

Överklagande

33 § Läkemedelsverkets beslut enligt denna lag eller anslutande föreskrifter får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.2 Lagen (2009:366) om handel av läkemedel

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2009:366) om handel av läkemedel att det i lagen ska införas en ny paragraf i 1 kap. 5 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 kap.
	5 a §
	Bestämmelserna i denna lag gäller läkemedel som verkar som opioidantagonister, om de inte strider mot vad som är särskilt föreskrivet i lagen (0000:00) om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

1.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2001:453)

dels att 2 kap. 7 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas en ny paragraf i 2 kap. 8 § av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*

2 kap.

7 §

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

När den enskilde vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska planen även upprättas när Statens institutionsstyrelse bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående 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 respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

2 kap.

8 §

Kommunen ska på begäran från Kriminalvården delta i en samordnad verkställighetsplanering enligt 1 kap. 5 a § fängelselagen (2010:610).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

1.4 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 16 kap. 4 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer i 7 kap. 10 § och 8 kap. 11 §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	7 kap.
	10 §
	Regionen ska på begäran från Kriminalvården delta i en samordnad verkställighetsplanering enligt 1 kap. 5 a § fängelselagen (2010:610).
	8 kap.
	11 §
	Regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver. Vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.
	Om personen inte fyllt 21 år ska vården även organiseras så att den ges samordnat med socialtjänsten om det finns ett sådant behov.
	16 kap.
	4 §
När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.	

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

När den enskilde vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska planen även upprättas när Statens institutionsstyrelse bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående 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 regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Denna lag ska träda i kraft den 1 januari 2026.

1.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (2006:232) om utbyte av sprutor och kanyler

dels att 4–5 §§ ska upphöra att gälla,

dels att 1, 2, 3 samt 6 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 §
I denna lag finns bestämmelser om verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler (sprututbytesverksamhet) *i syfte att förebygga spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer som missbrukar narkotika.*	I denna lag finns bestämmelser om verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler (sprututbytesverksamhet). *Syftet med en sådan verksamhet är att förebygga spridning av blodburna infektioner samt att främja fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.*
Sprututbytesverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde motiveras för vård och behandling.	Sprututbytesverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan motiveras för vård och behandling *samt för att främja inlämning av begagnade sprutor och kanyler.*
Det som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.	
	2 §
Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård och sedan *Inspektionen för vård och omsorg har gett tillstånd till verksamheten.*	Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård och sedan *verksamheten har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg.*

3 §

Innan en ansökan om tillstånd ges in, ska samråd ske mellan regionen och samtliga kommuner inom regionen.

I ansökan ska regionen redovisa hur behovet av avgiftning och vård av missbrukare kommer tillgodoses.

Innan en sprututbytesverksamhet inrättas ska regionen samverka med samtliga kommuner inom regionen och andra berörda aktörer.

4 §

Inspektionen för vård och omsorg får ge tillstånd till sprututbytesverksamhet för högst två år åt gången. Har en ny ansökan getts in innan tiden för gällande tillstånd har löpt ut, får verksamheten fortsätta i avvaktan på inspektionens beslut.

5 §

Inspektionen för vård och omsorg får besluta att återkalla ett tillstånd till sprututbytesverksamhet om det förekommer missförhållanden i verksamheten.

6 §

En spruta eller en kanyl får lämnas ut av regionen endast om en begagnad spruta eller kanyl samtidigt lämnas in. Utlämnande får dock ske om det finns särskilda skäl till varför motsvarande begagnade sprutor och kanyler inte kan lämnas in.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut *endast* till den som har fyllt 18 år.

Sprutor eller kanyler får lämnas ut *till den som har fyllt 18 år. Om det finns särskilda skäl får*

sprutor eller kanyler lämnas ut till en person som inte fyllt 18 år.

Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

1.6 Förslag till lag om ändring i fängelselagen (2010:610)

Härigenom förskrivs att det i fängelselagen (2010:610) ska införas en ny paragraf i 1 kap. 5 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 kap.
	5 a §
	När en intagen har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser eller socialtjänstinsatser som regionen eller kommunen ansvarar för får Kriminalvården kalla regionen eller kommunen till samordnad verkställighetsplanering om det är nödvändigt för att den enskilde ska få sina behov av insatser tillgodosedda och om den enskilde samtycker. Behövs insatser av både region och kommun ska båda delta i samordnad verkställighetsplanering. Kriminalvården ansvarar för upprättandet av en plan vid samordnad verkställighetsplanering.
	Av en samordnad verkställighetsplan ska framgå
	1. vilka insatser som behövs
	2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för
	3. vilka insatser som ska vidtas av någon annan än Kriminalvården, regionen eller kommunen, och
	4. vem eller vilka som ska ta över ansvaret för insatser efter att verkställigheten avslutas.
	Insatserna i en verkställighetsplan kan avse insatser under tiden

någon avtjänar sitt straff på anstalt, under villkorlig frigivning och efter verkställighetstiden.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler

Härigenom föreskrivs att 3 § förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler ska upphöra.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
3 §	
Den som bedriver handel med sprutor eller kanyler ska iaktta att försäljning inte sker när omständigheter ger anledning till misstanke att varan kan komma till användning vid missbruk av narkotika eller dopningsmedel.	

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

2 Om uppdraget och dess genomförande

I detta kapitel redogör vi för utredningsdirektiven, planeringen och genomförandet av vårt arbete, definitioner och avgränsningar. Den här utredningen, En svensk narkotikapolitik anpassad till nutidens och framtidens utmaningar, har vi valt att kalla kort och gott Narkotikautredningen. Utredaren är ensam ansvarig för innehållet och förslagen i betänkandet. Betänkandet är skrivet i vi-form, vilket avser utredare och sekretariat.

2.1 Direktiv

Regeringen beslutade vid regeringssammanträdet den 24 mars 2022 om kommittédirektiv för En svensk narkotikapolitik anpassad till nutiden och framtidens utmaningar. Fullständiga kommittédirektiv finns i bilaga 1.

I korthet innebär direktiven att en särskild utredare ska föreslå hur en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kan kombineras med ett effektivt narkotikaförebyggande arbete, en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering samt insatser för att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Syftet med utredningen är att säkerställa att narkotikapolitiken är förenlig med kraven på evidensbaserad vård, beprövad erfarenhet och skademinimering, samt att den utvecklas och anpassas till nutidens och framtidens utmaningar. Dessa delar ska redovisas i slutbetänkandet senast den 29 oktober 2023.[1]

[1] Kommittédirektiv 2022:24. *En svensk narkotikapolitik anpassad efter nutidens och framtidens utmaningar.*

Utredningen lämnade i oktober 2022 ett delbetänkande, som bland annat slog fast etiska principer för en rad ställningstaganden, som i det fallet gällde naloxon för att rädda livet på personer med misstänkt opioidförgiftning.[2] Dessa ställningstaganden gäller också i detta betänkande, där vi haft fokus på hur narkotikaproblem kan förebyggas och hur samhället kan värna liv och hälsa hos personer som använder narkotika eller har utvecklat skadligt bruk eller beroende.

Direktiven anger att vi i arbetet ska samråda med berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner, ett urval kommuner och regioner, patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt företrädare för professionerna. Vidare anges att arbetssättet ska vara utåtriktat och inkluderande. Utredningen ska hålla sig informerad om och beakta det arbete som bedrivs i Regeringskansliet och på berörda myndigheter som är av relevans för uppdragets genomförande och initiera en dialog med berörda statliga utredningar.

Vår bedömning är att det arbetssätt och metoder som vi beskriver i detta kapitel svarar mot förväntningar på arbetssätt ställda i direktivet.

2.2 Hur betänkandet kan läsas

Vi har haft i uppgift att på relativt kort tid hantera ett komplext samhällsproblem, där våra direktiv har ålagt oss att såväl kartlägga och analysera som lämna förslag. Detta har på olika sätt varit en utmaning. Resultatet är ett omfattande material, som är uppdelat i en del med bakgrunds- och analyskapitel som inte innehåller förslag eller bedömningar, och en del som innehåller kapitel med bedömningar och förslag på åtgärder som regeringen kan ta vidare.

Vissa kapitel är tekniska och kräver viss förståelse av området, statistisk metod eller liknande. Andra är mer lättillgängliga för en bredare målgrupp. Det finns gott om hänvisningar mellan kapitel med information som behövs för en fullständig belysning av området eller för att förstå förslagen. Samtidigt är vår ambition att kapitlen också ska kunna läsas fristående.

Vi har valt att formulera våra åtgärder i rutor som innehåller antingen bedömningar eller förslag. Bedömningarna riktar sig till aktörer som staten inte direkt kan styra, eller avser frågor där vi inte har haft

[2] SOU 2022:54. *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg.*

möjlighet att lika djuplodat utreda förutsättningar och konsekvenser. Alla ställningstaganden vi gör redovisas dock inte som bedömningar i rutor. Förslagen är skarpare, med konsekvenser som redovisas i betänkandets konsekvenskapitel.

2.3 Språkbruk och begrepp

En individ inom vård och omsorg kallas ibland patient, ibland brukare och ibland klient. För att undvika begreppsförvirring har vi i huvudsak valt att i stället skriva *personer som använder narkotika* eller *personer med skadligt bruk eller beroende*.

Ordet *missbruk*, och avledningar som *missbrukare*, kan enligt Socialstyrelsens termbank uppfattas som stötande av den det gäller. Vi använder därför i stället *skadligt bruk eller beroende*. Vi använder inte skadligt bruk *och* beroende eftersom det är två olika tillstånd. Vi menar dock att begreppet skadligt bruk eller beroende ersätter det som i sociallagstiftning kallas för missbruk och området som ofta kallas för missbruk och beroende.

Anhöriga och närstående är begrepp som används olika i hälso- och sjukvård respektive socialtjänst för att beskriva både familj, vänner och nätverk kring den som har det skadliga bruket eller beroendet. Vi har i betänkandet i huvudsak använt begreppet *anhöriga*.

Eftersom vi haft i uppdrag att i flera frågor blicka utanför Sveriges gränser, har en del citat från andra länder behållits på engelska i betänkandet.

2.4 Avgränsningar i förhållande till pågående regeringsuppdrag och utredningar

Vi har haft att hantera frågor om hur narkotikaanvändning kan förebyggas, men framför allt hur vård- och stödinsatser för målgruppen kan göras mer tillgängliga och utföras med god kvalitet.

En avgränsning vi gjort är att inte fokusera på tillgångsbegränsning, det vill säga insatser för att begränsa smuggling och tillgång till narkotika i Sverige. Begränsningarna i regeringens direktiv har också inneburit att vi exempelvis inte haft till uppgift att utvärdera narkotikapolitiken i hela dess bredd eller föreslå förändringar av straffrätten.

Vi har också beaktat att flera stora reformer och utredningar presenterats under senare år, och i de frågorna är det ännu inte klarlagt hur regeringen avser att agera. När det varit relevant har vi förhållit oss till dessa förslag genom att beskriva förslagen och vårt ställningstagande till dem. Vår inställning har varit att beakta redan lagda förslag och bygga vidare på dem, snarare än att börja om från början.

2.5 Kunskapsinhämtning

Nedan beskriver vi hur vi gått till väga för att samla in och sammanställa den kunskap som utgör grunden för våra analyser, förslag och bedömningar.

2.5.1 Befintliga utredningar och rapporter som underlag för analys och förslag

Ett underlag för utredningen är de rapporter, kartläggningar och utredningar som finns tillgängliga och som vi flitigt hänvisar till i betänkandet. Det kan handla om

- redovisningar från myndigheter som haft regeringsuppdrag
- rapporter från civilsamhället, forskningsaktörer eller andra
- betänkanden från statliga utredningar.

Vi bygger i stora delar vidare på andras slutsatser och redovisade kunskap.

2.5.2 Användarbaserad metodik

Vi har använt en användarbaserad metodik för att beskriva läget och som utgångspunkt för de utvecklingsbehov vi identifierat. Tillsammans med Samhällsnytta AB[3] har vi genomfört strukturerade inter-

[3] Samhällsnytta AB är ett är ett dotterbolag till Karlstads universitet Holding AB, ett bolag som ägs av Karlstads universitet. Samhällsnytta är en nationell mötesplats för aktörer på olika nivåer i samhällsbygget i behov av nya former för att arbeta tillsammans för att lösa dagens samhällsutmaningar. I en tillåtande och testande miljö utmanas befintliga normer och strukturer med syfte att hitta nya typer av lösningar, relationer och samarbeten. Arbetssätten bygger på kun-

vjuer och workshops både med personer som använder narkotika, har egen erfarenhet av skadligt bruk eller beroende, och med deras anhöriga. Vi har genom detta arbetssätt identifierat de hinder som upplevs på lokal, regional och nationell nivå, och undersökt hur systemet skulle kunna utvecklas för att

- skapa bättre förutsättningar för att förebygga narkotikaanvändning
- ge tillfredsställande vård, stöd och skadereducering
- minska dödlighet till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar.

Mer information om tillvägagångssättet finns i kapitel 7 om målbilder och kapitel 22 om vård, stöd och andra insatser för personer som begått brott eller vårdas utan samtycke.

2.5.3 Forskning som underlag för en kunskapsbaserad narkotikapolitik

Vår vetenskapliga referensgrupp – se missivet för fullständig lista – har bistått oss i att identifiera viktiga forskningsunderlag och artiklar samt säkerställa att vi lägger förslag grundade i kunskap och beprövad erfarenhet. Den vetenskapliga referensgruppen har haft sju möten. Vi har också fått hjälp av Statens beredning för social och medicinsk utvärdering (SBU) för att göra mer systematiska sökningar i forskningslitteratur. Detta har i huvudsak gällt

- stigma
- barriärer för att söka vård och stöd vid narkotikaproblem
- skadereducerande insatser inom narkotikaområdet
- insatser för att minska dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar.

Sökningsmetodiken och resultaten har diarieförts i utredningen samt lagts på utredningens webbsida.[4]

skap som etablerats av forskare vid Centrum för tjänsteforskning och designers i Experio Lab. En gemensam ambition är att finna nya sätt att låta medborgaren få inflytande över demokratiska institutioner. Verksamheten drivs utan avkastningskrav, som en del i universitetets arbete att göra forskningsresultat tillgängliga och användbara i samhället.

[4] Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-66, Komm2022/00311/S 2022:01-65, Komm2022/00311/S 2022:01-61 samt tillgängligt via sou.gov.se/avslutade utredningar/socialdepartementet/.

2.5.4 Hur vi har gjort internationella utblickar

Utredningen har haft till uppgift att för vissa av punkterna i direktivet göra en internationell utblick för att sammanställa eller analysera erfarenheter från andra länder. Vi har i huvudsak utgått från sammanställd forskning och kunskap som finns tillgänglig genom EU:s narkotikabyrå (EMCDDA), FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC) samt FN:s världshälsoorganisation (WHO). Vi har också vid flertalet tillfällen haft dialog med representanter för dessa tre organisationer.

Den internationella utblicken innehåller också redovisning av insatser, strategier och lagstiftning från i huvudsak de nordiska länderna, EU, USA, Kanada och Australien. Av tids- och utrymmesskäl har vi inte kunnat belysa alla länder utan har fokuserat på länder som är mest jämförbara med Sverige.

Utöver att ta del av beskrivningar i strategier och dokument har vi också deltagit i tre konferenser med globala perspektiv på narkotikapolitik för att lära av forskning och erfarenheter:

- Lisbon Addictions 2022 – European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies
- Strength in Solidarity – Harm Reduction 2023
- Drug Policy for the Future 2023.

Vi har också samlat kunskap genom möten med representanter från civilsamhälle, verksamheter och departement i Norge och Danmark, samt genomfört studiebesök i dessa länder liksom i Australien. Vad gäller naloxon och nya psykoaktiva substanser (NPS) har vi skickat ut frågor till olika länder, och sedan sammanställt och analyserat.

2.5.5 Statistik och datasammanställningar

Sammanställningar och analyser har gjorts utifrån publikt tillgängliga data, såsom

- Socialstyrelsens publika statistikdatabaser och tabellbilagor

- Folkhälsomyndighetens redovisning av publika indikatorer och resultat tillgängliga exempelvis i Indikatorlabbet och från undersökningen Hälsa på lika villkor
- WHO:s nedladdningsbara textfiler med dödsorsaksstatistik
- Vården i siffror, statistik tillgänglig hos Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)[5]
- Statistikdatabasen Kolada, som finns tillgänglig hos Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA)[6]
- statistikmyndigheten SCB:s databaser.

Vi har också begärt ut sammanställningar som annars inte är publikt åtkomliga, såsom underlag sammanställda och diarieförda av Samsjuklighetsutredningen, SKR och Socialstyrelsen.

Dessutom har vi beställt särskilda bearbetningar av data i form av statistikbeställningar till E-hälsomyndigheten, kvalitetsregistret Bättre beroendevård, SKR och Socialstyrelsen. Vi har dock inte inhämtat mikrodata med personuppgifter.

2.5.6 Dialoger och avstämningar med huvudmän, myndigheter, civilsamhälle och berörda yrkesgrupper

Vi har haft sex möten med den expertgrupp som tillsattes av regeringen. Där fanns representanter från myndigheter, SKR, professionsföreningar och brukare (se missiv för fullständig lista). Dessutom har vi löpande inhämtat synpunkter på arbetet och förslagen från olika nätverk, exempelvis

- länsstyrelsernas nätverk för samordnare av alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks- och spelfrågor (ANDTS), kallat SLUSS
- övergripande nationell ANDTS-samordning med 23 myndigheter
- det nationella nätverket för missbruk och beroende (BIRK), samordnat av SKR
- det nationella psykiatrichefsnätverket, samordnat av SKR.

[5] Vården i siffror. https://vardenisiffror.se. Besökt 2023-08-20.
[6] RKA, är en ideell förening som bildats i samarbete mellan staten och SKR.

Vi har också själva, eller tillsammans med andra aktörer, arrangerat hearingar och workshops för att få fram underlag till utredningen. Det arbetet omfattade

- fem olika regionala workshops med företrädare för det förebyggande området
- en nationell workshop med fokus på vård, stöd och skadereducering med olika professioner
- en nationell workshop om vård och stöd inom ramen för LVM-vård,[7] kriminalvård och aktörer i den rättsvårdande kedjan
- en nationell workshop om uppföljning, kartläggning samt skattning av målgruppens storlek
- två dialoger samarrangerade med Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) för att inhämta synpunkter på anhörigstöd inom kommuner och regioner
- två dialoger med representanter från civilsamhället
- cirka 120 möten och avstämningar med relevanta aktörer.

De aktörer vi har haft dialog med finns tillgängliga på webben när utredningen är klar.[8]

2.5.7 Underlagsrapporter och diarieförda material

Vi har under arbetets gång valt att kontraktera två forskare för att bidra med specifika underlag vi sett behov av:

- Anders Ledberg vid Stockholms universitet har testat en metod för skattningar av mörkertal för antalet personer med skadligt bruk eller beroende.
- Håkan Leifman vid Karolinska institutet har sammanställt ett index för kommunernas preventionsarbete.

[7] Lag (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).
[8] Via sou.gov.se/avslutade utredningar/socialdepartementet/.

Av utrymmesskäl finns dessa underlag inte som bilagor till betänkandet. Dessa underlag ingår inte i betänkandet, men finns att tillgå på webben. De är också diarieförda och kan beställas genom riksarkivet.[9] Båda dessa underlagsrapporter kan också spridas av författarna.

Andra underlag som vi bedömt vara av betydelse för både utredningen och eventuell framtida forskning om vårt arbete finns diarieförda.

[9] Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-88 samt Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-80. Tillgängligt via sou.gov.se/avslutade utredningar/socialdepartementet/.

3 Bakgrunden till en narkotika-utredning som omfattar nutida och framtida utmaningar

I detta kapitel redogör vi för vår bedömning av varför vi tillsatts och de utmaningar narkotikapolitiken behöver hantera, både nutida och framtida. Vissa av dessa utmaningar ryms inom våra direktiv att analysera vidare och andra inte. Vi gör en kort historisk tillbakablick avseende andra liknande utredningar och nationella initiativ.

3.1 Varför behövs en utredning om narkotikapolitiken?

Bakgrunden till utredningen och de omfattande och breda direktiven är enligt vår bedömning en kombination av olika faktorer som belyses nedan.

3.1.1 Tillkännagivanden från riksdagen

Riksdagen har under de senaste åren haft återkommande diskussioner och arbeten om samsjuklighet och ANDTS[1]-politiken som helhet, men också om narkotikapolitiken och narkotikaorsakad dödlighet. Flera tillkännagivanden, det vill säga uppmaningar till regeringen, har lämnats av socialutskottet och antagits av riksdagen. Dessa listas nedan.

[1] Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

Klassificering av nya psykoaktiva substanser

Riksdagen tillkännagav den 24 maj 2018 att regeringen bör låta göra en analys av erfarenheterna från de länder som redan har infört systemet med generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser.[2]

Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor

Riksdagen tillkännagav den 4 mars 2020 att regeringen bör ta initiativ till dels en nollvision när det gäller narkotikarelaterade dödsfall, dels en utvärdering av narkotikapolitiken.[3]

Hälso- och sjukvårdens organisation med mera

Riksdagen tillkännagav den 20 maj 2021 att regeringen bör utreda en förstärkt vårdgaranti som ger personer med beroendeproblem rätt till snabbare vård och behandling.[4]

Alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksfrågor

Riksdagen tillkännagav den 25 mars 2021 att regeringen bör följa upp användandet av naloxonläkemedel på nationell nivå, utreda om fler grupper utanför hälso- och sjukvården ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt ge i uppdrag åt en lämplig myndighet att vidta åtgärder i enlighet med detta.[5]

En förnyad strategi för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar

Riksdagen tillkännagav den 15 juni 2021 att regeringen bör ge i uppdrag åt Socialstyrelsen att genomföra kartläggningar i syfte att förbättra beroendevården.[6]

---

[2] Bet. 2017/18:SoU27 punkt 2, rskr. 2017/18:354.
[3] Bet. 2019/20:SoU7, rskr. 2019/20:174.
[4] Bet. 2020/21:SoU16, rskr 2020/21:327.
[5] Bet. 2020/21:SoU20, rskr 2020/21:245.
[6] Bet. 2020/21:SoU25, rskr 2020/21:375.

En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025

Riksdagen tillkännagav den 21 juni 2022 att regeringen bör se över hur vård och behandling för skadligt bruk eller beroendesjukdom kan bli mer tillgänglig inom kriminalvården.[7]

Riksdagen tillkännagav den 21 juni 2022 att regeringen utan dröjsmål bör vidta nödvändiga åtgärder när det gäller ökat tillgängliggörande av naloxon.[8]

3.1.2 En nationell strategi för ANDTS och en narkotikautredning

I mars 2022 presenterade regeringen en samlad strategi för alkohol, narkotika, dopning och tobak samt spel om pengar för 2022–2025 (ANDTS-strategin).[9] Strategin ska bidra till de övergripande målen för ANDTS-politiken om ett samhälle som är fritt från narkotika och dopning, minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol, minskat tobaksbruk och minskade skadeverkningar av överdrivet spelande.

ANDTS-strategin omfattar hela befolkningen. Den sträcker sig från förebyggande arbete och brottsbekämpning till vård och stöd, och den inkluderar insatser som syftar till att begränsa både tillgängligheten och efterfrågan. De övergripande målen för ANDTS-politiken kompletteras i strategin av en målstruktur med sju långsiktiga mål

- Tillgången ska minska
- Barn och unga ska skyddas
- Färre barn och unga ska börja eller debutera tidigt
- Skadligt bruk eller beroende ska minska
- Det ska finnas tillgång till vård och stöd av god kvalitet
- Skador och död ska minska
- Folkhälsobaserad syn på ANDTS internationellt.

[7] Bet. 2021/22:SoU25, rskr. 2021/22:423.
[8] Bet. 2021/22:SoU25 punkt 21, rskr. 2021/22:423.
[9] Skr. 2021/22:213. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025.*

Till målen knyts prioriterade insatsområden som ska vägleda genomförandet, samordningen och uppföljningen under strategiperioden.

Samma dag beslutades direktiv och utredare för det som regeringen vid en pressträff beskrev som ”den största och mest omfattande utvärderingen av svensk narkotikapolitik på flera decennier, och regeringen vill ta ett brett grepp på narkotikasituationen i samhället”.[10] Utredningens direktiv är omfattande och berör bland annat förebyggande arbete, vård och behandling, skadereducering, dödlighet och uppföljning.

Regeringsskiftet 2022 innebar inte några förändringar för utredningen eller förändrade direktiv.

3.2 En föränderlig omvärld och nya narkotikapolitiska utmaningar

Nedan beskriver vi i korthet de omedelbara utmaningar vi bedömer har relevans för vårt arbete.

3.2.1 Den narkotikapolitiska debatten

Den narkotikapolitiska debatten både i Sverige och i andra länder är omfattande. Debatten pågår i nationella parlament, i FN:s olika forum, inom EU, i media och på sociala plattformar. I mångt och mycket handlar diskussionen om hur man bäst hanterar utmaningar kopplade till narkotika inom såväl folkhälsa som kriminalitet. Vi vill i detta avsnitt beröra de utmaningar som enligt vår bedömning redan i dag påverkar narkotikapolitiken i Sverige, och som kommer att fortsätta göra det framöver.

[10] Artikel i Dagens Nyheter. https://www.dn.se/sverige/kritik-mot-nya-narkotikautredningen-fel-sak-att-gora. Besökt 2023-09-02.

3.2.2 Legalisering, reglering och avkriminalisering samt vård inom ramen för straffrätten

Trots att FN:s narkotikakonventioner förbjuder all olaglig försäljning och handel med narkotika (icke-medicinsk användning), så har flera länder under senare år valt att göra det lagligt att införskaffa, inneha och under särskilda förutsättningar använda vissa narkotikaklassificerade substanser. Detta kallas legalisering. En annan form av reglering är ett förbud motsvarande det vi har i Sverige. Vi redogör för skäl till den modell Sverige har i kapitel 9.

Det är angeläget att skilja på å ena sidan avkriminalisering av eget bruk och innehav för eget bruk, och å andra sidan legalisering som också innefattar också försäljning och i viss mån framställning av narkotika.

Avkriminalisering innebär att användning för eget bruk (och i de flesta fall också innehav för eget bruk) inte leder till förundersökning och åtal, men att handel och försäljning är fortsatt kriminellt och faller under straffrätten. En avkriminalisering, till skillnad från legalisering, betyder fortsatt agerande inom ramen för de internationella narkotikakonventionerna.

Länder som avkriminaliserat användning av narkotika har bedömt att det kan leda till stärkta möjligheter till liv och hälsa hos dem som använder narkotika, bland annat genom att minska rädsla för att samhälleliga kontakter kan leda till straff. Ett annat syfte kan vara att avlasta rättssystemet från att lägga stora resurser på det som kallas eget bruk. I vissa fall kan det även grunda sig i en acceptans av användning av narkotika hos befolkningen, och att eget bruk då inte är straffbelagt.

Många länder har också modeller där det i lagstiftningen är förbjudet att använda narkotika, men där implementeringen av lagstiftningen ändå innebär att resurser fokuserar på annat än eget bruk, som då i praktiken inte straffas (vilket brukar benämnas *de facto*-avkriminalisering).

Ytterligare en inriktning är att inom ramen för en restriktiv narkotikalagstiftning erbjuda vård som respons och sanktion, snarare än böter eller fängelse, i syfte att stärka möjligheten till hälsa genom straffsystemet. Exempel på sådana insatser i Sverige är kontraktsvård och villkorlig frigivning.

Med modellen legalisering regleras marknaden, så att det blir lagligt att använda och handla med vissa substanser. Där ingår oftast särskilda regler för vilka substanser och under vilka omständigheter användning är tillåten. Exempelvis är åldersgränser vanliga. I vissa fall förefaller situationen vara pådriven av kommersiella aktörer. I andra fall anges folkhälsoskäl och i ytterligare andra att reglering av marknaden kan ge ökade skatteintäkter som kan användas till förebyggande samt vård och stöd, liksom att en legalisering skulle kunna minska associerad kriminalitet. Ytterligare ett annat alternativ är att reglera bruk av narkotika utanför det straffrättsliga systemet men med administrativa böter eller en civilrättslig process. Folkhälsomyndigheten sammanfattade läget 2020,[11] men sedan dess har mycket hänt vad gäller policy internationellt. Några exempel inom området är:

- I Portugal avkriminaliserade 2001 eget bruk och innehav av narkotika, även om användning kan leda till påföljder i form av vård. Huvudsyftet med lagstiftningen är dock att kunna bedöma behandlingsbehov och främja hälsa.
- I slutet av 2019 föreslog en norsk offentlig utredning att bruk och innehav av narkotika skulle avkriminaliseras. Man ville också att ansvaret för narkotikafrågan ska föras över från rättssystemet till hälso- och sjukvårdssystemet. Reformen gick inte igenom i Stortinget. Därefter har riksåklagaren i Norge fattat prejudicerande beslut kring egen användning och innehav för egen användning av narkotika, vilket i praktiken innebär en avkriminalisering. En ny utredning har tillsatts.[12]
- Uruguay legaliserade som första land i världen cannabismarknaden 2013. Det främsta syftet var att minska våldet som följde med narkotikahandeln.
- I USA har uppemot 22 delstater legaliserat cannabismarknaden, och i många delstater är bruket av cannabis avkriminaliserat. Cannabisbruk är dock olagligt på federal nivå. Vissa delstater har även legaliserat de psykedeliska substanserna psilocybin (den aktiva substansen är psilocin), DMT (dimetyltryptamin), ibogain och meskalin. Många av de delstater i USA som tillåter cannabis för medi-

[11] Folkhälsomyndigheten (2020). *Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet.*
[12] Norges Regering. https://www.regjeringen.no/no/dep/jd/org/styre-rad-og-utval/tidsbegrensede-styrer-rad-og-utvalg/utvalg-som-skal-utrede-utvalgte-strafferettslige-og-straffeprosessuelle-sporsmal-pa-rusfeltet/id2976801. Besökt 2023-09-02.

cinskt syfte, tillämpar ofta modeller med komponenter av någon form av de facto-legalisering.

- Kanada legaliserade cannabismarknaden 2018 som en folkhälsopolitisk insats. Cannabisanvändningen är utbredd i landet, och man sökte nya sätt för att minska bruket och skadeverkningarna samt förebygga att barn och unga börjar använda cannabis.[13] I den kanadensiska provinsen British Columbia är också eget bruk av vissa substanser avkriminaliserat på försök från 2023. Avkriminaliseringen omfattar alla över 18 år och inkluderar opioider, kokain, metamfetamin och ecstasy.
- Inom EU har Malta och Luxemburg i begränsad utsträckning legaliserat cannabis. Tysklands regering har enats om en plan för att legalisera cannabis, men utreder fortsatt hur en sådan ordning kan genomföras och vara förenlig med EU-rätten. Även Tjeckien har visat politiskt intresse för att likt Tyskland reglera cannabismarknaden genom att exempelvis tillåta odling för eget bruk.

Den svenska situationen är inte opåverkad av vad som händer i vår omvärld och de förändringar som beskrivs ovan innebär också att den svenska restriktiva narkotikapolitiken både ifrågasätts och försvåras.

3.2.3 Cannabis, THC-halter och nya cannabisprodukter

Cannabis är ett samlingsnamn för exempelvis hasch och marijuana, och är den vanligaste illegala drogen, både i Sverige och i världen. Oftast röks cannabis, många gånger utblandat med tobak, men det går även att exempelvis äta, dricka eller inhalera.

Cannabis har under en lång tid i flera länder klassificerats som en ”soft drug” med ett mer tillåtande regelverk.[14] Exempel på detta är de så kallade coffee shops som sedan länge funnits i Nederländerna och de klubbar för cannabisanvändning som under senare tid etablerats i Spanien. I många länder har också implementeringen av lagstiftningen, exempelvis om personer lagförs för bruk eller innehav för

[13] Folkhälsomyndigheten (2020). *Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet.*
[14] De internationella narkotikakonventionerna gör dock inte en sådan uppdelning, utan olika förteckningar till de olika narkotikakonventionerna har snarare baserats på om substansen kan ha ett medicinskt syfte eller inte. Nyligen omklassificerades cannabis från förteckning IV, eftersom denna inte ska innehålla narkotika som kan ha medicinska kvaliteter.

eget bruk av cannabis, varit mild i jämförelse med hur lagen tillämpas avseende andra substanser.

Cannabis är numera samlingsnamnet för en rad olika produkter som innehåller varierande grad av den kemiska föreningen delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som är den dominerande psykoaktiva komponenten i cannabis. Vanligen bestäms styrkan i cannabis av hur hög halten THC är. Ju högre halt THC desto starkare rus. Samtidigt finns det även andra ämnen i cannabis som kan spela roll för ruset, exempelvis cannabidiol (CBD). Enbart CBD ger inget rus.

Förr var det betydande skillnader i THC-halterna hos hasch och marijuana, som är de två huvudsakliga formerna av cannabis. Sedan ett par år tillbaka är de dock ungefär lika potenta. Det är alltså i dag mer relevant hur hög THC-halt en cannabisprodukt har, då riskerna med substansen ofta stiger med högre THC-halt.

Det finns också en omfattande marknad för cannabis- och hampaprodukter utifrån CBD-innehållet. Dessa marknadsförs ofta som kosmetika, hälsokostprodukter, livsmedel eller liknande, och innehåller som regel låga THC-halter.

En utmaning för narkotikapolitiken i Sverige är att begränsa de skadeverkningar som cannabis med allt högre THC-koncentration, och syntetiska cannabinoider (en grupp av substanser som efterliknar effekterna av ämnen i cannabis) för med sig.

3.2.4 Medicinsk användning av narkotika

Flera läkemedel innehåller narkotikaklassificerade substanser. De narkotikaklassade läkemedlen har många användningsområden inom sjukvården. Exempel är morfin, adhd-läkemedel och bensodiazepiner. I allt större utsträckning förekommer i andra länder även medicinsk användning av cannabis och psykedeliska substanser, exempelvis psilocybin. Bland dem som tillåter cannabis för medicinskt bruk återfinns Australien, Kanada, Tjeckien och flera delstater i USA. Dessutom finns olika läkemedel som innehåller cannabis.

Sativex, en munhålesprej med cannabisextrakt, är sedan 2011 godkänd i Sverige för behandling av spasticitet vid multipel skleros. År 2020 godkändes Epidyolex, som innehåller cannabisextrakt, som läkemedel i Sverige för behandling vid två ovanliga epilepsisyndrom. Det finns också både i Sverige och i andra länder förskrivning *off*

label (det vill säga förskrivning som avviker från den godkända produktresumén, såsom användning på icke godkänd indikation, med avvikande dos eller med avvikande administrationssätt) av läkemedel som innehåller cannabis, eller licensförskrivning med cannabis, för indikation vid svår smärta. Detta trots att kunskapsläget om cannabisbaserade preparat har en smärtlindrande effekt är oklart. Fortsatt forskning behövs för att visa om exempelvis behandling med cannabis kan minska användning av annan smärtlindring, så som opioidläkemedel. Verksamheter som förskriver cannabis har under senare år etablerat sig i Sverige, och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har funnit anledning att genomföra tillsyn av verksamheterna.

Forskningen om hallucinogena substanser som en del av terapeutisk behandling för depression och beroendetillstånd har ökat under senare år.[15] I dessa behandlingar ingår narkotikaklassificerade substanser, men detta har mycket lite att göra med en reglerad narkotikamarknad eller legalisering av narkotika. Forskningen är i sin linda och fler studier behövs för att säkerställa behandlingsmetodens status som evidensbaserad. Samtidigt är det tydligt att medicinska behov och därmed kommersiella intressen för en sådan utveckling är omfattande och företag investerar i en potentiell framtida marknad.

Redan i dag förekommer självmedicinering utanför läkares ordination med exempelvis hallucinogena substanser i små doser mot depression eller andra psykiatriska tillstånd. Begreppet *mikrodosering*, när personer självmedicinerar eller använder en liten dos för att främja kreativitet, innebär att en liten del av den mängd av substansen som hade behövts för att uppleva ett rus används – ofta en femtedel ner till en tjugondel av en sådan rusgivande dos.[16] Doser som används i terapeutisk behandling är som regel högre än dem som används vid egeninitierad mikrodosering.

När nya substanser godkänns för medicinsk behandling ökar trycket på att tillåta även självmedicinering, vilket är ytterligare en utmaning för narkotikapolitiken.

[15] Fuentes, J. m.fl. (2020). *Therapeutic Use of LSD in Psychiatry: A Systematic Review of Randomized-Controlled Clinical Trials.*
[16] Grinspoon, P. (2022). *The popularity of microdosing of psychedelics: What does the science say?*

3.2.5 Opioidkris, herointillgång och fentanyl

En omfattande opioidkris plågar sedan några år både USA och Kanada. Vi skriver mer om situationen i kapitel 13. I korthet ledde en alltför frikostig förskrivning av opioder inom hälso- och sjukvården till att många utvecklade skadligt bruk eller beroende. En mycket komplicerande omständighet i Nordamerika är i dag substansen fentanyl och dess analoger.[17] Numera relaterar de allra flesta dödsfall av narkotika i USA och Kanada till fentanyl på ett eller annat sätt.

Även Sverige drabbades för några år sedan av fentanyl och fentanylanaloger, vilket orsakade dödsfall. Tack vare rättsvårdande myndigheters aktiva arbete och en snabb klassificering, kunde fentanylanalogerna förbjudas på den svenska marknaden och motas bort. Därefter har den narkotika- och läkemedelsorsakade dödligheten till följd av dessa substanser successivt minskat i Sverige. Även om Sverige, enligt dialog vi fört med Polismyndigheten och Tullverket i nuläget inte identifierar fentanyl eller fentanylanaloger som ett omfattande problem på den svenska narkotikamarknaden, är vår bedömning att risken för en sådan utveckling måste beaktas och följas noggrant.

Afghanistan är världens största producent av opium som används för att framställa heroin. I april 2022 förbjöd talibanledningen opiumodling och det är ännu oklart vilken effekt förbudet får och hur det på sikt påverkar narkotikamarknaden i Europa. En övervägande del av heroin som säljs i Europa kommer från opium som odlats i Afghanistan. En utmaning kan vara att om tillgången till heroin minskar på narkotikamarknaden uppkommer andra substanser som kan vara än mer skadliga eller potenta.

Olika studier har analyserat om Sverige eller andra europeiska länder riskerar en liknande opioidkris som den som drabbat USA.[18] Mycket lite talar i nuläget för detta. Förskrivningen av opioider i Sverige har på samhällsnivå och i ett historiskt perspektiv inte ökat.[19,20] Ökad kunskap och erfarenhet från andra länder har dock alltmer satt ljuset på riskerna med opioider. Även om mycket lite tyder på att

[17] Fentanyl är ett opioidbaserat läkemedel mot smärta. Fentanylanaloger är illegalt framställd narkotika som syftar till att efterlikna fentanyl. Fentanlylanaloger är under ständig utveckling, inte minst för att undvika straffrättsliga sanktioner och är ofta mycket starkare än fentanyl.
[18] Fugelstad, A. (2023). *Den svenska opioidkrisen*.
[19] Läkemedelsverket (2020). *Förskrivning av opioider i Sverige. Användning över tid. Förskrivning av opioider i Sverige.*
[20] Läkemedelsverket (2020). *Förskrivning av opioider i Sverige. Läkemedel, doser och diagnoser.*

iatrogent[21] opioidberoende ökat i Sverige så betyder det inte att problemet inte finns.

Det innebär att våra förslag, som också ska ha siktet inställt på framtiden, behöver ge utrymme för att kunna hantera en narkotikamarknad där det i större utsträckning än i dag kan komma att förekomma narkotika som innehåller fentanyl, med eller utan användarens vetskap. Vi återkommer i kapitel 16 med analys om nödvändiga åtgärder i Sverige för att säkerställa en rationell läkemedelsförskrivning till dem som behöver läkemedlen och där det finns indikation på att behandlingen är nödvändig och effektiv, men också begränsar förskrivning när indikation för behandlingen saknas.

3.2.6 Det saknas läkemedelsbehandling för beroende av amfetamin och kokain – men forskning pågår

I Sverige ser vi en ökad användning av kokain, liksom ett ökat antal personer som söker vård och behandling för skadligt bruk eller beroende av det. Amfetamin är en substans som sedan länge är vanlig i Sverige. Bland de personer som besöker någon av de sprututbytesverksamheter som finns i Sverige rapporterar cirka 60 procent att de injicerar centralstimulerande substanser såsom amfetamin.[22] Centralstimulerande substanser är således vanliga, och ofta finns stor samsjuklighet hos personer som har skadligt bruk eller beroende av centralstimulerande substanser och exempelvis adhd. Centralstimulerande läkemedel, såsom metylfenidat, förskrivs också till personer med adhd.

För personer som är beroende av opioider, liksom för alkoholberoende, finns effektiva läkemedelsbaserade behandlingsinsatser. För dem som är beroende av centralstimulerande substanser som amfetamin eller kokain saknas ännu sådana insatser. Däremot finns evidensbaserade behandlingar inom det beteendevetenskapliga området.

Forskning pågår kring behandling av amfetaminberoende med läkemedlet naltrexon, behandling med en kontrollerad amfetamindos eller dexamfetamin.[23] Sådana behandlingar är ännu inte tillräckligt evidensbaserade för att omfattas av internationella- eller nationella behandlingsrekommendationer.

[21] Iatrogent läkemedelsberoende innebär ett skadligt bruk av läkemedel som har orsakats av vården.
[22] Information från kvalitetsregistret InfCare sprututbyte, februari 2023.
[23] Tardelli, V. m.fl. (2020). *Prescription psychostimulants for the treatment of stimulant use disorder: a systematic review and meta-analysis.*

En utmaning för narkotikaområdet är att utveckla beteendevetenskapliga behandlingar för personer som är beroende av centralstimulerande substanser och att få personerna att stanna i behandling, vilket kan vara svårare att åstadkomma än vid läkemedelsbehandling. I dessa fall kan *contingency management* med fördel användas för att förstärka belöningsmekanismer kopplade till att delta i behandling.[24] Ytterligare en utmaning är att säkerställa samtidig diagnostik och behandling för psykiatrisk samsjuklighet och beroende, vilket är angeläget. Samsjuklighetsutredningen har nyligen lämnat ett antal förslag inom detta område.[25]

3.2.7 Mer tillåtande attityder till narkotika i Sverige

Undersökningar visar att ungas och vuxnas attityder till narkotika har förändrats. Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) rapporterar att det har skett förändringar mellan åren 2003 och 2019 i ungas attityder till narkotika. Unga är i dag något mindre benägna att uppfatta narkotika som ett problem och har en mindre restriktiv syn på narkotika. Det finns vissa skillnader i attityder mellan pojkar och flickor. Pojkar har både mindre restriktiv syn och är mindre benägna att uppfatta narkotika som ett problem. Även om det skett förändringar mellan åren, betraktar fortfarande de flesta narkotika som ett problem.[26]

Riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk (RFMA) presenterade i mars 2023 en undersökning av svenska folkets inställning till legalisering av cannabis. I undersökningen deltog cirka 1 200 personer i åldrarna 16–75 år i ett rikstäckande urval. Även om en stor majoritet av befolkningen fortfarande är emot en legalisering, så har andelen som är positiva till en legalisering ökat jämfört med 2014. Exempelvis svarade 4 procent år 2014 att det borde vara tillåtet att odla cannabis för eget bruk. År 2023 var motsvarande andel 14 procent. På frågan om cannabis borde vara tillåtet att använda, uppgav år 2014 bara 6 procent att så borde vara fallet, mot 14 procent år 2023.

[24] Det är en beteendeterapeutisk metod som används för att stimulera förändring i en individs beteende. Den går i korthet ut på att dela ut belöning som passar den specifika individen och det individuellt satta målet. Belöningen ska förstärka inlärning, främja beteendeförändring och stärka individens engagemang i behandlingen.
[25] SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*
[26] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN (2020). *Upp till var och en? Förändringar i ungas attityder till narkotika mellan åren 2003 och 2019.*

På frågan om man var för eller emot en legalisering av cannabis uppgav 18 procent år 2023 att de var för och 67 procent att de var emot.[27] Trots en förändring åt det tillåtande hållet så har den vuxna befolkningen generellt fortsatt en negativ inställning till narkotika.[28] Attityder hos befolkningen har stor betydelse för hur lagar och regler utformas och upprätthålls.

Folkhälsomyndigheten redovisade nyligen att attityderna till narkotika bland dem som regelbundet använder narkotika inkluderar såväl önskemål om en förändrad lagstiftning som attityden att narkotika ses som något i stora delar positivt. Deltagarna framhöll i fritextsvaren att de anser att det viktigt att skilja på användning respektive skadligt bruk eller beroende av narkotika. De flesta beskrev sitt eget narkotikabruk som ansvarsfullt, kontrollerat och oproblematiskt. De upplevde inte några negativa konsekvenser av narkotikaanvändning. Upplevda fördelar var bland annat att narkotika är kul, förbättrar hälsan och måendet, ger ökad prestation i arbetet och hjälper i vardagen.[29]

I våra dialoger med olika aktörer som möter unga har en samstämmig bild framträtt om att ungas attityder till narkotika förändrats åt ett mer tillåtande håll. Detta ställer delvis andra krav på det preventiva arbetets innehåll. Att attityderna förändras tror vi beror på flera olika faktorer, som att

- omvärldens narkotikapolitik förändras, där länder legaliserar och reglerar användning av olika substanser
- vissa substanser också har ett medicinskt användningsområde
- populärkulturen i allt högre grad relaterar till användning av narkotika i och utanför Sverige och att användning därmed normaliseras.

Dessutom medför internet och sociala media att både unga och vuxna har större möjlighet att med varierande grad av kunskap om källkritik själva söka information från allehanda källor, vilket innebär en utmaning för narkotikapolitiken som helhet.

[27] Riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk, RFMA (2023). *Svenska folkets inställning till cannabis våren 2023.*
[28] Folkhälsomyndigheten (2023). *Vuxnas attityder till cannabis och annan narkotika.*
[29] Folkhälsomyndigheten (2022). *Den europeiska webbundersökningen om narkotika 2021. Användningsmönster, köpvanor och upplevelser av narkotika bland personer med ett aktuellt bruk i Sverige.*

En av flera utmaningar för den svenska narkotikapolitiken i framtiden blir att på ett folkhälso- och faktabaserat sätt hantera de förändrade attityder som utvecklas i samhället och de konsekvenser detta medför för användningen av narkotika samt riskerna på individ- och samhällsnivå.

3.2.8 Nya substanser och grupper av narkotikaanvändare

Narkotikasituationen och narkotikamarknaderna är under ständig förändring. Följande är några exempel på trender:

- Under början på 2000-talet var gammahydroxibutyrat (GHB) populärt i ungdomsmiljöer och i vissa delar av Sverige, men substansen har därefter inte varit lika vanlig.
- Under flera år var det vanligt med nya psykoaktiva substanser (NPS). Inte minst spice (en syntetisk cannabinoid) uppmärksammades stort i Sverige, då många unga använde substansen, vilket medförde stora skadeverkningar.
- Tramadol har varit vanligt bland ungdomar, inte minst i Skåne, där det inte varit ovanligt att unga börjat använda tramadol utan att först ha använt eller testat cannabis.
- Under det senaste året har den syntetiska katinonen kristall (3-CMC), 3-klormetkatinon) uppmärksammats i media och av de rättsvårdande myndigheterna som en substans som alltmer börjat användas av unga.

Ovanstående är exempel på utmaningar av hur trender inom olika grupper som använder narkotika är under ständig förändring vilket påverkar efterfrågan och narkotikamarknaden.

3.2.9 Stora reformer och förändringar i organisationen av vård och stöd

Narkotikapolitiken i Sverige innehåller många insatser för att erbjuda vård och stöd mot såväl användning av narkotika som mer allvarliga problem kopplade till skadligt bruk eller beroende.

Bland flera stora pågående eller aviserade förändringsprocesser inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst märks omställningen till det som kallas *god och nära vård.* Det innebär att vården i högre grad ska organiseras och bedrivas med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar, närmare patienten och utan onödiga trösklar mellan olika vårdnivåer. En hel del av detta handlar om att utveckla primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården som ett nav i patientens olika kontakter med hälso- och sjukvården i övrigt.[30] I ett land med starkt kommunalt självstyre och stora avstånd till specialiserad vård i vissa delar av landet, har primärvården en viktig roll att fylla för en jämlik och tillgänglig vård över hela Sverige. Digitala insatser kan vara en del av lösningen, exempelvis de digitala stöd som utvecklats och finns att tillgå genom 1177.

En annan stor reform som föreslagits, men ännu inte beslutats när vi lämnar vårt slutbetänkande, är förslagen i *Från delar till helhet*.[31,32] Förslagen innebär att ansvar för vård för skadligt bruk eller beroende tydligt läggs på hälso- och sjukvården i stället för att som hittills utgöra ett gemensamt ansvar mellan region och kommun. Vidare föreslås att individer med den mest komplexa problematiken ska kunna erbjudas en ny och integrerad vårdform som är gemensam mellan kommun och region. Slutligen föreslås att lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) upphör och blir en del av lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Många andra förslag finns också med i Samsjuklighetsutredningens två betänkanden.

Socialtjänstutredningen har presenterat förslag bland annat om ökat fokus på förebyggande arbete och möjlighet att erbjuda ickebiståndsbedömda insatser, som om de genomförs påverkar narkotikapolitiken.[33]

Reformerna och förslagen ovan innebär flera förslag som, om de genomförs, kommer att påverka den svenska narkotikapolitikens innehåll, främst i de delar som handlar om vård, stöd och skadereducering. Våra förslag bygger i mångt och mycket vidare på dessa och vi upprepar inte tidigare lagda förslag. Det innebär också att om dessa

[30] SOU 2018:39. *God och nära vård – en primärvårdsreform.*
[31] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*
[32] SOU2023:5. *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.*
[33] SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

utredningar inte redan hade presenterats hade vi troligen lagt delvis andra förslag och bedömningar än vad vi nu gör.

3.2.10 Ökat utbud av narkotika och koppling till organiserad brottslighet

Utvecklingen av nya narkotiska substanser, nya transport- och smuggelsätt samt nya försäljningsmönster är en ständig katt-och-råtta-lek för polis, tull, åklagare och andra delar i rättssystemet. De rättsvårdande myndigheterna arbetar samlat i Sverige och internationellt i den del av kedjan som kallas för tillgångsbegränsning.

År 2021 publicerade Brottsförebyggande rådet (Brå) en rapport som kartlade den svenska narkotikamarknaden.[34] Rapporten ger en bred nulägesbild av narkotikabrottslighetens aktörer och organisationsformer – från smuggling till distribution och gatuförsäljning samt internetförsäljning och köpare på olika marknader. Den visar att smugglingen har professionaliserats och att distributionsleden blivit färre under senare år. Polismyndigheten har konstaterat att narkotikasmugglingen till Sverige bedrivs i närmast industriell skala.[35] De krypterade kommunikationslösningarna beskrivs som en förutsättning för utvecklingen och är centrala för alla delar av narkotikahandeln.

Ett resultat av utvecklingen är att fler kriminella nätverk än tidigare strävar efter att kontrollera lokala narkotikamarknader i vissa bostadsområden och för många unga kan narkotikaförsäljning leda till annan kriminalitet. Konkurrensen om platser och inkomster leder till högre konfliktnivåer där våld eller hot om våld är ett sätt att kontrollera distribution och försäljning av narkotika. Rapporten från Brå visar också att narkotikahandeln bygger på gränsöverskridande samarbeten mellan aktörer i kriminella miljöer. Tillgängligheten till narkotika för köparna har ökat till följd av att fler digitala och fysiska marknadsplatser etablerats och serviceinriktade leveransmetoder blivit vanligare.[36] Det är en utmaning för den svenska narkotikapolitiken att begränsa tillverkning, smuggling och handel med narkotika vilket är viktiga delar för att kunna påverka narkotikamarknaden.

[34] Brottsförebyggande rådet, Brå (2021). *Narkotikamarknader. En studie av smuggling, gatuförsäljning, internethandel och köpare.*
[35] Polisen (2021). *Lärdomar av Encrochat – Analysprojekt Robinson.*
[36] Brottsförebyggande rådet, Brå (2021). *Narkotikamarknader. En studie av smuggling, gatuförsäljning, internethandel och köpare.*

3.2.11 Narkotika kostar samhället stora resurser

Vi har inte i uppdrag att beskriva hur narkotika påverkar samhället som helhet, exempelvis genom brottslighet, våld och gängkriminalitet. Inte heller har vi i uppdrag att göra en bred utvärdering av den förda politiken utifrån dessa olika perspektiv. Våra direktiv har fokus på liv hos hälsa hos den som använder narkotika eller utvecklat skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vi konstaterar dock att narkotikan medför omfattande kostnader, påverkar tryggheten och vållar andra omfattande skador på samhällsnivå. Detta är bekymmersamt på flera sätt.

Enligt en relativt ny beräkning kostade narkotikaanvändningen samhället minst 38 miljarder kronor år 2020.[37] De samhällsekonomiska kostnaderna för narkotikaanvändning kan delas in i tre typer:

- De *immateriella* kostnaderna avser värdet för förlorad livskvalitet och förlorade levnadsår bland narkotikaanvändare och deras anhöriga. Denna kostnad utgjorde den högsta kostnaden i skattningen, cirka 16 miljarder kronor.
- De *direkta* kostnaderna för bland annat vård, behandling och rättsväsende var något lägre cirka 15 miljarder kronor.
- De *indirekta* kostnaderna för bland annat produktionsbortfall på grund av förtida dödsfall och arbetslöshet uppgick till cirka 9 miljarder kronor.

Som jämförelse konstateras att samhällskostnaden för alkohol beräknats till 60 miljarder kronor år 2017 och för rökning 32 miljarder kronor år 2015, även om jämförelserna mellan olika substanser avser olika år och har haft lite olika innehåll.[38] Beräkningarna innehåller osäkerheter och kostnaderna är överlappande, men genom att förebygga bruk av narkotika kan samhället minska både lidande och kostnader.[39]

Tullverket har räknat på värdet av gjorda beslag och vilken nytta och besparingar som beslagen inneburit på samhällsnivå. Enligt Tullverket handlar det om uteblivna kostnader för vård och sociala insat-

[37] Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, IHE (2022). *Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige.*
[38] Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/utveckling-inom-andts-anvandning-och-ohalsa/skadeverkningar/narkotikans-skadeverkningar/samhallskostnader-for-narkotikabruk. Besökt 2023-01-15.
[39] Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi, IHE (2022). *Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige.*

ser. För hela 2022 var samhällsnyttan enligt Tullverket 5,1 miljarder. Halvvägs in i 2023 beräknas samhällsnyttan redan till drygt 5 miljarder kronor.[40]

3.3 Vilka andra nationella narkotikapolitiska initiativ med fokus på hälsa har tidigare genomförts i Sverige?

Tidigare utredningar och satsningar inom det narkotikapolitiska området presenteras i korthet nedan.

3.3.1 En narkotikakommission för översyn och förstärkning av narkotikapolitiken, 1998–2000

År 1998 fattade regeringen beslut om kommittédirektiv för en narkotikakommission med en parlamentarisk referensgrupp. Kommissionen fick i uppdrag att göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet, och att med utgångspunkt från denna föreslå effektiviseringar av narkotikapolitiken. Översynen skulle omfatta

- lagstiftning inom området
- insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare[41]
- insatser för att begränsa tillgången på narkotika.[42]

Utredningen publicerade sitt slutbetänkande *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen* år 2000.[43] I huvudsak fastslår utredningen följande:

> Svensk narkotikapolitik står inför ett avgörande vägval. Den ena vägen kräver betydande tillskott av resurser i form av engagemang, ledning, kompetens och ekonomi. Den andra vägen innebär sänkta ambitioner

[40] Tullverket. https://www.tullverket.se/nyheter/nyheter/narkotikabeslagskjuterihojden. Besökt 2023-08-28.
[41] Ordet *missbruk* används i refererat underlag, men är annars inte ett ord vi använder i utredningen.
[42] Kommittédirektiv 1998:18. *En narkotikakommission för översyn och förstärkning av narkotikapolitiken.*
[43] SOU 2000:126. *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen.*

och betydande acceptans av narkotikamissbruk. Detta är kommissionens viktigaste slutsats. Narkotikakommissionen har gjort en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet. Översynen har omfattat lagstiftningen inom området samt insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare liksom insatser för att begränsa tillgången på narkotika. Narkotikakommissionen har i sitt vägval funnit att den restriktiva svenska narkotikapolitiken måste upprätthållas och förstärkas. Det finns enligt kommissionens mening inte några argument eller fakta som talar för att det i något avseende skulle vara bättre, för vare sig enskilda missbrukare eller samhället i stort, med en politik som sänker garden mot narkotikamissbruk och narkotikahandel. En annan sak är att resultatet av den nu förda svenska narkotikapolitiken skulle kunna vara och måste bli bättre. Narkotikakommissionen lägger i detta betänkande därför fram förslag vars syfte är skapa helhet och balans och att förstärka, förnya och utveckla den restriktiva narkotikapolitiken.

3.3.2 En nationell narkotikahandlingsplan 2002

I januari 2002 presenterade regeringen propositionen *Nationell narkotikahandlingsplan*, som därefter låg till grund för ett beslut av riksdagen. Av propositionen framgår följande:

I propositionen redovisar regeringen sin syn på narkotikapolitiken och lägger fast grundvalarna för hur samhällets insatser under 2002–2005 skall förstärkas samt för hur insatserna skall följas upp. I handlingsplanen föreslås att målet för den svenska narkotikapolitiken även i fortsättningen skall vara ett narkotikafritt samhälle. Huvudinriktningen för narkotikapolitiken skall vara målinriktade och samordnade insatser för att begränsa både utbudet av och efterfrågan på narkotika. Insatser behövs för att förstärka den politiska prioriteringen av narkotikafrågan, förbättra samarbetet mellan olika myndigheter och mellan myndigheter och organisationer, förbättra det förebyggande arbetet och vården genom bl.a. metod- och kompetensutveckling samt forskning, utveckla behandlingsperspektivet inom kriminalvården, effektivisera insatserna på kontrollområdet, förbättra metoderna för att följa både narkotikautvecklingen och samhällets insatser samt för att öka det internationella samarbetet. I propositionen redovisar regeringen också att en särskild nationell narkotikasamordnare kommer att utses för att genomföra och följa upp handlingsplanen samt för att samordna narkotikainsatserna på nationell nivå.[44]

[44] Prop. 2001/02:91. *Nationell narkotikahandlingsplan*, s. 1.

3.3.3 En nationell narkotikasamordnare och Mobilisering mot narkotika, 2002–2007

Som ett resultat av Narkotikakommissionens slutsats att det behövdes betydande tillskott av engagemang, ledning, kompetens och ekonomi, beslutade regeringen att tillsätta en nationell narkotikasamordnare.[45] Den nationella narkotikasamordnaren skulle

- agera som regeringens talesperson
- genomföra och följa upp den nationella narkotikahandlingsplanen
- samordna narkotikainsatserna på nationell nivå
- upprätta och till regeringen överlämna en plan över hur de medel som ställts till förfogande för handlingsplanen skulle fördelas
- aktivt samverka med berörda departement, myndigheter, kommuner, frivilligorganisationer och föreningslivet i övrigt
- bedriva ett narkotikapolitiskt opinionsarbete och stimulera insatser på regional och lokal nivå
- genomföra vissa forskningsprojekt av särskild betydelse för handlingsplanen med mera.

Den tillhörande statliga kommittén *Mobilisering mot narkotika* arbetade utåtriktat under åren 2002 till 2007 och finansierade utvecklingsprojekt och forskning som publicerades i en rad delrapporter. Arbetet pågick parallellt och delvis i samverkan med den nationella Alkoholkommittén som under samma period hade till uppdrag att förebygga alkoholskador.

3.3.4 ANDT- och ANDTS-strategier 2010, 2015 och 2022

Det som kallas för narkotikapolitik finns inte längre antaget i någon särskild strategi eller något dokument, utan har sedan 2010 varit en del av det nationella arbetet mot ANDT, numera ANDTS eftersom även spel om pengar omfattas. Målet med narkotikapolitiken och dess

[45] Kommittédirektiv 2002:6: *En nationell narkotikasamordnare*, dir. 2005:126: *Tilläggsdirektiv till En nationell narkotikasamordnare (S 2002:03*).

insatser, enligt riksdagsbeslutet från 2010, ligger fast än i dag: ett samhälle fritt från narkotika.[46] Det är samma mål som gällde även före 2010.

3.3.5 Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet, 2010–2011

År 2010 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredning om det internationella narkotikasamarbetet.[47] Den särskilda utredaren fick i uppdrag att kartlägga Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet och beskriva möjligheter till bättre resursutnyttjande och samordning. I uppdraget ingick bland annat att redovisa den aktuella narkotikapolitiska debatten inom EU och globalt, identifiera hur svensk narkotikapolitik kunde föras ut på ett mer samordnat sätt inom EU och internationellt och presentera förslag till hur Sverige skulle kunna främja att respekten för FN:s narkotikakonventioner upprätthålls. Utredaren rapporterade i sitt slutbetänkande arbetet och förslagen, bland annat föreslogs att begreppet skadereducering skulle förtydligas för att kunna ingå i svenska förhandlingspositioner.[48] Vi återkommer till detta i kapitel 12.

3.3.6 Missbruksutredningen

Under 2011 lämnade Missbruksutredningen betänkandet *Bättre insatser vid missbruk och beroende*.[49] Utredningen lämnade en rad förslag och bedömningar inom området. Vissa av dem har hanterats, men de flesta förslagen har inte genomförts. Vi återkommer i de olika delarna av detta betänkande till förslag eller bedömningar som gjordes av Missbruksutredningen och som vi bedömer är fortsatt relevanta och angelägna.

[46] Prop. 2010/11:47. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.*
[47] Kommittédirektiv 2010:82. *Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet.*
[48] SOU 2011:66. *Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet.*
[49] SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende.*

3.3.7 Narkotikapolitiska utredningar om kontroll och straff

Under senare år har det genomförts flera olika utredningar med fokus på hur man effektivare kan kontrollera och klassificera narkotika, skärpa straffen vid grova narkotikabrott, och nu senast genomföra ändringar i postlagen (2010:1045) för att minska tillgången till narkotika. Resultaten redovisas i exempelvis i följande betänkanden

- *Bättre kontroll av missbruksmedel. En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m.*[50]
- *Synnerligen grova narkotikabrott.*[51]
- *Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post.*[52]
- *Klassificering av nya psykoaktiva substanser.*[53]

3.4 En människorättsbaserad narkotikapolitik – vad innebär det?

Syftet med de internationella narkotikakonventionerna och kontrollen kring narkotika är att skydda och värna hälsan. Det finns således inget egenvärde i straff och kontroll, utan det är en del av insatserna för att uppnå en bättre hälsa för både population och individ. Målet för arbetet med mänskliga rättigheter inom området är att säkerställa rätten till bästa möjliga hälsa. De internationella narkotikakonventionerna syftar till att göra detta genom att förebygga och förhindra användning av narkotika som inte är avsedd för medicinsk användning. Såväl FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC), och dess beslutande narkotikakommission (CND) som Internationella narkotikakontrollstyrelsen (INCB), har vid flertalet tillfällen yttrat sig om målet med konventionerna och en människorättsbaserad implementering av dem. Även andra FN-organ arbetar för den människorättsbaserade politiken där hälsan är den vägledande principen.

[50] SOU 2008:120. *Bättre kontroll av missbruksmedel. En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m.*
[51] SOU 2014:43. *Synnerligen grova narkotikabrott.*
[52] SOU 2021:29. *Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post.*
[53] SOU 2016:93. *Klassificering av nya psykoaktiva substanser.*

Världshälsoorganisationen (WHO) arbetar inom FN-systemet med att stödja UNODC i de delar som handlar om hälsa.[54] Vad gäller smittspridning av infektionssjukdomar och rätten till hälsa, exempelvis för personer som injicerar narkotika, ansvarar FN:s program för bekämpande av aids (UNAIDS) tillsammans med WHO för delar av detta. Organisationernas beslutande organ, Världshälsoförsamlingen, har också en roll.[55]

Inom de mer människorättsorienterade funktionerna finns FN:s högkommissarie för mänskliga rättigheter (OHCHR) och det beslutande organet rådet för mänskliga rättigheter (MR-rådet). Vägledande för organisationens arbete är inte de tre narkotikakonventionerna, utan de regelverk om mänskliga rättigheter som beslutats och ratificerats av världens stater. Rätten till bästa uppnåeliga mentala och fysiska hälsa är en mänsklig rättighet som Sverige förbundit sig att arbeta för att implementera och säkerställa i och med exempelvis ratificeringen av konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-konventionen).[56] Det finns också flera betydande konventioner och deklarationer om mänskliga rättigheter. FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, som också gäller som svensk lag, är den enda av konventionerna om mänskliga rättigheter som explicit omnämner narkotika. Artikel 33 i barnkonventionen lyder:

> Konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder, innefattande lagstiftningsåtgärder, administrativa och sociala åtgärder i upplysningssyfte, för att skydda barn från olaglig användning av narkotika och psykotropa ämnen så som dessa definieras i tillämpliga internationella fördrag och för att förhindra att barn utnyttjas i den olagliga framställningen av och handeln med sådana ämnen.

FN-systemet granskar och kommenterar olika staters arbete för mänskliga rättigheter i många olika processer och granskningar, såsom i *Universal Periodic Review*-processen.[57] Vid några tillfällen har man särskilt granskat eller kommenterat Sveriges narkotikapolitik, vilket vi beskriver nedan.

[54] WHO (2019). *The public health dimension of the world drug problem: how WHO works to prevent drug misuse, reduce harm and improve safe access to medicine.*
[55] Exempelvis WHO, UNODC och UNAIDS (2012). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*.
[56] *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 1966.
[57] Universal Periodic Review (UPR)-rapporteringen avser Sveriges generella efterlevnad av de mänskliga rättigheterna.

År 2007 publicerade UNODC en särskild rapport om Sverige, och organisationens generalsekreterare yttrade sig i mycket positiva ordalag om de svenska resultaten. Det var framför allt den tillgänglighetsbegränsande delen, resultaten i politiken och det förebyggande arbetet som berördes.[58] År 2007 besökte FN:s särskilda rapportör om rätten till hälsa, Paul Hunt, Sverige. Hans besök sammanfattades och avrapporterades i en rapport där han uppmanade den svenska regeringen till följande:

> The Special Rapporteur emphasizes that the Government has a responsibility to ensure the implementation, throughout Sweden and as a matter of priority, of a comprehensive harm-reduction policy, including counselling, advice on sexual and reproductive health, and clean needles and syringes.[59]

Sedan några år tillbaka arbetar världens länder också med att genomföra de globala målen i det som benämns Agenda 2030, men också med den särskilda deklaration om narkotika som antogs vid FN:s generalförsamlings särskilda möte om narkotika 2016.[60] Även i Agenda 2030 finns narkotikarelaterade insatser specificerade inom målområde 3 som behandlar hälsa och välbefinnande. Delmål 3.5, *Förebygg och behandla drogmissbruk*, innebär att

> stärka insatserna för att förebygga och behandla drogmissbruk, inklusive narkotikamissbruk och skadligt alkoholbruk.[61]

Inom EU finns för åren 2022–2025 en europeisk narkotikastrategi.[62] Insatserna i strategin, som tar sin utgångspunkt i en både evidensbaserad och människorättsbaserad politik, innehåller insatser för brottsbekämpning, kontroll av narkotika, efterfrågeminskning, vård, stöd och skadereducering. Inom EU och Europa finns också en rad konventioner som Sverige och andra stater ratificerat. Pompidougruppen inom Europarådet har nyligen tagit fram ett självskattningsverktyg, *Human Rights in Drug Policy: A self-assessment tool*, i syfte att underlätta identifiering av utvecklingsområden för länder i att förstärka den människorättsbaserade ansatsen utifrån de internationella trakta-

[58] UNODC (2007). *Sweden´s successful drug policy. A review of the evidence.*
[59] *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Addendum: Mission to Sweden.*
[60] FN:s Generalförsamling (2016). *Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly special session on the world drug problem*.
[61] Regeringen. https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-mal-3-halsa-och-valbefinnande. Besökt 2023-09-10.
[62] Europeiska unionens Råd (2021). *EU:s narkotikastrategi 2021–2025, 14 178/1/20.*

ten.[63] Vi har utgått från självskattningsverktyget och identifierat utmaningar som löpande presenteras i detta betänkande.

3.5 Sammanfattning av utredningens bakgrund

Narkotikapolitik är ett samlingsbegrepp för ett område som präglats av regelverk nationellt och internationellt, men också ideologi och målsättningar som inte är regelstyrda. Över tid har alltmer forskning, kunskap och erfarenhet kunnat bidra till narkotikapolitiken.

Sverige är ett litet land i en föränderlig värld. Det är därför nödvändigt i utvecklingen av den svenska narkotikapolitiken att se Sverige i en global kontext. Det finns både regelverk och mer målinriktade, vägledande underlag för Sverige att ta hänsyn till i utformningen och utvecklingen av narkotikapolitiken. De internationella regelverk som styr narkotikaområdet är ett samspel mellan flera olika internationellt överenskomna ramverk och FN-organ. I många fall finns det också intressekonflikter mellan olika perspektiv och ramverk.

En av de stora spänningarna handlar om kontroll och straff å ena sidan, och mänskliga rättigheter och skadereducering å andra sidan. I regelverken, framförallt FN:s narkotikakonventioner, har världens länder kommit överens om ramarna för narkotikaområdet, som att det ska vara olagligt att producera och sälja narkotika. Däremot är det inte överenskommet att bruk av narkotika eller innehav för eget bruk måste vara olagligt. Här går länder, även inom EU, olika väg.

Hög dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar har visat på utmaningar inom narkotikapolitiken. Det i kombination med flera tillkännagivanden från riksdagen till regeringen och regeringens beslutade ANDTS-strategi 2022–2025 var orsaken till att denna utredning tillsattes.

Narkotikapolitikens effekter är inte helt enkla att mäta, och de påverkas av många faktorer i samhället. Det finns stora mörkertal i kombination med bristande data och underlag.

Narkotikaproduktion och handel med narkotika är frågor som är tätt sammankopplade med organiserad brottslighet, gängkriminalitet, korruption och penningtvätt – problem som hotar samhällen och samhällsstrukturer. Vi har inte fått i uppdrag att utvärdera den svenska

[63] Pompidou Group, Council of Europe (2021). *Human Rights in Drug Policy: A self-assessment tool.*

narkotikapolitiken i hela dess bredd. Exempelvis faller det utanför våra direktiv att ta ställning till hur kriminaliseringen av eget bruk påverkar samhällsutvecklingen eller brottsbekämpningen. Vi har också i direktiven begränsningar vad avser straffrätt.

Vi har tolkat våra direktiv som en ansats att överväga om det finns områden att utveckla inom ramen för en folkhälsobaserad narkotikapolitik. Vi återkommer i våra förslag och bedömningar till hur detta ska göras.

4 Användningen av narkotika i Sverige

Aktuell kunskap om användning av narkotika och dess utveckling över tid är en förutsättning för att vi ska kunna lämna relevanta förslag på åtgärder inom narkotikapolitiken. Därför beskriver vi i det här kapitlet hur användningen i Sverige har utvecklats över tid, särskilt från 2014. Det inkluderar också information om tillgång till narkotika.

4.1 Sammanfattningsvis en stor tillgång till narkotika och något ökad användning

Utvecklingen av narkotikaanvändningen är svårbedömd, men det mesta talar för en något ökad användning mellan 2014 och 2022. Detta gäller både för cannabis och för annan narkotika. Mest tydlig är ökningen i åldrarna 30–44 år.

Bland barn och unga till och med årskurs två på gymnasiet är narkotikaanvändningen i huvudsak stabil under samma tidsperiod. Däremot har skolelevers användning av narkotikaklassade läkemedel utan ordination ökat något under de senaste 10 åren.

Den självskattade användningen av narkotika är enligt de olika undersökningarna högre bland pojkar och män än bland flickor och kvinnor. Könsskillnaderna varierar mellan åldersgrupper och substanser.

Mätningar av den mer aktuella eller regelbundna användningen i den vuxna befolkningen tyder också på ökningar sedan 2014, särskilt vad gäller användning den senaste månaden, medan andelen i befolkningen med skadligt bruk eller beroende verkar vara stabil över hela den period vi undersökt 2007–2021.

Ökningar av narkotikabeslag under det senaste decenniet tyder tillsammans med sjunkande priser och ökad egenrapporterad användning på en ökad förekomst av narkotika i samhället.

4.2 Sannolikt betydande mörkertal i narkotikarapporteringen

I Sverige finns underlag som gör det möjligt att följa utvecklingen för användningen av narkotika i befolkningen över tid genom regelbundet återkommande frågeundersökningar. Dessa är riktade till befolkningen i stort eller till delar av befolkningen och samtliga underlag bygger på enkäter och självrapporterad användning. De som vanligen används är den *Nationella skolundersökningen* och *Vanor och konsekvenser*,[1] som båda genomförs av Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN), samt Folkhälsomyndighetens undersökning *Hälsa på lika villkor* (HLV).[2,3] Även skolundersökningen från Brottsförebyggande rådet (Brå) ger viss information.[4]

I samband med rapportering till EU:s narkotikabyrå (EMCDDA) gör Folkhälsomyndigheten en sammanställning och analys av narkotikaanvändningen i Sverige baserat på tillgängliga källor. En rapport kallad *Den svenska narkotikasituationen* publiceras årligen. Delar av underlaget till rapporten publiceras också löpande av Polismyndigheten, Tullverket, CAN, Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

Prevalenser kan främst användas för att studera trender över tid och inte med exakthet beskriva användningen under ett visst år. Dessutom innehåller undersökningarna troligen avsevärda underskattningar av användningen. En nyligen genomförd metodstudie tyder på att andelen som i traditionella undersökningar svarar att de använder narkotika (någon gång det senaste året respektive de senaste 30 dagarna) är kraftigt underrapporterat och kan behöva räknas upp med en faktor om 2–3 för att ge en rättvisande bild.[5] I detta kapitel utgår vi dock från de regelbundna mätningar som genomförs i Sverige.

Ett alternativt underlag för att bedöma den lokala tillgången till och användningen av narkotika är så kallade avloppsvattenmätningar,

[1] Svarsfrekvens 37 procent 2021.
[2] Svarsfrekvens 28 procent 2022.
[3] Folkhälsomyndigheten (2022). *Hälsa på lika villkor.*
[4] Brå (2021). *Skolundersökningen om brott 2021. Om utsatthet för och delaktighet i brott.*
[5] Andersson, F. m.fl. (2023). *Prevalence of cannabis use among young adults in Sweden comparing randomized response technique with a traditional survey*.

som kan komplettera den självrapporterade användningen. Metoden används sedan några år tillbaka i olika städer, regioner och länder inom EU. Den kan ge viss information om användningen och mönstren i olika områden i en stad eller olika regioner i ett land, eller om det finns skillnader i användning över veckans dagar och mellan år. Det som oftast mäts är kokain, amfetamin, metamfetamin, cannabis, tramadol och MDMA (3,4-metylendioximetamfetamin, även kallat ecstasy).

I viss mån kan resultatet av avloppsvattenmätningarna jämföras om de genomförs systematiskt och då också ge en bild av skillnader över tid. Det saknas nationella mätningar och underlag i Sverige, men i de städer och regioner där mätningar genomförts mer systematiskt syns exempelvis långsiktiga trender av ökad användning av kokain och amfetamin, samt ökad användning av dessa substanser särskilt under helger.

Folkhälsomyndigheten har till regeringen framfört önskemål om att tilldelas ett uppdrag att, i samverkan med relevanta aktörer, genomföra en pilotstudie om systematiska mätningar av narkotika och eventuellt dopningsmedel i avloppsvatten.[6]

4.3 Andelen av befolkningen som någon gång använt narkotika har ökat sedan 2014

Måttet *använt narkotika någon gång i livet* kan vara relevant för att följa upp om Sverige närmar sig nollvisionen om narkotika och för att få en uppfattning om användningen i de yngre åldrarna, men används i övrigt ganska sällan. Måttet ger ingen bild av risker förenade med återkommande och mer regelbunden narkotikaanvändning.

Enligt Folkhälsomyndighetens undersökning *Hälsa på lika villkor* har användningen av narkotika i befolkningen i åldrarna 16–84 år ökat något över tid. Cannabis är den typ av narkotika som är vanligast i Sverige. Cirka 15 procent rapporterade år 2022 att de använt cannabis någon gång, att jämföra med 12 procent 2014. Användningen av annan narkotika ökade från 4,4 till 6,7 procent från 2014 till 2022 enligt samma undersökning.

Ökningarna har skett i alla åldersgrupper utom för gruppen 16–29 år avseende cannabis. Ökningen är mest tydlig bland yngre medel-

[6] Folkhälsomyndigheten (2022). *Återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att genomföra insatser som syftar till att utveckla och förbättra tillgången till data avseende dopning och narkotika.*

ålders (i HLV åldersgruppen 30–44 år).[7] Orsakerna till den ökade användningen i vissa åldersgrupper kan bero på att fler börjar använda cannabis i vissa åldersgrupper eller att det är en kohorteffekt, det vill säga att vissa årskullar har en särskilt hög användning.

4.3.1 Även andelen med en mer aktuell användning av narkotika har ökat sedan 2014

Folkhälsomyndigheten följer i *Hälsa på lika villkor även* användningen av narkotika de senaste 12 månaderna respektive 30 dagarna. Dessa mått indikerar en mer aktuell eller upprepad användning av narkotika än måttet *använt narkotika någon gång i livet*, som redovisas ovan. Sedan 2017 följer CAN användningen av narkotikaklassade preparat och läkemedel (utan läkares ordination) under de senaste 12 månaderna respektive 30 dagarna.[8] CAN följer också förekomsten av skadligt bruk eller beroende av narkotika[9] i befolkningen.[10]

År 2014 svarade 2,5 procent i åldrarna 16–84 år att de använt narkotika under de senaste 12 månaderna, och 2022 var motsvarande andel 3 procent. För cannabis var siffrorna 2,3 procent år 2014 och 2,5 procent 2022, men i åldersgruppen 30–44 år skedde en fördubbling av andelen. För annan narkotika exklusive cannabis i åldrarna 16–84 ökade andelen från 0,8 procent till 1,4 procent mellan 2014 och 2022.[11]

Enligt CAN:s mätning uppgav 8,6 procent av dem som svarade på enkäten 2017 att de använt narkotika de senaste 12 månaderna. Motsvarande andel 2021 var 7,8 procent, vilket tyder på en liten nedgång från 2017–2021.[12,13] CAN:s underlag visar högre värden än Folkhälsomyndighetens vad gäller 12-månadersprevalens. En anledning

[7] Folkhälsomyndigheten (2022). *Hälsa på lika villkor.*
[8] De vanligaste narkotikaklassade läkemedlen som brukas utan ordination är smärtstillande läkemedel, det vill säga opioider, och därefter bensodiazepiner och andra lugnande/dämpande medel.
[9] Definierat som substansbrukssyndrom enligt DSM V.
[10] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022). *Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. En studie med fokus på år 2021 i Sverige*.
[11] Folkhälsomyndigheten (2022). *Hälsa på lika villkor*.
[12] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022). *Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. En studie med fokus på år 2021 i Sverige*.
[13] I CAN:s undersökning efterfrågas användning av olika preparat var för sig, för 2021 inkluderades centralstimulerande medel i frågeformuläret. I siffrorna här och i figur 4.1 inkluderas inte detta för att det ska vara jämförbart med 2017. Värdet för 2021 med det tillskott av personer som enbart använt centralstimulerande var 8,1 i stället för det redovisade 7,8 procent.

till det är att även narkotikaklassade läkemedel inkluderas i denna mätning och resultat.

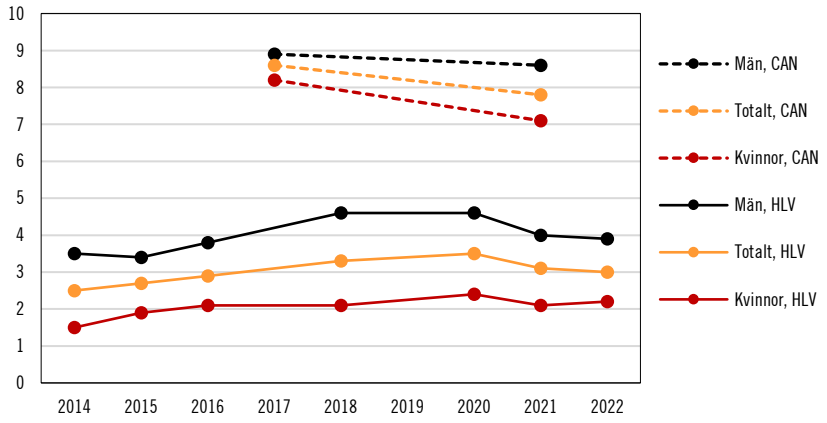
Cannabis hade år 2021 använts av 3,1 procent de senaste 12 månaderna, vilket är en något högre andel än Folkhälsomyndighetens värde på 2,5 procent.

År 2014 uppgav 0,6 procent i åldersgruppen 16–84 år att de använt narkotika under de senaste 30 dagarna, och 2022 var motsvarande andel 1,1 procent. För cannabis var siffrorna 0,5 procent år 2014 och 0,9 procent 2022, och för annan narkotika 0,1 procent respektive 0,4 procent.[14] Av de svarande i CAN:s mätning uppgav cirka 3 procent att de hade använt narkotika under de senaste 30 dagarna, vilket var ungefär samma nivå som i mätningen 2017.[15]

I figuren nedan syns både CAN:s och Folkhälsomyndighetens mätningar avseende all narkotika.

Figur 4.1 Användning av narkotika de senaste 12 månaderna

Uppgifter från *Hälsa på lika villkor* för åldersgruppen 16–84 år. Uppgifter från CAN avser åldersgruppen 17–84 år och inkluderar även narkotikaklassade läkemedel utanför ordination. Procent



Källa: Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten). Vanor och konsekvenser (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning).

[14] Folkhälsomyndigheten (2022). *Hälsa på lika villkor.*
[15] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022). *Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. En studie med fokus på år 2021 i Sverige.*

4.3.2 Andelen som använder narkotikaklassade läkemedel utanför ordination är hög i jämförelse med annan narkotikaanvändning

I CAN:s senaste undersökningen uppgav cirka 5 procent att de under de senaste 12 månaderna använt någon av de narkotikaklassade läkemedelstyperna som det frågades om i undersökningen på ett icke-förskrivet sätt.[16] Den mest förekommande läkemedelstypen var smärtstillande medel (2,8 procent), följt av sömnmedel och lugnande medel (2,5 procent). Även 2017 var smärtstillande medel den vanligaste läkemedelstypen, men 2017–2021 skedde en påtaglig minskning i andelen som använde just narkotikaklassade smärtstillande medel. Samma utveckling syns i *Hälsa på lika villkor*, där användningen minskat från 1,6 procent 2018 till 1,1 procent de senaste åren.[17] Detta skulle eventuellt kunna bero på en pandemieffekt.

4.3.3 Ungas användning av narkotikaklassade läkemedel utan ordination har ökat sedan 2014 men inte annan narkotikaanvändning

Vad gäller ungas användning finns data både från CAN:s återkommande nationella skolundersökning och för 16–29-åringar i *Hälsa på lika villkor.*

Under 2022 svarade cirka 7 procent av pojkarna och 6 procent av flickorna i årskurs 9 att de någon gång använt narkotika. Jämfört med niondeklassarna var det mer än dubbelt så vanligt att eleverna i gymnasiets år 2 hade erfarenhet av narkotika. I 2022 års undersökning svarade 16 procent av pojkarna och 13 procent av flickorna att de använt narkotika någon gång.

Bland dem som använt narkotika hade majoriteten använt enbart cannabispreparat. Att enbart ha använt annan narkotika än cannabis rapporterades av 9 procent i årskurs 9 och 6 procent i gymnasiets år 2.[18]

Användning av narkotikaklassade receptbelagda läkemedel utan läkares ordination är, jämfört med användning av annan narkotika,

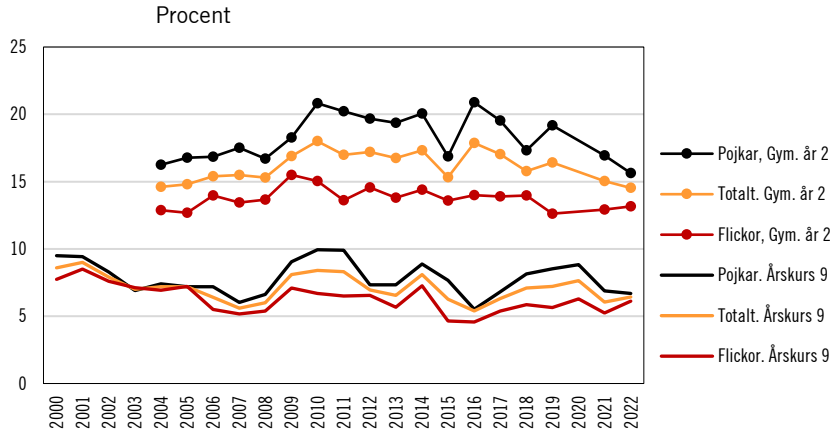
[16] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022). *Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. En studie med fokus på år 2021 i Sverige.*
[17] Folkhälsomyndigheten (2022). *Hälsa på lika villkor*.
[18] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022). *CAN:s nationella skolundersökning 2022. Ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel*.

hög bland skolelever. Användning av narkotikaklassade läkemedel och/eller annan narkotika uppgick år 2022 till 15 procent i årskurs 9 och 20 procent i gymnasiet (genomsnitt för både flickor och pojkar). Motsvarande andelar som använt narkotika var 7 procent för niorna och 15 procent bland gymnasieeleverna.

Skolelevers narkotikaanvändning har inte ökat på motsvarande vis som den har gjort i äldre åldrar, utan det är snarare något lägre nivåer 2022 än 2014 både för niondeklassare och elever i gymnasiets år 2. Däremot har nivåerna på användning av narkotikaklassade läkemedel utan ordination ökat de senaste 10 åren. År 2022 uppgick andelen till 6 procent i nian och 5 procent i gymnasiet.

Mer information om utveckling över tid för flickor och pojkar i CAN:s mätning finns i figuren nedan.

Figur 4.2 Elever i årskurs 9 och gymnasiets år 2 som uppger att de använt narkotika någon gång

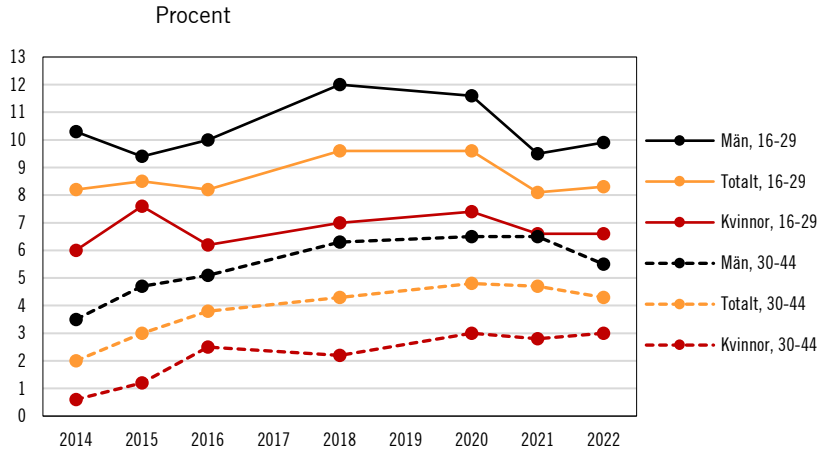


Källa: CAN:s nationella skolundersökning (Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning).

I *Hälsa på lika villkor* är den yngsta redovisade åldersgruppen 16–29 år. Narkotikaanvändning de senaste 12 månaderna har inte ökat i den åldersgruppen sedan 2014, däremot har cannabisanvändning den senaste månaden ökat något i samma åldersgrupp sedan 2014. Men det är framför allt, som nämnts tidigare, i åldersgruppen 30–44 år som användningen av cannabis har ökat.

Olika åldersgruppers narkotikaanvändning redovisas nedan i figur 4.3.

Figur 4.3 Användning av narkotika de senaste 12 månaderna. Personer i åldersgrupperna 16–29 och 30–44 år



Källa: Hälsa på lika villkor (Folkhälsomyndigheten).

I den mätning av narkotikabrott som Brå genomför i årskurs nio framkommer att de som uppger att de begått narkotikabrott till största delen är elever som uppger att de har provat hasch eller marijuana (5 procent). Det är en något större andel flickor än pojkar som uppger att de provat någon annan form av narkotika än cannabis (3,4 respektive 1,8 procent). Det är mycket ovanligt att elever uppger att de sålt någon form av narkotika, men andelen är större bland pojkar än bland fickor. Bland flickor har det skett en ökning av narkotikabrott sedan 2017, från 4,4 procent till 7 procent.[19]

Sammantaget bedömde Folkhälsomyndigheten 2021 i en återrapportering till regeringen att ungas användning av narkotika gick i linje med politikens intentioner, det vill säga att få ska använda, men även om utvecklingen är positiv så är skolelevers användning fortsatt ett allvarligt problem.[20]

[19] Brå (2021). *Skolundersökningen om brott 2021. Om utsatthet för och delaktighet i brott.*
[20] Folkhälsomyndigheten (2021). *Utvecklingen i förhållande till ANDTS-politiken.*

4.4 Svårt att skatta hur många som har skadligt bruk eller beroende

Det finns inget specifikt mått för att beskriva andelen i befolkningen som har en problematisk användning av narkotika eller utvecklar skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vi återkommer till detta i flera avsnitt i betänkandet. Ett sätt är att använda sig av ett indirekt mått om hur många som får insatser som är kopplade till skadligt bruk eller beroende inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst, i den mån det finns tillgängliga data. År 2021 vårdades 32 300 personer för narkotikarelaterade diagnoser i specialiserad vård.[21]

Ett annat sätt är att också skatta det mörkertal som det saknas uppgifter om i olika register, vilket sker i kapitel 26. Enligt den modellen vi använt var det skattade antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika nära 64 000 personer år 2016. Det hade då ökat med cirka 4 000 jämfört med 2007. Under samma period har den vuxna befolkningen ökat. Antalet i förhållande till befolkningen är därför i stort oförändrat under perioden, strax under 800 per 100 000 invånare 15 år eller äldre. Utvecklingen av antalet patienter för perioden 2017–2021 indikerar också för den perioden en fortsatt likartad nivå av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika per invånare. Se vidare kapitel 26.

4.5 Cannabis vanligast bland regelbundna användare

För att få mer kunskap om dem som har en aktuell användning av narkotika genomfördes 2021 för första gången en riktad undersökning till denna grupp. Undersökningen är inte representativ för befolkningen, utan är en fördjupad studie bland dem som använder och som valt att svara. Drygt 5 500 personer deltog i undersökningen.[22] I övrigt saknas denna typ av data på nationell nivå och även jämförelser över tid. Merparten av dem som besvarade undersökningen var i åldern 18–44 år, med störst andel i gruppen 25–34 år.

[21] Socialstyrelsen (2023). *Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg.*
[22] Folkhälsomyndigheten (2022). *Den europeiska webbundersökningen om narkotika 2021. Användningsmönster, köpvanor och upplevelser av narkotika bland personer med ett aktuellt bruk i Sverige.*

Färre än 5 procent av studiedeltagarna var över 45 år gamla. Knappt 80 procent av studiedeltagarna var män, och majoriteten uppgav att de hade en fullgjord gymnasieutbildning eller högre utbildning. De allra flesta respondenterna, 86 procent, angav att de vid svarstillfället studerade eller arbetade.

Undersökningen ger en inblick i användningsmönster hos en grupp som använder narkotika utan att söka vård och stöd. Endast 6 procent hade sökt vård och stöd eller erhållit behandling. Cannabis var den överlägset vanligaste typen av narkotika, sett till såväl 12-månaders- som 30-dagarsprevalens. Efter cannabis var kokain, MDMA (ecstasy), amfetamin, LSD och icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel de vanligaste typerna av narkotika att ha använt de senaste 12 månaderna.

Över 20 procent av dem som använde både hasch och marijuana använde detta mer än 300 dagar per år. Jämfört med andra substanser var det vanligt att använda cannabis mycket ofta och regelbundet.

Två tredjedelar hade använt två eller flera olika narkotiska substanser under de senaste 12 månaderna.

4.6 Lägre användning än i många andra länder

Användningen av narkotika är lägre i Sverige än i många andra länder enligt befolkningsundersökningar.[23] Detta gäller särskilt bland unga under 18 år. I en rapport utarbetad av CAN anges exempelvis att

- andelen 18-åringar som provat narkotika någon gång är tre gånger högre i USA än i Sverige
- andelen vuxna som provat narkotika någon gång är fyra gånger högre i USA än i Sverige
- den genomsnittliga andelen 16-åringar i EU som provat narkotika är dubbelt så hög som i Sverige.[24]

EMCDDA redovisar användningen av narkotika i olika länder i EU, i sin årsrapport. I årsrapporten 2022 framkom bland annat följande siffror för befolkningen inom EU i åldrarna 15–64 år

[23] Datakällor nationellt varierar, vilket också återspeglar sig i statistiken som helhet, som därför ska tolkas med försiktighet.
[24] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2020). *Kunskapsunderlag om narkotikautvecklingen i Sverige under 2000-talet*.

- 27 procent hade någon gång använt cannabis – cirka 8 procent de senaste 12 månaderna[25]
- cirka 5 procent hade någon gång använt kokain – 1,2 procent de senaste 12 månaderna
- cirka 3 procent hade någon gång använt amfetamin – 0,7 procent de senaste 12 månaderna.[26]

Jämförbara undersökningar från Sverige visar att cirka 15 procent av befolkningen i Sverige uppgav att de någon gång använt cannabis och 2,5 procent det senaste året.[27] Sverige ligger även jämförelsevis lågt i en undersökning som jämför skolelevers narkotikaanvändning i EU-länderna. Detta gäller särskilt cannabisanvändning, men vi ligger närmare EU-snittet när det gäller kokain, MDMA (ecstasy) och amfetamin.[28]

Sammantaget tyder detta på att andelen som använt cannabis under de senaste 12 månaderna eller någon gång i livet är klart lägre i Sverige än i många jämförbara länder. Detta är positivt ur ett folkhälsoperspektiv eftersom en lägre användning av narkotika medför färre risker på befolkningsnivå. Det ger också bättre förutsättningar att begränsa samhällsekonomiska kostnader än vid mer omfattande användning.

I nästa steg hade det varit intressant att göra en jämförelse med andra länder av den andel i befolkningen som regelbundet använder narkotika eller som utvecklar skadligt bruk eller beroende, så kallad problematisk användning. Detta är dock inte möjligt då officiella data saknas för sådana jämförelser i nuläget. Det försvårar utvärderingar av narkotikapolitiken över tid och jämförelser mellan Sverige och andra länder. Folkhälsomyndigheten arbetar med denna fråga och i vårt betänkande redovisar vi också en skattning av gruppen.

[25] I samma åldersgrupp som EMCDDA undersökt, 16–64 år, har 3,2 procent av Sveriges befolkning uppgett att de använt cannabis någon gång under de senaste 12 månaderna enligt Folkhälsomyndigheten.
[26] EMCDDA (2022). *Europeisk narkotikarapport. Trender och utveckling.*
[27] Folkhälsomyndigheten (2022). *Hälsa på lika villkor.*
[28] EMCDDA (2022). *Europeisk narkotikarapport. Trender och utveckling.*

4.7 Ökad tillgång till narkotika i Sverige

Enligt sammantagna uppgifter från polis och tull har det totala antalet narkotikabeslag och narkotikabrott ökat i Sverige de senaste tio åren. Polisen gör bedömningen att narkotikasmugglingen till Sverige bedrivs i en närmast industriell skala och troligtvis uppnår nivåer om över 100 ton årligen.[29] Mellan 2020 och 2021 minskade dock det totala antalet narkotikabeslag med 8 procent.[30] Tullverkets beslagsstatistik, som även finns uppdelad regionalt och lokalt, visar alltjämt ökande mängd beslagtagen narkotika, även om antalet beslagstillfällen gått ner. Mer än tre gånger så mycket kokain beslagtogs av Tullverket 2022 jämfört med 2021. Mängden beslagtagen narkotika ökade stort också för bland annat amfetamin, heroin, tramadol och narkotikaklassade läkemedel.[31,32]

Tullverkets statistik kan inte ensam användas som underlag för att bedöma tillgänglighet till narkotika i samhället. Antalet beslag av narkotika beror till stor del på polisens och tullens prioriteringar och insatser, men är även beroende av förändringar i hur införseln till Sverige sker. Sverige är i viss mån också ett transitland. Beslagsstatistik ger trots detta en indikation på att inflödet av narkotika till Sverige är stort och kan också i viss mån indikera såväl trender mellan olika substanser som förekomst av nya substanser på narkotikamarknaden.

En annan indikation på tillgängligheten till narkotika i Sverige är narkotikaprisutvecklingen, som regelbundet redovisas av CAN. Under pandemiåret 2020 ökade priset på cannabis kraftigt jämfört med 2019. Under 2021 minskade det åter, men låg fortfarande kvar på en nivå som var högre än 2019. Priserna hade dock gått upp redan innan pandemin. För de flesta övriga narkotikasubstanser har priserna inte förändrats nämnvärt under de senaste 3–4 åren. I ett långsiktigt perspektiv har stora prisfall skett. Med hänsyn tagen till inflationen låg kokain- och cannabispriserna år 2021 cirka 40 procent under dem för 1988. Heroin och amfetamin kostade 2021 en fjärdedel av vad de

[29] Polisen, Nationella operativa avdelningen, Underrättelseenheten (2021). *Lärdomar av Encrochat. Analysprojekt Robinson*.
[30] Folkhälsomyndigheten (2023). *Den svenska narkotikasituationen 2022.*
[31] https://www.tullverket.se/omoss/dethargortullverket/beslagsstatistik.4.226de36015804b8cf353949.html. Besökt 2023-08-15.
[32] https://www.tullverket.se/nyheter/nyheter/beslagavkokainochamfetaminokadestort2022.5.5cd7c3ed1867383813369.html. Besökt 2023-08-15.

kostade 1988.[33] Samma mönster kvarstår i CAN:s senaste rapport inom området som omfattar data fram till 2022.

Utvecklingen av mängden beslagtagen narkotika kan vara svår att tolka i termer av tillgång på narkotika eftersom det till stor del påverkas av polisens och tullens arbetssätt. Ökningarna av beslagen under det senaste decenniet kan dock tillsammans med sjunkande priser och ökad egenrapporterad användning indikera en ökad förekomst av narkotika i samhället.

4.8 Samsjuklighet är vanlig

Skadligt bruk och beroende är båda psykiatriska diagnoser. Samsjuklighet mellan en sådan diagnos och andra psykiatriska diagnoser är vanlig. I en registerstudie konstaterade Socialstyrelsen att omkring 52 000 personer som var 10 år eller äldre vårdades i hälso- och sjukvården för intag av beroendeframkallande substanser 2017. Det motsvarade 0,6 procent av befolkningen. 64 procent av kvinnorna i den gruppen och 52 procent av männen hade också vårdats för en eller flera andra psykiatriska diagnoser under perioden 2016–2018.[34]

4.9 Sämre hälsa bland dem som använder narkotika

I en befolkningsstudie rapporterar 26 procent av befolkningen att de har problem med sin fysiska hälsa. De som använder narkotika rapporterar däremot en sämre hälsa än övriga befolkningen (31 procent). Det ser också olika ut beroende på vilken typ av narkotika som används. Den grupp som använder narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination hade sämre fysisk och psykisk hälsa än den övriga befolkningen, medan de som använder cannabis och andra narkotikaklassade preparat, som kokain och ecstacy, främst hade sämre psykisk hälsa. Hälsan är sämre vid en högre användningsfrekvens. Speciellt hög andel sämre hälsa hade till exempel den grupp som använt narkotika mer än 20 gånger under det senaste året. Sämst fysisk hälsa

[33] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022). *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2021*.
[34] Socialstyrelsen (2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.*

fanns hos dem som använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination mer än 20 gånger (65 procent).[35]

[35] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2021). *Hur mår de som använder narkotika? Hälsotillståndet hos personer i den vuxna befolkningen som använder narkotika*.

5 Utgångspunkter för en kunskapsbaserad narkotikapolitik

I detta kapitel belyser vi vilka teoretiska utgångspunkter samt organisatoriska förhållanden som ligger till grund för våra analyser och förslag. Det gäller allt från hälsofrämjande, förebyggande, vård- och stödinsatser vid skadligt bruk eller beroende samt skadereducering. Vi har till uppdrag enligt direktiven att arbeta kunskapsbaserat, och detta är våra utgångspunkter för förslag och bedömningar i kommande kapitel.

5.1 En kunskapsbaserad narkotikapolitik – vad innebär det?

Vi ska enligt direktiven säkerställa att narkotikapolitiken är förenlig med kraven på evidensbaserad vård och beprövad erfarenhet. Under det senaste decenniet har kunskapen om beroendesjukdom ökat, vad gäller såväl förebyggande arbete som vård, stöd och skadereducering.

Forskningen har tydligare visat hur hjärnan påverkas av olika substanser och beroende. Skadligt bruk eller beroende av narkotika är ett biopsykosocialt problem som har psykologiska, medicinska och sociala orsaker, och såväl kunskap som insatser anpassade till detta behöver utvecklas därefter. Utmaningar har många gånger varit implementering – det vill säga att få kunskapen att nå ut och användas av yrkesgrupper som möter målgruppen, inklusive att resurser ska finnas.

En narkotikapolitik som innehåller förebyggande, vård, stöd och skadereducering samt som är förenlig med kraven på evidens och beprövad erfarenhet måste enligt vårt synsätt inkludera en sådan ansats och ett biopsykosocialt perspektiv på alla nivåer, från nationella stra-

tegier och mål och vidare ut. Dessutom behöver det finnas tillräckliga resurser och ändamålsenlig organisation av vård och stöd för att en sådan ansats ska kunna prägla utförandet i mötet med olika yrkesgrupper.

5.1.1 Det folkhälsopolitiska ramverket som grund i en kunskapsbaserad narkotikapolitik

För folkhälsopolitiken som helhet är utgångspunkten det folkhälsopolitiska ramverket, där staten, kommuner och regioner har ansvar för att bidra till god och jämlik hälsa för hela befolkningen.[1] Utgångspunkten för allt förebyggande folkhälsoarbete är hälsans bestämningsfaktorer, som ligger till grund för de nya folkhälsopolitiska målområdena. Det är sådana faktorer i människors livsvillkor och levnadsvanor som tydligt samvarierar med hälsan. Folkhälsopolitiken har åtta målområden som utgår från ett livsloppsperspektiv:

1. Det tidiga livets villkor
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter
5. Boende och närmiljö
6. Levnadsvanor
7. Kontroll, inflytande och delaktighet
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Målområdena visar inriktningen för arbetet med att främja god och jämlik hälsa. Det folkhälsopolitiska ramverket tydliggör att arbetet måste riktas mot bakomliggande, samhälleliga förutsättningar och de strukturella faktorer som påverkar hälsa. För att uppnå folkhälsomålet krävs ett långsiktigt, målinriktat och tvärsektoriellt arbete inom alla de nivåer i samhället som har ett avgörande inflytande på folkhälsans utveckling.[2]

[1] Folkhälsomyndigheten (2022). *På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet.*
[2] Regeringens proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan.*

Narkotikapolitiken utgår till stor del från detta ramverk och särskilt inom det förebyggande området, där narkotikapolitiken är en del av folkhälsopolitiken. Kunskapsstyrningen inom folkhälsopolitiken är under utveckling i och med den stödstruktur som just nu utvecklas av Folkhälsomyndigheten för att stödja olika aktörer i implementeringen. Den består av uppföljning, samordning, fördjupad analys och kunskapsspridning. Stödstrukturen ska också bidra till och möjliggöra systematiska och samordnade insatser mellan myndigheter, samt till ett ökat kunskapsutbyte med lokala och regionala aktörer.[3]

Folkhälsopolitiken har många huvudmän som ansvarar för genomförandet; statliga, regionala och lokala. Det är enligt vår uppfattning angeläget att narkotika ses som en del av ett bredare folkhälsopolitiskt arbete.

5.1.2 Det förebyggande arbetet ska främst hindra att unga provar narkotika

Det narkotikaförebyggande arbetet i Sverige är huvudsakligen inriktat på att barn och unga inte ska komma i kontakt med och prova narkotika, och om man börjar använda narkotika ska det tidigt uppmärksammas och leda till insatser. Eftersom narkotikaanvändning kan se väldigt olika ut finns det också många olika typer av förebyggande insatser.

Andra viktiga faktorer som påverkar utformning och innehåll av det förebyggande arbetet är i vilken omfattning personer använder narkotika, och i vilken miljö som narkotikaanvändningen sker.

Det är viktigt att det förebyggande arbetet är brett och anpassat utifrån hur narkotikaanvändning och problem ser ut, med olika typer av insatser beroende på om det handlar om att förhindra att barn och unga kommer i kontakt med och prövar narkotika, att skjuta upp debuten, att minska användning, förebygga skadligt bruk eller beroende, eller att minska risken med användningen (skadereducerande insatser).

[3] Folkhälsomyndigheten (2020). *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet.*

5.1.3 Olika förklaringsmodeller ger olika inriktningar för hur narkotikarelaterade problem kan lösas

Samhällets definition av narkotikaproblem påverkar vilka lösningar som föreslås. Narkotika började diskuteras som ett problem i vårt samhälle på 1960-talet. Sedan dess har tolkningarna av problemet varierat, men narkotikapolitiken har främst präglats av en nollvision angående narkotikaanvändning, i syfte att förebygga narkotikarelaterade skador och dödlighet. Fokus i det förebyggande arbetet har därför legat på att skydda barn och unga från att komma i kontakt med narkotika.

De mest dominerande förklaringsmodellerna till narkotikaproblem i Sverige kan sammanfattas i fem huvudsakliga modeller

- den drogfokuserade modellen, i vilken narkotikan i sig uppfattas som problemet
- inlärningsmodellen, som ser felaktig inlärning och den sociala miljön som orsaken till problemet
- symtommodellen, som betraktar narkotikaanvändning som ett symtom på andra problem i samhället eller hos individen
- den biomedicinska modellen, som uppfattar beroende som ett neurobiologiskt sjukdomstillstånd
- livsstilsmodellen, som betraktar beroende som ett livsstilsproblem.[4]

De olika synsätten på orsaker till narkotikaproblem innebär att modellerna också lyfter fram olika lösningar till problemen avseende förebyggande arbete, vård- och stödinsatser samt skadereducering. De kan variera från att betrakta narkotikaproblem som ett samhälleligt problem som motverkas av att förändra den strukturella, kulturella, ekonomiska och sociala kontext som individer befinner sig i, till att fokus ligger på strikt tillgänglighetsbegränsande åtgärder med effektiv kontroll och sanktioner.

I dag är forskningen i högre grad än tidigare samstämmig om att narkotikaproblem är mångfasetterade och orsakas av olika slags faktorer, ofta kallade biopsykosociala, och har både biologiska, psykologiska och sociala komponenter. Till detta integrerade perspektiv bidrar förklaringsmodeller med olika aspekter som kombinerat försöker förklara narkotikaproblemen. Flera faktorer verkar enligt forsk-

[4] Johnsson B. m.fl. (red.) (2017). *Alkohol- och narkotikaproblem.*

ningen tillsammans på olika nivåer: hos individen, i sociala relationer och i samhället i stort. Vissa av dessa faktorer utgör ensamma eller tillsammans en ökad risk för narkotikarelaterade problem, samtidigt som andra faktorer kan verka skyddande.

De senaste decennierna har preventionsvetenskap växt fram som ett sätt att förebygga ohälsosamma levnadsvanor. Den har stort fokus på att evidensbasera metoder genom, när så är möjligt, randomiserade kontrollerade studier och en behovsanalys med utgångspunkt i risk- och skyddsfaktorer för narkotikaproblem.[5]

5.1.4 Riskfaktorer är ofta kopplade till livsvillkor och levnadsförhållanden

Flera studier har undersökt i vilken utsträckning olika faktorer kan förklara skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vilka dessa faktorer är skiljer sig åt mellan länder och över tid. Ärftlighet spelar en relativt stor roll för uppkomsten av beroendeproblematik, men även faktorer på andra nivåer, som i sociala relationer och i samhället i stort, har betydelse.[6]

Folkhälsomyndigheten har nyligen gjort en sammanställning av den nordiska forskning som finns om riskfaktorer för narkotikarelaterade problem. Att utgå från aktuell och relevant kunskap om riskfaktorer gör att samhällets stöd blir mer effektivt.

Litteraturöversikten identifierar 44 longitudinella studier, genomförda i Norden och med låg till medelhög risk för systematiska fel. Majoriteten av de identifierade riskfaktorerna för senare narkotikarelaterade problem var sådana som handlar om livsvillkor och levnadsförhållanden, exempelvis att

- växa upp i socioekonomiskt utsatta bostadsområden
- bo i städer
- få låga eller ofullständiga betyg i nionde klass
- bo med endast en vuxen i barndomen

[5] Eklund N., Hildebrand M. (2017). *Dogmer som dödar. Vägval för svensk narkotikapolitik.*
[6] Agrawal A., Lynskey M. T. (2008). *Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies.*

- ha minst en förälder som fått barn tidigt i livet, som fötts utanför Sverige, eller som levde i en utsatt socioekonomisk situation
- ha minst en förälder med alkohol- eller narkotikadiagnos
- ha upplevt en allvarlig händelse i familjen såsom dödsfall, psykisk sjukdom eller fängelsestraff
- växa upp i familjehem eller som adopterad.

Riskfaktorer på individnivå och som rör levnadsvanor var enligt vissa studier att ha blivit erbjuden cannabis i ung ålder, och att ha använt cigaretter dagligen i tidig ålder. Översikten visade även att diagnostiserad adhd, beteendeproblem, självskadebeteende och att vara pojke var riskfaktorer för att senare i livet få narkotikarelaterade problem.[7]

I studier av vad som är risk- respektive skyddsfaktorer för olika problem är det är ofta svårt att veta vad som orsakar vad, det vill säga riktningen på sambandet. En faktor som har statistiskt samband med ett visst negativt utfall är inte alltid orsaken till problemet, eftersom alla samband inte är så kallade orsakssamband. Ibland är båda faktorerna orsakade av ytterligare en bakomliggande faktor, som kan vara okänd eller inte inkluderad i studien.

För att öka säkerheten i resultaten har Folkhälsomyndigheten enbart inkluderat så kallade longitudinella studier som har flera mätpunkter för att i högre grad kunna säkerställa att riskfaktorn inträffade före narkotikaproblemen. Trots det finns det en viss osäkerhet i om faktorerna direkt påverkar narkotikarelaterade problem. Däremot är en viktig slutsats att det är angeläget att skapa strukturer som motverkar samlade riskfaktorer hos sårbara grupper, och att samtidigt stärka främjande strukturer såsom en god skolgång.[8]

Den ökade risk som uppstår när flera riskfaktorer samexisterar kan minskas om de kompenseras av skyddsfaktorer. Forskning har visat att de kan utgöras av varma relationer mellan föräldrar och barn, trivsel och måluppfyllelse i skolan, eller en meningsfull och inkluderande fritid. Däremot är kunskapsläget oklart när det gäller vilka skyddande faktorer som kan bidra till att förebygga just narkotikarelaterade utfall.

[7] Folkhälsomyndigheten (2021). *Riskfaktorer för ungas narkotikabruk och narkotikarelaterade problem.*
[8] Folkhälsomyndigheten (2021). *Riskfaktorer för ungas narkotikabruk och narkotikarelaterade problem.*

5.1.5 Skilda motiv till att använda narkotika

Kunskap som behöver beaktas i samhällets insatser för att förebygga och behandla ohälsa kopplad till narkotikaanvändning handlar om att det finns olika orsaker till att både använda narkotika och få problem av det. Dessutom behöver insatserna ta hänsyn till att det är stora skillnader mellan olika substansers skadeverkningar.

Personer som använder narkotika uppger varierande skäl till detta; användningen fyller olika funktion beroende på individ och sammanhang. Det kan handla om att

- förändra sinnestillståndet eller uppnå ett behagligt rus
- behandla fysiska eller psykiska problem
- underlätta social samvaro
- personen blivit beroende av substansen
- användningen fungerar som en symbolisk handling eller som ett alibi för nederlag.[9]

I en nyligen genomförd undersökning med personer som har en aktuell narkotikaanvändning i Sverige framkommer att narkotika i denna grupp oftast används för rusets eller för nöjes skull, men även av sociala skäl. En annan vanlig anledning till att använda narkotika, framför allt cannabis, uppges vara självmedicinering mot psykisk ohälsa och andra hälsoproblem. Detta är dock en riktad undersökning, och resultaten går inte att generalisera till alla personer som använder narkotika i Sverige.[10]

5.1.6 Social- och välfärdspolitik spelar stor roll för det hälsofrämjande arbetet

Narkotikaanvändning är associerad med flera andra folkhälsoproblem och sjukdomar, som annan substansanvändning, spridning av blodsmittor och olika former av psykisk och kroppslig ohälsa. Samtidigt är flera bakomliggande risk- och skyddsfaktorer gemensamma för de olika problemen. Det innebär att samhället kan bidra till att

[9] Johnsson B. m.fl. (red.) (2017). *Alkohol- och narkotikaproblem.*
[10] Folkhälsomyndigheten (2022). *Den europeiska webbundersökningen om narkotika 2021. Användningsmönster, köpvanor och upplevelser av narkotika bland personer med ett aktuellt bruk i Sverige.*

färre personer utvecklar skadligt bruk eller beroende av narkotika genom att underlätta en god allmän hälsoutveckling genom till exempel olika typer av ekonomiska transfereringar eller en aktiv utbildnings- och arbetsmarknadspolitik för att få unga i sysselsättning. Generella insatser bör kombineras med att tidigt identifiera och stärka personer med flera riskfaktorer och få skyddsfaktorer.

Skolan är också en viktig arena för det hälsofrämjande arbetet. Forskning visar entydigt att det finns ett starkt dubbelriktat samband mellan studieresultat och hälsa. Goda resultat leder till bättre hälsa, samtidigt som god hälsa ger bättre förutsättningar för att nå kunskapsmålen. Oavsett yrke har alla som arbetar med elever ett ansvar för att de ska kunna lära, må bra och utvecklas.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete ska ingå i skolans systematiska kvalitetsarbete. Utgångspunkten är att identifiera områden som är särskilt angelägna att utveckla i verksamheten för att uppfylla utbildningens mål. Fokus är på det som får elever att må bra. Områden som kan vara särskilt angelägna att utveckla kan till exempel vara att arbeta för goda lärmiljöer med trygghet och studiero, trivsel, tillitsfulla relationer i verksamheten samt elevers delaktighet.

Sammanfattningsvis kan grundorsaker till narkotikarelaterade problem motverkas genom att det skapas samhälleliga förutsättningar för god hälsa i hela befolkningen. Men vi lämnar inte förslag som mer allmänt rör välfärds-, utbildnings- eller socialpolitik då det faller utanför vårt mandat.

5.1.7 Förebyggande arbete sker på olika nivåer i samhället

Vanliga arenor för det förebyggande arbetet är de där barn och unga ofta befinner sig, som i skolan, i familjen och med föräldrar, i nöjeslivet, i trafiken och i primärvården. Förebyggande insatser skiljer sig också åt beroende på målgruppens ålder, eller risken att få narkotikarelaterade problem. Förebyggande inriktningar kan ha fokus på att påverka målgruppen utvecklingsmässigt, att påverka den omgivande miljön eller att ge information om narkotika och hälsoeffekter. För att det förebyggande arbetet ska vara effektivt behöver det kombinera olika typer av policyer och insatser i syfte att

- stödja barn och unga i deras utveckling, särskilt i kritiska faser som i övergången mellan barndom och tonår

- nå befolkningen som helhet (universell prevention, till exempel en hel klass eller skola) och samtidigt ge extra stöd till sårbara grupper (selektiv prevention) och sårbara individer (indikerad prevention)
- främja skyddsfaktorer respektive minimera risk på olika nivåer, hos individen eller i det omgivande samhället
- nå befolkningen på flera arenor, som i skolan, på arbetsplatser, i familjen eller i nöjeslivet.[11]

När det handlar om att förebygga användning av substanser som alkohol, narkotika eller tobak talar man också om att begränsa tillgängligheten till och efterfrågan på substansen. Tillgänglighetsbegränsning kan handla om till exempel lagstiftning som att förbjuda användning, reglera försäljning eller skapa rökfria miljöer. Det kan också handla om tullens och polisens arbete för att minska tillgången till narkotika i Sverige, det vill säga förhindra att narkotika når marknaden. Vanliga insatser för att begränsa efterfrågan är sådana som riktas mot risk- eller skyddsfaktorer för att använda narkotika. Det kan handla om kunskap och information om hälsoeffekter, tidiga insatser och behandlingsprogram.

Totalkonsumtionsmodellen är en teoretisk modell för att förklara de effekter som alkoholkonsumtion får på samhället. Den innebär att den totala alkoholkonsumtionen i ett samhälle hänger samman med antalet personer med skadligt bruk eller beroende samt alkoholskador. Om den totala konsumtionen ökar så ökar även antalet personer med skadligt bruk eller beroende samt alkoholskador. Utifrån det antagandet är det effektivt att arbeta universellt förebyggande för att minska totalkonsumtionen, eftersom det också kommer att minska antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende, och ge färre alkoholskador i samhället. Eftersom officiell statistik om narkotika inte finns tillgänglig på samma sätt som för alkohol, är det oklart om totalkonsumtionsmodellen är applicerbar på narkotikaanvändning, vilket några aktörer framfört till oss. Andra menar att det finns starka argument för att det ur ett samhällsperspektiv skulle vara angeläget att begränsa användningen av narkotika för att därmed minska risken för skadligt bruk eller beroende, eller andra problem.

[11] UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition.*

Studier som har gjorts i samband med att cannabis legaliserats har bland annat visat på ökad användning och negativa konsekvenser.[12]

Vi har inte utrett huruvida totalkonsumtionsmodellen kan appliceras på narkotikaområdet, men utgår från att ett folkhälsopolitiskt perspektiv på narkotikafrågan i Sverige också innebär att det finns starka argument för att principerna från alkoholområdet kan appliceras även på detta område. Visserligen finns det, precis som för alkohol, individer som kan använda narkotika utan att deras hälsa påverkas i någon större utsträckning eller att de utvecklar skadligt bruk eller beroende, men insatser på samhällsnivå handlar om att bygga system och lagstiftning som är mest kostnads- och hälsoeffektiva ur ett samhällsperspektiv.

Den cannabisanvändning som mäts i enkätundersökningar och som uppges vara sporadisk är jämnare fördelad mellan olika socioekonomiska grupper än mer frekvent användning. Skadligt bruk eller beroende samt narkotikarelaterad dödlighet är betydligt vanligare bland personer med lägre socioekonomisk position än bland dem med högre socioekonomisk position.

Studier har visat att givet samma alkoholkonsumtionsnivå är det vanligare bland grupper med lägre socioekonomisk position att få skador av alkohol jämfört med grupper med högre socioekonomisk position. Det kan bero på flera orsaker, som skilda användningsmönster, skillnader i sårbarhet och en ansamling av riskfaktorer för ohälsa generellt. Det finns inga motsvarande studier på narkotikaområdet, men inte mycket talar emot att sambandet även gäller narkotika.[13] Det kan innebära att insatser mot en utsatt social situation i samhället också kan bidra till färre narkotikarelaterade problem.

5.1.8 Narkotikaförebyggande arbete har kopplingar till brottsförebyggande arbete

Narkotikaförebyggande arbete kan även vara en del av det brottsförebyggande arbetet, och arbetssätt och verksamheter för områdena har flera beröringspunkter. Den 1 juli 2023 trädde en ny lag i kraft om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete. Det ger en möjlig-

[12] International Narcotics Control Board (2023). *Report of the International Narcotics Control Board for 2022.*
[13] Guttormsson U., CAN (2020). *Kunskapsunderlag om narkotikautvecklingen i Sverige under 2000-talet.*

het att i högre grad integrera de två perspektiven och få synergieffekter genom att lokalt belysa vad som är gemensamt i brottsrespektive ANDTS[14]-förebyggande arbete.

Det finns en tydlig koppling mellan kriminalitet och skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika och dopning. Det handlar till exempel om olika typer av våldsbrott, brott i trafiken och stölder. Även riskfaktorer för normbrytande beteende sammanfaller ofta med riskfaktorer för narkotikarelaterade problem. En stor andel av de personer som fortsätter att begå brott efter ungdomsåren har olika slag av beroenderelaterade problem.[15]

Mål och insatser för att begränsa tillgängligheten till ANDTS sammanfaller många gånger med mål och insatser inom det brottsförebyggande arbetet. Det är därför viktigt att samverka på nationell, regional och lokal nivå för att det ska finnas goda förutsättningar för ett effektivt förebyggande arbete.

5.1.9 Tidigt förebyggande arbete är viktigt

Tidiga insatser, som är ett vanligt begrepp inom folkhälsoområdet, kan definieras på olika sätt. Vanligast är att det handlar om insatser som sker i tidig ålder i syfte att främja en god hälsoutveckling eller att stärka grupper och individer i riskzonen. Men begreppet används också när det handlar om insatser för individer som har börjat använda narkotika men inte utvecklat ett skadligt bruk eller beroende. Detta behandlas i nästa avsnitt, *Tidiga insatser förutsätter tidig upptäckt*.

Att barn får det stöd som de behöver är centralt för att till exempel kunna möjliggöra en fullständig skolgång och förebygga psykisk ohälsa, normbrytande beteende som narkotikaanvändning och flera andra problem. Det förutsätter att skolan, socialtjänsten, hälso- och sjukvården och andra aktörer runt barnet har de förutsättningar som krävs för att genomföra sina uppdrag, samt i många fall att de samverkar med varandra. Ett exempel är att skolan och förskolan ska agera tidigt på uppmärksammade behov av stöd när det befaras att en elev inte kommer att klara utbildningsmålen. Detsamma gäller andra stödbehov som uppmärksammas tidigt i barns liv, exempelvis vid be-

[14] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.
[15] SOU 2021:85. *Vägar till ett tryggare samhälle. Samtida och framtida kriminalpolitiska utmaningar.* Volym 1.

sök hos barnavårdscentraler, förskolor, tandvård och annan verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Forskning visar att många problem som uppstår i ungdomsåren och vuxenlivet kan kopplas samman med sådana som funnits redan i förskoleålder. Majoriteten av de barn som har problem i tidig ålder utvecklar visserligen inte problem senare i livet, men många av dem som får problem som vuxna har haft det redan som barn och unga. Det här innebär att ett förebyggande arbete som börjar tidigt i barns liv och som kan vända utvecklingen är gynnsamt både för individen och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

5.1.10 Tidiga insatser förutsätter tidig upptäckt

Användning av narkotika påbörjas ofta under tonåren och ibland ännu tidigare. Ju tidigare en person börjar använda narkotika, desto större är risken att få narkotikarelaterade problem. Barn och unga är extra sårbara för att utveckla skador och problem till följd av narkotikaanvändning när hjärnan fortfarande är under utveckling.[16,17]

En tidig debut och en fortsatt regelbunden och omfattande användning av cannabis kan störa den normala utvecklingen av hjärnan. Frekvent användning av cannabis i tidiga åldrar är i högre grad kopplad till mer allvarliga och varaktiga risker för hälsan än cannabisanvändning i vuxen ålder.[18,19] Därför är det viktigt att barn och unga som använder narkotika identifieras i ett så tidigt skede som möjligt och får stöd när det finns behov av det.

Enligt en kunskapssammanställning av FN:s världshälsoorganisation WHO beräknas ungefär en av tio som någon gång använt cannabis, en av sex av dem som började använda i tidig ålder samt en av tre av dem som använder cannabis dagligen utveckla ett beroende.[20] I en kunskapsbaserad narkotikapolitik är en viktig del att tidigt identifiera narkotikaanvändning hos främst barn och unga för att vid behov kunna slussa personerna vidare till individ- eller familjebaserade insatser.

[16] WHO (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*.
[17] Folkhälsomyndigheten (2017). *Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk.*
[18] WHO (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*.
[19] Folkhälsomyndigheten (2017). *Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk.*
[20] WHO (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*.

För att samhället ska kunna stötta de barn och unga som börjat använda narkotika innan ett skadligt bruk eller beroende utvecklas är det viktigt med kunskap om narkotikaanvändning samt risk- och skyddsfaktorer hos verksamheter som befinner sig nära barn och unga i vardagen som skola, elevhälsa och ungdomsmottagningar, men även hos föräldrar. Det behöver även finnas tillgängliga mottagningar som arbetar med narkotikaproblem dit unga, vårdnadshavare och yrkesutövande kan vända sig för rådgivning och stöd.

För att vidareslussning till vård och stöd ska fungera måste det finnas rutiner för det, liksom tydlig information om hur man kan lotsa vidare. Bland tidiga insatser finns evidens för att korta interventioner och motiverande samtal kan ha effekt.

Men det är också viktigt att stödet ser till individens helhetsbehov – det behöver inte vara narkotikaanvändningen i sig som är grundorsaken till problem. Exempelvis visar Socialstyrelsens studie av drygt 6 000 barn och unga vuxna som lagfördes för narkotikabrott 2017 att många av dem var kända av socialtjänsten sedan tidigare men inte alltid för narkotikaproblem. Nära hälften av barnen saknade behörighet till gymnasiet, många hade debuterat tidigt med normbrytande beteende, och psykisk ohälsa var vanlig i gruppen.[21]

Enligt en studie av barn och unga som påbörjat en behandling på en Mariamottagning[22] i Stockholm, Göteborg eller Malmö mellan 2016 och 2020 var det vanligt med andra riskfaktorer utöver narkotikaanvändning, och flickorna uppgav generellt fler andra riskfaktorer än pojkar: exempelvis problem i skolan, mer omfattande problem i uppväxtmiljön och oftare en pågående psykiatrisk vårdkontakt.[23] För att kunna ge ett adekvat stöd krävs därför en bild av vilka risk- och skyddsfaktorer som berör individen.

[21] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott. En forskningsstudie om socialtjänstens insatser för barn och unga vuxna 15–20 år som under 2017 lagförts för brott mot narkotikastrafflagen.*

[22] En integrerad verksamhet där personal från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten arbetar tillsammans med ungdomars skadliga bruk eller beroende.

[23] Anderberg M., Dahlberg M. (2022). *Minskad alkohol- och cannabisanvändning bland ungdomar på Mariamottagningar: En effekt av Coronapandemin?*

5.1.11 En god och likvärdig hälso- och sjukvård förutsätter god tillgänglighet, och utgår från förutsättningar och behov

Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser ska utgå från patienternas respektive klienternas förutsättningar och behov. Personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika är en heterogen grupp. Inte minst varierar förekomsten av sociala problem, vilket innebär att även behov av insatser och förväntade resultat av dessa varierar mellan individer. Det innebär att olika grupper till viss del behöver olika tillvägagångssätt i vård och stöd. Till exempel är en del personer som söker behandling mer socialt integrerade än andra genom att ha ett stabilt boende och en regelbunden inkomst.

Heterogeniteten bland personer med skadligt bruk eller beroende kan påverka både vilka åtgärder som behövs och arbetet att minska hindren för tillgång till behandling.

Olika barriärer som stigma eller rädsla för rättsliga påföljder av narkotikaanvändning kan innebära att människor som använder narkotika tvekar att söka vård och stöd. Det innebär att vård och stöd behöver ta hänsyn till målgruppens specifika förutsättningar för att vara tillgänglig för alla. Möjligheten att få hälso- och sjukvård får inte påverkas av egenskaper som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, ekonomiska förutsättningar, kulturella olikheter eller var man bor i landet. Både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA) har betonat att tillgänglighet till vård är ett brett begrepp som omfattar många aspekter utöver väntetider, bland annat fysisk tillgänglighet, öppettider, bemötande, kontinuitet och samordning, delgivning av information och kompetens.[24] [25]

Vård och stöd behöver ofta ges under lång tid för att få effekt. Där kan det behöva ingå flera behandlingsepisoder och kombinationer av insatser. Återfall, samtidigt förekommande psykiska och fysiska hälsoproblem samt sociala problem är vanliga bland personer med skadligt bruk eller beroende. Därför behöver behandling integreras med insatser för skadereducering, insatser mot psykiska eller fysiska hälsoproblem samt socialt stöd och rehabilitering.

Det är dessvärre vanligt att personer med skadligt bruk eller beroende inte får en sammanhållen vård och omsorg eller till och med kan

[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5.
[25] Socialstyrelsen (2016). *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet – Slutrapport mars 2016*.

hamna utanför systemet på grund av det delade ansvaret mellan kommuner och regioner. Personer med samsjuklighet – både beroende och annan psykiatrisk diagnos – är särskilt utsatta. Socialstyrelsen har till exempel konstaterat att det är problematiskt att tillgodose behoven av stöd och hjälp för personer med komplexa vårdbehov, till exempel för dem med svårigheter att klara av fasta besöks- och mötestider.[26]

Samsjuklighetsutredningen har lämnat förslag på en genomgripande reform för hur god och likvärdig tillgång till vård kan säkerställas – inte minst gäller det förslaget att hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende. För dem med stora samordningsbehov föreslår utredningen att det ska finnas samordnade vård- och stödverksamheter överallt som ska drivas gemensamt av hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

5.1.12 Sänkta krav och barriärer mot att söka och få vård och stöd

Vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende har under en längre tid och från flera håll kritiserats för att ha för höga trösklar och på olika sätt försvåra för personer att ta del av samhällets insatser.[27,28,29,30] Lågtröskelverksamhet är ett begrepp som används inom både det medicinska och det sociala fältet. Det innebär låga krav och låga trösklar för att kunna ta del av insatser. Som vi närmare beskriver i kapitel 12 och 21 om skadereducering underlättas en sådan ansats av

- icke-stigmatiserande bemötande (exempelvis personal som arbetar utifrån lågaffektivt bemötande, uppsökande och motiverande)
- god tillgänglighet (exempelvis generösa öppettider, närhet till individen, snabb tillgång utan krav på remiss, låga eller inga kostnader för enskilda)

[26] Socialstyrelsen (2016): *Kartläggning av vårdlandskapet. Hur ser utbudet och tillgången till vård och behandlingsinsatser ut för personer med missbruk och beroendeproblem?* Underlagsrapport till Socialstyrelsens *Lägesrapport 2017 inom individ- och familjeomsorgen samt inom missbruks- och beroendevården*. Dnr 3.1-30701/2015.
[27] SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende.*
[28] *Socialstyrelsen* (2015). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – Slutsatser och förslag.*
[29] SKR (2018). *Handlingsplan mot missbruk och beroende*.
[30] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

- få krav på motprestation (exempelvis begränsad registrering och hög grad av anonymitet, begränsade eller inga krav på drogfrihet).

Vi vill se lågtröskel som en viktig aspekt av flera perspektiv inom ramen för begreppet *god vård och omsorg* som kan anammas genom hela vårdkedjan och inte uteslutande kopplas till skadereducerande insatser. Målet med denna aspekt och bemötandet det innefattar är att den person som nyttjar insatsen ska känna sig välkommen, sedd, bra bemött och så långt som möjligt i varje skede motiverad att förbättra sin livssituation och hälsa. Detta främjar såväl effektiv, jämlik, tillgänglig, säker, kunskapsbaserad som individanpassad vård.

5.1.13 Samhällsekonomiska besparingar av kunskapsbaserade samhällsinsatser

En stor del av de samhälleliga resurserna läggs på att hantera problem när de redan uppstått. Samhällskostnaderna för narkotikarelaterade problem har beräknats till minst 38 miljarder kronor per år (2020), fördelat på kostnader för förlorad livskvalitet för narkotikaanvändare och deras anhöriga, kostnader för vård och rättsväsende samt kostnader för produktionsbortfall. Det förebyggande arbetet beräknades samma år kosta cirka 338 miljoner kronor.[31]

Förebyggande insatser för att minska riskfaktorerna kan få effekter på lång sikt, både för individens förutsättningar och för samhällsekonomin. Det finns inte så många hälsoekonomiska studier av narkotikaförebyggande arbete, men viss forskning visar att insatser för barn och unga kan leda till framtida besparingar.[32,33] Utifrån det perspektivet kan det förebyggande arbetet betraktas som ett slags sociala investeringar för framtiden med hög avkastning.

[31] Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE (2022). *Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige.*
[32] Länsstyrelsen Stockholm. Rapport 2020:23: *Är samverkan för bättre folkhälsa lönsamt?*
[33] https://mfof.se/foraldraskapsstod/effekter-av-foraldraskapsstod/halsoekonomiska-effekter.html. Besökt 2023-09-10.

5.2 Nationell kunskapsstyrning ger stöd, struktur och enhetlighet

Till stöd för såväl beslutsfattare som de praktiskt verksamma finns den så kallade nationella kunskapsstyrningen för hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Den struktur som beskrivs nedan har befästs genom olika överenskommelser om partnerskap för kunskapsstyrning mellan å ena sidan statliga myndigheter och å andra sidan regioner och kommuner. Verksamma inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten har också ett eget ansvar för att implementera ny kunskap utan fördröjning.

Ansvaret för att ge vård, stöd och skadereducerande insatser ligger i huvudsak på kommuner och regioner. Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) arbetar också med att ge vård, stöd och skadereducerande insatser till målgruppen. Kommuner och regioner är självstyrande medan Kriminalvården och SiS är aktörer som styrs av staten. Grunden för kunskapsstyrningen är att rekommendationer om åtgärder och metoder ska vila på evidens och beprövad erfarenhet och att olika nivåer samverkar för att insatser som ges till enskilda ska ges på dessa grunder.

Inom ramen för kunskapsstyrningen finns Rådet för styrning med kunskap, som regleras av en förordning (2015:155). Rådet behandlar strategiskt viktiga frågor för att etablera strukturer som bidrar till att rätt kunskap når fram till huvudmän samt profession inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I rådet ingår tio myndigheter och Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande. För att stärka den nationella kunskapsstyrningen har ett antal myndigheter i rådet ingått partnerskap med kommuner och regioner.

Socialstyrelsen arbetar i både *Partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvård* och *Partnerskapet för kunskapsstyrning inom socialtjänsten*.

5.2.1 Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvården arbetar myndigheter tillsammans med i huvudsak regionerna i en gemensam nationell kunskapsstyrning. Myndigheterna tar fram olika kunskapsstyrande produkter, till exempel kunskapssammanställningar, nationella riktlinjer och läkemedelsrekommendationer.

Regionerna har nationellt organiserat kunskapsstyrningen i

- 26 ämnesspecifika nationella programområden (NPO), som samordnas av en stödfunktion på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
- regionala programområden (RPO) i var och en av hälso- och sjukvårdens samverkansregioner
- lokala programområden (LPO) i varje region.

Nivåerna finns till för att anpassa rekommendationerna i nationella vårdprogram samt vård- och insatsförlopp till strukturen för universitetssjukhusen och lokala förutsättningar i varje region. Målet med partnerskapet är en sammanhållen nationell kunskapsstyrning med syftet att bästa tillgängliga kunskap ska stödja varje möte mellan behandlare och patient i hälso- och sjukvården.

Till skillnad från många andra NPO:er omfattar NPO psykisk hälsa representation från både kommun och region. I denna NPO har man utvecklat ett vård- och insatsprogram för missbruk och beroende.[34]

Insatser för att förebygga och ge adekvat vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende behöver också omfattas av den nationella kunskapsstyrningen för att nå ut till de yrkesutövare som möter narkotikaanvändare och deras anhöriga.

Utvecklingen går just nu mot att statens och regionernas kunskapsstyrning samordnas till en gemensam nationell kunskapsstyrning.

5.2.2 Kunskapsstyrning för socialtjänst

Även inom socialtjänsten finns nationell samverkan i ett partnerskap för kunskapsstyrning. 288 av 290 kommuner har beslutat att tillsammans säkra kunskap och lärande för socialtjänstens verksamheter, på ett bättre och mer effektivt sätt än om varje kommun arbetade var för sig. Det gemensamma arbetet för en kunskapsbaserad socialtjänst är långsiktigt, stimulerar till utveckling av verksamheten och möjliggör ett bättre beslutsfattande.

Vård- och omsorgsmyndigheterna, inte minst Socialstyrelsen, har en viktig roll i arbetet att bidra med nationella riktlinjer, kunskaps-

[34] https://www.vardochinsats.se/missbruk-och-beroende. Besökt 2023-08-15.

underlag och vägledningar som bygger på evidens och beprövad erfarenhet som riktar sig till olika nivåer i kommun och region. Riktlinjerna behöver regelbundet följas upp och utvecklas för att kunna bidra till det kunskapsbaserade arbetet. Samtidigt behöver forsknings- och kunskapsluckor adresseras. Det görs bland annat genom forskningspolitik, anslag och utlysningar.

Under många år utvecklades kunskap inom området också i praktiknära samarbeten i en satsning ledd av SKR (på den tiden kallat SKL): *Från kunskap till praktik.* Detta arbete har i viss mån tagits vidare av de regionala centren för forskning och utveckling, men utan statlig finansiering.

5.2.3 Utmaningar med kunskapsstyrningen i dess nuvarande form

Vår utgångspunkt är att narkotikapolitiken i de delar som omfattas av våra direktiv och som har fokus på efterfrågebegränsning och rätten till hälsa behöver inkluderas i det nationella ramverket för kunskapsstyrning. Det kommer dock alltid att innebära en eftersläpning eftersom processer för att upprätthålla nationell kunskapsstyrning tar tid. Även parallellt med detta behöver hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete baseras på senaste kunskap, vilket är en utmaning.

Insatser av Kriminalvården och SiS behöver också vara kunskapsbaserade men ingår inte i den nationella kunskapsstyrningen, som främst riktas till kommuner och regioner. Inte heller omfattas ideell sektor eller enskilda aktörer direkt av kunskapsstyrningen i de delar som inte utförs på entreprenad åt det offentliga. Särskilda initiativ kan behövas för att nå dessa aktörer.

5.2.4 Organisation och styrning i det förebyggande arbetet

Det narkotikaförebyggande arbetet är i likhet med annat folkhälsoarbete tvärsektoriellt, vilket kräver samverkan mellan områden och aktörer. Sverige har en utbyggd organisation för ett kunskapsbaserat, hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbete, i vilket det narkotikaförebyggande arbetet ingår, på lokal, regional och nationell nivå.

En stor del av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet sker inom kommunerna, där utformningen av exempelvis socialtjänst, skola och förskola samt boende- och fritidsmiljöer har stor betydelse för hälsan och möjligheten att utjämna hälsoklyftorna. Alla kommuner ska arbeta ANDTS-förebyggande enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL (3 kap. 7 § SoL) och särskilt motverka barns och ungas användning och missbruk av ANDTS (5 kap. 4–5 § SoL).

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår bland annat att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § HSL), och primärvårdens grunduppdrag omfattar förebyggande insatser (13 a kap. 1 § 3 p. HSL), vilket också har bäring på narkotikaområdet.

I många fall arbetar man på regional och lokal nivå integrerat, alltså inte substansspecifikt, inom det ANDTS-förebyggande arbetet. På lokal nivå är det även vanligt att samma person koordinerar det ANDTS-förebyggande och det brottsförebyggande arbetet eller folkhälsoarbetet.

På regional nivå har regionerna ansvar för folkhälsoarbete liksom beroendevård, medan länsstyrelserna har ett nationellt uppdrag att stödja kommunerna i lokalt brotts- och ANDTS-förebyggande arbete. Länsstyrelserna har även ett folkhälsouppdrag som innefattar arbete med att integrera folkhälsoperspektivet i den egna myndighetens verksamhet inom vissa områden, vilket anges i länsstyrelsernas instruktion.

Folkhälsomyndigheten arbetar med ANDTS ur ett folkhälsoperspektiv, för att förebygga ohälsa. Jämlikhetsperspektivet är centralt i myndighetens arbete, eftersom användningen och skadorna av ANDTS skiljer sig åt mellan olika grupper i befolkningen. Inom det narkotikaförebyggande området följer myndigheten hälsoläget i befolkningen och tar fram kunskapsunderlag baserade på aktuell forskning till stöd för lokalt och regionalt arbete, samt tillhandahåller underlag för politiska beslut.

Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen har i uppdrag att stödja genomförandet av ANDTS-strategin. Folkhälsomyndigheten ansvarar också för den nationella ANDTS-samordningen. Myndigheten arbetar för att nå ANDTS-politikens mål genom informationsutbyte och rapportering av myndigheternas uppdrag och verksamhet, samt genom identifiering av insatser kopplade till både samverkan och kunskapsstöd som behöver prioriteras. I samordningen ingår 23 myndigheter,

bland andra Brottsförebyggande rådet (Brå), Polismyndigheten, Socialstyrelsen, Skolverket och Trafikverket.

Som stöd för den nationella politikens implementering har det utvecklats en regional samordning av ANDTS-arbetet på länsstyrelserna. Den ska utgöra stöd för det lokala arbetet på området, och regleras i förordningen (2012:606) om samordning inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet.

Länsstyrelserna har alltså en central roll i det ANDTS-förebyggande arbetet som samordnare av länens ANDTS-förebyggande arbete. De samordnar regionala aktörer, ger stöd till kommunerna och finns representerade i den nationella samordningen på området. ANDTS-samordnarna på länsstyrelserna är finansierade specifikt av regeringen och ANDTS-anslagen i statsbudgeten.

5.2.5 Förebyggande och skadereducerande områdena har begränsad statlig styrning

Utformningen av den nationella styrningen av det förebyggande ANDTS-arbetet har varierat över tid. Under perioden 2000–2010 ingick alkohol, narkotika och tobak i olika nationella planer och uppdrag. Områdena fördes sedan samman med dopning i en nationell ANDT-strategi (2011–2015, 2016–2020). I den nu aktuella ANDTS-strategin för perioden 2022–2025 ingår även spel om pengar.

Styrning i form av kunskapsstöd, policy och riktlinjer från staten är mindre utvecklad på det ANDTS-förebyggande området jämfört med till exempel vård- och stödområdet. Det finns inga nationella riktlinjer, vägledningar eller kvalitetskriterier för vilka metoder som bör erbjudas, vilket är grunden för kunskapsstyrningen inom vård och omsorg. Det förebyggande området är sektorsövergripande, vilket innebär att det är många myndigheter som bidrar på olika sätt med kunskapsstöd.

Det saknas också till stor del vägledning i det skadereducerande arbetet, detta gäller såväl internationellt som nationellt. 2016 publicerade Folkhälsomyndigheten vägledningen *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger*, som innehåller både en kartläggning av antalet personer som bedömdes injicera narkotika, och viktiga insatser för att minska blodburna

smittor.[35] I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende finns också några få skadereducerande insatser beskrivna. Vägledning i hur andra aktörer i samhället, exempelvis polisen eller Kriminalvården och SiS, kan arbeta skadereducerande, saknas i dag. Vi beskriver detta ytterligare i kapitel 12 och 21.

5.2.6 Internationella rekommendationer om prevention prioriterar kunskapsspridning och insatser för unga

Flera olika internationella policydokument lyfter vikten av narkotikaförebyggande arbete och betonar några grundprinciper som arbetet bör vila på. I Agenda 2030 handlar mål 3 om att främja en god hälsa för alla, och i det målet nämns vikten av att stärka prevention och behandling för användning av substanser som narkotika.

EU:s narkotikastrategi för 2021–2025 förespråkar bland annat en evidensbaserad och multidisciplinär ansats mot narkotikaanvändning. Inom preventionsområdet är strategins prioriterade områden att implementera insatser baserat på en analys av behoven universellt, riktat till unga och andra sårbara grupper, samt insatser för tidig upptäckt. Vidare prioriterar strategin att sprida kunskap om den senaste forskningen på området samt att utbilda beslutsfattare och verksamhetsföreträdare om detta.[36,37]

EU:s narkotikabyrå EMCDDA har tagit fram flera olika handledningar och manualer för att stödja implementeringen av EU-policyn. Organet betonar vikten av att analysera behov, att regelbundet utbilda personal, och att utgå från befintlig kunskap. I implementeringen av insatser är en grundläggande faktor att avsätta tillräckliga resurser och stöd från beslutsfattare. Samverkan för att upprätthålla arbetet är också en viktig faktor, och den behövs både bland beslutsfattare och på verksamhetsnivå. Att ta fram kvalitetsstandarder för vilket stöd

[35] Folkhälsomyndigheten (2016). *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger – en vägledning.*
[36] Europeiska unionens råd (2020). *EU Drugs Strategy 2021–2025.*
[37] Europeiska unionens råd (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union.*

som ska erbjudas är ett sätt att effektivisera implementeringen av förebyggande åtgärder.[38,39,40]

För att kunna erbjuda ett brett spektrum av åtgärder behöver det finnas en stark infrastruktur för det förebyggande arbetet. Som grundläggande faktorer i en sådan struktur nämner FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC) särskilt

- en stödjande policy, lagstiftning, forskning och evidens
- koordinering mellan olika nivåer och sektorer i samhället
- vidareutbildning
- resurser och långsiktighet.[41]

5.2.7 Kunskapsbaserat förebyggande arbete utgår från systematiska kartläggningar av behov

För att det narkotikaförebyggande arbetet ska vara effektivt behöver det bedrivas kunskapsbaserat och med en tydlig koppling mellan forskning och praktik. Kunskap om effekter av metoder för narkotikarelaterade utfall och arbetssätt saknas emellertid ofta eller är begränsad, så det finns ett behov av att öka kunskapen och utveckla nya metoder.

Brister i det vetenskapliga stödet för förebyggande metoder skapar en ovisshet för den regionala och lokala nivån som utförare av arbetet. Men när det vetenskapliga underlaget är ofullständigt bör arbetet, enligt Folkhälsomyndigheten, utgå från bästa tillgängliga kunskap, och kunskapsunderlagen bör i högre grad kunna byggas på både vetenskapligt stöd och beprövad erfarenhet, tillsammans och var för sig. För att göra det bör man utgå från existerande kunskap om narkotikaförebyggande metoder, utgå från kunskap om risk- och skyddsfaktorer samt dra lärdom av erfarenheter inom närliggande områden som folkhälsa i stort och ANDTS-området i övrigt. Dessutom be-

[38] EMCDDA (2021). *Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems*.
[39] EMCDDA (2019). *European Prevention Curriculum (EUPC): a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use.*
[40] *EMCDDA (2021). Implementing quality standards for drug services and systems: a six-step guide to support quality assurance.*
[41] UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition.*

höver uppföljning och utvärdering integreras i det förebyggande arbetet.[42]

Att arbeta kunskapsbaserat innebär också att strukturerat och systematiskt kartlägga och analysera aktuella förhållanden och förutsättningar, vilket inkluderar både problem, risker och möjligheter. För att identifiera narkotikarelaterade problem, utsatta områden eller grupper kan det krävas statistik, expertkunskap och andra studier.

Utifrån en kartläggning och orsaksanalys bör relevanta åtgärder identifieras, prioriteras och beslutas. Åtgärderna bör sedan löpande följas upp och utvärderas. Det finns flera olika modeller för hur man kan lägga upp arbetet för att få kvalitet. Folkhälsomyndigheten utgår från en modell man kallar *Snabbguiden*, som bygger på den europeiska modellen *European drug prevention quality standards* (EDPQS) för det ANDTS-förebyggande arbetet, och tillhandahåller en handledning och e-utbildning i modellen. Modellen utgår från de faser som ett hälsofrämjande och förebyggande arbete vanligen omfattar, som kartläggning och analys, resursbedömning, utformning av insatser samt uppföljning och utvärdering.[43]

5.2.8 Svårt att hitta förebyggande metoder som fungerar generellt

Att kunskapsläget ofta beskrivs som oklart när det gäller enskilda narkotikaförebyggande metoder kan ha flera olika orsaker, såväl brister i de vetenskapliga underlagen som att det inte har genomförts tillräckligt med studier.[44] Å andra sidan finns en hel del kunskap om vad som fungerar och inte även i det förebyggande arbetet.

EMCDDA sammanställer regelbundet kunskap om utvärderade metoder inom det narkotikaförebyggande området och redovisar evidensläget. Sammanställningarna bygger på systematiska sökningar efter litteraturöversikter som kvalitetsgranskas och rankas utifrån vilket stöd som finns för insatstypen.[45]

[42] Folkhälsomyndigheten (2022). *Förslag för kunskapsbaserat förebyggande ANDTS-arbete på lokal och regional nivå.*
[43] https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/forebyggande-arbete-inom-andts/lyckas-med-andts-prevention/. Besökt 2023-09-10.
[44] https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/forebyggande-arbete-inom-andts/narkotika/kunskapslaget-for-narkotikaprevention/. Besökt 2023-09-10.
[45] EMCDDA (2020). *EMCDDA Best Practice Portal: Protocol for updating the Evidence Database.*

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerade hösten 2015 en systematisk litteraturöversikt med syftet att granska det vetenskapliga underlaget om effekter av preventiva insatser för att förebygga användning och skadligt bruk eller beroende av ANDTS. Myndigheten drog slutsatsen att det fortfarande finns stora kunskapsluckor. Inget av de manualbaserade programmen för skolan har visat sig fungera allmänt substansförebyggande. Enstaka program har kunnat minska användning av tobak eller cannabis eller tungt episodiskt drickande. Effekterna är vanligen i storleksordningen 1–5 procent.

Det vetenskapliga stödet räcker inte för att dra några slutsatser om effekten av manualbaserade föräldrastödsprogram i grupp. Skol- och föräldrastödsprogram har i några studier till och med lett till ökad användning. SBU menar vidare att projekt i lokalsamhället där aktörerna i huvudsak väljer och samordnar olika efterfrågebegränsande insatser har inga eller mycket små effekter på användning av alkohol, cannabis och tobak.[46]

Även UNODC har på senare år sammanställt forskningsstödet för olika insatser, och runt hundra forskare från hela världen deltog i sammanställningen av litteratur.[47] Även de konstaterar att det trots omfattande forskning fortfarande finns kunskapsluckor, men samtidigt har de också dragit något annorlunda slutsatser av forskningsstödet än SBU. En skillnad är att de inte nämner specifika program eller metoder, utan sammanfattar vad som kännetecknar framgångsrik prevention för olika typer av insatser, till exempel inom familjen, i skolan eller inom hälso- och sjukvård, och riktat till olika åldersgrupper. Denna sammanställning har vi utgått från i våra förslag och bedömningar om förebyggande insatser.

[46] SBU (2015). Rapport 243/2015. *Att förebygga missbruk av alkohol, droger och spel hos barn och unga.*
[47] UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition.*

6 Vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende – en kartläggning

I detta kapitel redogör vi för den kartläggning av vård- och stödlandskapet som vi enligt direktiven har till uppgift att genomföra. Vi ska enligt dem tydligt definiera aktörer och insatser samt belysa geografiska och socioekonomiska skillnader liksom skillnader mellan kvinnor och män.

Avsnittets fokus är kvantitativt med fokus på redovisningar i figurer och tabeller. Ytterligare beskrivningar och analyser av vård och stöd inklusive skillnader, tillgänglighet och kvalitet redovisas i andra kapitel, främst 7, 8, 10, 16, 17, och 21. Men då hänvisas till andra sammanställningar och kunskap, exempelvis kvalitativa underlag, som vi fått genom möten med verksamheter, experter och personer med egen erfarenhet av skadligt bruk eller beroende samt deras anhöriga. Som komplement till redovisningen i detta kapitel finns inventering och definitioner av olika insatser samt listor med enheter för vård vid skadligt bruk eller beroende i dokumentet *PM om kartläggning av insatser och enheter för vård och stöd*[1] som är tillgänglig via www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet.

Eftersom många av insatserna i kapitlet relaterar till socialtjänstens verksamhet, används i vissa fall termerna *missbruk* och *missbruksvård*, även om detta är termer vi annars inte använder i betänkandet.

6.1 Sammanfattning av kapitlet

För att kunna svara upp mot utredningsdirektiven i kombination med områdets karaktär, med flera aktörer (kommuner, regioner, Statens institutionsstyrelse (SiS), Kriminalvården, privata företag och ideella

[1] Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-86.

organisationer), verksamheter och datakällor, är kapitlet omfattande. Därför ges här en sammanfattning med komprimerade resultat.

6.1.1 Inga tydliga resultatförbättringar av vård och stöd

För de övergripande resultatmått som redovisas ses i många fall inte några tydliga förbättringar under den redovisade perioden. Detta kan ställas mot utvecklingen av vården för stora somatiska sjukdomsområden, där stora förbättringar har skett. För indikatorer som påverkbar slutenvård vid kroniska sjukdomar[2], sjukdomsspecifik dödlighet vid hjärtinfarkt och stroke samt överlevnad vid cancer ses till exempel kontinuerliga förbättringar under de senaste decennierna.[3]

För personer som vårdats för skadligt bruk eller beroende av narkotika ses skillnader mellan regionerna i återinskrivningar inom en månad. För generell dödlighet inom ett år ses tydliga skillnader mellan såväl kommungrupper, kön och utbildningsgrupper.

Måtten är framtagna genom beställningar av aggregerade data och kan behöva vidareutvecklas för att ytterligare öka värdet av jämförelser av övergripande resultat, se vidare kapitel 25.

6.1.2 Volymen av vård och stöd är svår att summera

Det går i dag inte att fullt ut följa volymen av vård och stöd utifrån data som finns nationellt tillgängliga. För socialtjänstens insatser och primärvården saknas individdata och detsamma gäller den specialiserade öppenvård som utförs av andra personalkategorier än läkare.[4] Detta innebär att det ofta inte går att se hur många personer som tagit del av vård och stöd från dessa verksamheter, och i de fall antalet klienter/brukare/patienter är tillgänglig information går dessa inte att summera över huvudmannagränser utan att det då skulle förekomma en hög men okänd grad av dubbelräkning.

Utifrån tillgänglig information är det möjligt att följa antalet personer inom vissa verksamheter och antalet insatser i form av exem-

[2] Diabetes, hjärtsvikt, KOL och astma.
[3] Socialstyrelsen (2022). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022*.
[4] Uppgifter avseende andra personalkategorier än läkare kommer dock börja att samlas in för den specialiserade psykiatriska öppenvården från och med 2024.
https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/nya-foreskrifter-om-uppgiftsskyldighet-till-patientregistret-trader-i-kraft-den-1-januari-2024/. Besökt 2023-09-01.

pelvis vårddygn, antal placeringar, öppenvårdsbesök och slutenvårdstillfällen. Dessa mått är dock oftast helt skilda från varandra vad gäller insatsernas omfattning, så därför redovisas utvecklingen för de olika storheterna utan försök till total summering. Här framgår bland annat att

- antalet patienter, läkarbesök och slutenvårdstillfällen i regionernas specialiserade vård har ökat (2007–2021)
- vår beräkning avseende läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) visar att antalet patienter har ökat kontinuerligt från drygt 2 000 år 2006 till cirka 7 500 år 2022
- det är en stor skillnad i antalet LARO-patienter per invånare i olika regioner
- Sverige har få patienter i LARO i jämförelse med andra europeiska länder
- antalet personer med bistånd som avser boende och öppna insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, är i stort oförändrat (2014–2021)
- antalet personer och antalet dygn per person i kommunernas frivilliga heldygnsvård har minskat (2009–2021), och detsamma gäller antalet personer med vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Generellt ser vi att volymerna inom regionernas vård i huvudsak ökat medan de inom SoL och LVM har minskat eller är oförändrade. Utifrån den skattning som vi redovisar i kapitel 26 ser vi att antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika i huvudsak har varit oförändrat per invånare över tid, i varje fall under perioden 2007–2016. En slutsats av detta är att en allt större andel av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika nås av regionernas vård. Det är dock fortsatt en stor andel av dem med ett skadligt bruk eller beroende som inte täcks av regionernas specialiserade vård.

Ett alternativt sätt att se den samlade volymen är via kostnadsdata men här finns inte en nationell redovisning av kostnader som kan ringa in området via exempelvis räkenskapssammandrag för verksamheterna. I en beräkning som avser 2020 uppskattas de direkta narkotikarelaterade kostnaderna för verksamheter inom kommuner (inklu-

sive delar av verksamheten hos SiS) samt hälso- och sjukvård till cirka 7 miljarder kronor. I den summan ingår då inte Kriminalvårdens eller ideella organisationers kostnader för vård och stöd kopplat till narkotika.

För kommunernas verksamhetsområde *missbruksvård för vuxna* har kostnaderna varit i stort sett oförändrade som andel av kommunernas totala verksamhetskostnader. För regionerna går det inte att via räkenskapssammandrag avgränsa kostnader för området vård vid skadligt bruk eller beroende av narkotika.

6.1.3 Väntetider med stora regionala skillnader

Vi redovisar uppgifter om väntetider till första besök i specialiserad vård, där det framgår att det är en större andel av besöken som genomförs inom 30 dagar för dem som har en diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika jämfört med genomsnittet för sjukvården. Bedömningen är att detta är i linje med en medicinsk prioritering, och att 30 dagar också kan vara en för lång väntetid för många patienter. Det är stor skillnad mellan regionerna. För personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika fick över 90 procent sitt besök inom 30 dagar i två regioner medan den andelen var under 30 procent i fyra regioner.

För barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) är utvecklingen för väntetiderna mycket negativ. För åren 2015 och 2016 fick över 80 procent sin utredning eller behandling startad inom 30 dagar, för 2022 var den siffran bara strax över 50 procent. Skillnaden mellan regionerna har också ökat drastiskt.

6.1.4 Vård vid narkotikaproblem ökar jämfört med alkohol

I flera delar av vården vid skadligt bruk eller beroende registreras om problemen är relaterade till alkohol, narkotika eller både och (i vissa fall även övriga substanser). För personer med diagnoser satta i sjukvården ser vi att antalet med alkoholdiagnoser har minskat, medan diagnoser för narkotiska substanser har ökat. I intervjuer enligt Addiction

Severity Index (ASI),[5] som oftast genomförs inom socialtjänsten, har narkotika tagit över som den vanligaste substansen efter alkohol. För LVM-vården har samma förändring skett, där narkotika nu oftast anges som *missbruksmedel* vid ansökningar till förvaltningsrätten.

6.1.5 Skadereducerande insatser

I avsnittet om skadereducerande insatser framgår att:

- antalet sprututbyten har ökat och finns nu i 20 regioner av 21 (med planerad start i den sista regionen under år 2023),
- antalet förskrivna och rekvirerade doser naloxon har ökat varje år för perioden 2019–2022,
- endast knappt var femte kommun erbjuder den rekommenderade insatsen *Bostad först*.

6.2 Övergripande resultat där vård och stöd spelar roll

Nedan visas övergripande utfall där vård- och stödlandskapets samtliga aktörer och samordningen dem emellan kan påverka resultatet.

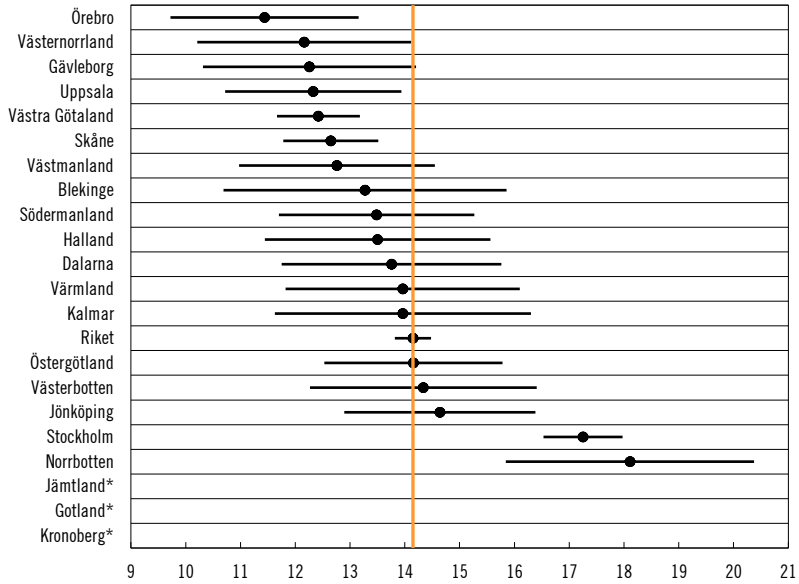
En faktor kan också vara att personerna själva inte önskar ta del av olika vård- och stödinsatser. Detta kan vara vanligare bland personer med skadligt bruk eller beroende än för personer med andra allvarliga sjukdomar eller hälsoproblem. Det finns dock ingen anledning att anta att denna faktor skulle skilja sig systematiskt mellan personer i olika län så att det förklarar skillnaderna. De olika verksamheterna kan påverka denna faktor genom god tillgänglighet. Med tillgänglighet avses här ett flertal saker; låga trösklar för vård och stöd samt tillgång till vård trots pågående narkotikaanvändning eller psykisk sjukdom kan vara av särskild betydelse. Andra aspekter av tillgänglighet är exempelvis behovsanpassade öppettider, alternativa kontaktvägar, utbud av insatser, geografisk tillgänglighet, gott och kompetent bemötande som inte är stigmatiserande samt korta väntetider.

[5] ASI är en strukturerad och standardiserad form av intervjuer som används inom vård och behandling vid skadligt bruk eller beroende. Resultatet kan dels användas i arbetet med brukaren/patienten men också aggregeras för att följa grupper av patienter. ASI finns i två delar: ASI-grund och ASI-uppföljning.

I figur 6.1 redovisas andelen personer som inom en månad[6] efter specialiserad slutenvård åter blivit inskrivna på sjukhus med diagnos för skadligt bruk eller beroende, eller avlidit. Generellt sett innebär återinskrivning inom 30 dagar ett oönskat utfall. I diagrammet visas värden för länen med en svart prick, andelarna varierar från 11 till 18 procent mellan länen. Strecken vid prickarna visar 95-procentiga konfidensintervall[7] och det finns län som tydligt avviker från rikets värde vilket visas med den gula linjen.

Figur 6.1 Återinskriven eller avliden inom en månad efter slutenvård

Andel av personer 15–79 år som återinskrevs inom 1–30 dagar eller avled inom 0–30 dagar efter utskrivning från slutenvård med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika (F11–F16, F19). År 2018–2020. Procent



*Socialstyrelsen har bedömt att underlagsdata inte kan levereras på grund av små tal.
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen.

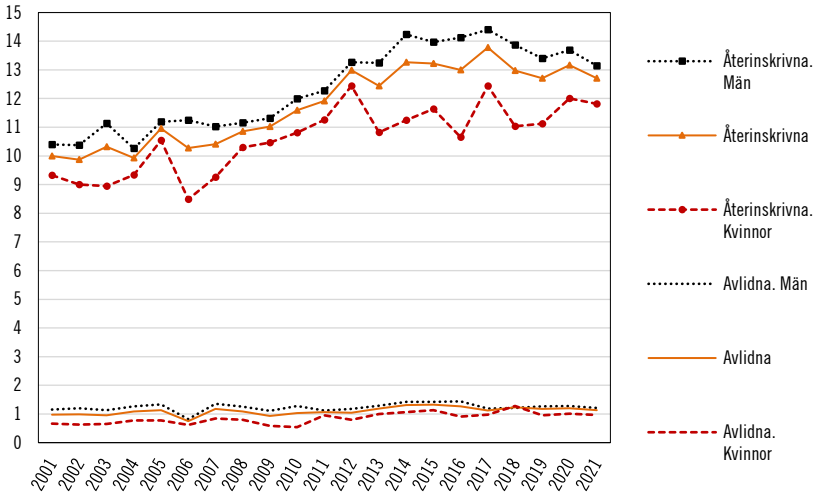
[6] Återinskrivningar följs upp för 1–30 dagar efter utskrivning och avlidna för 0–30 dagar.
[7] I samband med jämförelser av resultat och utfall som indikationer på kvalitet är det vedertaget att ange och ta hänsyn till den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som utöver kvaliteten också innehåller en slumpfaktor. Det är här den osäkerheten som beskrivs med konfidensintervallen (till skillnad från exempelvis urvalsundersökningar då det är urvalsosäkerheten som brukar beskrivas).

Resultatet kan förutom av regionenens slutna vård påverkas av kontinuitet och samordning av efterföljande vård och stöd där även verksamhet i kommunerna kan ingå. Resultaten kan utöver detta även påverkas av hur vården är organiserad inom länet. En låg andel vårdade inom LVM i ett län kan exempelvis tänkas innebära en genomsnittligt tyngre problematik för patienterna i regionens vård jämfört med län där LVM-vård är mer vanligt.

I figur 6.2 framgår att andelen återinskrivningar inom en månad ökat i ett längre perspektiv, från 10 procent 2001 till nära 14 procent 2017. Sedan 2017 har återinskrivningarna dock sjunkit något. En likartad utveckling, men på mycket lägre nivå, finns för andelen avlidna inom en månad efter slutenvård.

Figur 6.2 Återinskriven eller avliden inom en månad efter slutenvård

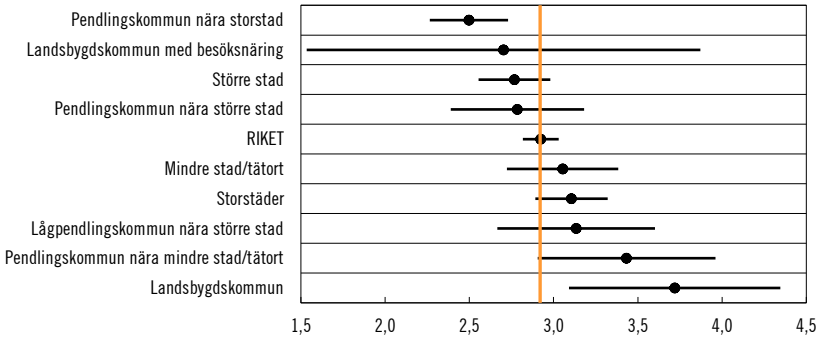
Andel av personer 15–79 år som återinskrevs inom 1–30 dagar eller avled inom 0–30 dagar efter utskrivning från slutenvård med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika (F11–F16, F19). Procent



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen.

Figur 6.3 Dödlighet inom 1 år efter vårdkontakt i specialiserad vård, kommungrupper

Andel av personer 15–79 år, med slutenvårdstillfälle eller läkarbesök i specialiserad vård med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika (F11–F16, F19), som avled inom 0–365 dagar efter den första vårdkontakten för året. År 2019–2021.* Procent



* Uppföljning till och med 2022 med preliminära uppgifter för dödsfall.
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen.

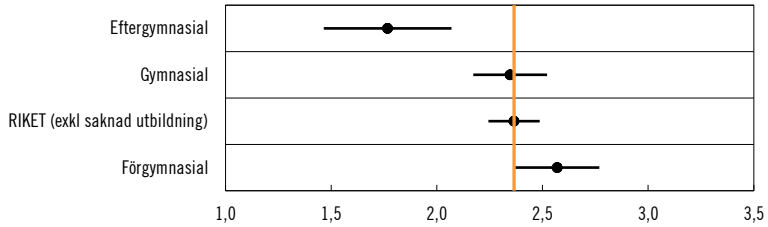
I figur 6.3 visas hur personer som vårdats i specialiserad vård under perioden 2019–2021 följts upp avseende dödlighet inom ett år redovisat efter kommungrupp. Här ingår de som skrivits ut från sjukhus men även de som haft läkarbesök i den specialiserade vården. Resultatet speglar inte enbart den specialiserade vården då uppföljningstiden är ett år efter den första vårdkontakten för redovisningsåret. Här kan alltså fortsatta insatser och samordning av såväl den specialiserade vården, primärvården och kommunernas vård och stöd spela stor roll.

Andelen personer som avlider inom ett år är påtagligt högre i gruppen landsbygdskommuner och lägre i gruppen pendlingskommuner nära storstad. Rikets värde visas med den gula linjen i diagrammet. Strecken kring värdet för respektive kommungruppsvärde visar 95-procentiga konfidensintervall.

I figur 6.4 visas resultatet uppdelat för personer med olika långa utbildningar. Här framgår att de med eftergymnasial utbildning, som universitetsutbildningar, hade en lägre dödlighet inom ett år efter vård vid skadligt bruk eller beroende av narkotika medan de med enbart förgymnasial utbildning hade en högre dödlighet. För att öka jämförbarheten används ett snävare åldersintervall vid jämförelse mellan utbildningsgrupperna.

Figur 6.4 Dödlighet inom 1 år efter vårdkontakt i specialiserad vård, utbildning

Andel av personer 25–59 år, med slutenvårdstillfälle eller läkarbesök i specialiserad vård med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika (F11–F16, F19), som avled inom 0–365 dagar efter den första vårdkontakten för året. År 2019–2021*. Procent

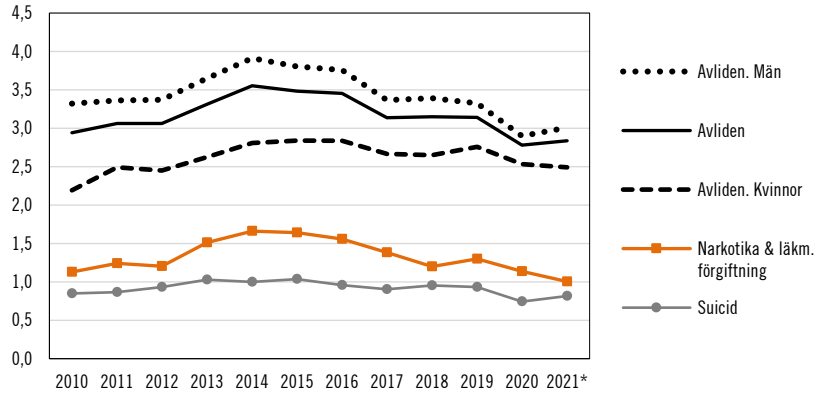


* Uppföljning till och med 2022 med preliminära uppgifter för dödsfall.
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen.

I ett längre perspektiv har andelen avlidna inom ett år efter specialiserad vård vid skadligt bruk eller beroende av narkotika först ökat och sedan minskat, se figur 6.5. Dödligheten gick upp mellan 2010 och 2014 och har sedan minskat. För 2021 var andelen 2,8 procent vilket var något lägre än 2010. För hela perioden är mäns dödlighet tydligt högre än kvinnors.

Figur 6.5 Dödlighet inom 1 år efter vårdkontakt i specialiserad vård

Andel personer 15–79 år, med slutenvårdstillfälle eller läkarbesök i specialiserad vård med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika (F11–F16, F19), som avled inom 0–365 dagar efter den första vårdkontakten för året. Procent



* Uppföljning till och med 2022 med preliminära uppgifter för dödsfall.
Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret. Socialstyrelsen.

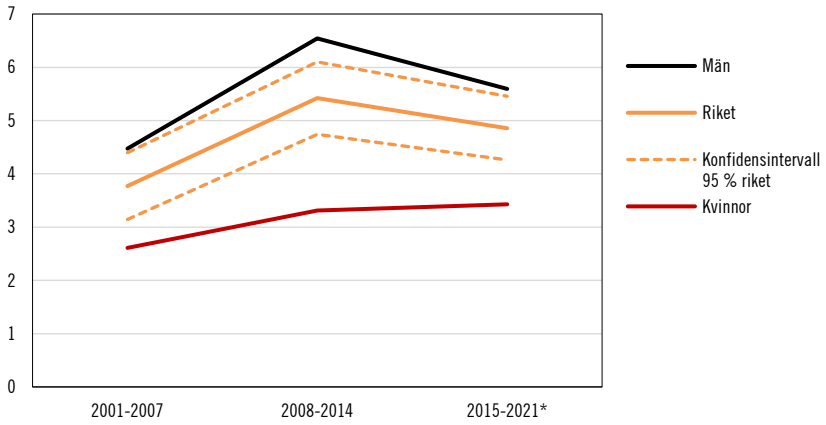
I figur 6.5 särredovisas även de som avlidit av läkemedels- och narkotikaförgiftningar respektive suicid. Mönstret för förgiftningarna liknar det för den generella dödligheten medan andelen som avled på grund av suicid var ganska stabil under perioden.

Figur 6.6 visar andelen personer som avled inom ett år efter utskrivning från vård enligt LVM där missbruksmedlet var narkotika.[8] I ett längre perspektiv har andelen avlidna ökat från 3,8 procent under perioden 2001–2007 till 4,9 procent under 2015–2021. Underlaget är dock begränsat och trots att 7-årsperioder används finns viss överlappning mellan de två periodernas konfidensintervall för riket.

Skillnaden mellan könen är dock tydlig: en större andel män än kvinnor avlider inom ett år efter utskrivning från vård enligt LVM för samtliga perioder.[9]

Figur 6.6 Andel avlidna inom 365 dagar efter utskrivning från vård enligt LVM – exklusive personer där missbruksmedlet var enbart alkohol

År avser tid för utskrivning. Procent



* Uppföljningen inkluderar preliminära uppgifter om avlidna år 2022.
Källa: Registret för tvångsvård av missbrukare i vissa fall och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Personer som arbetar inom SiS har framhållit att det kan finnas skillnader i kontinuiteten och samordningen med kommunernas socialtjänst vid utskrivning från SiS verksamheter när socialtjänsten ska ta

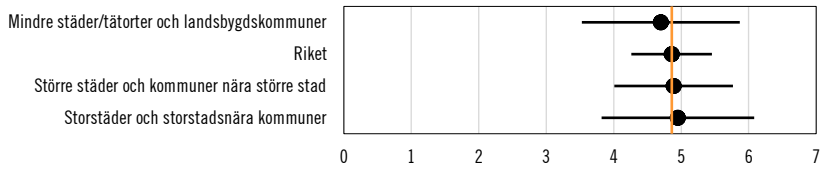
[8] I urvalet har personer där missbruksmedlet angetts till enbart alkohol exkluderats.
[9] Här överlappar heller inte konfidensintervallen varandra för någon av perioderna (visas inte i figuren).

vid i stöd och behandling.[10] Det är dock svårt att göra någon jämförelse för enskilda kommuner för ett så grovt resultatmått som visas i figur 6.6.

I figur 6.7 har materialet delats in efter kommungrupper på den högsta aggregeringsnivån. Andelen varierar endast mellan 4,7 och 5,0 procent, vilket indikerar att det inte är någon betydelsefull skillnad mellan dessa stora kommungrupper. Resultatet är likartat för tidigare 7-årsperioder och resultatet varierar i högre grad mellan mätperioderna än mellan kommungrupperna.

Figur 6.7 Andel avlidna inom 365 dagar efter utskrivning från vård enligt LVM – exklusive personer där missbruksmedlet var enbart alkohol

2015–2021 år avser tid för utskrivning*. Linjerna kring prickarna visar 95-procentiga konfidensintervall. Procent



* Uppföljningen inkluderar preliminära uppgifter om avlidna år 2022.
Källa: Registret för tvångsvård av missbrukare i vissa fall och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I de föregående figurerna redovisas resultaten för personer som tidigare vårdats i regionernas specialiserade vård eller enligt LVM. Personer i denna grupp har antingen ett fortsatt skadligt bruk eller beroende av narkotika eller åtminstone en sårbarhet som gör att de ofta förväntas ha ett fortsatt behov av stöd eller vård under uppföljningsperioden.

Om vi i stället betraktar totalbefolkningen, såsom i figur 6.8 spelar fortfarande vård och stöd en roll för resultatet. Men här påverkar även själva förekomsten av beroendesjukdom eller skadligt bruk. Förekomsten av narkotikaproblem påverkas inte främst av vård och stöd till personer som redan har ett skadligt bruk eller beroende. Det finns ändå en mening i att följa utfall i befolkningen även ur perspektivet vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende. Utöver att vården ska vara effektiv och kunskapsbaserad ska den också vara tillgänglig. Om vi enbart beaktar resultat bland personer som vårdats

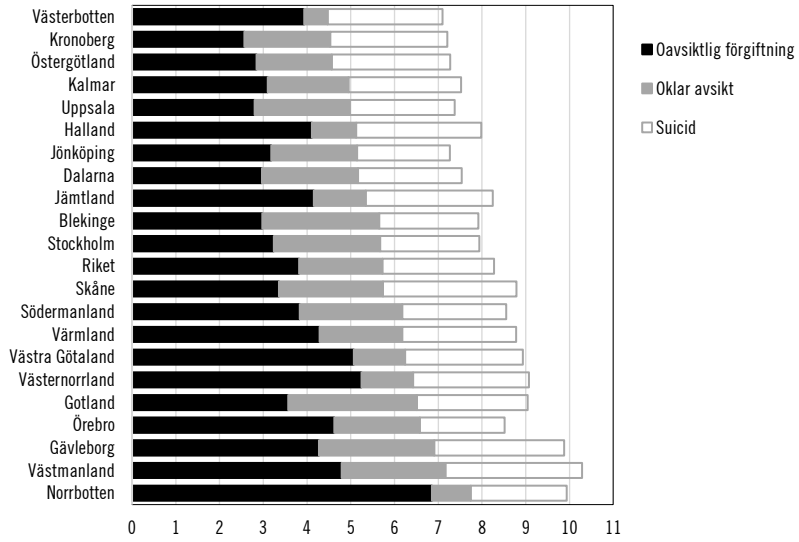
[10] Workshop, dnr Komm2022/00311/S 2022:01-79 samt möte med SiS (2022-10-21).

missar vi att det finns personer som har behov av vård och stöd men som inte har fått tillgång till detta fullt ut.

Figur 6.8 redovisar dödsfall på grund av narkotika- och läkemedelsförgiftningar i befolkningen. Figuren sorteras på värdet som exkluderar konstaterade suicid genom förgiftning. Detta eftersom tillgången till vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende främst antas kunna påverka de oavsiktliga förgiftningarna. Även suicid i befolkningen är påverkbara genom vård och stöd men då i en vidare bemärkelse än enbart vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika, och då som del i en vidare grupp av dödsfall på grund av suicid än enbart förgiftningar. Om suicid ska följas i relation till vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende kan alla typer av suicid i en sådan patientpopulation vara mer relevant att följa än enbart förgiftningar, se figur 6.5 ovan.

Figur 6.8 Dödsfall på grund av narkotika och läkemedelsförgiftningar i totalbefolkningen, 5-årsmedelvärde 2018–2022

Antal per 100 000 invånare, åldersstandardiserade värden



Källa: Statistikdatabas för dödsorsaker, Socialstyrelsen.

I figur 6.8 framgår att det finns skillnader mellan olika län. För perioden 2018–2022 hade länet med lägst förekomst av oavsiktliga och oklara förgiftningar ett åldersstandardiserat värde på 4,5 sådana döds-

fall per 100 000 invånare medan länet med högst antal hade värdet 7,7. Vad det säger om kvaliteten av och tillgängligheten till vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende i olika regioner måste dock analyseras vidare, eftersom andra faktorer också påverkar utfallet. Information som kan vara viktig i en sådan analys är sådan som framgår av tidigare figurer med utfallet för personer med konstaterat skadligt bruk eller beroende. Även uppgifter vi redovisar senare i kapitlet om vårdkonsumtion, tillgänglighet och processer är betydelsefulla för att tolka utfallet, liksom uppgifter om prevalens och lokala förutsättningar och organisering av vård och stöd.

Utöver detta är den naturliga variationen över tid stor för framför allt mindre län och det kan även förekomma skillnader i hur avsikten bakom förgiftningarna bedöms.

Vi redovisar mer uppgifter om dödsfall på grund av förgiftningar med narkotika eller läkemedel i kapitel 13.

6.3 Vård och stöd är ett delat ansvar

Ansvaret för att ge vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende delas mellan kommunernas socialtjänst, regionernas hälso- och sjukvård, SiS och Kriminalvården. Det finns därtill flera utförare av vård och stöd, som bolag eller organisationer inom civilsamhället, vars tjänster upphandlas av kommuner, regioner och Kriminalvården. Det finns också verksamhet hos organisationer och privata aktörer som finansieras direkt av enskilda, arbetsgivare eller via statsbidrag.

Det är upp till regionerna och kommunerna att bestämma hur deras vård och stöd inom området ska organiseras. Det ser därför olika ut över landet hur ansvar och resurser fördelas mellan kommuner och regioner samt vilka prioriteringar som görs. Sedan 2013 ska regionerna och kommunerna ha gemensamma överenskommelser för området.[11]

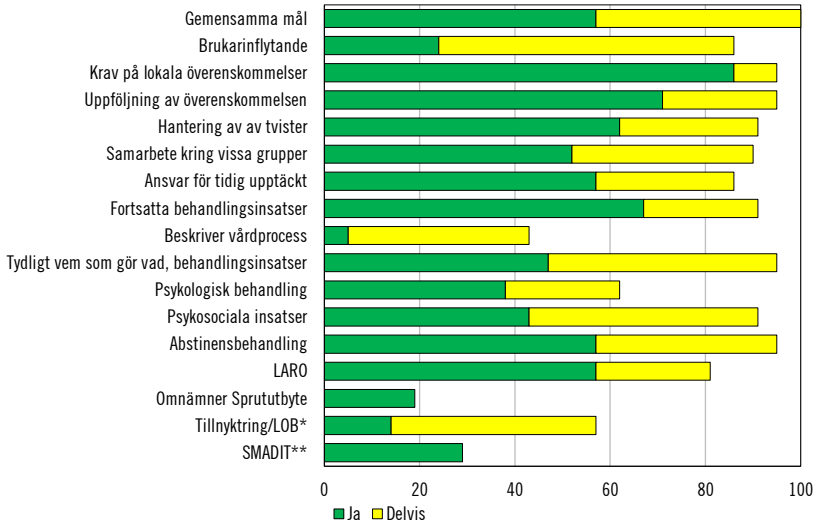
En innehållsanalys av dessa överenskommelser gjordes 2020. Områden som valts ut i analysen har sin utgångspunkt i propositionen *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården*.[12] Områdena har kategoriserats i ”Ja”, ”Delvis” och ”Nej” beroende på om det framgår tydligt och tillräckligt vem som har ansvaret för att ge vägledning och stöd i samarbetet mellan kommunerna och regionen.

[11] Se 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. 3 § HSL.
[12] Prop. 2012/13:77 *God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården.*

I alla analyserade överenskommelser framgick gemensamma mål helt eller delvis (figur 6.9). I mindre än hälften av fallen framgick det helt tydligt och tillräckligt vem som ska göra vad i fråga om behandlingsinsatser. Vårdprocesser var oftast inte beskrivna, och endast i 5 procent av fallen ansågs beskrivningarna vara tydliga och tillräckliga.[13,14]

Figur 6.9 Överenskommelser mellan regioner och kommuner innehållsanalys 2020. Framgår det tydligt och tillräckligt för att ge vägledning/stöd i samarbete?

Procent



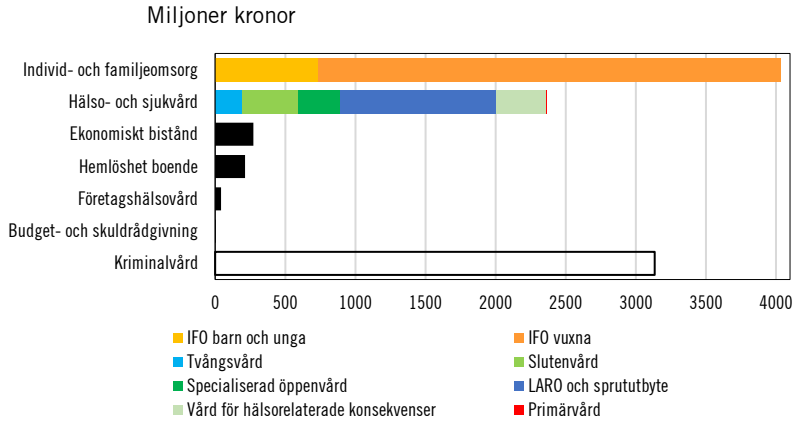
*Lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m.
**Samverkan mot alkohol och droger i trafiken.
Källa: Överenskommelser inom missbruk och beroende – innehållsanalys 2020. Sveriges Kommuner och Regioner.

[13] Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-17.
[14] Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner har flera regioner genomfört revisioner av överenskommelserna med kommunerna utifrån kartläggningen vilket sannolikt skulle visa en större tydlighet i överenskommelserna om kartläggningen och innehållsanalysen upprepades.

6.4 Individ- och familjeomsorgen bär störst kostnader

För att beskriva volymen av olika vård- och stödverksamheter visas i figur 6.10 direkta samhällskostnader på grund av användning av narkotika för olika verksamheter som innehåller vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende. Uppgifterna är beräknade av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) 2022, på uppdrag av Folkhälsomyndigheten.

Figur 6.10 Uppskattade direkta kostnader för områden som rör vård och stöd 2020



Källa: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (2022). *Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruket i Sverige.*

I termer av kostnader är det största området för vård och stöd kommunernas individ- och familjeomsorg, med drygt 4 miljarder, där knappt en femtedel avsåg verksamhet för barn och unga. En viktig notering är att verksamhet som utförs av SiS räknas in i denna summa.

Regionernas hälso- och sjukvårdskostnader på grund av narkotika beräknades till 2,4 miljarder.

För Kriminalvården beräknades kostnaderna till drygt 3 miljarder men här ryms även mycket verksamhet som inte kan klassificeras som vård och stöd.

För ekonomiskt bistånd visas enbart kostnaderna för administrationen. Biståndena i sig blir en större kostnad för kommunerna men

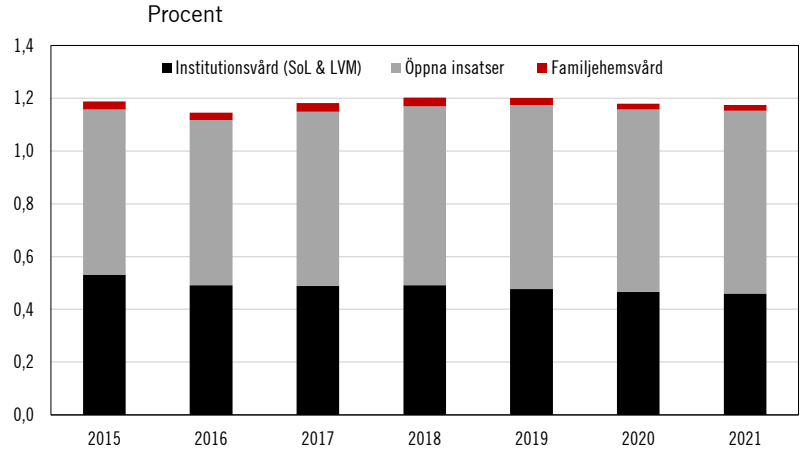
en inkomst för dem som tar emot dem och innebär därför ingen samhällskostnad totalt sett.[15]

Vård och stöd utförs även av ideella organisationer exempelvis härbärgen och *peer-to-peer*-verksamhet. Men dessa delar saknas i IHE:s analys på grund av brist på data. I en kostnadsberäkning av Socialstyrelsen 2003 uppskattades kostnaderna för frivilligorganisationernas insatser vid skadligt bruk eller beroende till 74–148 miljoner kronor, men då ingick även alkoholrelaterade kostnader.[16]

6.5 Verksamhet hos kommunerna och Statens institutionsstyrelse

Kommunernas verksamhetsområde *missbruksvård för vuxna* utgör 3,1 procent av deras totala vård- och omsorgskostnader, och nära 1,2 procent av de totala kostnaderna för kommunernas verksamhet. I figur 6.11 framgår att den andelen är i stort sett oförändrad under perioden 2015 till 2021. En viss ökning noterades för öppna insatser medan institutionsvård med stöd av SoL och LVM har minskat något.

Figur 6.11 Kostnadsandelar för kommunernas verksamhetsområde missbruksvård för vuxna, andel av kommunernas totala kostnader



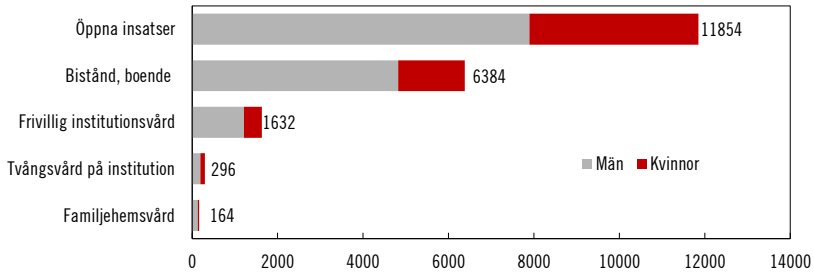
Källa: Räkenskapssammandrag för kommuner, Statistiska centralbyrån.

[15] Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (2022). *Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruket i Sverige*.
[16] Socialstyrelsen (2010). *Kostnader för alkohol och narkotika. Beräkning av samhällets direkta kostnader 2003*.

Det är fler män än kvinnor som får insatser från socialtjänsten vid skadligt bruk eller beroende. I november 2021 fanns cirka 11 900 personer med individuella behovsprövade insatser, drygt 6 400 fick bistånd för boende och knappt 2 100 personer hade olika former av heldygnsvård inom området missbruksvård för vuxna (figur 6.12). Samma individ har ofta flera typer av insatser, så det totala antalet individer kan inte beräknas då individdata för socialtjänstens verksamhet saknas.

Figur 6.12 Antal personer i kommunernas och SiS missbruksvård

Statens institutionsstyrelses insatser enligt SoL och LVM. Individuella behovsprövade öppna insatser, bistånd som avser boende, frivillig vård och tvångsvård på institution samt familjehemsvård enligt SoL och 27§ LVM. 1 november 2021, personer 21 år eller äldre. Antal



Källa: Mängdstatistik missbruk, Socialstyrelsen.

I figur 6.12 ingår inte enbart personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. I de flesta fall är statistik för kommunernas verksamhet inte möjlig att dela upp efter substanser, och en stor del avser här personer som har alkohol som dominerande substans.

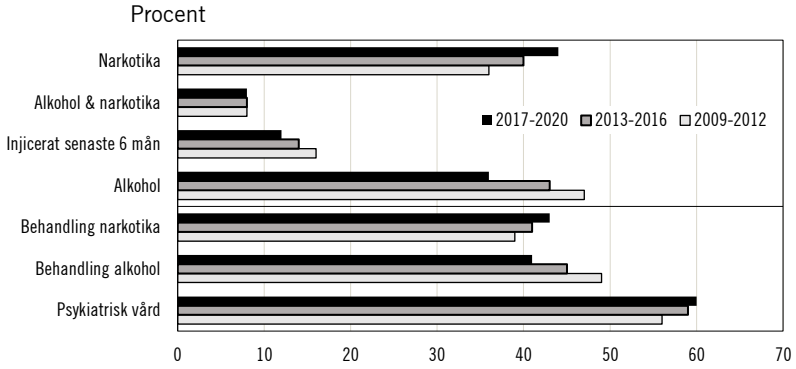
I flertalet kommuner görs dock standardiserade strukturerade intervjuer enligt ASI.

ASI används av 260 missbruks- och beroendeenheter i landet. Men det används inte i kontakten med samtliga klienter. Det är därför svårt att avgöra i vilken mån ASI-data täcker det totala antalet personer som får vård och stöd, eller hur representativt resultatet är för dem.[17] I figur 6.13 ingår uppgifter från 155 kommuner, stadsdelar och behandlingsenheter. Här framgår att 52 procent av de intervjuade

[17] Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.*

angav narkotika, med eller utan alkohol, som den dominerande substansen i sin problematik för perioden 2017–2020. Förhållandet mellan alkohol och narkotika har skiftat under de senaste tio åren så att narkotika har blivit vanligare som dominerande substans än alkohol. Samma utveckling ses för andelen som fått behandling vid problem med narkotika respektive alkohol.

Figur 6.13 Dominerande substans, andel som injicerat de senaste sex månaderna samt vilken typ av vård man fått tidigare. Svar i ASI-intervjuer



Källa: Data, ASI-net analys.

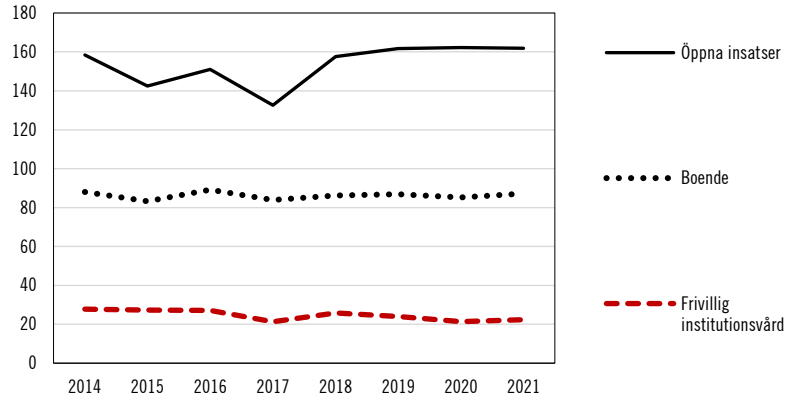
Stöd till personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika kan även ges inom de flesta andra av kommunernas verksamhetsområden, exempelvis försörjningsstöd, elevhälsa samt omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättningar. Insatser för barn och unga beskrivs närmare i avsnitt 6.9 och kapitel 16.

6.5.1 Verksamhetsvolymer för missbruks- och beroendevård för vuxna

För de senaste åren, 2018 till 2021, ses inga större förändringar i hur många personer per invånare som har fått de olika typerna av insatser; bistånd som avser boende, individuella öppna insatser eller frivillig institutionsvård (figur 6.14).

Figur 6.14 Antal personer 21 år eller äldre med bistånd som avser boende, individuella behovsprövade öppna insatser eller frivillig institutionsvård 1 november

Per 100 000 invånare

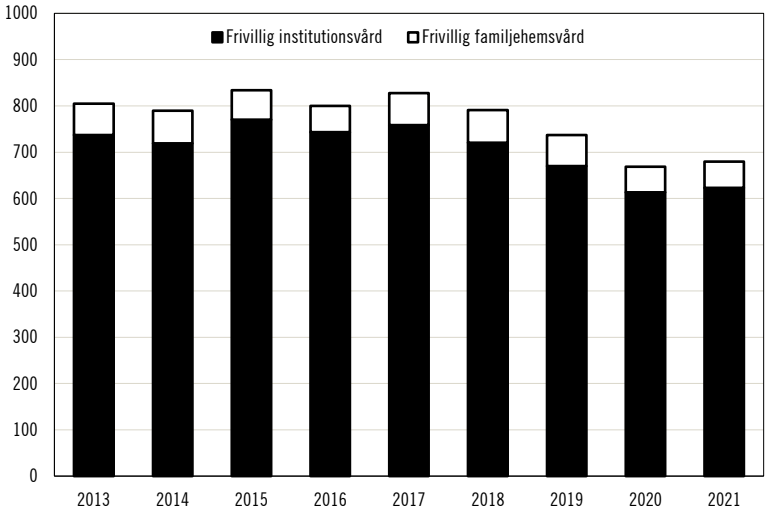


Källa: Statistikdatabas för vuxna personer med missbruk och beroende, Socialstyrelsen.

Frivillig heldygnsvård

Figur 6.15 Antal dygn i frivillig heldygnsvård – familjehem och institutionsvård, personer 21 år eller äldre

1 000-tal



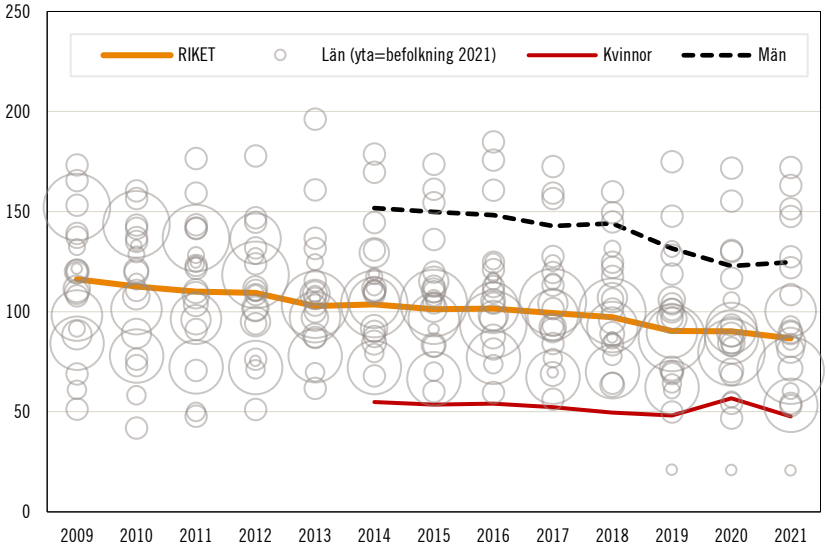
Källa: Statistikdatabas för vuxna personer med missbruk och beroende, Socialstyrelsen.

Den övervägande delen av frivillig heldygnsvård för vuxna består av institutionsvård på hem för vård eller boende (HVB). Ett fåtal vuxna personer återfinns också på familjehem. För 2021 utgjorde familjehem 8 procent av dygnen i heldygnsvård. Från 2017 till 2021 minskade antalet dygn på HVB eller familjehem med 18 procent eller cirka 150 000 dygn (figur 6.15).

I figur 6.16 framgår att antalet personer inom den frivilliga institutionsvården har minskat från 116 personer per 100 000 invånare 2009 till knappt 87 för år 2021. Betydligt färre av de boende är kvinnor, även om skillnaden minskat något under senare år, eftersom framför allt män står för minskningen i antalet boende/vårdade.

Figur 6.16 Personer i frivillig institutionsvård under året (HVB), per 100 000 invånare 21 år eller äldre

Antal per 100 000. De grå ringarna i figuren visar värden för respektive län*



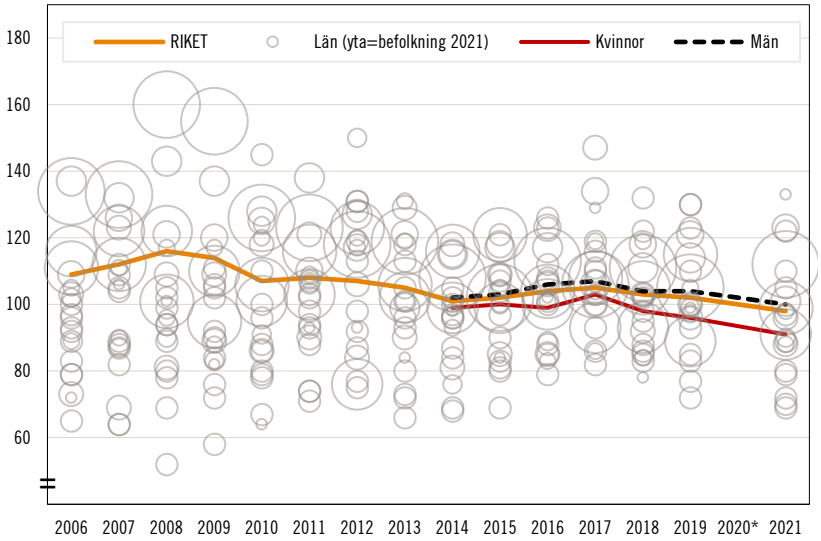
* Ringarnas yta motsvara befolkningens storlek 2021. För individuella kommuners och läns namn och värden hänvisas till Socialstyrelsens publika statistikdatabas.
Källa: Statistikdatabas för vuxna personer med missbruk och beroende, Socialstyrelsen.

Antalet dygn per person inom den frivilliga institutionsvården minskade från 116 dagar 2008 till 98 dagar 2021. Kvinnor har färre dagar per person än vad män har, och skillnaden mellan könen har ökat under perioden 2017–2021. Skillnaden mellan länen är betydande:

antalet dygn var ungefär dubbelt så högt per person i länet med högst värden som i länet med lägst värden för de senaste två åren.

Figur 6.17 Antal dygn per person i frivillig institutionsvård (HVB) personer 21 år eller äldre

Antal per person



* Uppgifter för år 2020 har utelämnats då ett rapporteringsfel påverkar statistiken i hög grad.
Källa: Statistikdatabas för vuxna personer med missbruk och beroende, Socialstyrelsen.

6.5.2 Verksamhet som bedrivs av Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse (SiS) är utförare av en kombination av statligt och kommunalt finansierad verksamhet. Myndigheten arbetar med omhändertagandet av personer enligt LVM och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Även om detta slutligen avgörs i domstol så tas det initiala beslutet om ansökan om vård enligt LVM och LVU av kommunens socialnämnd. Personer kan också få frivillig vård på SiS institutioner enligt SoL. Även ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU, tas emot av SiS. I redovisningen av kostnader tidigare i kapitlet (figur 6.10) hamnar en stor del av SiS verksamhet inom kommunal verksamhet, då kommunerna står för 75 procent av kostnaderna för LVM- och två tredjedelar av

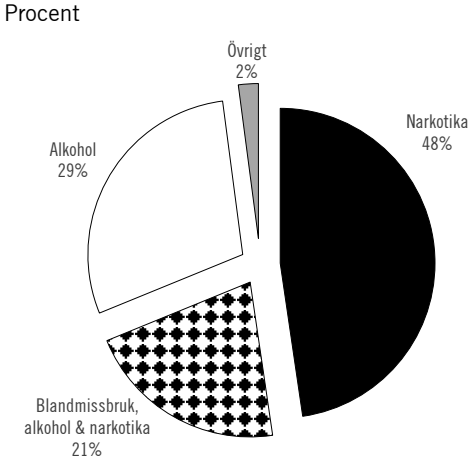
kostnaderna för ungdomsvården. För ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård finansieras verksamheten helt av staten.

SiS har cirka 360 platser på LVM-hem och 730 platser på särskilda ungdomshem.[18]

Vård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall

Via ansökningar om vård enligt LVM finns uppgifter om vilket medel som klienten uppgavs ha missbruk av (angivet som ”missbruksmedel”). Från att ha varit dominerande 2010 har alkohol minskat.[19] Under perioden 2018–2021 var narkotika vanligast och förhållandet mellan de olika kategorierna har varit relativt stabilt under senare år.[20] För 2021 hade nära 70 procent narkotika som orsak till LVM, varav drygt 20 procent i kombination med alkohol. De som enbart hade problem med alkohol utgjorde knappt 30 procent av alla personer i LVM-vården.

Figur 6.18 Missbruksmedel vid ansökningar till förvaltningsrätten om beredande av vård enligt LVM år 2020



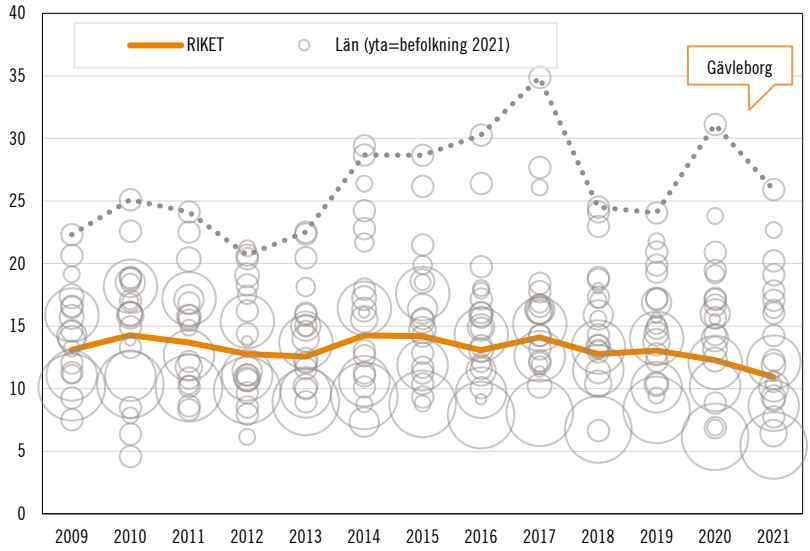
Källa: Registret för tvångsvård av missbrukare i vissa fall, Socialstyrelsen.

[18] Statens institutionsstyrelse. https://www.stat-inst.se/var-verksamhet. Besökt 2023-02-06, uppdaterad 2022-01-31.
[19] Socialstyrelsen (2017). *Kartläggning av vårdlandskapet. Hur ser utbudet och tillgången till vård och behandlingsinsatser ut för personer med missbruk och beroendeproblem? Underlagsrapport till Socialstyrelsens Lägesrapport 2017 inom individ- och familjeomsorgen samt inom missbruks- och beroendevården.* Dnr 3.1-30701/2015.
[20] Socialstyrelsens *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende* (år 2018, 2019, 2020 och 2021).

I figur 6.19 visas antalet personer utskrivna från LVM-vård per invånare. Antalet personer som skrivits ut från LVM har minskat på senare tid, från 14 per 100 000 invånare 2014 till 11 under 2021. Variationen är stor mellan länen. År 2021 var det fyra gånger vanligare med utskrivna från LVM-vård i Gävleborg, än i länet med det lägsta värdet (Stockholm). Sedan 2015 är det också samma två län som har högst respektive lägst antal utskrivningar per invånare.[21]

Figur 6.19 Utskrivna personer från vård enligt LVM

Per 100 000 invånare 18 år eller äldre

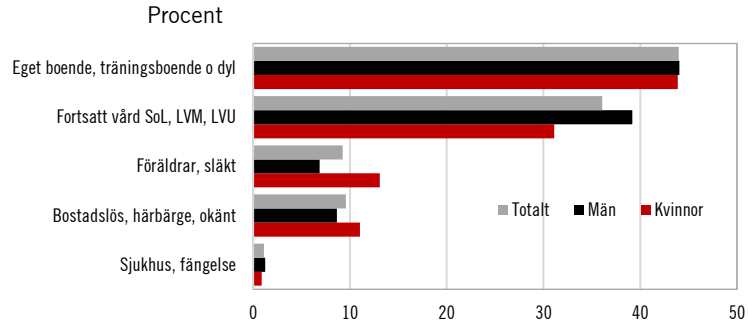


Källa: Statistikdatabas för vuxna personer med missbruk och beroende.

I registret över LVM finns också uppgifter om typ av boende eller vård som personerna skrevs ut till. För både kvinnor och män skrevs 44 procent ut till ett eget boende, träningsboende eller liknande boendeform. Det var vanligare bland män att skrivas ut till fortsatt vård inom LVM, LVU eller SoL. Det var ungefär dubbelt så vanligt bland kvinnor att skrivas ut till boende hos familj eller annan släkt. För kvinnor var det också vanligare att personen var bostadslös eller att det saknades uppgift om boende. Ungefär 1 procent skrevs ut till fängelse eller vård på sjukhus.

[21] För 2018 har Stockholm och Kalmar samma värde (6,7).

Figur 6.20 Boende efter vård enligt LVM 2021. Kön och typ av boende vid utskrivning



Källa: Registret för tvångsvård av missbrukare i vissa fall, Socialstyrelsen.

6.5.3 Oftast 4–7 dagars väntetid till nybesök inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård

I tabell 6.1 visas hur många dagar det i igenomsnitt tog i olika kommuner att få ett första personligt besök efter kontakt med socialtjänsten inom området missbruks- och beroendevård.

Tabell 6.1 Väntetid till nybesök till socialtjänstens missbruk- och beroendevård

Genomsnittligt antal dagar mellan första kontakt och personligt besök. Andel av kommuner, socialförvaltningar i Göteborg och stadsdelar i Stockholm. Procent

Genomsnitt dagar till nybesök	2016	2017	2018	2019	2021	2020	2022
3 dagar	13 %	15 %	13 %	18 %	19 %	21 %	15 %
4–7 dagar	55 %	52 %	61 %	50 %	51 %	47 %	52 %
8–14 dagar	20 %	23 %	17 %	22 %	18 %	18 %	24 %
15 dagar eller mer	2 %	1 %	3 %	2 %	3 %	3 %	2 %
Uppgift saknas	10 %	9 %	6 %	8 %	9 %	11 %	7 %
Antal svarande kommuner	**282**	**296**	**289**	**288**	**297**	**290**	**280**

Källa: Öppna jämförelser missbruks- och beroendevården, Socialstyrelsen.

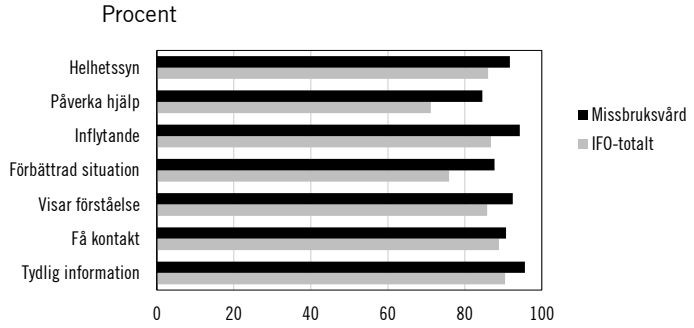
Andelen kommuner där väntetiden var högst 3 dagar ökade mellan 2016 och 2021. För 2022 ses dock en minskning där väntetiden i fler kommuner var 4–7 dagar eller 8–14 dagar. I textsvar uppgav flera kommuner att väntetiderna har påverkats av covid-19-pandemin med

högre sjukfrånvaro och vård av sjuka barn hos personalen. Vidare kommenterade flera kommuner att akuta fall ges högre prioritet och ofta erbjuds tider tidigare än vad genomsnittet visar.[22]

6.5.4 Vad tycker personer som tagit del av kommunernas vård och stöd?

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samlar in aggregerade data från standardiserade brukarundersökningar i kommunernas individ- och familjeomsorg. De senaste två åren finns rapporterade uppgifter för cirka 80 kommuner när det gäller missbruksvård. För de kommuner som rapporterar in uppgifter är resultaten för missbruksvården i genomsnitt ganska stabila över tid. Exempelvis var andelen positiva svar på frågan om helhetssyn av det stöd man fått kring 90 procent för varje år under perioden 2017–2022. Resultat för 2022 visar också att de svarande inom missbruksvård var totalt sett mer positiva än de svarande inom individ och familjeomsorgen totalt sett, vad gäller alla frågor som redovisas (figur 6.21).

Figur 6.21 Andel positiva svar, (ovägt) genomsnitt av rapporterande kommuner 2022. Individ- och familjeomsorg (IFO) samt delområdet missbruksvård



Källa: SKR:s undersökning om brukares uppfattning av kvalitet inom individ- och familjeomsorg (via databasen Kolada).

Den genomsnittliga svarsfrekvensen för kommunerna 2022 var 65 procent för missbruksvård och 47 procent för individ- och familjeomsorg totalt.

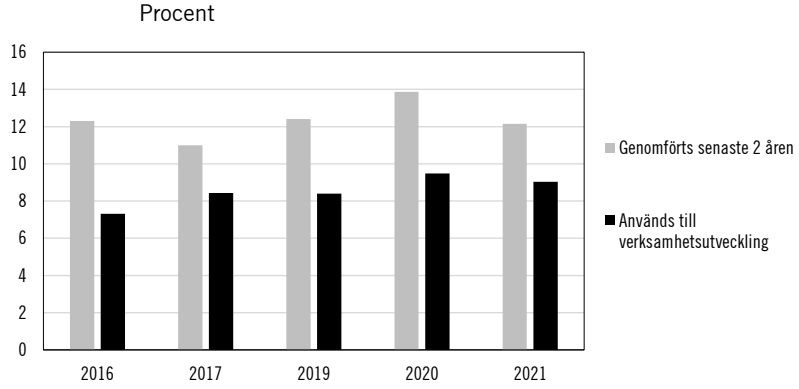
[22] Socialstyrelsen (2022). *Öppna jämförelser 2022 – Missbruks- och beroendevården*.

I våra dialoger med olika organisationer och intervjuer med personer med erfarenhet av eget skadligt bruk eller beroende framgår att bristande förståelse och mindre bra bemötande ofta kan vara avgörande för att en person med beroendeproblematik inte återkommer och har en kontinuitet i kontakten med den verksamheten. Denna faktor kan eventuellt påverka resultatet i brukar- och patientenkäter då dessa patienter har mindre chans att ingå i den undersökta gruppen.

Brukarrevision

Ett sätt att ge brukare inflytande och få in mer kvalitativ information för verksamhetsutveckling är att använda brukarstyrd revision av verksamheten. Med *brukarstyrd brukarrevision* avses en metod för granskning av en insats, enhet eller verksamhet som ger vård, stöd eller service till personer.

Figur 6.22 Brukarstyrd brukarrevision inom kommunernas missbruks- och beroendevård, andel kommuner som svarat att brukarstyrd brukarrevision genomförts de senaste två åren samt om kommunen använt resultaten för att utveckla verksamheten



Källa: Öppna jämförelser missbruks- och beroendevård, Socialstyrelsen, via Kolada.

Den brukarstyrda revisionen utformas och utförs av brukare eller anhöriga med egna erfarenheter av likartad eller samma verksamhet. Här avses verksamheter som arbetar med minst 18 år gamla personer

med skadligt bruk eller beroende i kommunen.[23] År 2021 var det endast 12 procent av kommunerna som uppgav att de använt sig av brukarstyrd brukarrevision, och 9 procent som hade använt resultatet av dem för utveckling av verksamheten.

År 2019 och 2020 ökade andelen kommuner som genomförde brukarrevisioner för att sedan minska 2021. Det är rimligt att anta att pandemin kan ha påverkat förutsättningarna för att göra brukarrevisioner 2021.

6.6 Regionernas verksamhet

Regionerna bedriver specialiserad beroendevård som avgränsad verksamhet eller som en del av allmänpsykiatrin. Vård till personer med skadligt bruk eller beroende sker även inom andra delar av psykiatrin och i primärvården. En kartläggning avseende 2020 visar att det för vuxna fanns en särskild verksamhet med specialiserad beroendevård i hela eller delar av regionen i alla regioner utom två, där det i stället ingick i allmänpsykiatrins uppdrag.[24]

Regionernas vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende inkluderar verksamhet i en bredare bemärkelse än specialiteten/området beroendevård. Det gäller bland annat mer akuta insatser inom både somatisk och psykiatrisk vård såsom vid psykoser eller förgiftningar.

Avgränsningen av verksamheten i detta avsnitt görs i huvudsak utifrån diagnoser. Här används främst diagnoskoder på treställig nivå som rör narkotika inom området *psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser* – framöver kallat *skadligt bruk eller beroende*.[25] I den inledande figuren ingår även narkotika-

[23] Socialstyrelsen (2021). *Öppna jämförelser 2021. Missbruks- och beroendevården. Bilaga. Resultat. Öppna jämförelser 2021. Missbruks- och beroendevården.*
[24] Samsjuklighetsutredningen (2020) enkät till regionerna. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-6.
[25] I huvudsak bedöms den treställiga nivån spegla vård till personer med skadligt bruk eller beroende även om exempelvis vård för intoxikationer ”i betydelsen berusning” kan förekomma för personer som inte uppfyller diagnoskriterierna för skadligt bruk eller beroende och en mindre del avser effekter av tidigare skadligt bruk eller beroende. På fyrställig nivå kan dessa diagnoser delas upp i å ena sidan diagnoser som direkt anger skadligt bruk eller beroende och å andra sidan associerade tillstånd så som abstinens, amnesi eller psykoser. Här ingår även akuta intoxikationer ”i betydelsen berusning” dock inte narkotikaförgiftningar som inte klassas ”i betydelsen berusning” dessa finns i stället under förgiftningar i kapitel T. På fyrställig nivå specificeras även psykotiska störningar som resttillstånd eller med sen debut dessa motsvarade dock endast 0,2 procent år 2021.

förgiftningar för att även fånga mer akuta insatser. Dessa står dock för en mindre del av vårdkontakterna.[26]

För området är det inte självklart om både huvud- och bidiagnoser ska ingå i urvalet eller inte. Eftersom det förekommer en hög grad av samsjuklighet kan framför allt andra psykiatriska diagnoser förekomma samtidigt och sättas som huvuddiagnos även om diagnos för skadligt bruk eller beroende är lika betydelsefull för vårdkontakten. Å andra sidan kan inkludering av bidiagnoser leda till att många vårdkontakter kommer med där skadligt bruk eller beroende har mindre relevans för vårdkontakten och vårdinnehållet.

Att inkludera bidiagnoser är att föredra om man exempelvis ska få med så många patienter som möjligt (hög sensitivitet) med den aktuella problematiken. Att hålla sig till enbart huvuddiagnos fokuserar i stället mer renodlat på vård för de aktuella problemen (hög specificitet). I redovisningen förekommer båda varianterna, men om inget annat nämns avses enbart huvuddiagnos.[27] För uppgifterna från primärvården utgörs underlaget av alla diagnoser som rapporterats för vårdkontakten, eftersom ingen uppdelning i huvud- och bidiagnoser förekommer där.

6.6.1 Stor ökning av antalet vårdkontakter och patienter

I Socialstyrelsens patientregister samlas uppgifter om slutenvårdsvårdtillfällen samt läkarbesök i specialiserad vård. Bland minst 15 år gamla patienter i registret 2021 utgörs cirka 1 procent av personer med diagnos för *skadligt bruk eller beroende av narkotika* eller *förgiftning av narkotika*.[28] Medianåldern för dessa var 34 år.

Antalet vårdkontakter med diagnos för *skadligt bruk eller beroende* totalt har ökat och är mer än dubbelt så stort 2021 som det var 2007. Tydligast var ökningen fram till och med 2015, varefter antalet låg

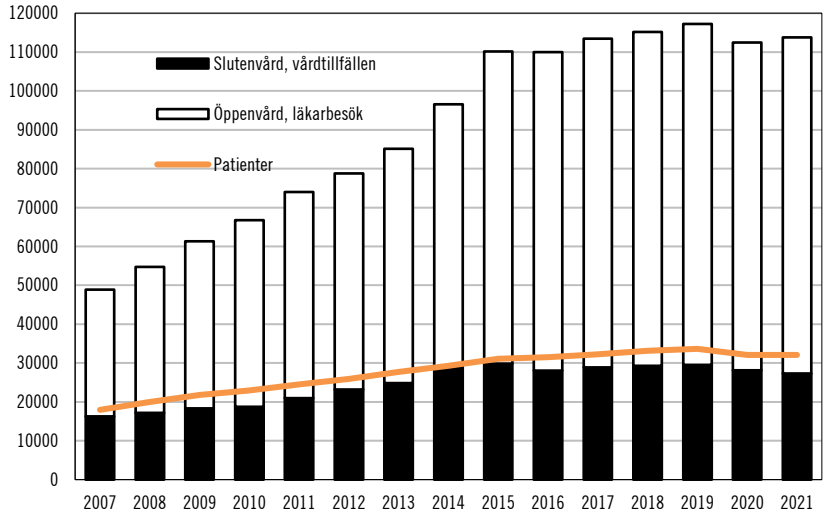
[26] Socialstyrelsen (2021). *Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning. Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden. Bilaga 1. Registerstudien*.
[27] Underlaget till utredningen bygger på nya statistikbeställningar, material från tidigare rapporter och sammanställningar samt Socialstyrelsens statistikdatabas. I Socialstyrelsens databas används enbart huvuddiagnos i redovisningen. Urvalet av diagnoser och huvud-/bidiagnos är därför också av praktiska skäl olika.
[28] ICD10-kod: F11–F16, F19, T40, T43.6 som huvud- eller bidiagnos.

på en mer stabil nivå.[29] För pandemiåren 2020 och 2021 är nivån något lägre jämfört med 2019.

Utvecklingen för antalet personer som haft slutenvårdstillfällen eller läkarbesök i specialiserad öppenvård med dessa diagnoser är likartad den för vårdkontakter men på en lägre nivå.

Figur 6.23 Vårdtillfällen, läkarbesök samt patienter i specialiserad vård med skadligt bruk eller beroende av narkotika eller narkotikaförgiftning

Personer 15 år eller äldre huvud- eller bidiagnos (F11–F16, F19, T40, T43.6). Antal



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I figur 6.24 visas antal patienter med diagnoser för *skadligt bruk eller beroende* som avser olika grupper av narkotika även utvecklingen för alkohol har lagts in som en referens. För 2021 har något över hälften av patienterna, 55 procent, en alkoholdiagnos, jämfört med 2008 då denna siffra var nästan 70 procent.[30] Medan summan av patienter med alkoholdiagnos har minskat har patienter med narkotikadiagnoser

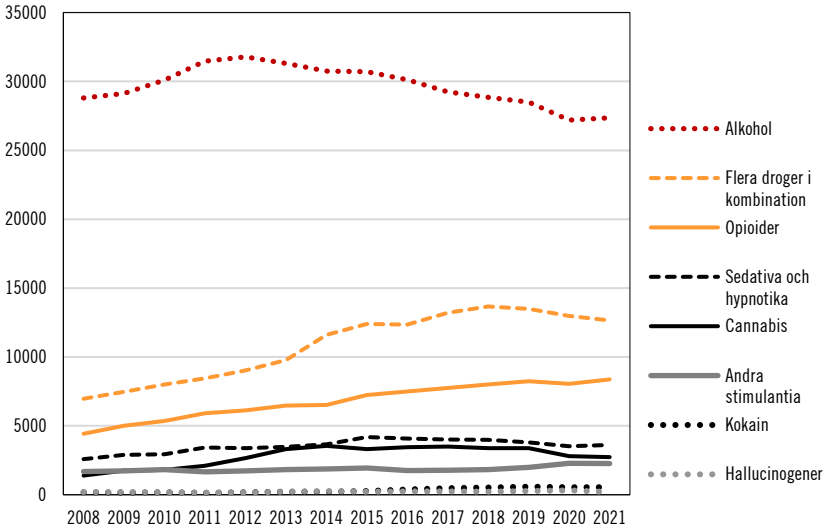
[29] Till viss del beror ökningen på bättre inrapportering och diagnosregistrering av läkarbesök. Ökningen av läkarbesök för skadligt bruk eller beroende av narkotika (F11–F16, F19) är dock fortfarande väsentligt större än för både psykiatrin och diagnossatta läkarbesök totalt sett. För perioden 2007–2015 var ökningen för skadligt bruk eller beroende av narkotika 142 procent, psykiatri (F-kapitlet) 91 procent och för alla läkarbesök i specialiserad vård 50 procent.

[30] Andel patienter med alkoholdiagnos (F10) jämfört med summan av patienter (F10–F19), en patient kan ha flera diagnoser inom intervallet F10–F19 vilket innebär att summan för andelarna för de separata substansgrupperna överstiger 100 procent.

ökat.[31] Bland diagnoserna med narkotika hade flest patienter diagnosen *flera droger i kombination*. Denna diagnos har även ökat mest på längre sikt. De senaste tre åren minskar dock antalet patienter i denna grupp. En tydlig uppgång ses för opioider där antalet patienter med opioiddiagnos har ökat varje år med undantag för 2020. En orsak till detta är troligen kravet på opioidberoendediagnos för LARO och ökad tillgång till denna vårdform. För cannabis sågs en uppgång av vårdade patienter varje år mellan 2008 och 2014, men efter detta planade antalet patienter ut och minskade sedan 2020 och 2021.

Figur 6.24 Patienter med läkarbesök eller slutenvårdstillfällen i specialiserad vård. Fördelning på olika typer av skadligt bruk eller beroende av narkotika samt alkohol

Huvuddiagnoser (F11–F16, F19 samt F10). Antal



Källa: Statistikdatabas för diagnoser, Socialstyrelsen.

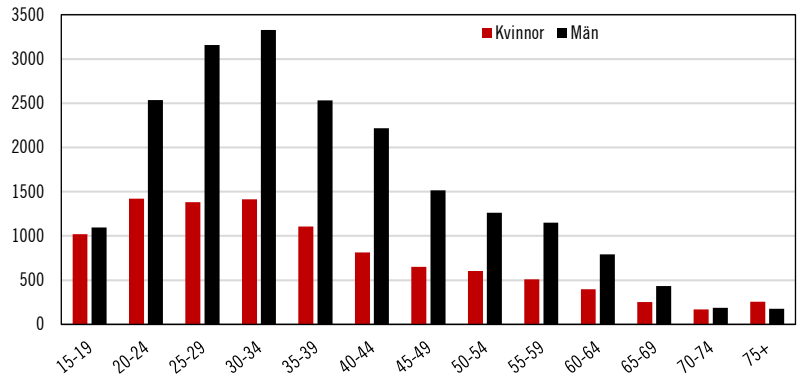
Åldersfördelning

Personer med diagnos för *skadligt bruk eller beroende* är vanligast i åldrarna 20–34 år för både män och kvinnor. I huvudsak avtar sedan förekomsten med stigande ålder (figur 6.25).

[31] Här avses en summering av linjerna i diagrammet för F11–F16, F19. Vilket kan innebära viss dubbelräkning.

Figur 6.25 Patienter i specialiserad vård med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Personer med slutenvårdstillfällen eller läkarbesök i specialiserad vård, 2021

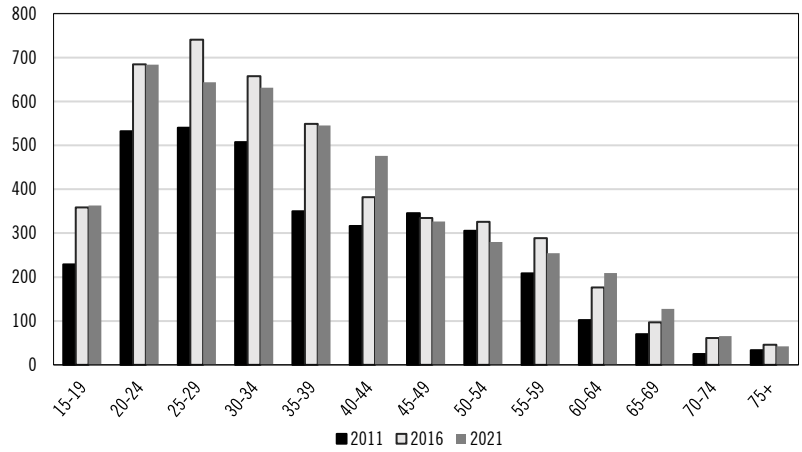
Antal. Huvuddiagnos (F11–F16, F19*)



*Summering av patienter för respektive diagnos varför viss dubbelräkning kan förekomma.
Källa: Statistikdatabas för diagnoser, Socialstyrelsen.

Figur 6.26 Patienter i specialiserad vård med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Personer med slutenvårdstillfällen eller läkarbesök i specialiserad vård

Antal per 100 000 invånare. Huvuddiagnos (F11–F16, F19*)



*Summering av patienter för respektive diagnos varför viss dubbelräkning kan förekomma.
Källa: Statistikdatabas för diagnoser, Socialstyrelsen.

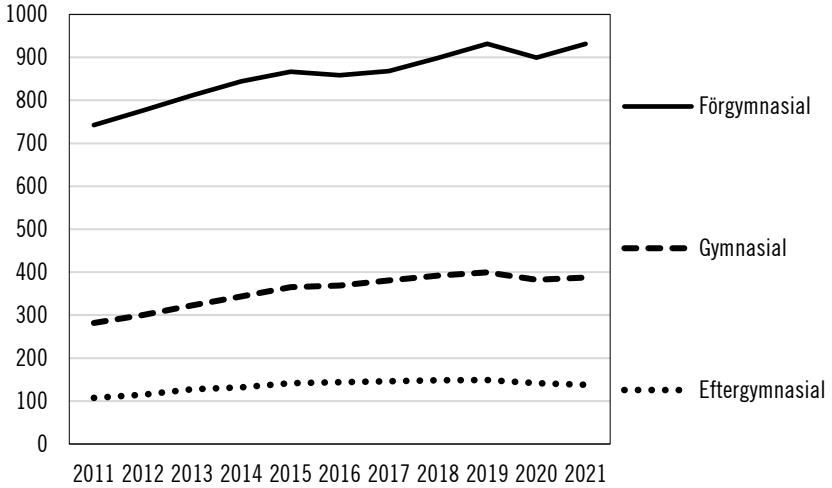
Under perioden 2011–2021 ökade antalet patienter per invånare med diagnos för *skadligt bruk eller beroende* i alla åldersgrupper utom i åldrarna 45–54 år (figur 6.26). Ökningarna var antalsmässigt stora i åldersgrupperna upp till 44 år. Procentuellt sett var ökningarna även stora i åldersspannet 60–74 år.

Utbildningsnivå

Figur 6.27 visar att skadligt bruk eller beroende av narkotika har en tydlig utbildningsgradient. Personer med kortare utbildning vårdas i högre grad jämfört med personer med längre utbildning. Vår bedömning är att skillnaderna främst beror på förekomsten av problem och sjuklighet snarare än att personer med kortare utbildning söker vård i större utsträckning än personer med längre utbildning.[32]

Figur 6.27 Utbildningsnivå. Personer som vårdats inom den öppna- eller slutna specialiserade vården med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Åldersstandardiserade värden

Antal per 100 000 invånare (huvud- eller bidiagnos: F11–F16, F18, F19)



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen (Tabellbilaga till Lägesbild 2023 – Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg).

[32] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2021). *Socioekonomiska skillnader i narkotikaanvändning bland vuxna i Sverige.*

Specialiserad öppenvård

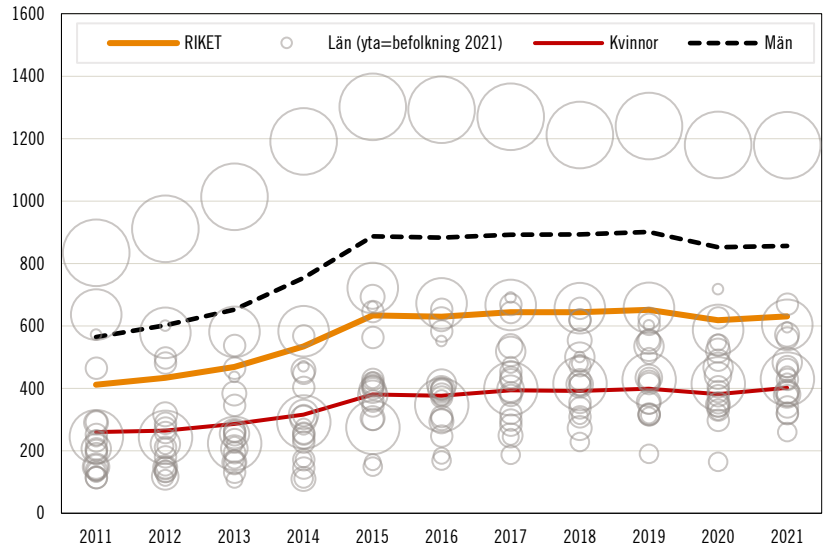
En kartläggning av psykiatrin avseende 2021 visar att 13 procent av psykiatrins öppenvårdsbesök avsåg en diagnos med *skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika* (diagnos F10–F19).[33]

I patientregistret finns uppgifter om läkarbesök i den specialiserade vården. Under perioden 2011–2015 ökade antalet läkarbesök för att sedan plana ut. I figur 6.28 framgår att det framför allt är Stockholm[34] som står för denna ökning. Under perioden har variationsvidden för övriga län minskat och sträcker sig för 2021 mellan cirka 260 och 670 läkarbesök per 100 000 invånare, medan Stockholms län har nära 1 180 läkarbesök per 100 000 invånare.

Det är vanligare med vård för skadligt bruk eller beroende bland män än bland kvinnor. År 2021 gjordes drygt dubbelt så många läkarbesök i specialiserad vård av män som av kvinnor.

Figur 6.28 Läkarbesök i specialiserad vård med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika

Huvuddiagnos (F11–F16, F19). Antal per 100 000 invånare

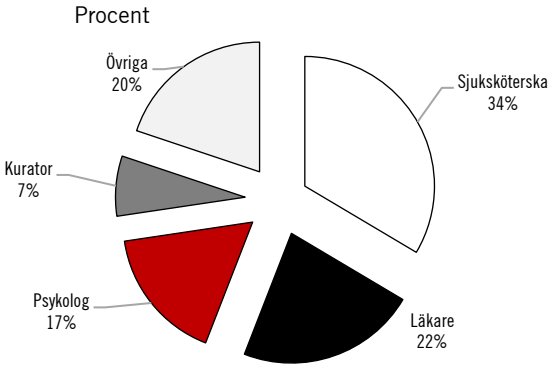


Källa: Statistikdatabas för diagnoser, Socialstyrelsen.

[33] Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Psykiatrin i siffror – Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2021.*
[34] Stockholm representeras av den största ringen i figur 6.28 då storleken på ringarna motsvarar befolkningsmängden i länet 2021.

Via patientregistret publiceras ännu inte besök till andra personalkategorier än läkare, varför det inte går att se hur många vårdkontakter som förekom totalt för patienter som vårdades inom specialiserad öppenvård med diagnoser för beroende eller skadligt bruk av narkotika. I verksamhetsstatistik från SKR framgår att 78 procent av besöken inom specialiserad psykiatrisk vård genomfördes av andra personalkategorier än läkare. I figur 6.29 visas besöken inom specialiserad psykiatrisk vård med fördelning på olika personalkategorier.[35]

Figur 6.29 Fördelning av besök på olika personalkategorier inom specialiserad psykiatrisk vård, 2021



Källa: Verksamhetsstatistik för regioner, Sveriges Kommuner och Regioner.

Slutenvård

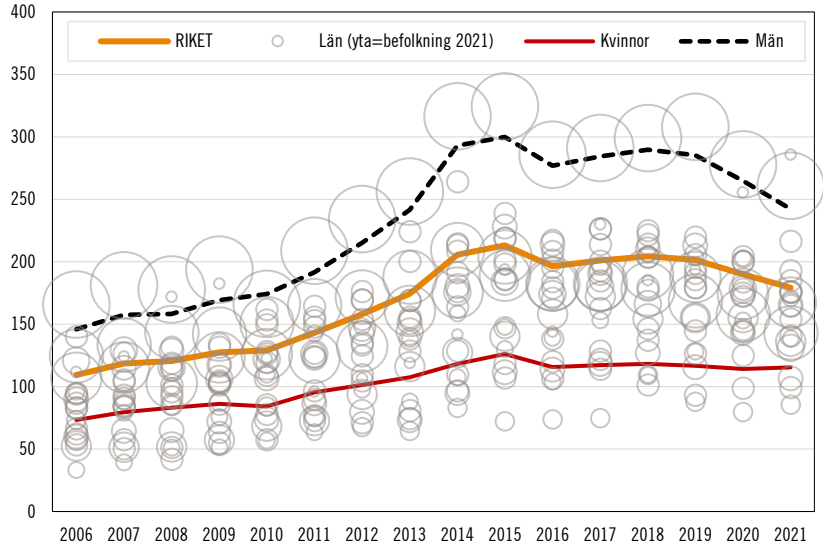
Utvecklingen för slutenvård liknar till viss del den för öppenvård. Antalet vårdtillfällen med diagnos för skadligt bruk eller beroende ökade tydligt fram till 2015 och antalet slutenvårdstillfällen är högst per invånare i Stockholm under de senaste tio åren (med undantag för 2021 när Gotland hade flest vårdtillfällen per invånare). Under 2016 skedde dock en minskning av vårdkontakterna som inte var lika tydlig inom den öppna vården. För de senaste två åren syns också en tydlig nedgång. Den gäller främst män, då värdet för kvinnor är i huvudsak oförändrat mellan 2016 och 2021. Det är dock fortsatt så att kvinnor har färre än hälften så många vårdtillfällen som män har.

[35] Sveriges Kommuner och Regioner. www.skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ekonomiochverksamhetsstatistik.46542.html. Besökt 2023-03-27.

För antalet vårddagar per vårdtillfälle ses inga stora variationer under perioden 2006–2021. En viss nedgång ses från 4,8 dagar 2006 till 3,7 dagar 2014 men sedan har antalet dagar per vårdtillfälle ökat igen och låg för 2021 på 4,2 dagar.

Figur 6.30 Vårdtillfällen i specialiserad slutenvård med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika

Huvuddiagnos (F11–F16, F19). Antal per 100 000 invånare



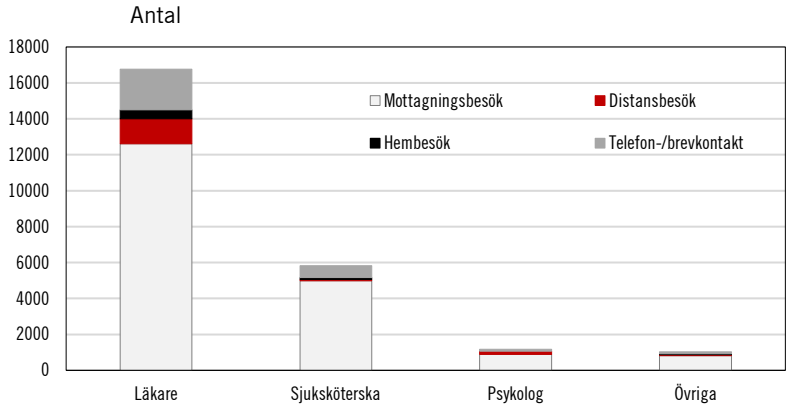
Källa: Statistikdatabas för diagnoser, Socialstyrelsen.

Primärvård

En del av vården för personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika utförs av primärvården. Samtidigt har det hittills varit svårt att bedöma hur omfattande dess insatser varit eftersom det saknas ett nationellt hälsodataregister för primärvården. I den nationella väntetidsdatabasen har man dock nyligen börjat samla in vårdkontakter med diagnoser från primärvården. Vi har därför gjort ett särskilt datauttag avseende vårdkontakter med diagnoser för *skadligt bruk eller beroende av narkotika*. Av alla läkarbesök för sådana diagnoser i primärvård och specialiserad vård utgjorde primärvården knappt 10 pro-

cent.[36] Insamlingen av uppgifter med diagnoser från primärvården är dock ganska ny och det förekommer vissa oklarheter i rapporteringen – speciellt kring andra personalkategorier än läkare.[37] Det är också troligt att fler vårdkontakter med andra personalkategorier saknar uppgift om diagnos jämfört med läkarkontakterna. Figur 6.31 visar hur de rapporterade primärvårdskontakterna med diagnos för *skadligt bruk eller beroende av narkotika* fördelar sig på olika personalkategorier och vårdkontaktstyper.

Figur 6.31 Vårdkontakter i primärvård med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika, januari 2021–oktober 2022



Källa: Nationella väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

6.6.2 Ökning av LARO, men lite i europeisk jämförelse

I figur 6.32 visas ett antal skattningar av antalet patienter i LARO utifrån kartläggningar från Socialstyrelsen, kvalitetsregistret Bättre Beroendevård,[38] Samsjuklighetsutredningen samt läkemedelsföretaget Indivior Nordics.[39]

[36] För 2021 rapporterade till patientregistret 86 543 öppenvårdskontakter med läkare i specialiserad öppenvård med F11–F16, F19 som huvud- eller bidiagnos. Till väntetider i vården rapporterades 8 115 läkarbesök (mottagningsbesök, distansbesök och hembesök) i primärvård för samma diagnoser och år.
[37] Socialstyrelsen (2020). *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen. Delrapport december 2020.*
[38] Syftet med registrets kartläggning var att beräkna sin täckningsgrad för verksamheten. För de regioner som inte svarat har därför registret gjort en generös skattning för att inte riskera att överdriva sin täckningsgrad. Den sammantagna skattningen är därför medvetet i överkant.
[39] Indivior Nordics (2022). *Så kan Sveriges höga narkotikadödlighet minska.*

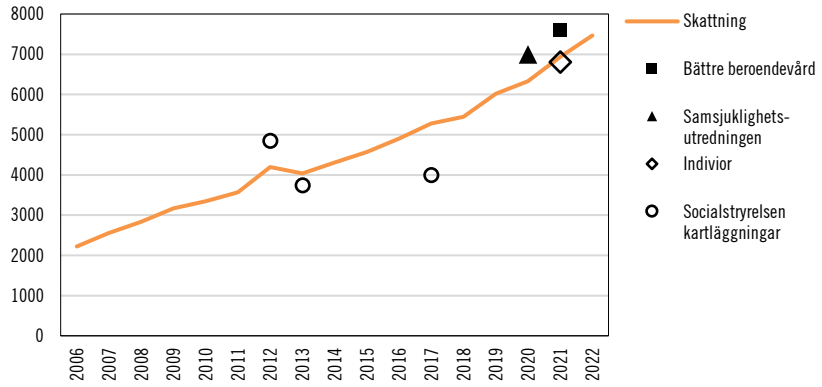
För att få fram ett så korrekt värde som möjligt har vi kombinerat de tre senaste undersökningarna, och tillsammans finns då minst en rapporterad uppgift för respektive region. I de flesta fall förekommer flera uppgifter, och då har en bedömning gjorts av vilket värde som mest sannolikt speglar förhållandet 2021. I bedömningen har volymer för LARO-läkemedel från E-hälsomyndigheten använts som ett referensvärde. I ett fall begärde vi in nya uppgifter eftersom det enda tidigare rapporterade värdet var orimligt lågt. Det tidigare värdet visade sig då avse endast den ena av två behandlingsenheter i regionen.

Utifrån punktskattningen av nivån 2021 beräknades sedan en trend utifrån utvecklingen av volymen för LARO-läkemedel 2006 till 2022. Trenden stämmer väl överens med en samlad bedömning av Socialstyrelsens kartläggningar 2012 och 2013, där myndigheten i efterhand kommenterat att kartläggningen 2012 troligen var något för hög på grund av den metod som användes.

Den estimerade utvecklingen visar att patientvolymen har ökat kontinuerligt från cirka 2 000 patienter år 2006 till nära 7 500 år 2022.

Figur 6.32 Antal personer i LARO

Uppgifter från regionerna samt utvecklingen över tid utifrån förskrivna och rekvirerade läkemedel. Dessutom olika kartläggningar. Antal



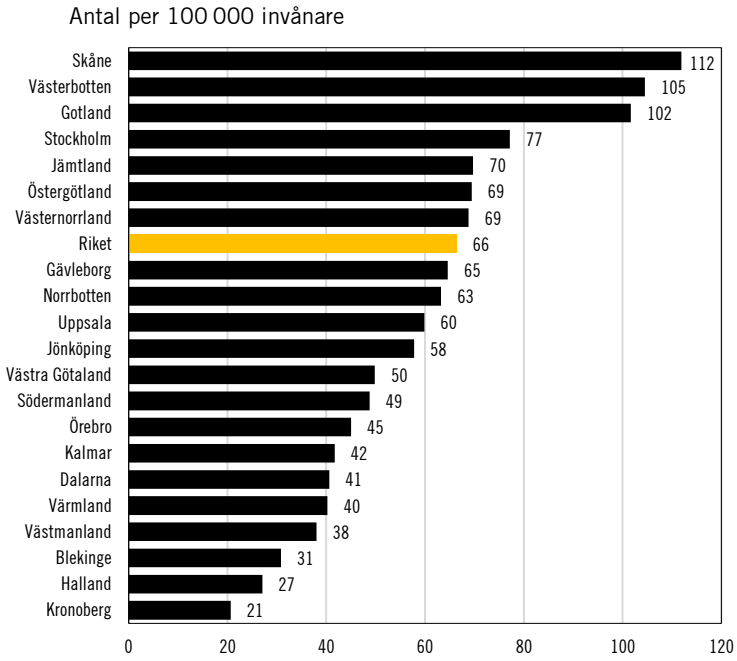
Källa: Bearbetning av uppgifter från E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Bättre Beroendevård, Region Västernorrland, Samsjuklighetsutredningen samt Re-Think/Indivior Nordics.

I figur 6.33 redovisas antalet patienter i LARO per län 2021. Antalet patienter per 100 000 invånare skiljer sig stort mellan olika regioner, från 21 till 112. Skillnaderna mellan regionerna kan bero på skillnader

i behov men också på ojämlikheter i tillgängligheten till LARO. Detta stöds också av de dialoger som vi haft där det framkommer tydligt att tillgängligheten till LARO skiljer sig mellan olika delar av landet, samt att innehållet och reglerna/vårdförloppen för LARO varierar stort mellan olika verksamheter och regioner.

Uppgifterna om antal patienter i LARO kommer från respektive region och det är troligt att det förekommer fall där patienter som bor i en region får sin vård i en annan region. För länen som angränsar Skåne kan detta vara en bidragande orsak till att de återfinns i botten av figuren. Eftersom Skåne har infört vårdval för LARO och har en hög tillgänglighet är det tänkbart att personer i angränsande län får sin behandling i Skåne eller flyttar dit. Om siffrorna för Halland, Kronoberg och Blekinge läggs samman med Skånes data så blir värdet 83 per 100 000 invånare, alltså fortfarande tydligt högre än rikssnittet.

Figur 6.33 Personer i LARO 2021* per region



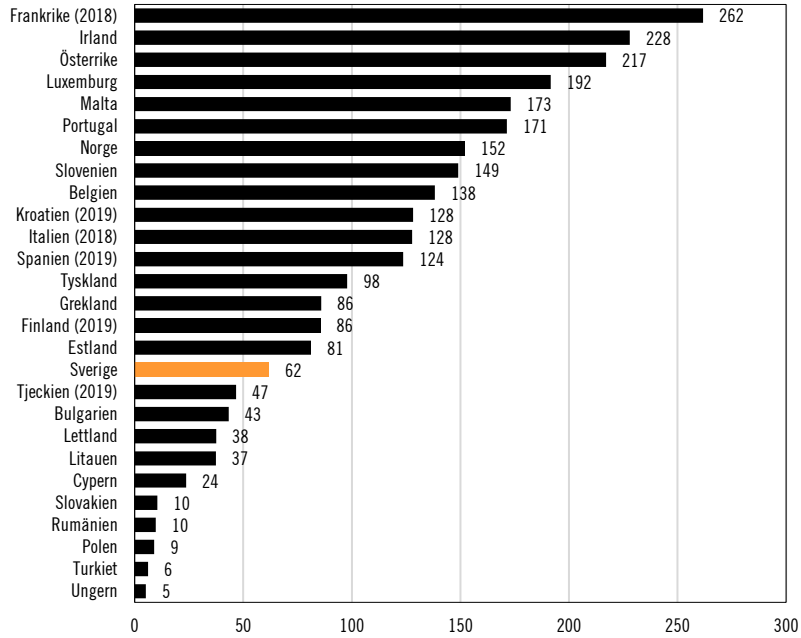
*De rapporterade värdena kommer från olika inventeringar under perioden 2020 till mars 2022 och kan motsvara olika tidpunkter eller perioder i det intervallet, om flera uppgifter förekommer har det värde som bäst motsvarar den mängd läkemedel som användes för 2021 valts.

Källa: Bearbetning av uppgifter från E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Bättre Beroendevård, Region Västernorrland, Samsjuklighetsutredningen samt Re-Think/Indivior Nordics.

Socialstyrelsens föreskrifter, som reviderades 2004 och 2016, har inneburit att förutsättningarna för att tillgängliggöra LARO har ökat i Sverige. Trösklarna har sänkts för att komma in i behandling och det är lättare att vara kvar i behandlingen, trots återfall. Trots det har Sverige fortfarande få personer i LARO per invånare i jämförelse med de flesta andra europeiska länder. Däribland våra grannländer Finland och Norge. I figur 6.34 redovisas uppgifter som rapporterats till EU:s narkotikabyrå EMCDDA i förhållande till befolkningsuppgifter från Eurostat för europeiska länder 2020, men uppgiften för Sverige är vår beräkning.

Figur 6.34 Patienter i LARO, Europa

År 2020 (eller senast rapporterade år i parentes, alla länder med rapporterade värden för 2018 eller senare visas). Narkotikautredningens beräkning för Sverige samt uppgifter rapporterade till EMCDDA (patienter) och Eurostat (befolkning) för övriga länder. Antal per 100 000 invånare



Källor: Health and social responses, EMCDDA. Eurostat. Bearbetning utifrån uppgifter från E-hälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Bättre Beroendevård, Samsjuklighetsutredningen, Region Västerbotten samt Re-Think/Indivior Nordics.

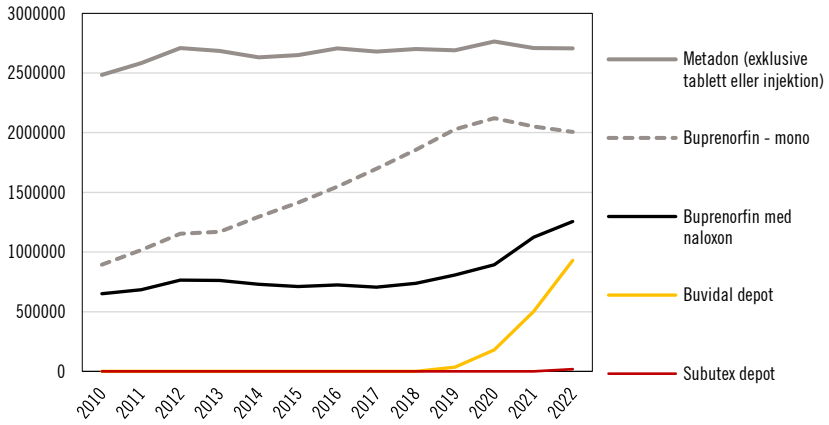
Läkemedel som används i LARO

I figur 6.35 framgår att användningen av metadon har varit konstant de senaste tio åren. Buprenorfin utan kombination med naloxon (så kallat mono-buprenorfin) i sublingual form har ökat mest under perioden. De senaste tre åren ses även ökningar för kombinationspreparat med naloxon och buprenorfin samt buprenorfin i depåform. Dessa läkemedel kan vara att föredra framför metadon och mono-buprenorfin vad gäller risker för vidareförmedling och förgiftningar – se vidare kapitel 17. Det ska noteras att det är antalet så kallade definierade dygnsdoser (DDD) som visas i diagrammen eftersom antalet patienter idag inte finns i nationella datakällor.

Det av FN:s världshälsoorganisation WHO satta DDD-värdet för metadon är mycket lägre än det för buprenorfin om man jämför med doser i praktisk användning inom LARO. En trolig orsak är att WHO:s DDD för metadon är beräknat utifrån doser i smärtbehandling. För diagrammet innebär det alltså att det är främst utvecklingen som bör noteras framför volymen metadon jämfört med buprenorfin. Här kan möjligheten till uppföljning förbättras när man kan följa hur många patienter som har respektive läkemedel, se vidare kapitel 18.

Figur 6.35 Läkemedel inom LARO (buprenorfin och metadon i oral form)

Rekvirerade och förskrivna definierade dygnsdoser (DDD). Antal

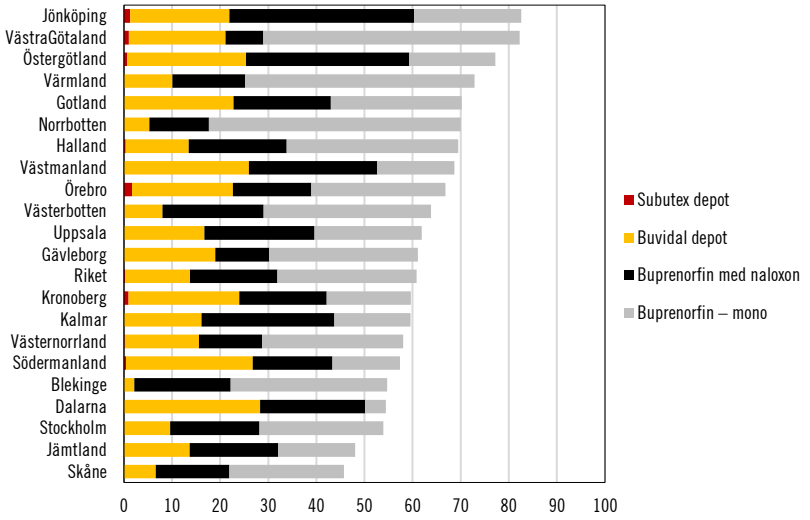


Källa: E-hälsomyndigheten.

I diagram 6.36 visas andelen buprenorfin som andel av den totala summan DDD för LARO-läkemedel. Andelen buprenorfin skiljer sig stort mellan regionerna, från 46 till 83 procent. Vad gäller andelen buprenorfin i depåform eller i kombination med naloxon skiljer sig andelen ännu mer i olika regioner, från 18 till 60 procent.

Figur 6.36 Andel buprenorfin i olika former

Andel buprenorfin av läkemedel inom LARO (buprenorfin och metadon i oral form) Rekvirerade och förskrivna läkemedel, definierade dygnsdoser (DDD). 2022. Procent



Källa: E-hälsomyndigheten.

6.6.3 Väntetider och uppfyllelse av vårdgarantin

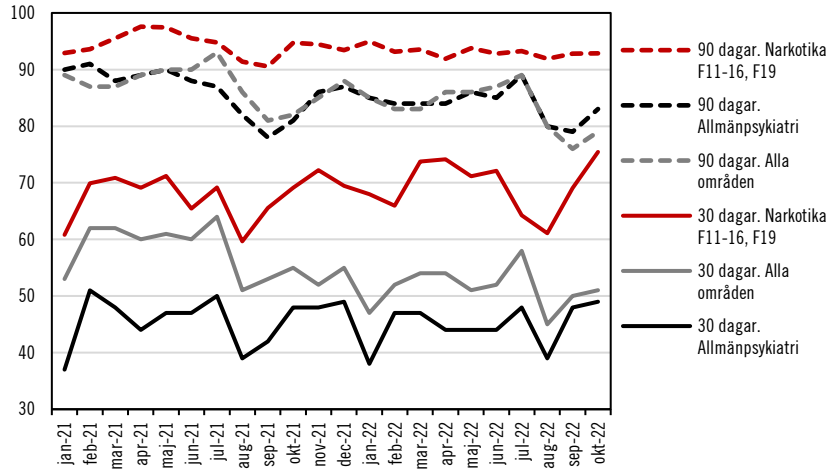
Sedan en tid tillbaka innehåller den nationella väntetidsdatabasen uppgifter om diagnoser. Vi har därför beställt ett särskilt uttag av förstagångsbesöken i specialiserad vård med diagnos för *skadligt bruk eller beroende av narkotika*. I figur 6.37 framgår hur stor andel av dessa besök som gjorts inom vårdgarantins 90 dagar samt inom 30 dagar. I figuren visas också motsvarande värden för allmänpsykiatri samt för hela hälso- och sjukvården.

Det är en tydligt högre andel av besöken som genomförs inom 30 dagar för dem som har en diagnos för *skadligt bruk eller beroende av narkotika*. Skillnaden är större jämfört med psykiatrin som helhet

än genomsnittet för sjukvården. Även måluppfyllelsen av vårdgarantin med första besök inom 90 dagar är högre för *skadligt bruk eller beroende av narkotika* än för referensvärdena. Dessutom syns inte samma säsongsvariation som för övrig vård. Ett vidare resonemang om vårdgaranti och vård vid skadligt bruk eller beroende finns i kapitel 16.

Figur 6.37 Andel av genomförda första vårdkontakter i specialiserad vård inom 30 respektive 90 dagar

Vårdkontakter dels med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika (F11–F16, F19), dels för området allmänpsykiatri, dels för alla uppföljda områden inom hälso- och sjukvården. Procent

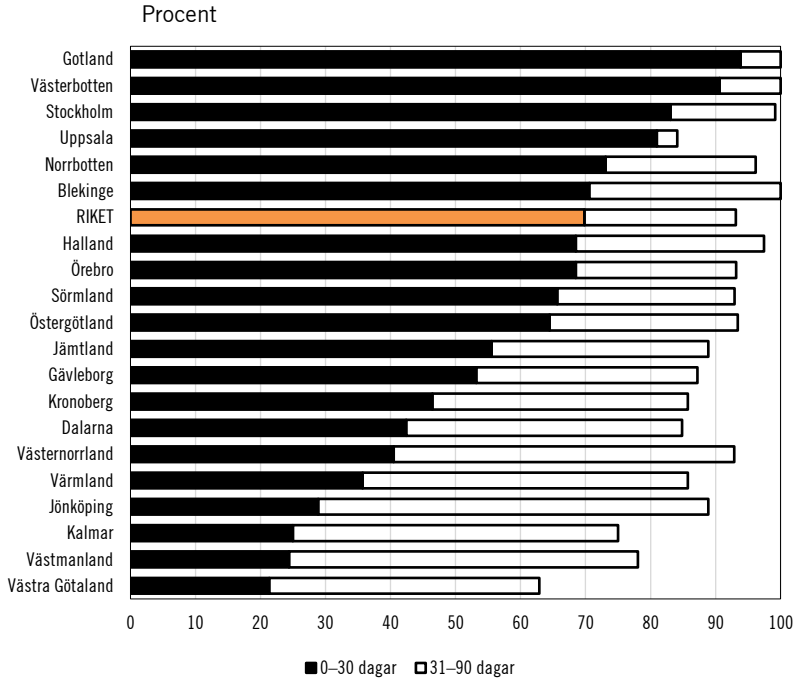


Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

I figur 6.38 visas andelen första besök i specialiserad vård med diagnos för *skadligt bruk eller beroende av narkotika* inom 30 respektive 90 dagar under perioden januari–oktober 2022. I Västerbotten och Gotland genomfördes över 90 procent av dessa besök inom 30 dagar medan det i fyra län var under 30 procent.

Som i de flesta fall vid uppföljning av vårdgarantin finns det saker att beakta i jämförelserna. Exempelvis kan trösklarna för att komma i fråga för behandling se olika ut vilket kan leda till att verksamheter och regioner med bättre tillgänglighet får fler patienter som tar kontakt med vården och hamnar i kön.

Figur 6.38 Andel av genomförda första vårdkontakter i specialiserad vård inom 30 respektive 90 dagar med diagnos för skadligt bruk eller beroende (F11–F16, F19)*. Januari 2021–oktober 2022



* Region Skåne saknar första vårdkontakter med dessa diagnoser i uttaget från väntetidsdatabasen.
Källa: Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner.

6.6.4 Försämrad patientnöjdhet för psykiatrin som helhet

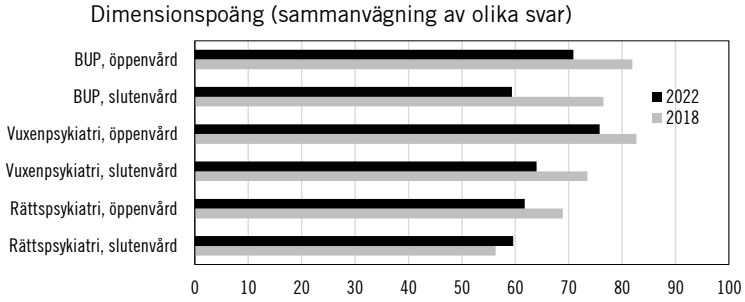
SKR genomför patientenkäter inom flera områden av hälso- och sjukvården, däribland primärvård, akutsjukvård, barn och ungdomspsykiatri (BUP), allmänpsykiatri för vuxna samt rättspsykiatri. Vård till personer med skadligt bruk eller beroende förekommer inom alla av dessa områden. Det finns dock i dag ingen redovisning efter delverksamhetsområden eller diagnosgrupper såsom beroendevård eller patienter med skadligt bruk eller beroende. För 2021 avsåg 13 procent av vuxenpsykiatrins öppenvårdsbesök skadligt bruk eller beroende.[40]

För flera av psykiatrins områden ses försämringar i det patientrapporterade resultaten mellan 2018 och 2022. I figur 6.39 ses för-

[40] Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri. Kartläggning 2021*.

sämrade värden för dimensionen *helhetsintryck* för alla områden utom för sluten rättspsykiatri. Resultaten är likartade för andra dimensioner såsom *delaktighet och involvering* samt *respekt och bemötande*.

Figur 6.39 Resultat för dimensionen *helhetsintryck* från olika delar av psykiatrin



Källa: Nationell patientenkät, Sveriges Kommuner och Regioner.

6.6.5 Mått och indikatorer från Bättre Beroendevård

I tabell 6.2 visas tre indikatorer från kvalitetsregistret Bättre Beroendevård. Registrets egen uppgift om täckningsgraden för registret är 28 procent, men att antalet registreringar ökar framför allt genom att allt fler regioner och enheter ansluts med direktöverföring i stället för manuell registrering. För Region Stockholm sker rapporteringen helt via direktöverföring men i de flesta fall ska resultaten inte tolkas som att de visar regionernas totala verksamhet och framför allt inte den totala verksamheten i riket.

I urvalet här ingår patienter med skadligt bruk eller beroende av narkotika.[41] Det totala antalet sådana patienter i registret 2022 ses i kolumnen längst till höger.

I registret framgår att 75 procent av dessa patienter har en aktuell dokumenterad och strukturerad vårdplan, men andelarna för regionerna varierar mellan 18 och 99 procent. Vidare finns uppgifter om huruvida patienterna tillfrågats om det finns berörda minderåriga barn (vilket kan kräva vidare åtgärder även av socialtjänsten). Här varierar värdena mellan 29 och 100 procent för regionerna. I fler regioner frågades kvinnorna om detta i större utsträckning än männen.

[41] Diagnos F11–F16, F18–F19 och/eller uppgift om LARO.

För alla patienter i registret var dock andelen tillfrågade marginellt större för männen än för kvinnorna.

Registret ger även möjlighet att rapportera uppgifter om självskattat hälsotillstånd enligt instrumentet EQ-5D. I tabellen visas andelen med förbättrad hälsa bland nya patienter. För att kunna beräkna detta krävs minst två registreringar av EQ-5D under perioden. Kombinationen av kriteriet att vara ny patient och att ha två registreringar gör att enbart 6 procent av patienterna ingår i detta mått. Totalt sett var det 78 procent av dessa patienter som hade ökad självskattad hälsa.

Tabell 6.2 Vårdplan, berörda barn samt förbättrad hälsa

Patienter med skadligt bruk eller beroende av narkotika 2022. Andel som har: en strukturerad vårdplan registrerad de senaste 2 åren; besvarat fråga om minderåriga barn de senaste 2 åren; ökad självskattad hälsa bland nya patienter (kräver två registreringar av resultat från EQ-5D under perioden). Procent (högerkolumnen: antal)

Region	Aktuell vårdplan	Frågat om barn	Kvinnor. Frågat om barn	Män. Frågat om barn	Ökad hälsa bland nya patienter	Antal patienter
Gotland	18	63	72	58		49
Halland	87	96	100	94	65	114
Jönköping	69	94	100	91		77
Skåne	29	29	29	28		764
Stockholm	79	91	90	92	79	6 975
Sörmland	79	100	100	100		19
Västernorrland	95	89	94	87		117
Västmanland	94	94	86	100		17
Örebro	76	88	90	87	85	277
Östergötland	99	100	100	100	60	65
Totalt*	**75**	**86**	**85**	**86**	**78**	**8 486**

* I totalsiffran ingår även regioner med färre än 10 rapporterade patienter, dessa visas inte i tabellen: Blekinge, Dalarna, Kronoberg, Värmland och Västra Götaland.

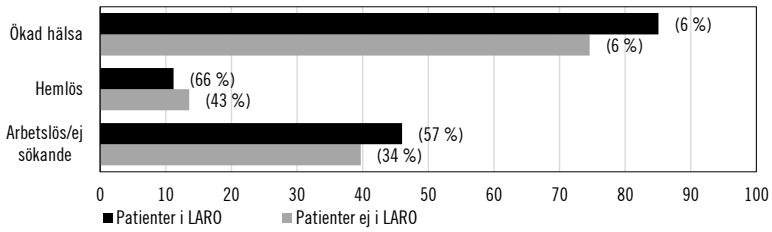
Källa: Bättre Beroendevård 2022.

I figur 6.40 visas andelen patienter med skadligt bruk eller beroende uppdelat på de patienter som ingår i LARO respektive andra patienter. Procentvärdet vid staplarna visar andelen patienter för vilka den uppgift som används för måttet finns registrerad. För ökad hälsa gäller också att patienten ska vara ny. En större andel av dessa patienter hade förbättrad hälsa i LARO jämfört med övriga patienter med skadligt bruk eller beroende.

Huruvida personen var hemlös eller arbetslös och ej arbetssökande finns i högre grad registrerad för patienter i LARO än för övriga patienter. För de patienter där uppgift finns om detta var en större andel arbetslösa och ej arbetssökande i LARO-gruppen, men hemlöshet var något vanligare bland andra patienter. Datapunkterna hemlöshet samt arbetslös och ej arbetssökande ska här ses som en beskrivning av patienterna och inte som indikation på utfall av vård och stöd.

Figur 6.40 Andelen hemlösa, arbetslösa och ej arbetssökande samt med ökad hälsa bland nya patienter, patienter med skadligt bruk eller beroende av narkotika. 2022

Procent. (Uppgiften vid stapeln visar hur stor andel i registret som har uppgift om förhållandet, och för förbättrad hälsa krävs att patienten ska vara ny)



Källa: Bättre Beroendevård.

6.7 Kriminalvården

En majoritet av klienterna i Kriminalvården har bedömts ha ett skadligt bruk eller beroende av narkotika eller ett blandmissbruk. Den 1 oktober 2021 bedömdes 62 procent av personerna i fängelse ha ett (föregående) missbruk av narkotika eller blandmissbruk. I frivården var motsvarande andel 67 procent.[42]

Inom Kriminalvården finns olika behandlingsprogram som ska minska risken för att återfalla i brott. Behandlingsprogrammen rör olika områden varav missbruk är ett. Målgruppen för behandlingsprogrammen är de som har medelhög eller hög risk att återfalla i brott. År 2021 avslutade 6 813 personer i målgruppen en fängelseverkställighet och av dem hade 26 procent deltagit i behandlingsprogram. Av de 6 813 personerna hade 20 procent också fullföljt behandlingen. För personer med skyddstillsyn var motsvarande andelar drygt 30 procent och

[42] Kriminalvården (2022). KOS 2021 Kriminalvård och statistik. Andelarna avser personer där det finns uppgift om bedömning.

cirka 20 procent. Kriminalvårdens verksamhet i fängelser, frivården och häkten beskrivs vidare i kapitel 10.

Eftersom sjukvårdsregionerna ansvarar för LARO-behandling finns ingen tillförlitlig statistik inom Kriminalvården över hur många intagna som har den behandlingen.[43] Mer om detta i kapitel 17.

6.8 Behandlingsmetoder och insatser i kommuner och regioner

I det här avsnittet beskrivs förekomsten av olika behandlingsmetoder och insatser med fokus på psykosociala och psykologiska metoder riktade till personer med skadligt bruk eller beroende. Till viss del redogörs även för insatser som rör boende[44] och insatser för anhöriga. Jämförelser görs mellan utbudet hos kommuner respektive regioner, och insatsernas koppling till prioriteringsnivåerna i nationella riktlinjer. Fokus är här insatser som oftast ges till vuxna. Insatser specifikt till barn och unga redovisas i avsnitt 6.9 *Vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende med fokus på barn och unga*.

6.8.1 Kommunala insatser som bör erbjudas enligt nationella riktlinjer

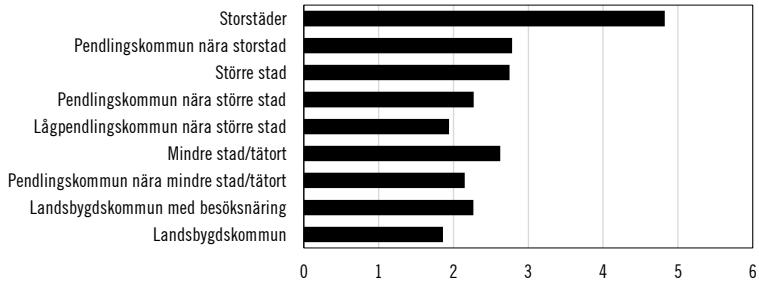
I Socialstyrelsens kommunundersökning av missbruks- och beroendevården ingår sex frågor om kommunerna (för Stockholm och Göteborg stadsdelarna respektive socialförvaltningsområdena) erbjuder ett antal insatser som bör erbjudas enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer:

- *Individual Placement and Support* (IPS) – *Supported employment*
- *Case management* i form av integrerade team
- Individuell *Case management – Strengths model*
- Minst en manualbaserad insats
- Minst ett stödprogram för anhöriga
- *Bostad först.*

[43] Information från Kriminalvården 2023-03-23.
[44] *Bostad först* och andra boendeinsatser utan krav på drogfrihet tas även upp i avsnittet 6.10 Skadereducerande insatser.

I genomsnitt uppgavs att endast 2,4 av de sex insatstyperna erbjöds per kommun 2022, och det var enbart fyra kommuner och en stadsdel som uppgett att de erbjuder samtliga av de rekommenderade insatserna som efterfrågas. I figur 6.41 framgår tydligt att utbudet skiljer sig mellan olika kommuntyper och hur stort befolkningsunderlag det finns.

Figur 6.41 Antal av de efterfrågade sex insatstyperna som erbjuds, medelvärde per kommungrupp, 2022



Källa: Socialstyrelsen. Öppna jämförelser missbruks- och beroendevården.

I svaren på Socialstyrelsens enkät går det dock inte att entydigt avgöra om insatserna saknas helt utifrån invånarens perspektiv eller om insatsen kan erbjudas via regionen. Måttet att erbjuda minst en manualbaserad insats kan också uppnås med en låg ambition, då enbart en typ av insats ofta inte är tillräckligt för att passa de olika behov och patienter som kan förekomma.

Kartläggning av insatser samt prioritet i riktlinjer

I en kartläggning[45] av socialtjänstens insatser avseende 2021 tillfrågades kommunerna om de erbjuder 59 specificerade insatser inom fem olika delområden av området missbruk och beroende, inom fem olika kategorier av insatser:

- Behandlingsinsatser till individer med missbruk (14 stycken)
- Behandlingsinsatser till barn och unga med missbruk (7 stycken)
- Insatser till anhöriga (8 stycken)

[45] Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Kartläggning av socialtjänstens insatser*.

- Insatser till anhöriga och brukare tillsammans (7 stycken)
- Boendestöd (13 stycken).

I genomsnitt erbjöds 22 av dessa insatser per kommun. Antalet erbjudna insatser av dessa 59 varierade mellan 2 och 43 mellan kommunerna. Utöver de på förhand identifierade insatserna uppgav 30 procent av kommunerna att de erbjöd insatser utöver dessa.

I storstäder och storstadsnära kommuner erbjöds i genomsnitt flest typer av insatser (25). I mindre tätorter och landsbygdskommuner erbjöds i genomsnitt lägst antal (21). En tredjedel av insatserna erbjöds (även) i digital form.[46]

Tabell 6.3 Behandlingsinsatser, användning och prioritet

Behandlingsinsatser till individer (vuxna) med missbruk, andel kommuner/stadsdelar som angett att man använt insatsen under perioden 2016–2020 samt prioritet i nationella riktlinjer

Insats	%	Prioritet i nationella riktlinjer
Rådgivning och stöd utan särskild manual	93	Saknas
Generella enskilda stödsamtal utan särskild manual	85	Saknas
Generella gruppsamtal utan särskild manual	30	Saknas
Återfallsprevention (ÅP)	96	3 cannabis/2 alkohol
Motiverande samtal (MI)	93	3 i tillägg till ÅP/KBT, cannabis
Haschavvänjningsprogrammet (HAP)	74	6 cannabis
Tolvstegsbehandling, twelve-step facilitation (TSF), Minnesota-modellen (MM)	71	3 centralstimulerande, 2 alkohol
Community reinforcement approach (CRA)	52	3 centralstimulerande
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	45	3 LARO, 2 alkohol
Motivational Enhancement Therapy (MET)	37	3 cannabis, 1 alkohol
Mindfulness	26	FoU alkohol
Psykodynamisk terapi (PDT)	7	5 LARO, 4 alkohol,
Interaktionell terapi (ITP)	2	4 alkohol
Förstärkningsmetod, contingency management (CoM)	0	3 centralstimulerande (tillägg till CRA)

Källa: Kartläggning av socialtjänstens insatser 2022, enkät till kommuner. Sveriges Kommuner och Regioner. Socialstyrelsen (2019), Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning.

[46] I diariefört material finns tabeller med närmare beskrivningar av de olika insatserna och i vilken utsträckning dessa används. *PM om kartläggning av insatser och enheter för vård och stöd.* Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-86. Materialet är också tillgängligt via: https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/.

I tabell 6.3 framgår hur stor andel av de svarande kommunerna/stadsdelarna som använde de kartlagda behandlingsinsatserna riktade till individer med missbruk. I tabellen framgår även insatsernas prioritet enligt de nationella riktlinjerna. Ett lägre värde innebär en högre prioritet. Om insatserna har olika prioritet för olika substanser eller tillstånd, anges för vad den har högst prioritet. Om den högsta prioriteten gäller alkohol men det också existerar en prioritet för narkotika, anges även denna.

I kartläggningen av socialtjänstens insatser ingår även andra verksamhetsområden som kan beröra vård och stöd till personer med skadligt bruk eller bruk av narkotika, eller som kan förhindra eller väga upp för riskfaktorer för skadligt bruk av narkotika. Det kan gälla insatser inom socialpsykiatri, barn och unga samt våld i nära relationer. Enkäten för verksamhetsområdet missbruk och beroende slutfördes av 73 procent av kommunerna.

6.8.2 Psykosociala och psykologiska behandlingsmetoder i kommuner och regioner

I tabell 6.4 redovisas uppgifter om olika behandlingsmetoder som riktade sig till vuxna i kommuner och regioner 2021. De metoder som berörs i undersökningarna är i huvudsak desamma men frågorna har i viss mån utformats olika. Kommunerna efterfrågades vilka behandlingsmetoder som erbjöds medan regionerna frågades vilka som användes. I behandlingen av vuxna använder nästan alla huvudmän *Kort intervention som bygger på MI eller andra samtalsmetoder*. *Återfallsprevention* (ÅP) erbjöds av nästan alla kommuner men användes inte i en tredjedel av regionerna. *Kognitiv beteendeterapi* (KBT) användes av 90 procent av regionerna men bara av drygt hälften av kommunerna. *Motivational Enhancement Therapy* (MET) och *Psykodynamisk eller Interaktionell terapi* (PDT/IPT) var också vanligare i regionerna. *Tolvstegsbehandling* och *Community Reinforcement Approach* (CRA) var mest förekommande i kommunerna. Drygt 40 procent av både kommuner och regioner uppgav att de även erbjöd eller använde andra behandlingsmetoder än de efterfrågade.

Tabell 6.4 Psykosociala/psykologiska behandlingsmetoder som används/ erbjuds vuxna med skadligt bruk eller beroende, 2021

Procent

Behandlingsmetoder	Region, %	Kommun, %
Kort intervention som bygger på MI eller andra samtalsmetoder	95	93
ÅP (Återfallsprevention)	67	96
KBT (Kognitiv beteendeterapi)	90	54
MET (Motivational Enhancement Therapy)	76	38
Tolvstegsbehandling	24	73
CRA (Community Reinforcement Approach)	29	64
Integrerad behandlingsmetod vid samsjuklighet (Region)	86	–*
(PDT) Psykodynamisk terapi eller IPT (Interaktionell terapi)	67	9
Parterapi enligt BCT (Behaviour Couples Therapy)	5	3
Nätverksterapi (NT)	0	4
SBNT (Social Behaviour Network Therapy)	0	4
MATRIX-programmet	0	1
Annan behandling	43	41

*Denna uppgift efterfrågades enbart från regioner.
Källa: Samsjuklighetsutredningen. Enkätinsamling från regioner och kommuner.

Behandlingsmetoder på Statens institutionsstyrelse

Enligt uppgifter från SiS använder man inom missbruksvården metoder som utgår från Socialstyrelsens riktlinjer och då främst *Motiverande samtal* (MI), *Återfallsprevention* (ÅP) och *Acceptance Commitment Therapy* (ACT). Boendena har också olika typer av daglig verksamhet där klienterna deltar.[47] En insats som börjat användas alltmer och som SiS tycker ger goda resultat är *Ett självständigt liv* (ESL). Enligt uppgifter från myndigheten kan utbudet av insatser skilja sig mellan boendena, bland annat för att kompetensen för olika insatser då kan hållas på en högre nivå. För att kunna ge en god vård efter behov kan man placera klienterna på olika boenden utifrån behovet av insatser, i viss mån kan även insatsen flyttas dit där behovet uppstår. Klienterna kan även ansöka om förflyttning.[48]

I dagsläget har SiS även möjlighet att iordningställa och administrera LARO på tre institutioner för män och två för kvinnor (ytterligare en institution för kvinnor förbereds). SiS kan iordningställa

[47] Statens institutionsstyrelse. https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/missbruksvard/. Besökt 2023-04-11.
[48] Möte med Statens institutionsstyrelse 2022-10-21.

och administrera LARO men ansvarar inte för att utreda och ordinera. Genom samverkan mellan socialtjänsten i hemkommunen och vårdgivare i hemregionen måste beslut tas om LARO ska vara en del av LVM-vården. När detta beslut är taget kan SiS genom samverkan med behandlande läkare iordningställa och administrera de läkemedel som är ordinerade. En utmaning är risken för vidareförmedling av läkemedel, så därför har SiS tagit fram information till vårdgivare om vilken typ av läkemedel som är att föredra vid behandlingen för att minska denna risk. Ambitionen är att alla LVM-hem i framtiden ska kunna iordningställa och administrera LARO.[49]

6.9 Vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende med fokus på barn och unga

Att avgränsa vård och stöd för barn och unga med skadligt bruk eller beroende av narkotika är svårare än för vuxna. Bland annat beroende på att bruk som inte ses som ett medicinskt problem hos vuxna kan ses som mer problematiskt hos unga. Exempelvis kan vårdinsatser ges även när det inte föreligger ett i medicinskt hänseende skadligt bruk eller beroende som skulle leda till en diagnos. Till del beror detta på att förhindrande av bruk hos unga kan minska efterföljande skadligt bruk eller beroende. Det kan också vara så att läkare är restriktiva med att sätta beroendediagnoser på barn, vilket gör att dessa problem då inte kan följas via hälsodataregister.[50]

För socialtjänstens verksamhet som avser barn- och unga är en avgränsning till narkotika också svårare än för vuxna. Här avgränsas verksamheten inte till missbruk- och beroende utan täcker ett bredare område. För verksamheten på SiS är förhållandet likartat då LVM gäller vuxna med skadligt bruk eller beroende medan LVU-vård kan förekomma av flera anledningar.

Integrerade verksamheter med vård och stöd för barn och unga

På många håll i landet finns specialiserade öppenvårdsmottagningar som bedrivs i samverkan mellan kommun och region, så kallade Minimarior, Mariamottagningar eller livsstilsmottagningar. Arbetssättet

[49] Information från Statens institutionsstyrelse 2023-03-23.
[50] Uppgift från kvalitetsregistret Bättre Beroendevård.

på dessa specialiserade och integrerade öppenvårdsmottagningar kan skilja något mellan olika verksamheter eller städer men gemensamt för de flesta är att de erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning för skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika, stöd till anhöriga, drogtester, individuell eller familjeterapeutisk behandling samt manualbaserade behandlingsprogram. Det finns dock ingen tydlig modell eller definition för den formen av verksamhet. I uppdraget ingår ofta också information och rådgivning till andra verksamheter och yrkesgrupper som kommer i kontakt med ungdomar.[51]

Regionernas vård

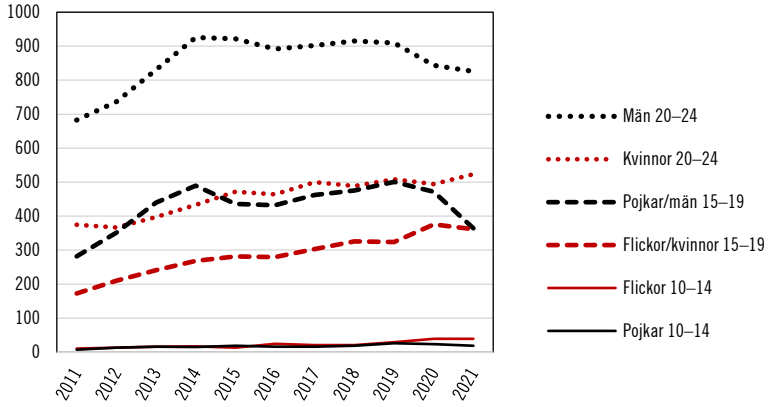
En kartläggning visar att det för barn och unga fanns verksamhet med särskilt uppdrag inom beroendevård för barn och unga i åtta regioner. I sju regioner ingick det i allmänpsykiatrins uppdrag, medan sex av regionerna hade en annan lösning; främst att dedikerade slutenvårdsplatser saknades och kunde vara en del av BUP eller beroendevården för vuxna. Dessutom hänvisades till socialtjänstens insatser.[52]

Bland barn och unga som vårdas för skadligt bruk eller beroende av narkotika i regionernas vård ses en ökning fram till 2014. Mönstret skiljer sig sedan mellan unga kvinnor/flickor och unga män/pojkar. För unga kvinnor/flickor har antalet vårdade i alla åldersgrupperna fortsatt att öka. Bland unga vuxna i åldern 20–24 år är fortfarande antalet patienter betydligt högre bland män men skillnaden har minskat sedan 2014. I åldersgruppen 15–19 år ses en nedgång bland unga män/pojkar 2021, och det året var antalet patienter per 100 000 invånare i princip lika stort för båda könen. I åldern 10–14 år är antalet patienter per invånare mycket lägre än i de äldre åldersgrupperna men procentuellt sett är förekomsten klart högre i slutet av mätperioden än i början, och flickorna utgör 2021 ett märkbart högre antal än pojkarna.

[51] Anderberg, M. och Dahlberg, M. (2022). *Minskad alkohol- och cannabisanvändning bland ungdomar på Mariamottagningar: Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott.*
[52] Samsjuklighetsutredningen (2020) enkät till regionerna. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-6.

Figur 6.42 Patienter i specialiserad vård med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Personer med slutenvårdstillfällen eller läkarbesök i specialiserad vård

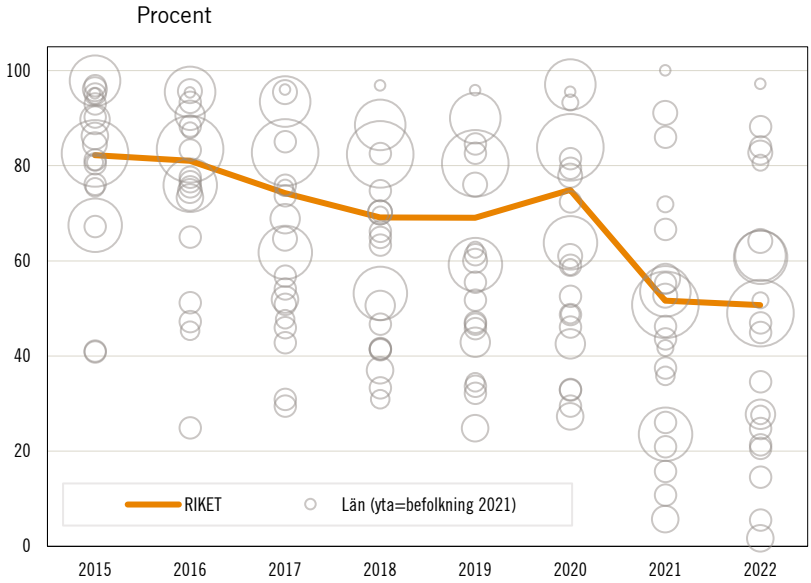
Huvuddiagnos (F11–F16, F19). Antal



Källa: Statistikdatabas för diagnoser, Socialstyrelsen.

Inom BUP behandlas patienter med skadligt bruk eller beroende men även med annan problematik som kan hänga samman med narkotika och framtida skadligt bruk eller beroende. Det är stora skillnader i tillgång till besök, utredning och behandling inom BUP. I figur 6.43 visas i vilken mån regionerna lever upp till den förstärkta delen i vårdgarantin som gäller utredning och behandling inom 30 dagar hos BUP. Utvecklingen under den redovisade perioden är mycket negativ. Andelen utredningar och behandlingar som påbörjades inom 30 dagar har minskat från över 80 procent 2016 till nära 50 procent 2022. Spridningen mellan regionerna har också ökat kraftigt. År 2015 låg alla regioner i spannet 67–98 procent, utom två som låg på strax över 40 procent. År 2022 är spridningen nära maximal från 1,6 till 97 procent. Till del kan effekter kopplade till pandemin spela roll för de senare åren, men spridningen mellan regionerna ökade även tidigare, så genomsnittet för riket hölls uppe endast genom att större regioner i högre grad kunde undvika att överskrida vårdgarantins gräns.

Figur 6.43 Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin (uppfyllelse av vårdgarantin)

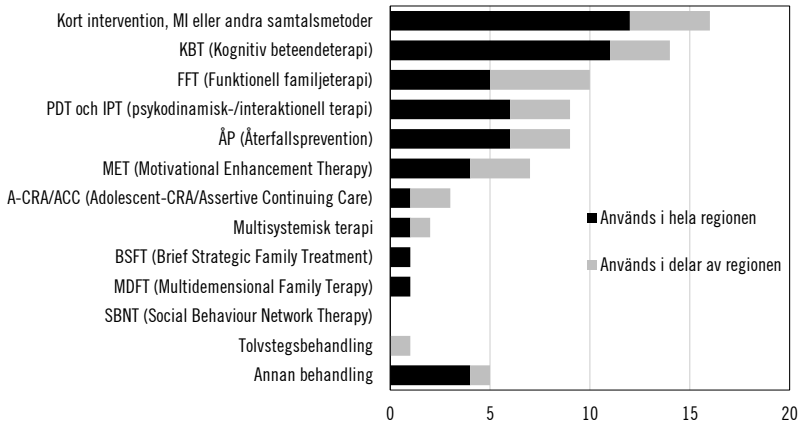


Källa: Väntetider i vården via Vården i siffror. Sveriges Kommuner och Regioner.

I figur 6.44 redovisas i vilken mån regionerna använder olika typer av psykologiska eller psykosociala behandlingsmetoder vid behandling av barn och unga med skadligt bruk eller beroende. För de regioner som inte ingår i en stapel kan orsaken antingen vara att uppgiftslämnaren vet att det inte används eller att den inte kände till att metoden användes. Den vanligaste metoden var kort intervention som bygger på MI (motiverande samtal) eller annan samtalsmetod. Det var enbart en region som angav att detta inte användes. KBT var också vanligt och 14 regioner uppgav att KBT användes. Endast en region uppgav att *tolvstegsbehandling* användes och då inte i hela regionen. Ingen region uppgav att de använde *SBNT (Social Behavior Network Therapy)*.

Figur 6.44 Regioner. Användning av psykosociala eller psykologiska metoder i behandlingsarbetet avseende barn- och unga med skadligt bruk eller beroende 2021

Antal

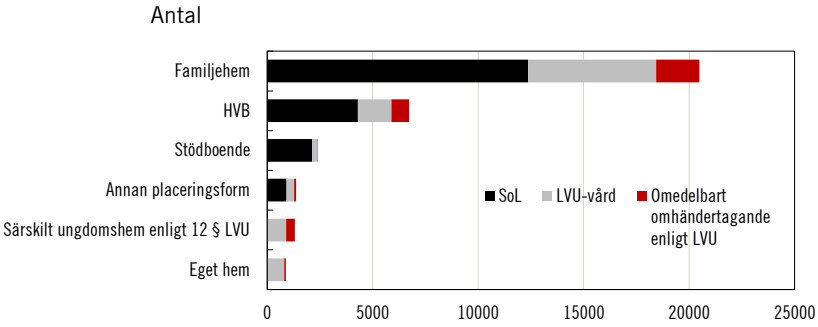


Källa: Samsjuklighetsutredningen. Enkätinsamling från regioner.

Vård och stöd för barn och unga hos kommunerna och Statens institutionsstyrelse

För barn och unga upp till 20 år var nära hälften av dem som fick heldygnsinsatser 15 år eller äldre. Fler unga män/pojkar än unga kvinnor/flickor fick heldygnsinsatser, speciellt så i gruppen 18–20 år. I figur 6.45 visas antal barn och unga som fick någon heldygnsinsats under 2021. Den vanligaste placeringsformen är familjehem. Det finns flera olika orsaker till familjehemsplacering och det är svårt att veta i vilken utsträckning skadligt bruk eller beroende förekommer hos placerade barn och unga. Skadligt bruk eller beroende bland föräldrar kan ofta också vara en del i problembilden. Även för andra placeringsformer kan det vara svårt att få en tydlig bild av hur stor förekomsten av narkotika är i problembilden.

Figur 6.45 Barn och unga som erhöll en insats med heldygnsvård någon gång under 2021 uppdelat på insats och placeringsform



Källa: Socialstyrelsens nationella register över socialtjänstens insatser för barn och unga.

Viss indikation på fördelningen mellan å ena sidan alkohol och å andra sidan cannabis och ”övriga droger” kan fås genom statistik från intervjuer med UngDOK på Mariamottagningar. För 2020 angavs den primära drogen vara alkohol för enbart 8 procent av de intervjuade ungdomarna. De flesta angav cannabis, 78 procent, och 12 procent angav ”övriga droger”.[53]

På SiS särskilda ungdomshem görs intervjuer om förhållanden under 30 dagar innan placeringen på hemmet. För 2020 uppgav 77 procent att de använt cannabis under denna period, vilket var mer än motsvarande andel för alkohol, 72 procent. Kokain, ecstacy, amfetamin och läkemedel i berusningssyfte uppgavs, var för sig, av över var tredje av de intervjuade. Bland personer yngre än 15 år uppgav 6 procent att de hade injicerat heroin.[54] Gruppen kan inte ses som representativ för alla ungdomar med heldygnsvård eftersom placering på särskilda ungdomshem främst sker med stöd av LVU, vilket utgör en minoritet av alla placeringar.

I tabell 6.5 visas hur stor andel av kommunerna som använder olika behandlingsinsatser riktade specifikt till unga personer med miss-

[53] Dahlberg, Mikael och Anderberg, Mats. Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården (2022). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2021.*

[54] Statens institutionsstyrelse (2022). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2020. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju.*

bruk. I tabellerna framgår även vilken prioritet de kan kopplas till i de nationella riktlinjerna, en lägre siffra innebär högre prioritet.[55]

Tabell 6.5 Behandlingsinsatser till unga

Andel kommuner/stadsdelar som angett att man använt insatsen under perioden 2016–2020. Procent samt prioritet i nationella riktlinjer

Behandlingsinsats	%	Prioritet i nationella riktlinjer
Generella stödsamtal, enskilda samtal utan manual	84	Saknas
Generella stödsamtal i grupp utan manual	25	Saknas
MET/KBT	34	3
Adolescent community reinforcement approach (A-CRA)	28	3 (i kombination med kort intervention/MET)
Kort intervention	22	3 (i kombination med KBT, A-CRA eller ACC)
Assertive continuing care (ACC)	2	3 (i kombination med kort intervention/MET)
Personanpassad normativ återkoppling (PNF)	1	Saknas. (Enligt SBU ”liten effekt” alkohol).

Källa: Kartläggning av socialtjänstens insatser 2022, enkät till kommuner. Sveriges Kommuner och Regioner. Socialstyrelsen (2019), Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning.

6.10 Skadereducerande insatser

De skadereducerande insatserna i Sverige utgör en förhållandevis liten andel av det totala antalet insatser till personer som använder narkotika eller har ett skadligt bruk eller beroende. Vi har här valt att beskriva sprututbyten, naloxon och *Bostad först*. *Bostad först* och naloxon ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.[56] Vi har också lagt in uppgifter om behandling för Hepatit C i de skadereducerande insatserna. Då de flesta smittade har smittats via injektion, även om behandlingen inte ingår i nationella riktlinjer vid missbruk och beroende, har vi ändå valt att lägga in informationen här. Det finns också en *nationell plan för elimi-*

[55] I diariefört material finns tabeller med närmare beskrivningar av de olika insatserna och i vilken utsträckning dessa används. *PM om kartläggning av insatser och enheter för vård och stöd.* Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-86. Materialet är också tillgängligt via: https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/.
[56] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*.

nering av hepatit C i Sverige, utvecklad av Nationella arbetsgruppen (NAG) Hepatit. LARO som ibland benämns som en skadereducerande insats, beskrivs i huvudsak i kapitel 17 och tidigare i detta kapitel.

6.10.1 Sprututbyten

Sprututbyten är en skadereducerande insats som ökat under de senaste åren. Där delas rena sprutor och kanyler ut, men man arbetar också på annat vis hälsofrämjande genom att informera om säkrare injicering, erbjuda överdosprevention, dela ut naloxon, erbjuda hepatitbehandling med mera. Relationsskapande är en annan viktig del av verksamheten.

Enligt uppgift från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) hade samtliga regioner år 2022 beviljats tillstånd för att bedriva sprututbyte. Dalarna, Gävleborg och Västmanland startade verksamhet 2022. Västernorrland har ännu inte startat men planerad uppstart är enligt regionens infektionsklinik i november 2023.

Den senast tillgängliga informationen som publicerats avser 2021. Antalet individer som tar del av verksamheterna ökar. Under 2021 fanns det totalt 27 verksamheter, varav en mobil verksamhet, i de 17 regioner som beviljats tillstånd. I fem av regionerna fanns verksamheter på flera platser. Och ytterligare regioner planerar mobila verksamheter eller satellitmottagningar på fler orter. Antalet personer som tar del av sprututbytesverksamheterna ökar. Under 2021 hade knappt 6 000 personer tagit del av verksamheten, jämfört med knappt 5 000 personer 2019. Under 2021 var det 1 300 personer som besökte verksamheten för första gången.[57] Det är betydligt vanligare att män besöker verksamheten än kvinnor. De flesta besökare är 30–39 år, men verksamheterna besöks av personer i alla åldrar. Tillgången till insatsen har ökat i hela landet och den når nu allt fler individer.[58,59]

15 verksamheter erbjuder möjlighet till hepatit C-behandling och samtliga verksamheter erbjuder vaccination mot hepatit B. 22 verk-

[57] Viss överlappning av data kan finnas om personer deltar vid flera olika sprututbyten. Enligt kvalitetsregistret Inf Care hade cirka 1280 patienter redan varit på annat sprututbyte när de skrivs in och den nationella sammanställningen blir därför högre. Endast två regioner är inte anslutna till Inf care.
[58] Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.*
[59] Socialstyrelsen (2023). *Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg*.

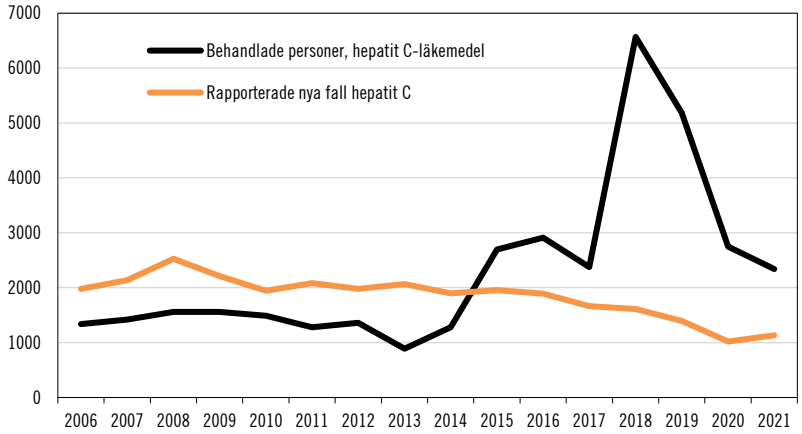
samheter delar ut naloxon. De närmare 6 000 personer som besökte ett sprututbyte 2021 genererade nästan 63 000 besök.

Behandling av hepatit C

I 80 procent av de rapporterade fallen var smittvägen för hepatit C injektion av narkotika med osterila injektionsverktyg.[60] Allt fler individer har nåtts av behandling för hepatit C, vilket kan följas genom förskrivning av läkemedel i figur 6.46. Den ökande förskrivningen mellan 2017 och 2018 följde på förändrade riktlinjer för behandling. Under 2018 fick drygt 6 500 personer behandling, varav de flesta tidigare i livet injicerat narkotika eller fortfarande injicerar narkotika. Trenden går därefter mot färre patienter vilket är naturligt eftersom antalet fall minskat och det över tid kan vara svårare att identifiera nya patienter och smittorisken minskar.[61] År 2021 fick drygt 2 000 personer behandling.

Figur 6.46 Hepatit C behandling och nya fall

Patienter som behandlats med hepatit C-läkemedel samt upptäckta nya fall av hepatit C. Antal



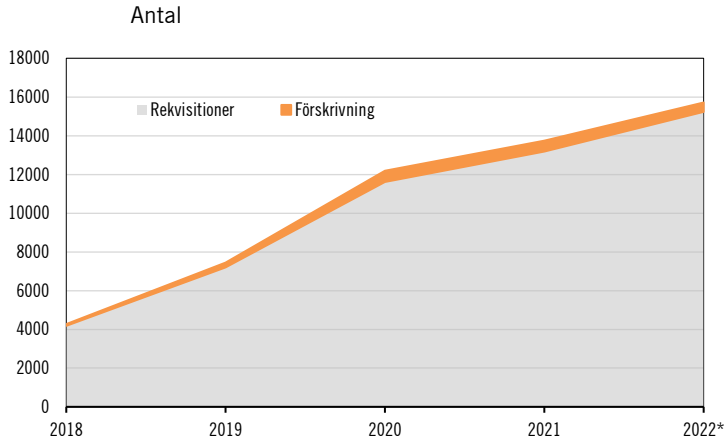
Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Sjukdomsstatistik, Folkhälsomyndigheten.

[60] Folkhälsomyndigheten: www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/hepatit-c/. Besökt 2023-02-02.
[61] Ibid.

6.10.2 Naloxon

I vårt delbetänkande 2022 redogjorde vi för vilka som i dag förskriver naloxon till personer som använder narkotika.[62] Till detta kan läggas att de flesta regioner delar ut naloxon som rekvisitionsläkemedel, snarare än att förskriva. Förskrivning innebär att individen får ett recept att hämta på apotek och därmed själv bekostar läkemedlet. Andelen rekvirerade doser nässprej är därför mycket större än den förskrivna. Antalet förpackningar med nässprej har ökat för varje år från drygt 4 000 stycken 2018 till nära 16 000 år 2022. Ökningstakten är dock lägre 2021 och 2022 än vad den var innan.

Figur 6.47 Naloxon, förskrivna och rekvirerade förpackningar (2 doser) nässpray



*För år 2022 saknas uppgifter för december, årets värde har därför räknats upp med en tolftedel för att motsvara helårsdata.
Källa: E-hälsomyndigheten.

6.10.3 Bostad och boende utan krav på drogfrihet

Insatsen *Bostad först* innebär möjlighet till en egen lägenhet med boendestöd som kan leda till förstahandskontrakt.[63] Den ställer inte krav på drogfrihet. Socialstyrelsens uppföljning visar att 19 procent

[62] SOU 2022:54. *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg.*
[63] I Socialstyrelsens riktlinjer 2019 beskrivs insatsen på följande sätt: Bostad först handlar först och främst om att hemlösa personer ska få en bostad (och ett eget bostadskontrakt) och sedan erbjudas fortsatt stöd och vård, vilket dock inte är en förutsättning för att få bostaden. Fokus är på att uppnå boendestabilitet och i andra hand erbjuda stöd för att hantera psykisk problematik och missbruk.

av kommunerna 2021 uppger att de erbjuder *Bostad först*.[64] Noterat över tid har denna andel legat på samma nivå. Ännu färre kommuner följer modellen fullt ut, och bland dem som gör det är det bara en liten andel av personerna med skadligt bruk eller beroende som får ta del av insatsen. Uppgifter om hur många individer som tar del av insatsen saknas på nationell nivå. Kommunala boendeformer såsom stödboenden kan i varierad utsträckning tillåta att de boende använder narkotika utanför eller vid boendet, men det kan också ställas krav på drogfrihet genom exempelvis drogtester. Boenden utan sådana krav brukar benämnas lågtröskelboenden. Det saknas sammanställning över hur många sådana verksamheter som finns. Boendeformer för personer med skadligt bruk eller beroende kan ske med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, eller, SoL, inklusive dess bestämmelser om särskilt boende för äldre (SÄBO).[65]

[64] Socialstyrelsen (2021). *Öppna jämförelser 2021. Missbruks- och beroendevården.*
[65] Se 4 kap. 1 § och 5 kap. 5 och 7 §§ SoL samt 9 § 9 LSS.

7 Målgruppens behov och erfarenheter som underlag för analys och förslag

I detta kapitel beskriver vi det arbete vi genomfört för att våra förslag och bedömningar ska kunna utgå från behov och erfarenheter hos narkotikaanvändare och deras anhöriga. Vi har genomfört två olika processer tillsammans med Samhällsnytta AB vid Karlstads universitet. Den ena processen har handlat om generella målbilder för samhällets insatser gentemot personer som använder narkotika – vi kallar det målbildsarbete vilket redovisas i detta kapitel. Den andra processen har handlat om att genom personer som har dömts för ringa narkotikabrott identifiera kontaktytor och aktörer i den rättsvårdande processen, i syfte att förbättra vård och stöd för personer med narkotikaproblem. Den processen redovisas i kapitel 22.

7.1 Metodiken kring målbilder och det samlade resultatet

Vi beskriver i de kommande avsnitten hur arbetet med målbilder gått till och resultaten av arbetet.

7.1.1 Varför en metod där vi utgår från dem som använder narkotika och anhöriga?

Vi ska enligt direktiven beskriva konsekvenser av våra förslag för brukare och patienter. För att kunna identifiera förslag som kan förbättra för målgruppen behöver vi ha en god bild av de olika utmaningar narkotikaanvändare och deras anhöriga har mött i kontakten

med samhällets olika aktörer. I begreppet god vård är bemötande, individanpassade och personcentrerade insatser en viktig komponent. Flera av punkterna i våra direktiv förutsätter kunskap om målgruppernas behov och förutsättningar, såsom att

- analysera vilka krav på drogfrihet som finns inom olika verksamheter och vilka konsekvenser kraven får för användarna och deras anhöriga
- undersöka om och i så fall i vilken utsträckning personer med skadligt bruk eller beroende avstår från att ta kontakt med socialtjänst samt hälso- och sjukvård, och vad det i så fall beror på
- föreslå insatser för att personer med skadligt bruk eller beroende inte ska uppleva stigmatisering i kontakterna med socialtjänst samt hälso- och sjukvård, och därmed undvika att söka vård och stöd.

Syftet med processen har varit att kartlägga behov, erfarenheter och önskemål hos målgruppen: personer som använder narkotika, och personer med beroende eller skadligt bruk. Syftet har även varit att förstå förutsättningarna för de yrkesgrupper som möter narkotikaanvändare, och deras perspektiv på vad som hindrar dem från att ge ett gott stöd och en god vård i enlighet med användarnas behov. Resultatet av processen är ett antal målbilder för vad personer som använder narkotika anser är viktigt när det gäller deras behov av vård och stöd, och stöd för att förebygga ohälsa och sociala skadeverkningar.

Arbetet har bestått av en så kallad samskapande policyprocess. Den utgår från behov, resurser och önskemål hos dem som använder samhällets vård- och stödinsatser och är också samskapande med aktörerna i systemet runt användaren.

Narkotikaanvändare har involverats i arbetet genom djupintervjuer och workshops om deras erfarenheter, behov och önskemål. På detta sätt identifieras andra problembeskrivningar, som ofta kan skilja sig från dem hos aktörer som erbjuder vård- och stödinsatser. Vårt förslag kan därför formuleras ur en förståelse av användarnas perspektiv, snarare än enbart organisationernas. Användarna kan dessutom berätta om upplevelsen av insatser från olika delar av systemet och ge en helhetsbild över hur samordningen mellan olika aktörer fungerar, som annars är svår att fånga. En fördjupad förståelse för målgruppens erfarenheter och behov underlättar således för oss att lägga förslag som fokuserar på det som är viktigt för användare i

mötet med samhällets vård- och stödaktörer dels vilka insatser som gör nytta och vilka barriärer som finns mot att ta del av dem, dels vad som i övrigt skapar värde i deras liv.

Ett annat argument för en samskapande policyprocess är behovet av ett systemperspektiv. Genom att samla flera aktörer runt användarna och beakta flera olika perspektiv, kan vi dels bättre förstå samverkan mellan olika delar av systemet, dels få insikter som kan bidra till att hela systemet runt användarna förbättras. När det gäller mer komplexa samhällsutmaningar är det ofta otillräckligt att bara fokusera på enskilda delar, eller enskilda aktörers roller och uppdrag. Man behöver i stället ha fokus på samspelet mellan dessa och kanske särskilt glappen mellan olika aktörer.

Målbilderna anger en inriktning för hur narkotikaanvändare och deras anhöriga vill se den svenska narkotikapolitiken utvecklas kopplat till vård, socialt stöd, skadereducering och förebyggande insatser. Våra förslag har utvecklats med detta som en av utgångspunkterna. Inte för att nödvändigtvis föreslå allt det som efterfrågas, utan snarare att som en grund för att bättre förstå de behov som finns hos användare och anhöriga som ett komplement till annat kunskapsunderlag som ligger till grund för våra förslag och bedömningar. Målbilderna ingår därför löpande i betänkandet.

7.1.2 Hur har vi arbetat för att ta fram målbilderna?

Målbilderna har tagits fram utifrån 21 djupintervjuer med användare över 18 år och deras anhöriga. Där ingick både personer som regelbundet använder narkotika, men inte har sociala eller psykiatriska problem, och personer som har ett beroende eller skadligt bruk och sociala eller psykiatriska problem. I användargruppen intervjuades 12 män och 5 kvinnor, och i anhöriggruppen 4 mammor till personer som använder narkotika. Kvinnor som använder narkotika var svårare än män att rekrytera för intervjuer. I analysarbetet delade vi upp erfarenheterna i åldersgrupper utifrån dels unga vuxna 18–24 år, dels av vuxna från 25 år och uppåt.

De användare som intervjuades rekryterades dels genom kontakter som fanns i arbetsgruppen hos Samhällsnytta, dels via personer som vi haft kontakt med, inte minst genom kontakter från civilsam-

hållet. De semistrukturerade intervjuerna utfördes digitalt eller via telefon enligt en intervjuguide.

Ett liknande arbete genomfördes nyligen av Samhällsnytta AB och Samsjuklighetsutredningen.[1] Målbilderna i Samsjuklighetsutredningen berörde till viss del samma målgrupp som i denna utredning, men i de nya målbilder som vi tagit fram har målgruppen breddats och fler teman inkluderats.

Målbilderna har vidareutvecklats och validerats tillsammans med sex användar- och anhörigföreningar i en workshop. Dessa föreningar representerade sina medlemmar och på så sätt en större mängd användare. I ett ytterligare steg genomfördes en workshop med olika yrkesgrupper som möter målgruppen. Det fanns en stor samstämmighet på workshopen om att man kände igen sig i målbilderna och antingen redan arbetade på ett sådant sätt, eller önskade jobba enligt målbilderna. Även hinder på olika nivåer i systemet för att möta målbilderna kartlades vid workshopen. Fyrtio personer från olika delar av landet från en rad olika verksamheter deltog, såsom

- socialtjänstens öppenvård samt individ- och familjeomsorg
- regionernas beroendevård såsom LARO, metadonsektioner, sprututbyten, brukarinflytandesamordnare (BISAM)
- personal från den digitala stödlinjen Droghjälpen
- primärvården med fokus på läkemedelsnedtrappning
- mariamottagningar
- frivården, LVM[2]-verksamhet inom Statens institutionsstyrelse (SiS),
- polis
- elevhälsa
- ideella aktörer som driver verksamhet.

[1] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerarede insatser till personer med samsjuklighet.*
[2] Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

7.1.3 Målbilder

Sammanlagt nio målbilder har tagits fram med tillhörande beskrivningar och citat. Jämfört med Samsjuklighetsutredningen fokuserar vi på en mer heterogen grupp. Där ingår både individer som levt med ett beroende länge och de som inte har det, samt användare med erfarenheter av rättsvårdande myndigheter, till exempel polis och kriminalvård, samt dessas roll i vård och stöd. Andra aspekter som tas upp, till skillnad från de målbilder som Samsjuklighetsutredningen utvecklat är

- förebyggande arbete såsom skolans roll och vikten av en meningsfull fritid
- behov av återkommande information om beroende och stöd till personer som använder narkotika
- behov av ett tydligare perspektiv kring kvinnors erfarenheter, till exempel våldsutsatthet.

Mer information om respektive målbild finns nedan samt i underlag som publicerats på vår hemsida under utredningsarbetet.[3]

[3] Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-83 eller tillgängligt via sou.gov.se/avslutade utredningar/socialdepartementet/.

Figur 7.1 Nio målbilder

7.2 Tidig hjälp och stöd för att förebygga användning av narkotika

Personer som använt narkotika berättar i intervjuer och workshops att det fanns tidiga varningssignaler som samhällets olika aktörer hade behövt uppmärksamma.

Flera lyfter betydelsen av det som brukar kallas skyddsfaktorer, att man önskat få stöd med att hitta intressen och meningsfulla aktiviteter som ung. Dessutom ser man behovet av att ha positiva förebilder som ung. Dessa typer av identitetsskapande aktiviteter hade kunnat förebygga användning av narkotika.

> Intresse att ägna sig åt i tidig ålder, i det lilla samhället jag kom ifrån var det hockey och fotboll … gillade man inte det, vad ska man göra? Man väntar på helgen och super. Lätt att få tag på brass och så.

Många av användarna anger att man hade önskat en snabbare och starkare reaktion från skolan på tidiga tecken på psykisk ohälsa, ogiltig skolfrånvaro eller användning av narkotika. Att skolan fungerar och att man känner sig inkluderad, trots sociala svårigheter eller funktionsnedsättningar, anges som mycket viktigt för att kunna leva ett gott liv.

Det framkommer att det är centralt att se och fånga upp alla elever oavsett bakgrund och inte missa elever från en högre socioekonomisk bakgrund som kan verka välfungerande. Samtidigt efterfrågas att skolan fångar upp och ger extra stöd till elever med flera riskfaktorer, till exempel kända problem i hemmiljön, som ett sätt att förebygga narkotikaanvändning.

Användarna önskar att reaktioner på svårigheter eller avvikande beteenden hos elever inte ska vara bestraffande utan att fokus bör ligga på att bygga relation och tillit till personal.

> Skolan borde genast ta kontakt med föräldrarna. Utökat samarbete med skolan. Elevhälsan behöver hjälpa till att ta tag i saker.

> När jag gick i skolan hade jag massa bokstavskombinationer och blev stämplad som värsting och blev exkluderad i skolan och fick inte vara med.

En återkommande berättelse bland användarna är att man inte fått stöd från samhället i ett tidigt skede av sin narkotikaanvändning trots att man bett om det och användarna upplever att det krävdes mer om-

fattande problem för att få hjälp. Majoriteten av användarna betonar vikten av att fångas upp så tidigt som möjligt.

> Jag såg inte tillräckligt nedgången ut för att få behandling av socialtjänsten, trots att jag själv gick dit och bad om hjälp. Sjukt att inte få hjälp när man frågar.

7.3 Återkommande information och lättillgänglig vård och stöd när jag själv är motiverad

Ett behov som identifierats är återkommande information om narkotika, beroende och skadligt bruk, samt på vilket sätt man kan få stöd och hjälp. De som intervjuats menar att skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård samt rättsvårdande myndigheter, men även andra aktörer som civilsamhället, behöver erbjuda information. Det kan bidra till att man vet vart man kan vända sig när man är redo att ta emot hjälpen.

Information och kunskap kan även minska stigma och negativa attityder kring beroende och skadligt bruk, vilka kan stå i vägen för att man söker och vill ta emot hjälp. Detta anses särskilt viktigt vid beroendeframkallande läkemedel, där användare anger att de inte förstod vad det var för typ av mediciner de fått och vilka konsekvenser det kunde ha.

> Det var ingen som sa att detta var narkotika, jag visste att morfin är morfin men jag visste inte att det kunde bli så här.

> Det var familjeläkaren på vårdcentralen som skrev ut, jag gick regelbundet dit då jag hade många problem. Han trodde inte att jag skulle bli beroende. När han gick i pension så kom det en ny kille som sa att jag fick en månads nedtrappning. Jag undrade vad jag skulle göra med smärtan, abstinensen var OK – den går ju över men smärtan är total, jag kan inte sova eller klara vardagen. Jag fick ingen hjälp med nedtrappning.

Det är viktigt att utbudet av vård- och stödinsatser är tydligt och lättförståeligt. Många vittnar om att det är svårt att förstå hur och från vem de ska söka hjälp.

Användarna betonar att det måste finnas en jämlik tillgång till vård i hela landet, och att till exempel långa resvägar kan vara ett hinder för att söka och ta emot hjälp. Vidare måste man erbjudas stöd, vård och behandling för användning av narkotika vid till exempel socialtjänstplaceringar eller fängelsestraff.

> I början var det tufft för jag visste inte vem jag skulle ringa eller hur turordningen var. Han var ju jättesjuk.

> Jag hade inte kontakt med soc under min LVU[4] och ingen pratade om vilka insatser jag kunde få som behandling.

En central och tydlig slutsats från intervjuer med användarna är vikten av att väntetider inte är för långa när man väl söker hjälp, eftersom individens egen motivation kommer och går, men är avgörande för att behandlingen ska ge resultat. Man beskriver det som att det finns ett litet fönster när man är mottaglig för vård, och då måste hjälpen finnas tillgänglig snabbt. Om man måste vänta önskar man ändå stöd, för att skapa eller behålla motivationen, för att bygga tillit och för att visa på möjligheter till stöd och till att kunna rehabiliteras eller nå de egna målen. Det är även viktigt att det är enkelt att komma i kontakt med sina vård- och stödpersoner när man väl har fått hjälp.

> Det viktigaste för att jag ska ta emot vård och stöd är att jag ska vara motiverad och att jag blir bemött på ett bra sätt.

> Nu har jag plats i Bostad först. Det är bra för mig, jag känner mig trygg. Behöver jag hjälp kan jag få det snabbt via telefon, personlig kontakt som hjälper.

7.4 Tillgång till behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig

Både användare och professionella inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst som arbetar med beroendefrågor anger att det behövs mer kunskapsbaserade insatser. Exempelvis lyfts att kunskapen inom primärvården behöver öka.

Användare berättar om hur viktigt det är att det finns en möjlighet att själv kunna välja bland olika typer av behandlingsmetoder. Alla behandlingar passar inte alla, utan det kan vara högst individuellt vilken typ av behandling som verkligen fungerar. Här önskar man ett större utbud och bättre möjligheter att själv välja, oavsett bostadsort. Socialstyrelsens nationella riktlinjer stöder detta synsätt.

> Jag var ateist och de ville tvinga mig att be med tolvstegsprogrammet. Gillar inte att bli tvingad att göra sådant jag inte vill.

[4] Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

De som länge haft ett beroende eller skadligt bruk önskar att samhället inte ger upp på en och individer som levt länge med ett beroende kan behöva uppsökande insatser för att uppmuntra till och visa på möjligheten till vård och stöd. I dessa fall kan personalen även behöva arbeta med att bygga tillitsfulla relationer.

> Jag fick aldrig några erbjudanden om behandling eller att ta mig in på andra livsvägar när jag var inom rättsväsendet utan det handlade bara om att bli dömd.

Intervjuer och workshops visar att kvinnor som använder narkotika och har erfarenhet av våld och övergrepp ofta vill kunna välja kvinnlig personal, då de kan ha traumatiska erfarenheter kopplade till män. Det finns även önskemål om separata avdelningar för kvinnor på exempelvis boenden, då de inte ska behöva möta sina förövare under vård- och stödinsatser. Användare vill också få hjälp med att behandla sitt ursprungliga trauma, inte bara de svårigheter man har här och nu.

> Det måste vara könsseparerat. Kvinnor möter sina förövare hela tiden.

7.5 Stöd och vård som hänger ihop som en helhet och uppföljning och fortsatt stöd efter avslutade insatser

Ett tydligt behov som uttrycks av användare, och även av anhöriga, är att olika samhällsaktörer samarbetar och att tillgängliga tjänster erbjuds på ett koordinerat sätt. Man ser det som problematiskt när till exempel fysiska och psykologiska behov behandlas separat utan en helhetssyn på individen.

> De som är inkopplade har ju inte kontakt med varandra. Socialen, vårdcentralen och psykiatrin – det är en människa som blir uppstyckad i flera delar, inget samarbete, ingen sammanhållning.

Många av deltagarna betonar hur viktigt det är att insatser följs upp och att man till exempel får fortsatt stöd efter ett fängelsestraff, en slutenvårdsbehandling eller en placering. Att börja om med ett nytt liv är svårt, och utan stöd är det lätt att gå tillbaka till tidigare umgängeskretsar och vanor. Flera vittnar även om att de inte alltid förstår vad som händer, till exempel när det gäller placeringar, eller vad

som blir nästa steg. Man önskar förutsägbarhet och information för att förstå processen.

> När du kommer från ett behandlingshem eller fängelse ska någon fånga upp dig. Annars går man direkt till sin langare som är ens enda trygghet.

7.6 Att bli välkomnad till stöd och vård och få hjälp trots återfall eller fortsatt användning av narkotika

Intervjuer och workshops visar att användare upplever att de ofta hamnar i ett moment 22 där man inte får hjälp med sin psykiska ohälsa för att man använder narkotika – men att det är svårt att sluta med narkotika om man inte får behandling för till exempel ångest. Man vill

- att vården ska ha en helhetssyn och erbjuda hjälp med såväl psykisk och fysisk ohälsa som beroende
- ha hjälp för besvär på samma villkor som alla andra
- kunna fortsätta med insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, även vid återfall eller svårigheter att bryta beroende
- att det ska finnas förståelse för att det är en process att rehabiliteras.

> Man ska inte använda bestraffning för vuxna människor och ta bort mediciner för att man inte sköter sig.

> Han fick nå'n tid hos socialen, men han gjorde inte som han blev ålagd att göra, och då blev han av med lägenheten.

Vissa användare som deltagit i intervjuer ser drogfrihet som målet med stöd och hjälp, men inte alla. En slutsats är att insatserna bör individanpassas och personcentreras beroende på individens egna behov och inställning till drogfrihet. Exempelvis behöver även kvinnor som inte är helt drogfria tillgång till skyddade boenden, möjlighet till bostad eller behandling.

> Och då började jag förstå det här sammanhanget, hur viktigt det var att jobba med drogfriheten, annars kunde jag inte samarbeta med socialtjänsten.

Deltagare anger även att det är viktigt med stöd, skydd och vård även om man fortsätter använda narkotika eller erbjuda sex mot ersättning.

> Man kan inte kräva från början att man ska ha slutat med sex mot ersättning för att få behandling mot trauma.

7.7 Bli lyssnad på, behandlad med respekt och fokus på att bli stärkt i min egen förmåga

Att få ett respektfullt bemötande, där någon verkligen lyssnar på en och förstår en anges som värdefullt och centralt för att kunna må bättre, rehabiliteras och ta emot olika insatser. Man vill bli behandlad som en självständig individ, göras delaktig och vara med och ta beslut kring stöd, vård och behandling. Flera användare som deltagit i arbetet uppger att man känt sig dömd på förhand och behandlad som mindre värd, exempelvis vid kontakter i rättsväsendet. Ett gott bemötande ökar förutsättningarna för att må bättre och rehabiliteras.

> Läkaren frågade i vilken sida jag ville få sprutan. Jag hade inget val att inte ta sprutan men bara att visa omsorg för vilken sida jag sover på etcetera när jag väl fick den betyder mycket.

> Här [Bostad först] lyssnar man på vad jag säger, i tidigare fall så har det mer varit så att man pratar över huvudet på mig, man har inte varit intresserad.

Användarna önskar även att vård- och stödinsatser inte endast ska fokusera på problem och misslyckanden utan att man ska få stöd att se sina resurser och förmågor, och att hopp om större välbefinnande, rehabilitering och ett gott liv är viktigt. Det är även angeläget att få stöd för att själv klara av saker i livet, och att stödprocesser inte utformas så att det är lätt att misslyckas.

> Rätt väg att gå att inte bara fokusera på misslyckanden.

> Jag deltar i lågtröskelverksamhet … Där får man utveckla sig i sin egen takt och vara med och besluta. Gillar inte att bli tillsagd hur jag ska göra.

7.8 Boende, en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang och sysselsättning

Enligt många av användarna som deltagit i arbetet är bostad en helt central och avgörande förutsättning för att kunna bli fri från beroende och skadligt bruk. Men man kan även behöva hjälp med andra praktiska delar av livet, till exempel att söka jobb, sköta ekonomin eller få en struktur på vardagen.

> Blanda inte ihop boende och missbruk. Bostad först är en så'n bra grej, alla behöver en bostad.

Andra värdefulla faktorer enligt personer som har ett skadligt bruk eller beroende är att ha en meningsfull sysselsättning, och att finnas i ett sammanhang med andra människor. Regler och strukturer runt sysselsättning får inte vara för rigida, utan måste anpassas efter individens förutsättningar. Möjligheter att få stöd för att kunna försörja sig på andra sätt än kriminalitet eller sex mot ersättning också viktiga.

> Sysselsättning och boende är också en annan viktig förutsättning. Det var det som räddade mig. I dag förväntas man gå hemma och fixa och hålla sig ren utan någon meningsfull sysselsättning.

> Jag var med och startade upp en kamratförening. Det är viktigt att ha ett sammanhang och en struktur. Ett alternativ till polarna på torget … Det går inte att låsa in sig i en lägenhet och titta på tv.

7.9 Tillitsfulla relationer och långvariga kontakter inom vård, stöd och behandling

Det kan vara svårt att öppna upp och våga vara ärlig mot den personal man möter. Att ha en god och tillitsfull relation till den som ska stödja en anges som centralt, liksom att denna person visar engagemang och verkligen bryr sig. Användare uppskattar när personal hjälper till att hantera problem, och när de hör av sig över tid för att se hur det går. I så stor utsträckning som möjligt vill användarna träffa samma person, för att lära känna varandra och bygga upp tillit. Man anser det problematiskt när man träffar många olika personer, exempelvis när man ofta måste byta handläggare i socialtjänsten.

> Har nu en bra kontakt på socialtjänsten. Har fått hjälp med bostad i Bostad först. Hon litar på mig och jag på henne. Hon ställer upp och är hjälpsam.

> På soc byter de alltid handläggare och det är olika handläggare för olika delar. Jag hade sexton personer som jag träffade på soc under en period.

Flera användare som deltagit i intervjuer och workshops berättar att de uppskattat att träffa personal med egen erfarenhet av narkotikaanvändning. Man upplever att dessa personer förstår ens erfarenheter och att det är lätt att skapa ett förtroende.

> De som jobbade där har själva varit i knarkträsket, han fick mer förtroende för dem.

7.10 Att vård- och stödaktörer lyssnar på, involverar och ger stöd till anhöriga

De anhöriga som deltagit i arbetet anger att de behöver utbildning om narkotika och beroende, för att bättre förstå den person man försöker hjälpa. I många fall behöver man också eget stöd. Det kan till exempel handla om att dela erfarenheter med andra i liknande situationer, eller att få individuellt terapeutiskt stöd.

Speciellt på mindre orter kan det vara viktigt att få tillgång till individuellt stöd då man kan stöta på bekanta i gruppverksamheter. Man vill vara involverad i vård- och stödinsatser, och få tydliga svar på frågor: Vad händer min bror eller syster? Hur fungerar hälso- och sjukvården samt socialtjänsten i samband med skadligt bruk eller beroende?

> Jag har kämpat på och jobbat och haft min son ut och in på behandlingshem och SiS-hem. Så jag blev sjukskriven för utbrändhet i maj.

> Det hade ju varit bra om man fått ett stöd och så här går det till och händer det så ringer man hit. Bra om det fanns bara ett telefonnummer man kan ringa när det är kris så man inte behöver ringa till tusen olika ställen.

> Jag fick jättebra stöd från anhörigstödgrupp, det var väldigt bra och jag har tagit med mig mycket, att ta hand om mig själv, jag förstod att jag behövde hjälp med mitt ”medberoende”.[5]

Flera anhöriga påpekar att det viktigt att inte glömma bort att hela familjen kan behöva både information, kunskap och stöd – särskilt barn eller syskon som finns runt den som använder narkotika. Det är viktigt att alla familjer får stöd oavsett socioekonomisk tillhörighet.

> Viktigt att ta med hela familjen. Även syskonen. Familjemöte behövs. Prata om detta tillsammans, glöm inte de andra barnen.

Flera av de användare som deltagit i intervjuer och workshops vittnar om hur viktigt det är att upprätthålla kontakt med familj och vänner, och att dessa relationer kan vara en viktig motiverande faktor för att vilja må bättre och ta del av vård och stöd. Samhällsaktörerna bör ge stöd för att stärka eller bibehålla relationer, och detta beaktas när det gäller till exempel placeringar.

Målbilderna används som underlag för våra analyser, förslag och bedömningar.

[5] Medberoende är det ord intervjupersonen använt, men i övrigt är det inte ett begrepp utredningen använder.

8 Barriärer mot att söka vård och stöd

I det här kapitlet beskriver vi i vilken utsträckning personer med skadligt bruk eller beroende avstår från att ta kontakt med socialtjänsten eller hälso- och sjukvården för att få vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende, men även vid annan ohälsa, samt vad det beror på. Vi har med hjälp av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) genomfört en sökning efter internationella litteraturöversikter om potentiella barriärer mot att söka vård och stöd.[1] Översikterna har inte granskats med avseende på den vetenskapliga kvaliteten och deras förmåga att besvara frågan på ett tillförlitligt och transparent sätt (risk för bias). Resultaten av kartläggningen presenteras här tillsammans med resultat från enskilda svenska och nordiska studier på området och resultat från de intervjuer och möten vi haft med personer som använder narkotika respektive olika verksamhetsföreträdare. Den sammantagna bilden i detta kapitel är grunden för flera av de förslag som presenteras i andra kapitel.

8.1 Svårt att förstå vart man ska vända sig enligt dem som använder narkotika

I våra dialoger med personer som har skadligt bruk eller beroende har det framkommit flera exempel på tvekan inför eller undvikande av att söka vård och stöd. Flera betonar vikten av att faktiskt erbjudas vård och stöd, och att så sker även om man haft ett beroende eller skadligt bruk länge. Det fanns en önskan om att samhället inte ”ger upp på en” och att vård ska finnas tillgänglig även för personer med

[1] För kompletterande information om metodik och sökkriterier samt inkluderade respektive exkluderade artiklar se Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-61 eller https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/.

långvarigt beroende. Samtidigt kan individer som levt länge med ett beroende behöva uppsökande och motivationshöjande insatser för att uppmuntras till och bli varse möjligheter till vård och stöd (målbild 3). I dessa fall kan man även behöva arbeta med att bygga tillitsfulla relationer.

En annan målbild handlar om att bli välkomnad till stöd och vård och få hjälp trots återfall eller fortsatt användning av narkotika. Intervjupersonerna efterfrågar en helhetssyn i vården, och dessutom hjälp med både psykisk och fysisk ohälsa samt beroende samtidigt. Man vill också ha vård och stöd på samma villkor som andra, inte sämre hjälp för att man har besvär och sjukdomar på grund av narkotikaanvändning. Ett sätt att inkludera personer efter återfall är att införa förtur för patienter som redan genomgått verksamhetens behandling, men som återfallit i substansbruk.

Det är viktigt att utbudet av vård- och stödinsatser är tydligt och lättförståeligt. Många menar att det är svårt att förstå hur och hos vem man ska söka hjälp. Användarna betonar även att tillgången till vård måste vara likvärdig i hela landet, och att till exempel långa resvägar kan vara ett hinder för att söka och ta emot hjälp.

Information om narkotika, beroende och skadligt bruk och om hur man kan få stöd och hjälp behöver vara återkommande (målbild 2). Såväl skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård och rättsvårdande myndigheter som andra aktörer i civilsamhället ska erbjuda information. Det kan bidra till att man vet vart man kan vända sig när man är redo och motiverad att ta emot hjälpen. Information och kunskap kan även bidra till att minska stigma och negativa attityder kring beroende och skadligt bruk, som kan stå i vägen för att personer erbjuds, söker och vill ta emot hjälp.

8.2 Många med skadligt bruk eller beroende avstår från att söka vård och stöd

Narkotikaanvändning sker ofta i privata sfärer, vilket innebär att det är svårt att få kunskap om användning och faktorer relaterade till användning. Det finns viss information om olika undergrupper av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika, till exempel från Patientregistret, om personer lagförda för narkotikabrott och från olika enkätundersökningar. Genom dessa kan vi få information

om huruvida man använder narkotika, vilken narkotika, hur ofta användningen sker med mera. Däremot är vård- och/eller stödsökande beteende oftast inte en del av dessa undersökningar.

Internationellt finns studier som visar att endast en begränsad andel av dem som utvecklar skadligt bruk eller beroende av narkotika söker vård trots upplevt behov.[2,3,4] Det finns också indikationer på att vårdsökande är mindre vanligt bland yngre personer och bland män. Faktorer som utbildning och inkomst har visat sig mer generellt påverka vårdsökande. Många som har beroendeproblem har också låg utbildning, vilket alltså kan ha betydelse för vårdsökande. Kulturell och socioekonomisk bakgrund kan påverka när och hur kontakt med vården tas, samt villigheten att rapportera bruk när man söker vård.[5]

Det finns också exempel på studier från Norden som tyder på att personer med skadligt bruk eller beroende avstår från att söka vård eller stöd.

I en norsk studie har vårdsökande studerats hos cirka 2 500 personer som besökt Rusopplysningen.no[6] och uppgett att de använt narkotika. En tredjedel av de svarande uppgav att de hade undvikit att berätta om sin narkotikaanvändning för vårdpersonal i situationer när detta varit relevant. Cirka 15 procent av de svarande ansåg att de själva behövde vård för skadligt bruk eller beroende, och av dessa hade majoriteten (65 procent) undvikit eller skjutit upp att söka sådan vård. Personerna blev också tillfrågade om de någon gång varit i en situation där någon överdoserat, blivit psykotisk, fått en reaktion som var oroande eller blivit allvarligt skadad som en följd av intag av narkotika. Drygt 800 svarande hade upplevt en sådan situation, och av dem hade hälften antingen inte kontaktat ambulans alls eller skjutit upp att göra det. Som orsak till detta uppgav majoriteten en rädsla för att polis eller annan myndighetspersonal skulle få kännedom om händelsen.[7]

[2] Moeller S. m.fl. (2020). *Perception of treatment need among adults with substance use disorders: Longitudinal data from a representative sample of adults in the United States.*
[3] Agosti V. m.fl. (2009). *Predictors of Treatment Contact Among Individuals with Cannabis Dependence.*
[4] Askari M. m.fl. (2021). *Cannabis use disorder treatment use and perceived treatment need in the United States: Time trends and age differences between 2002–2019.*
[5] Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2022). *Cannabisrelaterad vård bland unga vuxna.*
[6] Det är ett online-projekt som ger information på webben om effekter och risker med att använda alkohol och narkotika och om hur man kan minska skada trots användning. Projektet drivs av en ideell förening och finansieras av Hälsodirektoratet.
[7] Rögeberg O. och Pedersen W. (2021). *Help-seeking behaviour among illegal substance users.*

En svensk studie baserad på attityder hos personer som besökt webbplatsen flashback.org fann en liknande skepsis hos de 1 232 respondenterna angående att tillkalla hjälp i akuta narkotikarelaterade situationer. Även om majoriteten uppgav att de skulle kontakta vård utan att tveka i en akut situation, så uppgav en tredjedel att de skulle tveka, medan åtta procent var säkra på att de inte skulle söka hjälp trots att det fanns en akut hälsorisk, såsom överdos. De främsta orsakerna som uppgavs var rädsla för polisen, att bli socialt stigmatiserad, rädsla att få sitt hem genomsökt eller att få problem kopplat till vårdnad om barn. Studien hittade inga signifikanta skillnader i attityder mellan män och kvinnor, eller mellan personer med varierande grad av skadligt bruk.[8] En annan svensk studie visade att 100 av 200 personer som använt naloxon på någon annan inte hade kontaktat ambulans. Den vanligaste anledningen var att man inte tyckte det var nödvändigt (60 procent) eller att personen som fått naloxon inte ville (23 procent), medan en mindre andel rapporterade rädsla för polis (14 procent) eller socialtjänst (4 procent) som anledning.[9]

En svensk webbundersökning som omfattade 5 500 narkotikaanvändare inkluderade frågor om behandling. En relativt liten andel (6,5 procent) av deltagarna uppgav att de hade fått behandling (läkemedel eller terapi) för sin narkotikaanvändning under de senaste 12 månaderna. Det framgår dock inte i undersökningen om deltagarna hade ett sådant vårdbehov, eftersom enkäten inte innehöll frågor om detta eller om skadligt bruk eller beroende. Samtidigt var det flera som svarade i fritext att de upplevde hinder för att söka vård och stöd i form av till exempel stigmatisering och misstro mot samhället.[10] Det går dock inte att generalisera till alla som använder narkotika i Sverige baserat på dessa studier, då de är baserade på riktade urval. Samtidigt ger de indikationer om resonemang som förekommer bland personer som använder narkotika i Sverige i dag.

En aktuell undersökning i Stockholms län bland både befolkningen i allmänhet och personer som sökt hjälp på grund av psykisk ohälsa visar att stigmarelaterade uppfattningar kring psykisk ohälsa bidrar till att personer med självskattade vårdbehov avstår från att söka

[8] Soussan C. och Kjellgren A. (2019). *Alarming attitudinal barriers to help-seeking in drug-related emergency situations: Results from a Swedish online survey*.
[9] Troberg K. m.fl. (2022). *Characteristics of and Experience Among People Who Use Take-Home Naloxone in Skåne County, Sweden*.
[10] Folkhälsomyndigheten (2022). *Den europeiska webbundersökningen om narkotika 2021.*

hjälp.[11] Men de främsta skälen för att avstå från att söka vård var tron att problemen skulle gå över av sig själva, att ingen hjälp fanns att få och osäkerhet kring vart man skulle vända sig.

Ytterligare en studie i Sverige har visat att det bland personer med generell psykisk ohälsa (i vilket skadligt bruk eller beroende kan inkluderas) är många som avstår från att söka vård och stöd.[12] Det finns anledning att tro att det kan vara ett ännu större problem bland personer med skadligt bruk eller beroende, då det är en grupp som i hög grad är stigmatiserad av den övriga befolkningen. Studier har visat att allmänheten sällan uppfattar skadligt bruk eller beroende av alkohol som ett psykiatriskt tillstånd, och att personer med dessa tillstånd oftare skuldbeläggs än personer som har andra psykiatriska tillstånd.[13] Liknande resultat fick en svensk befolkningsundersökning rörande kunskap om och attityder till psykisk ohälsa och suicid; där ansåg en hög andel att psykiatriska tillstånd och symtom är självorsakade. Detta gällde särskilt skadligt bruk eller beroende samt stressrelaterad psykisk ohälsa, där närmare 40 procent svarade att tillstånden var självorsakade.[14]

Det finns fortfarande en polarisering i åsikter om introduktion av ytterligare skadereducerande insatser i Sverige. Det innebär en särskild form av barriär mot vård och stöd som ligger på strukturell nivå och som beskrivs närmare i kapitel 12 om skadereducerande insatser.

Sammanfattningsvis är det oklart huruvida personer med skadligt bruk eller beroende i Sverige generellt avstår från att söka vård och stöd trots behov. Majoriteten av de studier vi tittat på har genomförts i Nordamerika. Det innebär att kunskapen inte är fullt applicerbar i en svensk kontext, men vi kan ändå dra övergripande slutsatser därifrån. Svenska studier visar liknande resultat. Det saknas också kunskap om huruvida personer trots behandling för skadligt bruk eller beroende avstår från att söka vård och stöd för somatisk ohälsa, särskilt personer utanför läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO).

[11] Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2023). *Stigma kring psykisk ohälsa. Individuellt lidande och hinder till vård.*
[12] Olsson S. m.fl. (2020). *Unmet Need for Mental Healthcare in a Population Sample in Sweden: A Cross-Sectional Study of Inequalities Based on Gender, Education, and Country of Birth.*
[13] Schomerus G. m.fl. (2011). *The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies*.
[14] Folkhälsomyndigheten (2022). *Synen på psykisk ohälsa och suicid En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder*.

8.2.1 Personer i behandling för opioidberoende avstår ofta från att söka vård och stöd för somatisk ohälsa

Personer i LARO-behandling har enligt internationella studier ökad somatisk sjuklighet och dödlighet jämfört med allmänbefolkningen.[15,16] De rapporterar också i högre grad dålig självskattad fysisk hälsa och otillfredsställda vårdbehov. Även svenska studier visar att patienter i LARO har dålig självskattad hälsa och söker somatisk sjukvård i mindre utsträckning än vad som är medicinskt motiverat. En svensk studie visade att majoriteten av personerna i LARO-behandling i Skåne under ett år hade varit i direkt eller indirekt kontakt med somatisk hälso- och sjukvård, men att en avsevärd andel av hälsokontakterna aldrig ledde till ett fysiskt möte. Andelen besök i primärvården var lägre bland LARO-patienter, men däremot var andelen besök i akutsjukvård högre än bland allmänbefolkningen.[17]

Hälsolitteracitet är ett begrepp som handlar om individers och gruppers förmåga att få tillgång till, förstå och agera utifrån hälsoinformation. Studier har visat på betydligt lägre nivåer av hälsolitteracitet i marginaliserade grupper, vilket är associerat med låg utbildning, fattigdom och fysiska begränsningar. En svensk studie visade att hälsolitteraciteten bland personer i LARO-behandling i Malmö var låg.[18] En mindre studie bland svenska LARO-patienter visade att rädsla för stigmatisering och att bli illa behandlad samt problem att navigera i sjukvården var de vanligaste orsakerna till att inte söka somatisk sjukvård. Däremot verkade primärvård på plats i anslutning till LARO-mottagningen bidra till ökad tillgång och utnyttjande av sjukvård.[19]

I en svensk intervjustudie bland LARO-patienter framkom erfarenheter av stigma från flera olika vårdmiljöer. De beskrev att olika omständigheter som läsning av journalen, patientens egen redogörelse för skadligt bruk eller beroende, LARO-läkemedel eller hepatit

[15] Gao m.fl. (2019). *Non drug-related and opioid-specific causes of 3262 deaths in Scotland's methadone-prescription clients, 2009–2015*.
[16] O'Toole m.fl. (2014). *Methadone-maintained patients in primary care have higher rates of chronic disease and multimorbidity and use health services more intensively than matched controls*.
[17] Vikbladh T. m.fl. (2022). *Healthcare utilization for somatic conditions among Swedish patients in opioid substitution treatment, with and without on-site primary healthcare*.
[18] Dahlman D. m.fl. (2022). *Health Literacy among Swedish Patients in Opioid Substitution Treatment: A Mixed-Methods Study*.
[19] Troberg K. m.fl. (2022). *Healthcare seeking among Swedish patients in opioid substitution treatment – a mixed methods study on barriers and facilitators*.

C-infektion gjorde att vårdpersonalen gav oönskad uppmärksamhet till skadligt bruk eller beroende trots besök för andra besvär.[20]

Primärvård på plats på LARO-mottagningen verkar kunna vara ett sätt att etablera en vårdkontakt med LARO-patienter, särskilt för icke-akuta tillstånd som kan upplevas vara känsliga. Resultaten implicerar också ett behov av att vidare undersöka attityder till LARO-patienter, förmågan att hantera patienter med skadligt bruk eller beroende bland vårdpersonal, samt ett behov av insatser som hanterar kunskapsbrister och frågor kopplade till värderingar och patientmottagande bland vårdpersonal.

8.3 Stigma, diskriminering, misstro mot myndigheter är viktiga orsaker enligt studier

Flera internationella studier visar att personer med skadligt bruk eller beroende avstår från eller dröjer med att söka vård och stöd på grund av olika barriärer, såsom negativa attityder hos vårdpersonal, stigma eller strukturella hinder som diskriminering. Övergripande kan främjande respektive hindrande faktorer delas in i tre kategorier: individuell, social och strukturell. Det finns flera systematiska litteraturöversikter på området med fokus på olika substanser och arenor, och det är svårt att dra generella slutsatser om vilken kategori eller faktor som har störst betydelse. Enligt en övergripande översikt är det på strukturell nivå det finns flest studerade barriärer mot och flest främjande faktorer för att inleda behandling av skadligt bruk eller beroende. De faktorer som oftast framkommit i studier kan sammanfattas i problem som rör verksamheterna, juridiska hinder och policybegränsningar. Det innefattar till exempel höga avgifter, otillräcklig tillgång och långa väntetider, otillräcklig utbildning hos behandlingsteam samt osund ledningskultur. I den sociala kategorin var stigma en vanlig faktor, men även avsaknad av stöd från familjemedlemmar, vänner samt vård- och stödpersonal. Den vanligaste faktorn som framkommit i studier på individnivå är låg motivation.[21] Slutsatser från internationella litteraturöversikter om potentiella barriärer mot att

[20] Garpenhag L. m.fl. (2021). *Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study*.
[21] Farhoudian A. m.fl. (2022). *Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment: An Overview of Systematic Reviews*.

söka vård och stöd redovisar vi i följande avsnitt utifrån en sådan indelning i individuell, social respektive strukturell kategori.

8.3.1 Motivation – en viktig grund för vårdsökande

En vanlig barriär som framkommit i studier på individnivå är låg motivation.[22] Även uppfattningen att behandling var onödig är en vanlig barriär enligt en systematisk litteraturöversikt och metaanalys som sammanställde studier om barriärer mot att söka vård och stöd för skadligt bruk eller beroende av amfetamin eller metamfetamin.[23]

Upplevda fördelar med att använda substanser och de önskade effekter det ger kan för vissa uppväga den skada som narkotika kan orsaka. Detta kan också vara en anledning till att inte berätta för sjukvårdspersonal om sin substansanvändning eller söka vård och stöd. I våra dialoger, både med personer som använder narkotika och med verksamhetsföreträdare, har det framkommit att motivation är en viktig grund för både vårdsökande och framgång i behandling.

I dialogerna betonades dessutom vikten av att socialtjänst respektive hälso- och sjukvård snabbt kan erbjuda vård- och stöd i motivationsfönstret. Samtidigt har det framkommit att det finns ett underliggande resonemang där vård- och stödpersonal snarast sätter upp som mål att personen ska visa sig motiverad för att få ta del av insatser. Det står i kontrast till såväl brukarerfarenheterna som vad forskningen säger.[24] Ett sådant förhållningssätt minskar, i stället för att öka, patientens eller klientens tro på sig själv, samtidigt som forskningen visar att hög tilltro till egna förmågan främjar positiva behandlingsutfall.

Motivationshöjande behandling rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende.[25] Det är ett centralt redskap för att personal och verksamheter ska bygga in insikten om att motivation inte är en entydig patientegenskap, utan något det finns evidensbaserade sätt att jobba med, var patienten än befinner sig i en process mot förändrat beteende. En översikt visade att interventioner som innehöll koordinerade vård- och stödinsatser

[22] Farhoudian A. m.fl. (2022). *Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment: An Overview of Systematic Reviews*.
[23] Cumming C. m.fl. (2016). *Barriers to accessing methamphetamine treatment: A systematic review and meta-analysis*.
[24] Syftar på forskningsfältet om ”self-efficacy”.
[25] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*.

samt interventioner baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT) hade störst chans att öka benägenheten att påbörja specialistvård för skadligt bruk eller beroende. Men trots att detta är tydligt i riktlinjerna förefaller praxis inte alltid bygga på den kunskapen.

Riktlinjerna behöver förtydligas, och resultera i att motivationshöjande behandling blir en baskompetens för all personal, och dessutom tillämpas för att fånga upp personer som använder narkotika var de än befinner sig i processen. Vi bedömer att myndigheter, strukturen för nationella programområden, regioner och kommuner bör ta initiativ till att öka efterlevnaden av nationella riktlinjer och kunskapsstöd generellt inom vård och stöd för skadligt bruk eller beroende. Se vidare kapitel 16.

Det är också av vikt att enskildas egna initiativ till att söka hjälp snabbt fångas upp av hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Vård- och stödverksamheter behöver nå fram just när personen är motiverad att ta emot hjälp. Det gäller inte minst grupper som är svåra att nå, såsom just personer med skadligt bruk eller beroende.

Utredningen Framtidens socialtjänst ansåg att möjligheten att tillhandahålla insatser utan föregående individuell behovsprövning bör tydliggöras och utvidgas, bland annat mot bakgrund av att hjälpen ska vara tillgänglig när personen vill ta del av den. Genom lättillgängliga insatser och låga trösklar kan personens egna initiativ tas tillvara när motivationen finns där. Utredningen föreslog därför en ny bestämmelse som anger att socialnämnden får tillhandahålla insatser utan föregående individuell behovsprövning.[26] Det kan vara av särskilt stor betydelse för tillgången till stöd för personer med skadligt bruk eller beroende.

8.3.2 Stigma om narkotikabruk, skadligt bruk eller beroende

Stigma är ett av de vanligaste skälen till att personer med skadligt bruk eller beroende tvekar eller avstår från att söka vård och stöd. I en systematisk litteraturöversikt och metaanalys som sammanställde studier om barriärer mot att söka vård och stöd för skadligt bruk eller beroende av amfetamin eller metamfetamin konstaterades att de vanligaste rapporterade barriärerna var psykosociala som skam och

[26] SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag*.

stigma, eller uppfattningen att behandling var onödig.[27] I en systematisk översikt som bara inkluderade kvalitativa studier framstod stigmatisering kopplad till skadligt bruk eller beroende som den mest centrala barriären mot att söka respektive stanna kvar i behandling för opioidberoende.[28] Ett centralt tema i översikten var känslan av att uppfatta sig som lägre värderad än andra patienter och andra personer i samhället.

Inom forskningen skiljer man ofta på socialt stigma och självstigma. Socialt stigma kan förstås som andra människors fördomar och stereotypa föreställningar om vissa grupper, medan självstigma är den psykologiska reaktion som sker hos individen när dessa fördomar påverkar självuppfattningen, exempelvis i form av känslor av att vara sämre än andra. Inte alla individer som tillhör en socialt stigmatiserad grupp utvecklar självstigma, men forskning har visat att många med psykisk ohälsa särskilt upplever negativa konsekvenser av självstigma.[29] Stigma kan också påverka familj och andra anhöriga, så kallad *stigma by association*.

En nyligen genomförd undersökning i Stockholms län omfattade en enkät till allmänheten och en enkät till personer som sökt hjälp på grund av psykisk ohälsa. Undersökningen visade att såväl stigma kring psykisk ohälsa som osäkerhet kring vårdmöjligheter var vanliga bland deltagarna. Tidigare undersökningar har visat att allmänhetens uppfattning om personer med psykisk ohälsa har varit relativt oförändrade över tid. Dessutom har kunskapen om psykisk ohälsa och dess behandlingsmöjligheter i Sverige till och med försämrats på senare år.[30]

Enligt enkäten till personer som sökt hjälp på grund av psykisk ohälsa var stigmarelaterade tankesätt vanligare än hos allmänheten. Av de 533 patienter som svarade på frågor om de tidigare hade skjutit upp att söka vård för sin psykiska ohälsa och i så fall varför, uppgav över hälften av patienterna att 9 av 13 undersökta stigmarelaterade skäl i någon mån hade bidragit till att de undvikit att söka hjälp. Närmare 60 procent av patienterna instämde till någon del i påståendet

[27] Cumming C. m.fl. (2016). *Barriers to accessing methamphetamine treatment: A systematic review and meta-analysis*.
[28] Cernasev A. m.fl. (2021). *A systematic literature review of patient perspectives of barriers and facilitators to access, adherence, stigma, and persistence to treatment for substance use disorder*.
[29] Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2023). *Stigma kring psykisk ohälsa. Individuellt lidande och hinder till vård*.
[30] Socialstyrelsen (2018). *Allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar samt attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom*.

att de känt genans eller skamkänslor inför att söka vård. Nästan 20 procent uppgav att genans och skamkänslor i mycket hög grad avhållit dem från att söka vård tidigare.[31]

Många, både berörda yrkesgrupper, civilsamhälle och personer som använder narkotika, har nämnt att stigma och rädsla för att få rättsliga konsekvenser av narkotikaanvändning kan påverka benägenheten att söka vård. Detta har inte minst framkommit i arbetet med de målbilder som vi utvecklat som grund för vårt arbete, men också i våra olika referensgrupper.

I översikter med fokus på kvinnor som väntade barn eller hade små barn identifierades faktorer kopplade till graviditet eller moderskap. En graviditet kan på olika sätt underlätta tillgången till vård och stöd. Men den kan också ge nya upplevelser av skuld- och skambeläggande samt stigmatisering i relationer med både vårdpersonal och den närmsta sociala omgivningen, liksom rädsla att förlora vårdnaden om barnet.[32] I en annan översikt framkom liknande barriärer i form av rädsla, stigma, anklagelser om övergrepp mot barn samt praktiska och ekonomiska svårigheter. Däremot kunde faktorer relaterade till både den egna personen (känslomässigt och socialt stöd) och ens barn (förlorad vårdnad, väntan på återförening med barn) motivera kvinnor att söka behandling.[33]

Även genom våra möten med kvinnor med erfarenhet av skadligt bruk eller beroende av narkotika samt organisationer som arbetar nära brukare har det framförts att stigmatiseringen och skammen runt skadligt bruk eller beroende ofta är större för kvinnor än för män, speciellt i de fall man också är förälder. Detta påverkar om man söker vård och stöd. Rädsla för orosanmälningar och att ens barn tas ifrån en verkar vara högre hos kvinnor, samtidigt som risken också kan vara större, på grund av skillnader i könsrollerna som är kopplade till föräldraskap.

Trots att LARO är en evidensbaserad insats som minskar illegal användning och dödlighet, har forskning identifierat många faktorer som skapar barriärer mot att delta i sådan behandling. Det handlar till exempel om tillgång, kostnader och stigma förknippat med både

[31] Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2023). *Stigma kring psykisk ohälsa. Individuellt lidande och hinder till vård.*
[32] Barnett E. m.fl. (2021). *Difficult binds: A systematic review of facilitators and barriers to treatment among mothers with substance use disorders*.
[33] Choi S. m.fl. (2022). *Differential gateways, facilitators, and barriers to substance use disorder treatment for pregnant women and mothers: a scoping systematic review*.

skadligt bruk eller beroende i sig och med läkemedelsassisterad behandling. Sådant stigma kan också ligga till grund för flera av de hinder som både internationellt och i Sverige satts upp för att få tillgång till behandling för skadligt bruk eller beroende.

En systematisk översikt med fokus på hinder för att delta i substitutionsterapi (LARO) kunde sammanfatta de identifierade faktorerna i fyra övergripande teman:

- stigma och rädsla
- regulatoriska faktorer
- faktorer kopplade till logistik
- attityder och sociala faktorer.

De faktorer som rapporterades oftast var negativa behandlingsupplevelser, kostnader, stigma och bristande flexibilitet hos vårdpersonalen.[34]

Diskriminerande stereotyper om personer med skadligt bruk eller beroende påverkar hur samhället betraktar gruppen och även hur personer med skadligt bruk eller beroende betraktar sig själva, så kallat självstigma. Forskning har visat att självstigmatisering dels minskar motivationen att initialt söka stöd och vård, dels ökar risken för återfall under behandlingen.

Stigmatisering av personer som har skadligt bruk eller beroende kan också förekomma bland vårdpersonal, vilket kan ge flera negativa effekter i form av minskat förtroende och leda till att personer avstår från relevant behandling.

8.3.3 För att minska stigma behövs långsiktiga strategier och samordnade insatser

Olika interventioner kan främja vård- och stödmottagande – både att inleda och att stanna kvar i behandling. Det kan ske genom

- förbättrad tillgång till behandling
- information och utbildning

[34] Hall m.fl. (2021). *Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective*.

- ökad motivation
- förebyggande av stigma och diskriminering.

För att minska stigman som är kopplade till skadligt bruk eller beroende behövs långsiktiga strategier och samordnade insatser som systematiskt genomförs på flera nivåer i samhället. De samordnade insatserna behöver kopplas till befintlig verksamhet och involvera personer med egen erfarenhet av skadligt bruk eller beroende. Det är också viktigt att insatserna innehåller komponenter som ökar kunskapen om skadligt bruk eller beroende samt främjar positiva attityder och minskar diskriminerande beteenden.[35]

Vikten av att arbeta med normer och värderingar i syfte att minska stigmatiseringen av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika framgår tydligt av resultaten från verksamhetsdialoger, samtal med personer som använder narkotika och erfarenhet från forskning. Detta kan ske genom kunskapshöjande insatser på samhällsnivå där just kunskap om beroende behöver öka, eller genom anpassningar av verksamheter för att minska känslan av utsatthet.

Riktlinjer och vårdprogram skulle gynnas av att inkludera program som minskar stigma och ökar kunskapen om beroende. Samsjukligheтsutredningen har föreslagit att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytandet för och minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd, inklusive skadligt bruk eller beroende. Det föreslås innehålla både information och kunskapsspridning som utgår från människors berättelser samt stöd för att skapa strukturer för systematiskt brukarinflytande.[36] Detta skulle minska stigma och därmed öka benägenheten att söka vård på sikt, även bortom kontexten av samsjuklighet.

Det finns också behov av mer forskning om hur man kan minska stigmatiserande beteende hos vård- och stödpersonal, hur kulturen i verksamheter kan förändras och hur brukarinflytande kan stärkas. Ökad kunskap om hur personer i behandling för skadligt bruk eller beroende uppfattar barriärer mot vård kan ge insikter för att bättre identifiera personer i behov av vård och ge ett adekvat bemötande.

[35] Folkhälsomyndigheten (2020). *Det här kan vi göra för att minska stigmatisering av psykisk ohälsa*.
[36] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

Flera av förslagen och bedömningarna i övriga kapitel i betänkandet innebär direkt eller indirekt att personer med skadligt bruk eller beroende inte ska uppleva stigmatisering i kontakten med socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. I dialoger med verksamhetsföreträdare inom vård och stöd framhålls ofta vikten av ett gott bemötande och den personliga relationen som viktiga faktorer för att minska stigma. På flera håll tillämpas arbetsmetoder för att utveckla personalens kompetens avseende bemötandefrågor och om att bygga relationer. Men detta behöver utvecklas bredare. Personer i viktiga yrken vid möte med målgruppen behöver få tillräcklig kunskap om skadligt bruk eller beroende i ett biopsykosocialt perspektiv respektive bemötandefrågor för att kunna utföra sina uppdrag professionellt. Ofta nämns att vårdpersonal har bristande kunskap om att återfall är vanligt och en del av återhämtningen. Denna kunskap behöver öka hos bland annat personal i verksamheter riktade till målgruppen i syfte att minska stigma och förbereda för icke-dömande agerande i sådana situationer. I kapitel 27 lägger vi förslag som handlar om generella kunskapslyft och satsningar för bland annat vård- och stödpersonal.

Då det finns många barriärer mot att söka vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende är det av stor betydelse att personalen har kunskap och möjlighet att uppmärksamma skadligt bruk eller beroende på ett meningsfullt sätt. Det gäller hälso- och sjukvården generellt men särskilt primärvården, som ofta utgör den första kontaktytan. Inom primärvården behöver kunskapen även öka om

- sambandet mellan narkotika och psykisk ohälsa
- upptäckt av skadligt bruk eller beroende
- vidarehänvisning
- korta interventioner.

Vi beskriver hur primärvårdens roll som första instans bör tydliggöras – förslag finns i kapitel 16.

Även i våra dialoger med verksamhetsföreträdare framkommer att det finns stigmatisering i hälso- och sjukvården. Personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika upplever det både i vårdkontakter för beroende och när de söker vård för andra hälsoproblem. Det kan handla om att beroendet ofta hamnar i centrum i dessa kontakter även om man söker vård för andra problem.

Även om det skadliga bruket och beroendet ofta är en direkt orsak till många hälsoproblem beror den sämre hälsan hos gruppen delvis också på en kontinuerlig diskriminering från vården. Det finns exempel på vårdteam på platser där personer med skadligt bruk eller beroende befinner sig, som LARO-verksamheter, eller team som arbetar uppsökande och som är specialiserade på att bemöta människor med skadligt bruk eller beroende, som ett sätt att överkomma stigma. Detta diskuterar vi mer i kapitel 21.

8.3.4 Vård- och stödinsatser är inte alltid anpassade efter önskemål och förutsättningar

Internationell forskning har identifierat att många hinder för att söka vård och stöd är strukturella eller organisatoriska. Det kan handla om problem som rör vårdgivare och verksamheter, långa väntetider, bristande tillgänglighet för alla behandlingssökande eller ledningskultur. I en systematisk översikt som bara inkluderade kvalitativa studier framkom faktorer kopplade till bristande tillgänglighet till behandling, utöver stigma, som viktiga barriärer. Det handlade främst om kostnader för att delta, brist på personal samt bristande transportmöjligheter till behandlingen.[37] I en översikt om tillgång till LARO-behandling som inkluderade studier genomförda på landsbygden i USA låg fokus för personer med skadligt bruk eller beroende på faktorer som hade med tillgänglighet att göra. Det handlade främst om bristen på tillgängliga verksamheter och problem som avsåg geografiskt avstånd (längre avstånd och restider). När i stället perspektivet låg på vårdpersonalen handlade de främsta barriärerna om brist på kompetens, brist på stöd från specialister och faktorer kopplade till acceptans såsom negativa attityder om både personer med skadligt bruk eller beroende av opioder och om medicinsk behandling och dess effektivitet.[38]

Även en översikt som sammanställde studier om bland annat barriärer mot att få tillgång till vård och stöd bland flyktingar visade att vanliga orsaker var organisatoriska och kulturella hinder, såsom rättsliga problem kopplade till dokumentation, och brist på översatta

[37] Cernasev A. m.fl. (2021). *A systematic literature review of patient perspectives of barriers and facilitators to access, adherence, stigma, and persistence to treatment for substance use disorder*.
[38] Lister J. m.fl. (2019). *A systematic review of rural-specific barriers to medication treatment for opioid use disorder in the United States*.

program. Men det handlade också om brist på kunskap om psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende hos flyktingar samt stigma.[39]

I våra dialoger med både personer som använder narkotika och verksamhetsföreträdare har det framkommit att det finns ett behov av att i högre grad anpassa vård- och stödverksamheter efter funktionsnivå, kön, ålder och behandlingsmål hos personer som använder narkotika för att möta olika behov hos målgruppen. Vanliga svårigheter kan vara att

- passa telefontider eller följa strikta rutiner för ansöknings- eller utredningsförfarande
- navigera och förstå hur man får kontakt med rätt instans.

Det kan också handla om att personer med skadligt bruk eller beroende som vill bli helt drogfria påverkas negativt av att befinna sig i väntrum eller den nära omgivningen till verksamheter där det vistas personer som är påverkade eller narkotikaförsäljning sker, eller att socialtjänsten sätter upp krav på drogfrihet för att till exempel få tillgång till bostad. Denna typ av krav och hinder försvårar för utsatta personer att få adekvat hjälp och stöd, och kolliderar också med intentionen hos flera insatser som visat sig ha god effekt, som *Bostad först* och modellen *Individual Placement and Support* (IPS).

I många länder utformas skadereducerande insatser för att passa behov hos personer som använder narkotika snarare än att organiseras stereotypt utifrån verksamhetsgränser och lagstiftning eller reglering. De kallas ofta för hälsocentraler eller lågtröskelverksamheter, med låga barriärer mot insatsen och flera olika insatser samlade under samma tak. I kapitel 12 och 21 beskriver vi lågtröskelverksamheter närmare.

Vård- och stödverksamheter behöver även anpassas för att bli attraktiva och inkluderande utan stigma för personer som inte har så stora problem av sin narkotikaanvändning. Det kan handla om att anpassa lokaler för att minska risken att personer upplever stigmatisering av att söka stöd där, eller att utveckla digitala metoder där man kan vara anonym. För att överbrygga sådana barriärer föreslår vi i kapitel 16 att regeringen bör inrätta en anonym stödlinje.

[39] Saleh E. m.fl. (2022). *A systematic review of qualitative research on substance use among refugees*.

8.3.5 Krav på drogfrihet kan utestänga personer från vård och stöd

En annan barriär mot att söka vård eller stöd är irrelevanta krav på drogfrihet. Detta har vi analyserat genom intervjuer och dialoger med personer som använder narkotika, med företrädare för verksamheter på lokal, regional och nationell nivå som erbjuder samhälleliga insatser till personer med skadligt bruk eller beroende samt forskare. Vi har också tagit del av forskningsstudier på området.

I svenska intervjustudier framkommer drogfrihetskrav som ett av flera hinder för vårdsökande, både bland personer i behandling och bland personer med långvarigt bruk av illegala LARO-läkemedel.[40,41] Dessutom finns det studier som visar att systematiskt arbete med att förstärka önskvärt beteende i stället för bestraffning eller utskrivning kan ge tydliga förbättringar och minska sidobruk av andra substanser under behandling.[42]

I våra dialoger har vi fått en klar bild av att det fortfarande är vanligt med krav på drogfrihet även när det inte är medicinskt eller på annat sätt motiverat, samt att detta får reella negativa konsekvenser. Drogfrihetskrav är ett problem också inom socialtjänstens verksamheter och inom psykiatrin mer allmänt.

Omotiverade idéer om drogfrihet lever fortfarande kvar och tar sig olika uttryck. Det kan handla om icke-vetenskapligt grundade föreställningar om personer i LARO-behandling och att regioner tolkar riktlinjer angående sidobruk olika. Det har också framkommit att det fortfarande är svårt att arbeta med både boende och sysselsättning som stöd för personer med skadligt bruk eller beroende då det kvarstår en moralistisk syn om att man ska förtjäna sitt boende. Fortfarande anses det kontroversiellt att erbjuda boende eller sysselsättning utan krav på drogfrihet.

Dessa krav och uppfattningar om drogfrihet som vi noterat på flera håll och som inte alltid är nödvändiga kan tillsammans med andra faktorer skapa variationer över landet avseende trösklar för att komma in i eller stanna kvar i behandling eller stöd. Därför anser vi det relevant att analysera förekomsten av omotiverade krav på drogfrihet,

[40] Richert T. och Johnson B. (2015). *Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden*.
[41] Petersson, F. (2013). *Kontroll av beroende: substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik* (avhandling).
[42] Preston K. m.fl. (2000). *Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance*.

eller krav kopplade till påbörjad behandling för att ta del av andra insatser. Se vidare om förslag i kapitel 21.

8.3.6 Kriminaliserad användning minskar viljan att söka vård

Att användning av narkotika är kriminaliserad medför också att personer med skadligt bruk eller beroende i mindre utsträckning kontaktar vård och stöd jämfört med personer som har andra psykiatriska sjukdomar, och framför allt somatiska sjukdomar.[43,44] Kriminalisering av eget bruk syftar generellt till att

- förebygga användning
- skydda allmänheten från negativa skadeverkningar
- möjliggöra tidiga interventioner.

Samtidigt riskerar en kriminalisering att skapa negativa attityder gentemot personer med skadligt bruk eller beroende hos vård- och stödpersonal, allmänhet och anhöriga, samt att på olika sätt hindra personer från att söka vård och stöd trots hjälpbehov.

I en intervjustudie från sex europeiska länder, med barn och unga som varit i kontakt med rättsvårdande institutioner på grund av narkotikaanvändning, menar de svarande att kriminaliseringen ger oönskade effekter på sociala relationer genom till exempel upplevelser av att bli kategoriserad och stigmatiserad som narkotikaanvändare i moraliska termer. Intervjupersonerna upplevde att de inte blev betraktade som sårbara individer i behov av vård och stöd för sitt beroende utan som omoraliska personer inom även andra områden utanför narkotikaanvändningen.[45] Det har bland annat i våra workshops framkommit att många personer med egen erfarenhet, deras anhöriga och aktörer i systemet ser ett behov av bättre anpassade påföljder vid narkotikabrott för att öka möjligheten till vård och stöd.

Tidigare enkät- och intervjustudier med målgruppen har visat att regelverket upplevs förhindra möjligheten att söka vård och stöd för personer som använder narkotika. En webbundersökning med drygt 1 000 personer visade att cirka 40 procent skulle tveka eller inte alls

[43] Csete J. m.fl. (2016). *Public health and international drug policy*.
[44] Room R. m.fl. (2012). *How well do international drug conventions protect public health?*
[45] Moskalewicz J. m.fl. (2021). *Unintended consequences of drug policies experienced by young drug users in contact with the criminal justice systems*.

söka vård vid en akut narkotikarelaterad situation som överdos på grund av rädsla för rättsliga följdverkningar eller stigmatisering.[46] I en annan webbundersökning med 5 500 personer som använde narkotika uppgav deltagarna i fritextsvar att narkotikalagstiftning, tillsammans med stigmatisering och misstro mot samhället, upplevs som hinder för att söka och få hälso- och sjukvård.[47]

Ovanstående kan sammanfattas i att kriminaliseringen riskerar att bidra till hinder för vård och stöd genom att

- öka stigmatiseringen (som i sin tur minskar benägenheten att söka hjälp)
- skapa en oro för rättsliga påföljder om man kontaktar en offentlig instans (såsom socialtjänst eller vårdverksamhet)
- leda till straff i stället för vård, om man blir ertappad med bruk eller innehav.

Vi har inte analyserat om positiva effekter av nuvarande straffrätt, väger upp de uppenbart negativa. Vi uppfattar dock att med dessa givna begränsningar kommer en del av den skadereducerande potentialen i det samlade vård- och stödlandskapet inte att kunna utnyttjas. Om det finns en ambition att ytterligare värna liv och hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende, bör regeringen initiera en översyn av narkotikastrafflagen och påföljder för narkotikabrott. Läs mer om detta i kapitel 22.

[46] Soussan C. och Kjellgren A. (2019). *Alarming attitudinal barriers to help-seeking in drug-related emergency situations: Results from a Swedish online survey*.
[47] Folkhälsomyndigheten (2022). *Den europeiska webbundersökningen om narkotika 2021 – Användningsmönster, köpvanor och upplevelser av narkotika bland personer med ett aktuellt bruk i Sverige*.

9 Narkotikastrafflagen

I detta kapitel beskrivs Narkotikastrafflagen (NSL). Vi beskriver även översiktligt historiken kring kriminaliseringen av eget bruk samt argumenten för och emot den narkotikastrafflag som tillkom på 1980- och 1990-talen.

I vissa fall beskrivs rättsprocessen allmänt, men fokus är på processen för personer som misstänks och döms för narkotikabrott av ringa narkotikabrott eller narkotikabrott av normalgraden. Skälet till att vi valt att fokusera på dessa brottstyper är att vi bedömt att det framför allt är den målgrupp som omfattas av vårt uppdrag. När det gäller grovt och synnerligt grovt narkotikabrott är detta oftare en del av organiserad brottslighet.

Vi kommer i kapitlet att använda begreppet *missbruk och beroende*, till skillnad från andra kapitel, där *missbruk* ersatts med *skadligt bruk*. Detta eftersom kapitlet återger en hel del lagstiftning där begreppet missbruk förekommer.

Vi beskriver rättsprocessen vid narkotikabrott i två kapitel, förutom detta kapitel):

- I kapitel 10 beskrivs rättsprocessen utifrån Polismyndighetens, Åklagarmyndighetens, domstolarnas och Kriminalvårdens uppdrag och praxis.[1] Vi beskriver vilka vårdinslag som kan erbjudas inom olika former av lagföring.
- I kapitel 22 redovisar vi våra förslag och bedömningar som syftar till att personer som misstänks och döms för narkotikabrott eller personer som döms för andra brott men har ett skadligt bruk eller beroende, ska få det stöd de har behov av. I det kapitlet redogör vi också för de erfarenheter vi samlat genom dialog med olika

[1] I direktivet nämns detta som rättsvårdande myndigheter.

aktörer för att utveckla en process för den rättsvårdande resan. Som inledning till kapitlet beskriver vi arbetet med de målbilder vi tagit fram tillsammans med personer med egen erfarenhet.

9.1 Gällande rätt för hälso- och sjukvård samt socialtjänst beskrivs inte här

Vi har valt att i detta kapitel inte presentera gällande rätt vad avser hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Anledningen till detta är att området i sin helhet beskrivits i Samsjuklighetsutredningens (SOU 2020:08) arbete i betänkandet *Från delar till helhet* – samt avseende de delar som berör naloxon i vårt delbetänkande *Naloxon kan rädda liv* (SOU 2022:54). Andra relevanta författningar och regleringar beskrivs löpande i detta betänkande.

9.2 Narkotikastrafflagen – en specialstraffrättslig reglering

Med specialstraffrätt avses straffrättslig regering utanför brottsbalken. De allmänna reglerna om straffrättens principer och läror i brottsbalken gäller även för specialstraffrätten, där narkotikastrafflagen (1968:64), NSL är en sådan specialrättslig lag. Det är vanligt med mål som rör hantering av narkotika i allmän domstol.

Den straffrättsliga regleringen av olovlig hantering av narkotika i svensk rätt bygger delvis på de internationella konventionerna. Det första regelverket infördes genom 1923 års narkotikakungörelse om opium efter att Sverige anslutit sig Haagkonventionen 1912. När narkotikaförordningen (1962:704) infördes 1962 gjordes vissa straffskärpningar, och det ökade narkotikamissbruket på 1960-talet ledde till att narkotikastrafflagen infördes 1968. Lagens straffbestämmelser var tänkta att samverka med medicinska och sociala faktorer för att problemet med narkotika skulle kunna lösas.

I detta avsnitt kommer vi i stora drag att redovisa de olika brottsbestämmelserna i NSL, och vilka påföljder som hantering av narkotika kan leda till. Vi ska lämna förslag på ett systematiskt vårderbjudande till dem som döms för ringa narkotikabrott. Eget bruk och innehav av små mängder för eget bruk bedöms i regel som ringa

narkotikabrott. Därför redovisas i detta avsnitt kriminaliseringen av eget bruk som en bakgrund till analys och förslag i kapitel 22.

9.3 Brott enligt narkotikastrafflagen

Av 1 § narkotikastrafflagen framgår vilka olika gärningar som utgör brott. Bestämmelsen har sedan den 1 juli 2023 följande lydelse:

> Den som olovligen
> 1. överlåter narkotika,
> 2. framställer narkotika som är avsedd för missbruk,
> 3. förvärvar narkotika i överlåtelsesyfte,
> 4. anskaffar, bearbetar, förpackar, transporterar, förvarar eller tar annan sådan befattning med narkotika som inte är avsedd för eget bruk,
> 5. innehar, brukar eller tar annan befattning med narkotika
>
> döms för narkotikabrott till fängelse i högst tre år.
>
> Om en gärning som avses i första stycket innebär att gärningsmannen säljer narkotika eller annars befattar sig med narkotika som är avsedd att säljas, döms i stället till fängelse i lägst sex månader och högst tre år.
>
> För narkotikabrott döms även den som olovligen bjuder ut narkotika till försäljning, förvarar eller befordrar vederlag för narkotika, förmedlar kontakter mellan säljare och köpare eller företar någon annan sådan åtgärd, om förfarandet är ägnat att främja narkotikahandel. Straffet är i ett sådant fall fängelse i lägst sex månader och högst tre år.
>
> Bestämmelser om straff för olovlig införsel och utförsel av narkotika och olovlig befattning i vissa fall med narkotika finns i lagen (2000:1225) om straff för smuggling.

NSL tar sikte på olovlig hantering av narkotika. Många narkotikaklassade substanser har ett legalt användningsområde, exempelvis läkemedel på recept.

För att någon ska dömas för brott enligt 1 § ska även uppsåtskravet vara uppfyllt.[2] En person kan inte dömas till brott enligt 1 § om hanteringen skett oaktsamt eller vårdslöst. Det ska dock påpekas att grovt oaktsamhetsbrott regleras i 3 a §.

I bestämmelsens första stycke räknas fem olika gärningar upp i fem punkter i fallande ordning efter hur kvalificerade de är. Enbart innehav av narkotika, utan något annat uppsåt än att personen själv ska använda narkotikan, är den minst kvalificerade gärningsformen.[3] Av bestämmelsens andra stycke framgår att om en gärning som om-

[2] Se de allmänna kraven om påföljder i 1 kap. 1 och 2 §§ brottsbalken.
[3] Prop. 1982/83:141 om ändringar i narkotikastrafflagen s. 32 och 35.

fattas av första stycket innebär att gärningsmannen säljer narkotika eller annars befattar sig med narkotika som är avsedd att säljas ska en särskild straffskala tillämpas. Detsamma gäller enligt tredje stycket om någon olovligen bjuder ut narkotika till försäljning, förvarar eller befordrar vederlag för narkotika, förmedlar kontakter mellan säljare och köpare eller företar någon annan sådan åtgärd, om förfarandet är ägnat att främja narkotikahandel.

Om det blir konkurrens mellan de olika punkterna gäller subsidiaritet, det vill säga att det i första hand döms för överlåtelse, i andra hand för framställning och därefter någon av de andra gärningarna. Är det aktuellt med flera delar kan det dömas till ansvar enligt flera punkter i konkurrens.[4]

Det finns även praxis som anger att den som har brukat narkotika som tidigare utgjort del av eget innehav av narkotika ska dömas endast för straffbart innehav, vilket innebär att det straffbara bruket konsumeras av innehavet.[5]

Vad som är narkotika i juridisk mening framgår av 8 § NSL:

> Med narkotika förstås i denna lag läkemedel eller hälsofarliga varor med beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter eller varor som med lätthet kan omvandlas till varor med sådana egenskaper eller effekter och som på sådan grund är föremål för kontroll enligt en internationell överenskommelse som Sverige har biträtt, eller av regeringen har förklarats vara att anse som narkotika enligt lagen.

Ett preparat är narkotika i juridisk mening om förutsättningarna som anges i bestämmelsen är uppfyllda. Narkotikaklassningen regleras i särskild lag med tillhörande förordning.[6,7]

9.4 Vad innebär de olika gärningarna i 1 § 1 st. narkotikastrafflagen

I lagbestämmelsen redovisas de fem olika kategorierna av hantering av narkotika som faller under NSL:s s tillämpningsområde:

- Överlåta. Alla former av överlåtelse avses. Begreppet *överlåtelse* anses ha samma innebörd som i civilrättsliga sammanhang, alltså

[4] A a s. 39.
[5] Se bl.a. *NJA 2017* s. 415.
[6] Lagen (1192:860) om kontroll av narkotika och förordningen (1992:1554) om kontroll av narkotika.
[7] Svensson, E. (2021). *Special Straffrätt 1*, s. 36.

försäljning, byte, gåva eller annat förfarande varigenom äganderätten överförs till någon annan.[8]

- Framställa narkotika som är avsedd för missbruk. Med *framställning* menas också sådan framställning som sker genom odling av narkotiska växter. Den ska också vara avsedd för missbruk, det vill säga att det saknas stöd för att framställa preparat för annat ändamål, exempelvis ordination. Framställningen kan vara för eget eller annans missbruk.[9]
- Förvärva narkotika i överlåtelsesyfte. Med *förvärv* av narkotika menas olika åtgärder som gör att någon får äganderätt till narkotikan. Om förvärvet gäller narkotika som är avsedd för eget bruk är i normalfallet inte denna punkt tillämplig; däremot räcker det att en liten del av den förvärvade narkotikan är avsedd att överlåtas. Det blir därför aktuellt med ansvarsutkrävande om någon förvärvar narkotika som ska användas av en mindre grupp personer vid ett enstaka tillfälle.[10]
- Anskaffa, bearbeta, förpacka, transportera, förvara eller ta annan sådan befattning med narkotika som inte är avsedd för eget bruk. Det krävs att speciella och någorlunda ingripande åtgärder har vidtagits eller, om gärningen inte fullbordats, har varit avsedda att vidtas.[11]
- Inneha, bruka eller ta annan befattning med narkotika. All form av olovligt handhavande av narkotika – oavsett om det sker i samband med egen användning eller på annat sätt är straffbart. Även själva bruket som sådant är att anse som befattning med narkotika. Den som exempelvis låter någon annan injicera narkotika på sig själv kan således straffas för detta under förutsättning att de subjektiva rekvisiten är uppfyllda. Med innehav avses i princip att någon har narkotika i sin besittning på så sätt att han eller hon har möjlighet att utöva faktisk rådighet över narkotikan.[12]

[8] Se Åberg. *Narkotikastrafflagen (1968:64), författningskommentar Karnov (JUNO)*. Besökt 2022-11-21.
[9] Ibid.
[10] Ibid.
[11] Ibid. Se även se prop. 1982/83:141 s. 18 f. och 33 f.
[12] Se Åberg. *Narkotikastrafflagen (1968:64), författningskommentar Karnov (JUNO)*. Besökt 2022-11-21.

Personen ska ha uppsåt till att det är ett visst ämne eller en viss substans men behöver inte själv ha klassat det som narkotika. Omvänt gäller att personen kan veta att det är narkotika men inte vilken substans det handlar om.[13]

9.5 Straffskalorna för narkotikabrott

Straffskalorna för de olika narkotikabrotten regleras i 1–4 §§ narkotikastrafflagen. Den som olovligen överlåter narkotika, framställer, förvärvar narkotika i överlåtelsesyfte, anskaffar, bearbetar, förpackar, transporterar, förvarar eller tar annan sådan befattning med narkotika som inte är avsedd för eget bruk, eller innehar, brukar eller tar annan befattning med narkotika, döms, om gärningen sker uppsåtligen, för narkotikabrott till fängelse i högst tre år enligt 1 § första stycket narkotikastrafflagen. Om en gärning som omfattas av första stycket innebär att gärningsmannen säljer narkotika eller annars befattar sig med narkotika som är avsedd att säljas döms, enligt andra stycket, i stället till fängelse i lägst sex månader och högst tre år. Samma straffskala gäller enligt tredje stycket om någon olovligen bjuder ut narkotika till försäljning, förvarar eller befordrar vederlag för narkotika, förmedlar kontakter mellan säljare och köpare eller företar någon annan sådan åtgärd, om förfarandet är ägnat att främja narkotikahandel.

Straffskalan för ringa narkotikabrott är böter eller fängelse i högst sex månader (se 2 § narkotikastrafflagen).

Av 3 § första stycket narkotikastrafflagen framgår vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda för att ett brott mot 1 § första stycket i samma lag är att anse som grovt:

> Är brott som avses i 1 § första stycket att anse som grovt, döms för grovt narkotikabrott till fängelse i lägst två och högst sju år. Vid bedömningen av om brottet är grovt ska det särskilt beaktas om brottet har utgjort ett led i en verksamhet som bedrivits i större omfattning eller yrkesmässigt, avsett en särskilt stor mängd narkotika eller annars varit av särskilt farlig eller hänsynslös art.

I 3 § andra stycket framgår förutsättningarna för att dömas för ett synnerligen grovt narkotikabrott:

[13] Svensson, E. (2021) *Specialstraffrätt 1*, s. 43.

> Är brottet att anse som synnerligen grovt, döms för synnerligen grovt narkotikabrott till fängelse i lägst sex och högst tio år. Vid bedömningen av om brottet är synnerligen grovt ska det särskilt beaktas om brottet har utgjort ett led i en verksamhet som utövats i organiserad form i syfte att i stor omfattning bedriva handel med narkotika, avsett en synnerligen stor mängd narkotika eller annars varit av synnerligen farlig eller hänsynslös art.

I 3 a § narkotikastrafflagen regleras brottstypen *vårdslöshet med narkotika*, som är oaktsamhetsvarianten av narkotikabrott. Den som av grov oaktsamhet begår gärning som avses i 1 § första stycket punkterna 1–4, andra eller tredje stycket döms för vårdslöshet med narkotika till böter eller fängelse i högst ett år. I ringa fall döms inte till ansvar för fall av grov oaktsamhet.

Narkotikaprekursorer är ämnen som kan användas vid framställning av narkotika. Vilka ämnen om omfattas framgår av 9 § narkotikastrafflagen, som i sin tur hänvisar till EU-rättsliga förordningar.[14] 3 b § är en särskild straffbestämmelse som innebär att den som på olika sätt tar befattning med narkotikaprekursorer som är avsedda för olovlig framställning av narkotika döms till fängelse i högst två år. Om brottet är att anse som ringa döms till sex månaders fängelse och vid grovt brott till högst sex år.

Av 4 § första stycket narkotikastrafflagen framgår att försök och förberedelse till narkotikabrott, ringa narkotikabrott, grovt narkotikabrott och synnerligen grovt narkotikabrott liksom stämpling till narkotikabrott är straffbara gärningar. För att fällas till ansvar förutsätts i denna bestämmelse att gärningen avsett annat än bruk av narkotika. Av bestämmelsens andra stycke följer att försök till olovlig befattning med narkotikaprekursorer i vissa fall är kriminaliserat.

I 5 § regleras vad som gäller om flera medverkat till brott.

9.6 Internationella konventioner

Sverige har anslutit sig till de tre i dag gällande internationella narkotikakonventionerna:

- FN:s allmänna narkotikakonvention från 1961 med 1972 års tillägg
- 1971 års FN-konvention om psykotropa ämnen

[14] Svensson, E. (2021). *Specialstraffrätt 1*, s. 43.

- 1988 års FN-konvention mot olaglig hantering av narkotika och psykotropa ämnen.

FN:s konventioner verkställs genom nationell lagstiftning. Konventionerna medger nationella ställningstaganden i narkotikafrågan, men det förutsätts att konventionerna tillämpas lojalt av parterna. FN:s konventioner förpliktar inte uttryckligen parterna till att kriminalisera användande av narkotika.[15]

1961 års allmänna narkotikakonvention

1961 års allmänna narkotikakonvention behandlar de så kallade egentliga narkotiska preparaten, det vill säga opium, heroin, fentanyl, metadon, cannabis, kokablad och kokain. Konventionen har syftet att både säkra tillgången till narkotika för medicinsk och vetenskaplig användning, och förhindra produktion och spridning för andra ändamål. Genom att ansluta sig till konventionen har Sverige förbundit sig att straffbelägga vissa förfaranden för att motverka olaglig narkotikahantering. Av artikel 36 i konventionen framgår följande:

> 1 a) Varje part skall, under vederbörligt hänsynstagande till sina konstitutionella förhållanden, vidta nödvändiga åtgärder för att odling, produktion, tillverkning, extraktion, beredning, innehav, erbjudande, utbjudande till försäljning, distribution, köp, försäljning, överlåtelse av varje slag, förmedling, försändelse, transitering, transport, import och export av narkotika i strid med bestämmelserna i denna konvention samt varje annan handling, som enligt sagda parts åsikt är i strid med bestämmelserna i denna konvention, skola utgöra straffbara brott, när de begås avsiktligt, och att allvarliga brott skola vara belagda med adekvata straff, företrädesvis med fängelse eller andra frihetsberövande straff.
>
> 2 a) Oavsett bestämmelserna i föregående punkt kan parterna, när en person som är beroende av narkotika begått sådana brott, föreskriva att dessa personer antingen som ett alternativ till dom eller straff eller som ett tillägg till dom eller straff, skola bli föremål för behandling, utbildning, eftervård, rehabilitering och social återanpassning i överensstämmelse med paragraf 1 av artikel 38.[16]

[15] Red. Henrik Tham. (2003). Kriminologiska institutionen. *Forskare om narkotikapolitiken*.
[16] UNTC, *Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, Geneva, 25 March 1972.*

1971 års konvention om psykotropa ämnen

1971 års konvention om psykotropa ämnen syftar till att kontrollera hallucinogener, centralstimulantia, sömnmedel och lugnande medel till exempel psykedeliska substanser, amfetaminer, barbiturater och bensodiazepiner. Konventionen är liknande uppbyggd som 1961 års konvention.

1988 års narkotikabrottskonvention

1988 års narkotikabrottskonvention kompletterar de två tidigare konventionerna genom att den är inriktad på att motverka den olagliga hanteringen.[17] Konventionen förpliktar parterna till att straffbelägga inte bara illegal framställning, försäljning och innehav, utan också förfaranden som innebär hjälp att dölja eller omsätta vinsterna från den illegala marknaden.

Konventionen innehåller bland annat bestämmelser om utlämning och inbördes rättshjälp, förverkande, narkotikarelaterad penningtvätt och olaglig handel. I konventionen finns också bestämmelser om vissa kemiska ämnen som i och för sig har en omfattande legal användning men som samtidigt kan användas vid framställning av narkotika eller psykotropa ämnen.

9.7 Kriminaliseringen av innehav och eget bruk – historik

1968 – första narkotikastrafflagen och kriminalisering av innehav

Innan NSL tillkom fanns bestämmelser om straff för olaga tillverkning, saluhållande, överlåtelse och innehav av narkotika i narkotikaförordningen.[18] 1968 års narkotikastrafflag syftade till att minska tillgången till narkotika och säkerställa att personer med missbruk skulle kunna söka vård.

NSL innebar att narkotikabrott blev en särskild straffbar företeelse. Straffet var antingen böter eller fängelse i upp till två år för brott av normalgraden, eller fängelse i minst sex månader och upp till fyra

[17] Se Prop. 1990/91:127. *Om Sveriges tillträde till FN:s narkotikabrottskonvention, m.m.*
[18] Prop. 1968:7, s. 2.

år för grovt brott. Det som numera rubriceras ringa narkotikabrott rubricerades narkotikaförseelse.

Enbart eget bruk var inte straffbelagt. Vid denna tidpunkt gjordes bedömningen att kriminalisering av eget bruk skulle få till följd att en person med skadligt bruk eller beroende inte skulle våga söka vård av rädsla för att ange sig själv för brott och drabbas av en påföljd.[19] I linje med detta infördes en straffbestämmelse om innehav av narkotika och även andra kategorier av narkotikabrott, dock inte eget bruk.

1980-talet – utredningar om kriminalisering av eget bruk

Frågan om kriminalisering av eget bruk fortsatte att utredas under 80-talet. I prop. 1982/83:141, *Om ändringar i NSL*, uttalades att det fanns olika skäl av betydande styrka som talade mot en kriminalisering av eget bruk.[20] Ett argument som talade för en kriminalisering var att den innebar en signal för samhällets avståndstagande mot narkotika och skulle fylla en preventiv funktion gentemot ungdomar.

Narkotikakommissionen[21] framförde bevismässiga svårigheter att styrka ett innehav och menade att det var lättare att styrka att någon använt narkotika. Kommissionen menade dock att det skulle vara integritetskränkande och att eget bruk inte skulle kriminaliseras.[22] Frågan om svårigheterna att bedöma det straffrättsliga området mellan innehav och eget bruk blev föremål för ytterligare utredning av riksåklagaren. Slutsatsen var att det fanns ett visst utrymme för att göra olika rättsliga bedömningar om eget bruk skulle göras straffbart. Frågan behandlades också av riksdagen vid några tillfällen före den lagändring som kom till stånd 1988.

Högsta domstolen tog i två avgöranden år 1983 ställning till frågan om huruvida en hantering av narkotika i direkt anslutning till användning skulle anses utgöra innehav i NSL:s mening. Båda målen rörde personer som uppgett att de blivit bjudna på narkotika. Högsta domstolen konstaterade att användning av narkotika då inte var straffbelagt men att innehav av narkotika inte var straffritt, även om den innehades för eget bruk. Högsta domstolen kom fram till att det fanns

[19] Se bl.a. Prop. 1968:68 s. 21.
[20] prop. 1982/83:114 s. 12.
[21] Narkotikakommissionen var en av regeringen tillsatt kommission, som skulle komma med förslag om åtgärder i arbetet mot narkotika. Kommissionen var aktiv mellan 1982 och 1984.
[22] Aa. s. 25 och *Narkotikastrafflagen m.m. Narkotikakommissionen*, PM nr 8 december 1983.

utrymme för olika bedömningar för gränsen mellan innehav och bruk.[23] Rättsligt sett hängde innehavet och det egna bruket intimt samman.

1988 – lagändring: eget bruk kriminaliseras

I prop. 1987/88:71, *Om ändringar i NSL*, föreslogs att även själva användningen av narkotika skulle falla inom det kriminaliserade området. Mot bakgrund av detta tog Justitiedepartementet fram en promemoria med förslag om att all befattning med narkotika borde kriminaliseras. Förslaget blev omdiskuterat. Det framfördes bland annat att missbrukares vårdmotivation skulle äventyras och att det var emot straffrättsliga principer att straffbelägga handlingar riktade mot den egna rättssfären.

Förslaget gick igenom, och det egna bruket kriminaliserades genom en lagändring som trädde i kraft den 1 juli 1988.[24] Att en utvidgad kriminalisering skulle återverka negativt på missbrukarens ambitioner och ansträngningar att söka vård löstes med en regel om ansvarsfrihet. Regeln gällde om den misstänkta personen när gärningen upptäcktes hade sökt eller underkastat sig vård och behandling.[25] Vi har inte kunnat få fram uppgifter om hur regeln om ansvarsfrihet tillämpades.

Lagändringen innebar att 1 § NSL ändrades till att även gälla den som innehade, brukade eller tog annan befattning med narkotika. Straffet för eget bruk sattes till böter.

1990-talet – straffskärpning för innehav och eget bruk

Under åren efter kriminaliseringen debatterades särregleringen av det egna bruket, och argument framfördes för att det i princip är ett fullföljande av den brottsliga gärningen innehav, som hade sex månaders fängelse i straffskalan. På 1990-talet behandlades kriminalisering av eget bruk på nytt i riksdagen. Det resulterade i att ansvarsfrihetsregeln avskaffades 1993.[26]

Avskaffandet av ansvarsfrihetsregeln motiverades bland annat av att en särreglering av detta slag är främmande för det straffrättsliga

[23] NJA 1983 s. 893 och 1983 s. 887.
[24] Prop. 1987/88:71, bet. 1987/88:JuU13, rskr. 280.
[25] A a. s. 22 och prop. 1987/88;71 s. 22.
[26] Prop. 1992/93:142.

systemet, eftersom den inte är knuten till några egentliga omständigheter vid brottet utan till förhållanden som kan inträffa långt senare (prop. 1992/93:142 s. 18). Till bemötande av synpunkter anförde lagstiftaren vidare att de allmänna reglerna om åtalsunderlåtelse var tillräckliga för att personer med beroende skulle kunna erbjudas vård. Skillnaden mellan innehav och bruk diskuterades, och den bedömes vara liten eftersom innehav sågs som ett led i att kunna bruka narkotika. Huvudpåföljden för eget bruk skulle fortsatt vara böter, men en differentierad påföljdspraxis förutsatte att straffskalan skulle innehålla fängelse.[27] Genom att fängelse infördes i straffskalan erhöll polisen befogenhet att genomföra kroppsvisitation, samt kroppsbesiktning i form av urin- och blodprov vid skälig misstanke om narkotikabrott. Det blev också möjligt med husrannsakan vid misstanke om ringa narkotikabrott.

Syftet med lagändringen var också att tidigt kunna ingripa för att förhindra att unga människor fastnade i missbruk, och att förbättra behandlingen av missbrukare som avtjänade straff (vilket i och för sig redan var möjligt genom att både bruk och innehav var straffbara handlingar).[28]

Även andra omständigheter skulle kunna beaktas vid bedömningen av straffvärdet, även om sort och mängd fortfarande bedömdes vara avgörande. Vad gäller eget bruk och innehav av narkotika med ändamål att bruka narkotikan själv framhölls dock i förarbetena att den lindrigaste påföljden – böter – skulle reserveras för sådan brottslighet. I praktiken innebar straffskärpningen att straffet för eget bruk bestämdes till böter, oftast 30 dagsböter, enligt tabeller[29] där substansens farlighet och gärningens straffvärde bedömdes.

2010-talet – ändrad praxis

Enligt tidigare praxis var sorten och mängden narkotika i princip avgörande för rubriceringen av brottet och bedömningen av straffvärdet. Domstolarna hade utformat tabeller för straffvärdet som angav den sort och mängd narkotika som ledde till en viss påföljd. Rättstillämpningen var förutsägbar och enhetlig, och hela straffskalan utnyttjades. Samtidigt beaktades inte andra omständigheter vid brotts-

[27] Aa. s. 33. Och NJA 2005 s 348.
[28] Aa. s. 33 och prop 1992/93:142 s. 18 ff.
[29] Drogpraxisgruppens tabeller tas fram av ett nätverk utsett av domstolarna.

tillfället, och de avspeglades därför inte heller i bedömningen av brottet. Frågan blev föremål för Högsta domstolens prövning i ”Mefedrondomen” NJA 2011 s. 357. Domen kom att bli startpunkten för en ny praxis som innebär att alla omständigheter av betydelse på ett nyanserat sätt ska beaktas vid bedömningen av brottets gradindelning och straffvärdet.

2023 – skärpt straffrättslig reaktion för vissa narkotikabrott

I prop. 2022/23:53, *Skärpta straff för brott i kriminella nätverk*, beskriver regeringen att syftet med en skärpt straffrättslig reaktion för vissa narkotikabrott är att markera allvaret i brott som begås i kriminella nätverk och vid kriminella uppgörelser. Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2023.

I propositionen anser regeringen att det finns behov av strängare rättslig reaktion vid narkotikabrott som tar sikte på försäljning av narkotika. Motivet är att narkotikahandel är vanlig i, och en central del av, de kriminella nätverkens aktiviteter, där narkotikaförsäljning också utgör en betydande inkomstkälla och att förekomsten påverkar tryggheten i olika delar av samhället. Det beskrivs därför som en viktig del av att bekämpa de kriminella nätverken.

De nya bestämmelserna innebär dels att straffet skärps för brott som tar sikte på försäljning, dels att beställning av narkotika för eget bruk kriminaliseras såsom försöksbrott. För brott som är relaterade till försäljning föreslås en straffskala på fängelse i lägst sex månader och högst tre år. Straffskalan för försöksbrott till narkotikabrott av normalgraden samt försök och förberedelse till ringa narkotikabrott vad avser innehav är böter eller fängelse i upp till sex månader. Försök och förberedelse till eget bruk kriminaliserades inte.

9.7.1 Lagstiftarens skäl till kriminaliseringen och straffskärpningen 1988 respektive 1993

Redan innan eget bruk kriminaliserades 1988, skärpte dåvarande riksåklagare praxis för tillämpningen av åtalsunderlåtelser.[30] Motiveringen till detta var att man i större utsträckning skulle kunna komma åt narkotikaförsäljningen om fler fall av ringa narkotikabrott behand-

[30] Riksåklagarens cirkulär RÅC 1:94.

lades i domstol. Det förekom en teori om att även försäljare av narkotika anpassat sig efter lagstiftningen, på så sätt att de endast bar med sig sådana mängder som motsvarade ringa narkotikabrott.

Riksåklagaren anförde vidare att framför allt cannabis hade spritt sig till nya grupper av socialt etablerade vuxna personer, och ansåg att för dessa grupper kunde bötesstraff vara lämpligt ur både individpreventivt[31] och allmänpreventivt[32] perspektiv.

Under 80-talet pågick en allmän straffskärpning av narkotikabrott. Exempelvis skärptes straffen för narkotikabrott av normalgraden och grovt brott 1981.[33]

Som argument för en kriminalisering av eget bruk framfördes i propositionen 1987/88:71 *Om ändringar i narkotikastrafflagen*, bland annat vikten av att narkotikapolitiken sänder tydliga signaler om samhällets konsekventa avståndstagande från allt olovligt narkotikabruk, och att en straffri zon för eget bruk riskerade att bidra till en bristande tilltro till rättsväsendet och dess möjlighet att stävja narkotikabrukets utbredning.[34] Man nämnde även att man inte kunde utesluta att en kriminalisering av eget bruk skulle medföra en preventiv effekt på särskilt unga personer.

I propositionen argumenterades även att innehav av narkotika varit kriminaliserat sedan 1968, och att det endast i undantagsfall kan förekomma situationer där eget bruk inte föregås av innehav.

9.7.2 Argument som framfördes mot kriminaliseringen

Fram till 1980-talet var en avsikt med narkotikalagstiftningen och hur den tillämpades att den inte skulle förhindra att personer med skadligt bruk eller beroende som sökt vård fick vård. Under straffskärpningarna på 80-talet och 90-talet tycks den avsikten ha förändrats. Syftet med NSL har därefter varit att den ska verka avskräckande och signalera samhällets syn på att all olovlig narkotikahantering ska beivras.

Under debatten och i förarbetena till kriminaliseringen av eget bruk diskuterades tre huvudsakliga argument mot en kriminalisering:

[31] Individualprevention avser den verkan som främst bestraffningen har på den kriminelles beteende.
[32] Allmänprevention är en övergripande straffrättsideologisk teori om hur allmänheten skall avskräckas från att begå brott i framtiden.
[33] Prop. 1984/85:46, s. 13.
[34] Prop. 1987/88:71, s. 16.

- Risken för straff kan riskera att påverka den enskildes vilka från att söka hjälp.
- Upprätthållande av kriminalisering kräver stora resurser från framför allt polisen.
- Det strider mot svensk rättstradition att straffbelägga en handling som riktar sig mot den egna personen.[35]

Det främsta argumentet mot en kriminalisering av eget bruk har varit att det påverkar såväl den enskilda personens vilja att söka vård som samhällets möjlighet att bereda vård för den som är beroende av narkotika. Det löstes som beskrivs ovan med en ansvarsfrihetsregel för vissa situationer då personen frivilligt underkastat sig vård. Regeln utmönstrades dock i samband med straffskärpningen 1993. Förutom den utvärdering Brå genomförde på 2000-talet finns det inga officiella utvärderingar av om och i så fall i vilken utsträckning kriminaliseringen har påverkat viljan att söka vård.[36]

Riksåklagaren och Brå anförde i förarbetena till kriminaliseringen att en kriminalisering av eget brott är en kriminalisering av en handling riktad enbart mot den egna personen, vilket strider mot svenska straffrättsliga principer. Lagstiftaren bemötte detta med att det är rimligt att straffbelägga brott mot den egna personen om de även kränker andra skyddsvärda intressen.[37]

Ett annat argument mot en kriminalisering av eget bruk var att eget bruk i sig inte leder till att samhället kan komma åt försäljningen på samma sätt som när det gäller innehav.

[35] Remissvar från bl.a. Riksåklagaren och Brå.
[36] Brå (2000). *Kriminaliseringen av narkotikabruk.*
[37] Prop. 1987/88:71. *Om ändringar i narkotikastrafflagen* (1968:64).

10 Rättsprocessen – de olika aktörernas ansvar samt statistik för narkotikabrott

I detta kapitel beskrivs regleringen för vuxna och barn som begått narkotikabrott, och de olika aktörernas roller: polis, åklagare, domstol och kriminalvård. Vi beskriver vilka påföljder som är aktuella vid narkotikabrott, vem som ansvarar för verkställighet och hur straffet kan verkställas. Vi redovisar också statistik vad gäller narkotikabrott, påföljder och vissa kostnader. Fokus är på ringa narkotikabrott, men i vissa fall beskrivs även påföljder och statistik för narkotikabrott av normalgraden eller där det samlade straffvärdet innebär att fängelse kan utdömas. Detta kapitel ska inte ses som en uttömmande beskrivning, utan vi har fokuserat på delar som vi ansett mest relevanta för det uppdrag vi har.

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) beskrivs inte i detta kapitel. Ett skäl till det är att ett beslut enligt LVM inte är kopplat till en straffrättslig process, eftersom LVM enbart är en vårdlag. Det går att läsa mer om LVM i Samsjuklighetsutredningens slutbetänkande.[1]

I kapitel 22 redovisar vi vår analys av om personer med skadligt bruk och narkotika får den vård och stöd de har behov av inom ramen för nuvarande straffrättsliga system. I samma kapitel redovisar vi även våra förslag och bedömningar som syftar till att personer som misstänks och döms för ringa narkotikabrott ska få det stöd de har behov av. Som inledning till kapitlet beskriver vi arbetet med de målbilder vi tagit fram tillsammans med personer med egen erfarenhet.

[1] SOU 2023:5. *Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.*

10.1 Polismyndighetens uppgifter

Polismyndigheten ska, i samarbete med andra relevanta myndigheter, genom sina insatser bidra till målet för kriminalpolitiken – att minska brottslighet och öka människors trygghet.[2] Till Polismyndighetens uppgifter hör bland annat att förebygga, förhindra och upptäcka brott, liksom att utreda och beivra brott som hör under allmänt åtal. Polismyndighetens uppgifter framgår av ett flertal författningar, bl.a. polislagen (1984:387) och förordningen (2022:1718) med instruktion för Polismyndigheten. Polismyndighetens brottsbekämpning inom narkotikaområdet sker bland att genom att fokusera på de centrala drivkrafterna för aktörer inom organiserad brottslighet; att tjäna pengar (kriminell ekonomi), att ha ett verkningsfullt våldskapital (dödligt våld i kriminell miljö) och att expandera sin brottsliga verksamhet (illegala flödena över gräns).[3]

Vid misstänkt narkotikabrott

Polisen arbetar ofta med riktade insatser mot miljöer och arenor där narkotika vanligen förekommer. Arbetet på lokal nivå handlar om att dels identifiera och lagföra lokala kriminella narkotikaaktörer, dels göra allmänheten medveten om riskerna med att hantera och använda narkotika. Målet är att minska exponeringen för narkotika och nyrekryteringen till narkotikabruk.

I Polismyndighetens strategiska verksamhetsplan 2020–2024 anges att aktiviteter ska genomföras för att reducera antalet områden som myndigheten bedömt som utsatta, och bidra till att inga nya utsatta områden tillkommer. Den situation som råder i utsatta områden, med bland annat narkotikahandel och ökad otrygghet i lokalsamhället, ska brytas.[4]

Före ombildningen av Polismyndigheten 2015 fanns det flera specialenheter som arbetade med narkotika, med poliser specialiserade inom området. I samband med att den nya organisationen trädde i kraft togs den funktionen bort.

Enligt Polismyndighetens strategi för sitt arbete med narkotikabekämpning ska följande områden prioriteras:

[2] Polismyndigheten. https://polisen.se/om-polisen/uppdrag-och-mal/. Besökt 2023-06-15.
[3] Enligt uppgifter från Polismyndigheten till utredningen.
[4] Polismyndigheten (2023). *Polismyndighetens strategiska verksamhetsplan 2020–2024.*

- Särskilda lokala fokusgrupper för att arbeta mot narkotika, vapen- och våldsbrottslighet kan införas vid behov. Fokusgruppernas arbete ska utgå från den lokala lägesbilden.
- För att ytterligare öka tryggheten ska Polismyndigheten arbeta för att reducera antalet platser och miljöer där öppen narkotikaförsäljning och narkotikaanvändning förekommer. Syftet är att minska tillgången till, efterfrågan på och exponeringen för narkotika i samhället.
- Polismyndigheten ska prioritera att bidra till att de kriminella aktörer som levererar narkotika till öppna narkotikamarknader lagförs.[5]

Regeringsuppdrag att förstärka bekämpningen av den illegala handeln med narkotika

I syfte att minska tillgången till narkotika och därmed försvåra missbruk av narkotika uppdrog regeringen den 15 augusti 2019 åt Polismyndigheten att förstärka och utveckla bekämpningen av illegal handel med narkotika, inbegripet narkotikaklassade läkemedel. Polismyndigheten redovisade arbetet i januari 2022.[6] I rapporten beskriver myndigheten ett antal områden där initiativ har tagits eller där behov av åtgärder finns. Nedan följer några exempel på sådana områden:

- initiativ till ett systematiskt och strukturerat samarbete med Tullverket
- initiativ till en ny funktion som mer systematiskt ska bedriva arbete med omvärldsanalys, strategisk analys och strategiskt framsynsarbete
- utbildningssatsningar i de digitala verktyg som används vid digital narkotikahandel, såsom kryptovalutor.

[5] Polismyndigheten (2019). *Polismyndighetens strategi för narkotikabekämpning, PM 2019:15.*
[6] Polismyndigheten (2022). *Uppdrag till Polismyndigheten att förstärka bekämpningen av den illegala handelns med narkotika.*

Statistik över Polismyndighetens arbete med narkotikabrott 2022

Av Polismyndighetens nationella uppföljning av det brottsförebyggande arbetet 2022 framgår att cirka en tredjedel av de brottsförebyggande insatserna i lokalpolisområdena riktar sig mot narkotikabrott.[7]

Polismyndighetens arbete med nollvisionen i trafiken består till stor del av att minska antalet förare som är påverkade av alkohol eller narkotika. I sin årsredovisning beskriver Polismyndigheten att myndigheten kan bidra till att minska risken för återfall i rattfylleribrott, till exempel genom att använda metoden Samverkan mot alkohol och droger i trafiken (SMADIT), som genomförs i samverkan med bland andra Folkhälsomyndigheten. Arbetssättet innebär att personer som ertappats för ratt, drogratt- eller sjöfylleri ges ett erbjudande om en vårdkontakt för att få hjälp med att bryta sitt skadliga bruk eller beroende av alkohol eller narkotika. Mellan 2021 och 2022 minskade antalet rapporterade drograttfylleribrott med 2 120 fall till 12 040 fall, vilket motsvarar en minskning om 15 procent. Antalet anmälda drograttfylleribrott överstiger dock antalet anmälda brott om rattfylleri och grovt rattfylleri som 2022 uppgick till 9 774 stycken. Majoriteten av anmälda rattfylleribrott avser alltså narkotikapåverkan.[8]

I vissa fall får polisen antingen avstå från att inleda brottsutredning eller lägga ned en pågående brottsutredning, så kallad förundersökningsbegränsning. Antalet förundersökningsbegränsningar ökade 2022 i alla kategorier utom för just narkotikabrott och trafikbrott. Det beror troligtvis på införandet av arbetsmetoden *snabbare lagföring* för dessa kategorier. Vi beskriver förundersökningsbegränsningar närmare i avsnitt 10.3.

Lagföringskvoten för narkotikabrott var 2022 cirka 97 procent, vilket är relativt högt jämfört med andra brottskategorier.[9] Med lagföringskvot avses hur stor andel av de fall som polisen redovisar till åklagare som leder till ett väckt åtal, strafföreläggande eller åtalsunderlåtelse. Den höga nivån beror troligtvis på att framför allt ringa narkotikabrott (eget bruk och innehav för eget bruk) är relativt lätt

[7] Polismyndigheten (2022). *Polismyndighetens nationella uppföljning av det brottsförebyggande arbetet 2022.*
[8] Polismyndigheten (2022). *Polismyndighetens årsredovisning 2022.*
[9] Polismyndigheten (2022). *Polismyndighetens årsredovisning 2022.*

uppklarade brott, då det finns en misstänkt och brott kan bevisas genom provtagning.

Kostnaden för ett utrett narkotikabrott 2022 var knappt 38 000 kronor, vilket är en ökning med knappt 2 500 kronor från 2021.[10] Detta är ett genomsnitt för alla narkotikabrott, och vi har inte kunnat få fram en kostnad specifikt för ringa narkotikabrott. Kostnaden för ringa narkotikabrott bör rimligtvis vara lägre, även om provtagning och analys medför en relativt hög kostnad även för ringa brott.

Lag om omhändertagande av berusade personer

Enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB), får polis omhänderta den som anträffas så berusad av alkoholdrycker eller annat berusningsmedel att han eller hon inte kan ta hand om sig själv eller annars utgör en fara för sig själv eller annan (1 §). Om det behövs med hänsyn till personens tillstånd ska han eller hon så snart det kan ske undersökas av läkare (3 §).

En omhändertagen person som inte bereds vård på sjukhus eller någon annan vårdinrättning, inte tas om hand på något annat sätt och inte heller kan friges, får hållas kvar och får då tas i förvar om det är nödvändigt med hänsyn till ordning och säkerhet (4 §). LOB är tillämplig även när berusningen har orsakats av narkotika. En anmälan ska då som regel upprättas av polisen om misstanke om narkotikabrott.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys visade 2017 i rapporten *En lob i mål* att den absoluta majoriteten av omhändertagandena enligt LOB sker på grund av berusning med alkohol (96 procent). Dock bygger detta som regel på de uppgifter den omhändertagna själv ger till polisen. Eftersom narkotikabrott är olagligt är det sannolikt att många inte uppger andra berusningsmedel än alkohol när de omhändertas.

Mellan 2012 och 2022 dog 49 personer i polisens arrest.[11] Men det innefattar även personer som befunnit sig i arresten av andra skäl än LOB. Lagstiftningens utgångspunkt är att de personer som omhändertas ska beredas vård och inte förvaras i polisarrest. Så ser det emellertid inte ut i praktiken. Statistik från bland annat Polismyndig-

[10] Polismyndigheten (2022). *Polismyndighetens årsredovisning 2022.*
[11] Polismyndigheten (2023). *Faktablad arrest A406.716/2023.*

heten visar att endast cirka 20 procent av de personer som omhändertas enligt LOB får vård, och att resterade 80 procent sätts i polisarrest.

2021 omhändertogs cirka 51 000 personer av polisen med stöd av LOB. Justitieombudsmannen (JO) har vid flera tillfällen uttalat att personer som omhändertas för berusning som regel bör komma under medicinsk övervakning, och har i beslut riktat kritik mot Polismyndigheten för bristande tillsyn vid omhändertaganden.[12]

Polismyndigheten inkom den 16 juni 2022 med en hemställan till Regeringskansliet om att förtydliga ansvarsfördelningen för omhändertagande av berusade personer.[13] Hemställan bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Samsjuklighetsutredningen har i sitt slutbetänkande, *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja* (SOU 2023:5), föreslagit att hälso- och sjukvårdens ansvar för personer som omhändertas enligt LOB ska förtydligas.

Rapporteftergift

En polis som får kännedom om ett brott som hör under allmänt åtal ska som regel rapportera brottet. Enligt 9 § polislagen (1984:387) får dock polisen besluta om att inte rapportera ett brott som ”med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet är obetydligt och det är uppenbart att brottet inte skulle föranleda annan påföljd än böter”. Det finns alltså två rekvisit i polislagens 9 § som reglerar under vilka omständigheter som rapporteftergift får ges. Det ena är att brottet ska vara obetydligt och det andra är att det ska vara ett brott som uppenbart bedöms föranleda böter. Rapporteftergift motsvarar inte åklagarens möjlighet till åtalsunderlåtelse, utan åklagarens rätt sträcker sig betydligt längre. Se mer nedan under avsnitt om åtalsunderlåtelse.

Rapporteftergift används enligt äldre statistik framför allt för snatteri (90–95 procent under åren 1980–1998).[14] I kontakt med Polismyndigheten har det framkommit att rapporteftergifter inte registreras på ett sådant sätt att de är sökbara, och vi har därför inte kunnat få fram någon aktuell statistik om tillämpningen.

[12] T.ex. JO dnr 3622-2017.
[13] Dnr A334.586/2022.
[14] Lindström, P. (1999). *Innebär färre rapporteftergifter och åtalsunderlåtelser minskad brottslighet och ökad trygghet* s. 145–148.

I dialog med enskilda poliser har det framkommit att rapporteftergift vid narkotikabrott framför allt används när det gäller vuxna personer med en välkänd skadligt bruk eller beroende av narkotika hos både polisen och socialtjänsten eller hälso- och sjukvården, och där man bedömer att det inte är rimligt att personen döms till böter vid ytterligare ett tillfälle. Vår bedömning är att rapporteftergift hanteras olika i olika regioner och av olika poliser.

Brottsutredning och överlämnande till åklagare

Efter de första polisära åtgärderna fortsätter polisen att utreda brott. När brottsutredningen (förundersökningen) är klar avgör åklagaren om denne ska väcka åtal eller inte. För narkotikabrottet eget bruk är analysresultatet av urin- eller blodprovet av avgörande betydelse och är en del av stämningsansökan.

10.2 Åklagarens uppgifter

Åklagarens uppgift är att leda förundersökningen av ett brott, att besluta om åtal ska väckas och att föra talan i domstolen. Åklagarmyndigheten består av 31 allmänna åklagarkammare, fyra nationella riksenheter, Särskilda åklagarkammaren, ett utvecklingscentrum samt huvudkontoret med centrala lednings- och stödfunktioner. För brott av enklare beskaffenhet är en polis som regel förundersökningsledare.

Inom specialstraffrätten leder Polismyndigheten förundersökningen avseende alla brott där straffskalan uppgår till fängelse i högst sex månader, men även allvarligare brott inom exempelvis narkotikaområdet. Hit hör också narkotikabrott av normalgraden om det är fråga om överlåtelse, innehav eller bruk.[15]

10.2.1 Åklagaren är som regel skyldig att väcka åtal

I Sverige råder som regel absolut förundersöknings- och åtalsplikt. Enligt 23 kap. 1 § rättegångsbalken (1942:740), RB ska en förundersökning inledas när det finns anledning att anta att brott begåtts. En åklagare som har tillräckliga skäl för åtal är också i princip skyldig att

[15] ÅFS 2005:9.

väcka åtal (så kallad absolut åtalsplikt). Åklagaren är enligt 20 kap. 6 § RB skyldig att väcka åtal om en fällande dom på objektiva grunder kan förväntas. Åklagaren kan dock i vissa fall besluta om åtalsunderlåtelse.

Om åtal väcks för åklagaren talan vid domstolen. I många enklare fall kan åtalet ersättas av ett av åklagaren utfärdat strafföreläggande. Nedan går vi närmare igenom hur strafföreläggande och åtalsunderlåtelse fungerar och används för målgruppen.

Strafföreläggande

Det är inte alla misstänkta brott som leder till rättegång och dom. Brottsutredningen kan också leda till att åklagaren fattar beslut om strafföreläggande. Av strafföreläggandekungörelsen (1970:60) framgår att det är åklagare som bedömer om det finns förutsättningar för att utfärda ett strafföreläggande, vilket gäller brott som i normalfallet inte överstiger 40 dagsböter.[16]

Ett strafföreläggande har samma verkan som en dom och det antecknas i belastningsregistret. Skillnaden är att åklagaren inte väcker åtal och det blir därmed inte heller någon rättegång. En förutsättning för ett strafföreläggande är att den som misstänks för brottet har erkänt det, antingen omedelbart eller inom en viss angiven tidsperiod.

Åtalsunderlåtelse

I 20 kap. 7 § rättegångsbalken finns bestämmelser om möjligheterna att underlåta åtal mot misstänkt oavsett dennes ålder. Åtalsunderlåtelse innebär i korthet att brottet visserligen utreds, men att det varken blir åtal eller rättegång. Åtalsunderlåtelse har samma verkan som en dom, och brottet antecknas i belastningsregistret.

En förutsättning för åtalsunderlåtelse är att det står klart att ett brott har begåtts, oftast därför att den misstänkta personen har erkänt. Ett vanligt skäl för åtalsunderlåtelse är att personen nyligen har dömts för annan brottslighet och att det nya brottet inte skulle innebära att straffet skärptes. Åtalsunderlåtelse är också vanligt för ungdomar under 18 år.

[16] 1 § och 4§ strafföreläggandekungörelsen.

I avsnitt 10.2.1 går vi närmare igenom när beslut om åtalsunderlåtelse kan fattas på grund av att personen ska erbjudas psykiatrisk vård. I avsnitt 10.8 redovisas vård för unga och straffvarning.

Tabell 10.1 Åtalsunderlåtelse

	Straffvarning, 17 § LUL[a]	Ingen annan påföljd än böter, 20:7 p. 1 RB[b]	Om det kan antas att påföljden blir villkorlig dom 20:7 p. 2 RB[b]	Om den som misstänks begått annat brott, 20:7 p. 3 RB[b]	Om LPT[c] eller LSS[d] tillämpas, 20:7 p. 4 RB[b]	Andra särskilda skäl
Ringa narkotikabrott	712	82		3 085	2	
Narkotikabrott	10	1		139		

[a] Lagen (1964:167) med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare.
[b] Rättegångsbalken (1942:740).
[c] Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
[d] Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
Källa: Statistik från Brottsförebyggande rådet (Brå).

Som tabellen visar fattades beslut om åtalsunderlåtelse vid ringa narkotikabrott i cirka 4 000 fall under 2021. Det motsvarar cirka 15 procent av alla lagföringsbeslut på grund av ringa narkotikabrott 2021. Det absolut vanligaste skälet till åtalsunderlåtelse är att personen begått annat brott och det utöver påföljden för detta brott inte krävs påföljd med anledning av narkotikabrottet. Det kan till exempel vara fallet när en person nyligen har dömts för ett brott och det nya brottet inte skulle innebära att straffet skärptes.

10.3 Domstolens arbete och påföljdsbestämning

Efter att förundersökningen är avslutad kan åklagaren väcka åtal, besluta om strafföreläggande, besluta om åtalsunderlåtelse eller lägga ned förundersökningen. Om åtal väcks blir det rättegång i domstol. Ringa narkotikabrott har ofta ett relativt gott bevisläge. Ofta har den tilltalade erkänt brott eller så har narkotikabrott verifierats genom provtagning.

Om tingsrätten har dömt en person till böter eller frikänt personen för ett brott som kan ge högst sex månaders fängelse, krävs röv-

ningstillstånd för att målet ska tas upp i hovrätten (49 kap. 13 § RB). Det innebär att ärenden som rör ringa narkotikabrott som regel endast prövas av tingsrätterna.

I detta kapitel beskrivs inte processen kring grova och synnerligen grova narkotikabrott, eftersom vi har bedömt att det är ett område som är utanför vårt direktiv. Processen för dessa brott skiljer sig väsentligt från den för ringa narkotikabrott och narkotikabrott av normalgraden.

Allmänt om påföljder

Åtal vid narkotikabrott

De allmänna bestämmelserna om påföljder när domstol dömer till ansvar för brott finns i 1 kap. brottsbalken (1962:700), BrB. Med påföljd för brott avses straffen böter och fängelse samt villkorlig dom, skyddstillsyn och överlämnande till särskild vård (överlämnande till särskild vård i vissa fall, LVM och LRV, eller överlämnande till särskild vård för unga). Fängelse, villkorlig dom och skyddstillsyn regleras i 26–28 kap. brottsbalken. Fängelse är strängare straff än villkorlig dom och skyddstillsyn som båda är alternativa påföljder till fängelse som kan dömas ut när böter inte är tillräckligt som straff för gärningen.

Unga lagöverträdare, under 18 år (i vissa fall under 21 år), särbehandlas i påföljdssystemet. För unga lagöverträdare är det i första hand aktuellt med någon av de särskilda påföljderna: ungdomsvård, ungdomstjänst, ungdomsövervakning och sluten ungdomsvård.

Förutom straff kan brott, enligt vad som anges i författning, även föranleda förverkande av egendom, företagsbot eller annan särskild rättsverkan och skadeståndsskyldighet.

Domstolarnas rättstillämpning har stor betydelse för påföljdsbestämningen vid narkotikabrott. Före 2011 var Drogpraxisgruppens tabeller avgörande för brottsrubriceringen och bedömningen av straffvärdet. Tabellerna skapade enhetlighet och förutsebarhet, men följden blev att den rättsliga reaktionen på brottets svårighetsgrad inte motsvarade brottets art. Två brott kunde leda till samma påföljd även om motiv eller delaktighet varit helt olika. Det problem i rättstillämpningen som har växt fram genom Drogpraxisgruppens arbete framgår av följande uttalanden i prop. 2022/23:53 s. 94:

> Högsta domstolens avgöranden och den nya praxis som växt fram genom praxisomläggningen kan sammanfattas enligt följande. Både i fråga om gradindelning och straffvärde ska bedömningen ske på ett nyanserat sätt med beaktande av samtliga omständigheter som är av betydelse. Vid en given sort är mängden narkotika endast en faktor bland andra som ska inverka på bedömningen. Efter hand som en narkotikabrottslighet bör tillmätas ett högre straffvärde avtar betydelsen av sort och mängd som straffvärdefaktorer. De grova brotten är avsedda för de allvarligaste gärningarna, sådana som ingår i en yrkesmässig eller organiserad narkotikahandel med inriktning på att i vinningssyfte sprida bruk av narkotika och hänsynslöst utnyttja andras beroende. Bedömningen ska ske med beaktande av den roll som den tilltalade har haft när det gäller narkotikahanteringen i vidare mening, graden av delaktighet i hanteringen, och vid mer organiserad verksamhet, den ställning som den tilltalade har haft i organisationen. Att sort och mängd endast är faktorer bland andra av betydelse för ett narkotikabrotts svårhetsgrad hindrar inte att dessa ofta i praktiken bildar utgångspunkt för bedömningen. För gränsen mellan ringa narkotikabrott och narkotikabrott av normalgraden är sort och mängd alltjämt de avgörande faktorerna.

Av 2 § narkotikastrafflagen framgår att arten och mängden narkotika är av betydelse när det gäller bedömningen av om ett narkotikabrott ska anses som ringa. I förarbetena till 1993 års ändringar i bestämmelsen framhölls att ett narkotikabrott ska anses som ringa endast om det med hänsyn till samtliga omständigheter framstår som lindrigt, och att arten och mängden narkotika därvid har särskild betydelse.

Många fall av innehav är ansvarsgrundande redan under de andra punkterna. Dock uttalas i förarbetena att det ringa brottet i huvudsak ska vara förbehållet gärningar som bestått av eget bruk eller innehav för eget bruk.[17] Gränsen drogs vid innehav som varit avsett att överlåtas.

Den 1 juli 2023 trädde lagändringar i kraft som bland annat innebär att straffet skärps för narkotikabrott som tar sikte på försäljning. Straffskalan för den som säljer narkotika eller annars befattar sig med narkotika som är avsedd att säljas, eller bjuder ut narkotika till försäljning, förmedlar kontakter mellan säljare och köpare eller företar någon annan sådan åtgärd, om förfarandet är ägnat att främja narkotikahandel, döms till fängelse i lägst sex månader och högst tre år.

[17] Prop. 1992/93:142 s. 16 f.

Snabbare lagföring vid ringa narkotikabrott

Snabbare lagföring är en arbetsmetod som omfattar brott som ger högst tre års fängelse, exempelvis narkotikainnehav för eget bruk.[18] Metoden är ett samarbete mellan olika myndigheter inom rättsväsendet. När den används kan processen från brott till dom kortas ner till cirka sju veckor. Snabbare lagföring tillämpas nationellt från och med 2023, vilket bland annat innebär att tingsrätterna får krav på att avgöra ett brottsmål skyndsamt om brottet har ingått i ett särskilt snabbförfarande under utredningen.

Metoden med snabbare lagföring syftar bland annat till att den som misstänks ska få snabb återkoppling från samhället, att polisen sparar tid och resurser, samt att domstolen får ett bättre underlag för sin bedömning eftersom rättegången hålls kort efter det misstänkta brottet. Drygt 22 000 mål avgjordes genom snabbare lagföring under 2022, vilket utgjorde 37 procent av alla brottmål i de tingsrätter som använde metoden. Narkotikabrott är en av de vanligaste brottstyperna där metoden används.[19]

Påföljdseftergift

Vid val av påföljd ska rätten fästa särskilt avseende vid omständigheter som talar för en lindrigare påföljd än fängelse. Vilka omständigheter det handlar om framgår av 29 kap. 5 och 5 a §§ BrB. Om det med hänsyn till någon sådan omständighet som avses i 5 eller 5 a § är uppenbart oskäligt att döma till påföljd ska rätten meddela påföljdseftergift, vilket framgår av 29 kap. 6 § BrB. Av lagkommentaren framgår följande avseende påföljdseftergift:

> Påföljdseftergift kan således förekomma endast vid sådana omständigheter som anges i 29 kap. 5 §, och som alltså avser förhållanden som rör gärningsmannens person eller har inträffat efter brottet, jfr 29 kap. 3 §. Stor restriktivitet gäller vid tillämpningen. Påföljdseftergift kan komma i fråga främst vid mindre allvarlig brottslighet. Påföljdseftergift innebär inte att den tilltalade frikänts, jfr 30 kap. 6 § och 36 kap. 12 §.[20]

[18] Polismyndigheten. https://polisen.se/om-polisen/polisens-arbete/snabbare-lagforing/. Besökt den 2023-08-21.
[19] Polismyndigheten. https://polisen.se/aktuellt/nyheter/2023/januari/snabbare-lagforing-22-000-mal-och-71-veckor-fran-brott-till-dom/.
[20] Se Ågren, Rättegångsbalk (1942:740) 29 kap. 6 §, Karnov (JUNO). Besökt 2022-12-15.

Påföljdseftergift innebär således att den misstänkte slipper en påföljd men inte har frikänts, och att gärningen därför också registreras i belastningsregistret. Påföljdseftergift används endast i undantagsfall. Under år 2022 beslutade domstolen om påföljdseftergift i färre än tio fall när det gäller narkotikabrott.[21] Det vanligaste skälet tycks vara att personen under tiden har dömts för ett annat brott, och att det nya brottet skulle omfattas av samma straff om det varit känt vid det tillfället.

10.3.1 Domstolspraxis vid narkotikabrott

Påföljdsbestämning vid ringa narkotikabrott

Högsta domstolens rättsfall NJA 2012 s. 849 har angett vad som är av vikt för val av påföljd för ringa narkotikabrott. I domen framgår att även andra omständigheter än sort och mängd narkotika ska kunna beaktas. Dock ska betydelsen av dessa inte vara lika stor som vid allvarlig brottslighet. Vidare framgår att domstolen ska göra en schabloniserad bedömning vid ringa narkotikabrott, samt att sort och mängd narkotika ska vara avgörande vid schablonerna.[22] Sammantaget innebär det att andra påföljder än böter för ringa narkotikabrott i normalfallet inte är aktuella.

Påföljdsbestämning vid högre straffvärden

För narkotikabrottslighet av mer allvarlig art och om narkotikan har varit avsedd för överlåtelse eller överlåtits, finns endast begränsat utrymme för att bedöma gärningen som ringa (NJA 2013 s. 321).[23] I detta avseende spelar Drogpraxisgruppens arbete en stor roll.

Drogpraxisgruppen menar att Högsta domstolens domar har fått genomslag för underrätternas rättstillämpning, och att de tidigare straffvärdemässiga taken för att beakta sort och mängd narkotika inte längre finns i praxis. Gruppen pekar på att det har skett en strukturell skärpning och att det inte längre krävs en lika stor mängd för att åstadkomma en straffskärpning från fem till sex års fängelse.

[21] Sökning i rättsdatabasen JUNO.
[22] A.a. s. 17.
[23] SOU 2021:68, s. 312. *Skärpta straff för brott i kriminella nätverk.*

Praxisgruppens tabeller med angivna riktlinjer för straffvärden utifrån sort och mängd upp till åtta år överensstämmer med den praxis som utarbetats efter lagändringarna. Det innebär att domstolarna i sin tillämpning har bekräftat dessa värden i sin straffvärdesbedömning i fråga om sort och mängd narkotika.[24]

10.3.2 Skyddstillsyn

Skyddstillsyn är en påföljd som under vissa omständigheter kan komma i fråga i stället för fängelse. Skyddstillsyn verkställs inom ramen för Kriminalvårdens frivård, och motsvarande skyldigheter som gäller vid övervakning vid villkorlig frigivning gäller för skyddstillsyn enligt 28 kap. 6 § BrB.

Det ska finnas ett behov av övervakning och ett tydligt vårdbehov för att domstolen ska kunna döma till skyddstillsyn. Vid val av påföljd ska domstolen enligt 30 kap. 9 § första stycket BrB som skäl för skyddstillsyn beakta om det finns anledning att anta att denna påföljd kan bidra till att den tilltalade avhåller sig från fortsatt brottslighet.

Skyddstillsyn pågår under en prövotid om tre år och utgörs av en kontrollerande och en stödjande del. Kontrollen består av övervakning som innebär att klienten är skyldig att infinna sig enligt vad frivården bestämmer och delta i motiverande och stödjande samtal. Det är i grunden en brottsförebyggande åtgärd.

Det görs en bedömning av risken för återfall i brott, och ju högre risk desto oftare måste klienten komma till frivården. Det är som regel frivårdsinspektörer som är övervakare, men även utomstående personer kan förordnas.

Skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan (kontraktsvård)

Kontraktsvård är en särskild form av skyddstillsyn som innebär att den som dömts får behandling som ett alternativ till fängelse. Det här är som regel inte aktuellt för personer som döms för ringa narkotikabrott, eftersom straffvärdet vanligtvis är på bötesnivå. För narkotikabrott av normalgraden dömdes den tilltalade till kontraktsvård i 99 fall är 2022 (av totalt knappt 25 000 lagföringar).

[24] Prop. s. 97–98, *Skärpta straff för brott i kriminella nätverk*, s. 93.

Inför domen upprättas en behandlingsplan som innehåller en beskrivning av vårdinnehåll, behandlingstid, regler gällande drogkontroller, misskötsamhet och så vidare. Behandlingsplanen undertecknas av den åtalade, vilket innebär att personen förbinder sig att följa den upprättade planen. Varning kan utdelas eller beslut om återredovisning kan ske vid till exempel misskötsamhet som beror på att klienten inte genomgår behandlingen. Vid återredovisning kan åklagaren väcka talan vid domstol om att påföljden ska undanröjas.

Föreskrift om behandlingsplan ska framgå direkt av en dom om skyddstillsyn. Behandlingsplanen tas fram i samarbete mellan frivården, socialtjänsten, vårdgivare och klienten.[25] För att kontraktsvård ska vara aktuellt ska följande förutsättningar vara uppfyllda:

- Kontraktsvård ersätter ett fängelsestraff.
- Det ska föreligga ett samband mellan aktuell kriminalitet och det förhållande som påkallar vård och behandling.
- Personen ska samtycka till vård och den behandlingsplan som tas fram och behandlingen ska kunna anordnas i samband med verkställigheten.
- Straffvärdet ska som regel inte överstiga två år.

Kriminalvården har kostnadsansvar fram till tänkt tidpunkt för villkorlig frigivning, vilket inträffar efter två tredjedelar av det alternativa fängelsestraffet.

Beroendesjukdom är en viktig del som frivården arbetar aktivt med genom att föreslå behandling antingen genom Kriminalvårdens, regionens eller socialtjänstens försorg. I förekommande fall upprättas en ansvarsförbindelse och en kostnadsfördelning mellan Kriminalvården och socialtjänsten. Kriminalvården betalar för tiden som klienten skulle ha avtjänat på fängelse. Ramavtalen styr vilken vård som kan erbjudas och kan utgöra en begränsning. Det är vanligtvis kommunernas vård för skadligt bruk och beroende som blir aktuellt vid kontraktsvård, trots att även regioner har beroendevård.

Det erbjuds olika behandlingsprogram, varav flera är baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT).

[25] Kriminalvården. Webbsida. https://www.kriminalvarden.se/fangelse-frivard-och-hakte/frivard/behandling-i-frivard/. Besökt den 2023-08-15.

10.4 Statistik för narkotikabrott

10.4.1 Rättsväsendets direkta kostnader för narkotikabrott kostar i snitt 38 000 kronor att utreda

I rättsväsendets kostnader för narkotikabrott ingår

- kostnader för spaning och beslag av narkotika samt polisinsatser vid narkotikarelaterade brott (inklusive drograttfylleri)
- kostnader för narkotikarelaterade brottsmål vid allmänna domstolar samt narkotikarelaterade mål vid förvaltningsdomstolar
- kostnader för fängelsestraff och frivård för narkotikarelaterade brott
- kostnader för beslag av narkotika.

Tabell 10.2 Samhällets direkta kostnader för narkotikabrott

Aktör	Kostnader (kronor)
Polismyndigheten	2,75 miljarder
Domstolarna	0,65 miljarder
Kriminalvården	3,14 miljarder
Tullverket	0,32 miljarder

Källa: IHE Rapport 2022:5.[26]

10.4.2 Stor ökning av antalet anmälda narkotikabrott – mest av ringa grad

År 2021 anmäldes cirka 118 000 brott enligt NSL. Jämfört med 2012 har de anmälda narkotikabrotten ökat med 25 procent till 2021. Ökningen för anmälda narkotikabrott är påtaglig framför allt när det gäller innehav – där ökade antalet med 80 procent mellan åren 2012 och 2021.[27]

Antalet anmälda narkotikabrott beror till stor del på polisens spanings- och ingripandeverksamhet, vilket innebär att prioriteringar av Polismyndighetens verksamhet i hög grad påverkar antalet anmälda och lagförda narkotikabrott. År 2020 fattades 29 500 lagföringsbeslut[3] för brott mot NSL som huvudbrott. Jämfört med 2019 har

[26] Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi.
[27] Brå. https://bra.se/statistik/statistik-om-brottstyper/narkotikabrott.html. Besökt 2023-07-15.

antalet lagföringsbeslut för brott mot NSL ökat med 2 610, eller 10 procent. Majoriteten (24 900 beslut) av lagföringsbesluten gällde ringa narkotikabrott. Det är en mycket vanlig brottstyp i domstol.

2020 var innehav och bruk de i särklass vanligaste gärningarna sett till samtliga lagföringsbeslut med narkotikabrott som huvudbrott (95 procent).

Tabell 10.3 Antalet dömda för ringa narkotikabrott för åren 2010–2021

Årtal	Summa totalt	Ålder		Därav huvudbrott totalt	Ålder	
		15–20	21–		15–20	21–
2010	40 186	8 674	31 512	16 952	4 809	12 143
2011	43 438	9 783	33 655	18 623	5 318	13 305
2012	43 177	10 545	32 631	20 027	6 104	13 923
2013	39 391	9 537	29 853	18 103	5 608	12 495
2014	40 923	9 062	31 861	18 484	5 292	13 192
2015						
2016						
2017	39 887	9 416	30 471	18 192	5 361	12 831
2018	41 384	10 020	31 363	20 007	6 029	13 977
2019	44 861	11 412	33 449	22 682	7 090	15 592
2020	46 142	11 019	35 123	24 861	7 114	17 747
2021	42 962	9 492	33 470	24 667	6 480	18 187

* En person kan i ett och samma lagföringsbeslut förklaras skyldig till flera brott. Som huvudbrott väljs det brott i lagföringsbeslutet som har den strängaste straffskalan.
Om två brott har samma straffskala, väljs slumpmässigt ett av brotten som huvudbrott.

* I statistiken saknas uppgifter från år 2015 och 2016.
Källa: Statistik från Brå. Lagföringsbeslut efter huvudbrott se senaste tio åren. Tabell 40G.

Av statistiken framgår att antalet dömda för ringa narkotikabrott ligger relativt konstant sedan 2010, men andelen där ringa narkotikabrott är huvudbrott har ökat.

Tabell 10.4 Antalet lagförda per lagföringstyp 2021

	Totalt antal lagför-ingar	Varav beslut i domstol	Åtalsunder låtelser	Straff-före-läggan-den	Böter	Fäng-else	Skydds-tillsyn	
								Varav kon-trakts-vård
Ringa narkotika-brott	24 667	15 338	3 886	5 463	14 456	89	50	2
Narkotika-brott av normal-graden	4 398		150	19	47	1 638	1 486	99

Antalet lagförda fall av ringa narkotikabrott var totalt 31 442, varav 24 667 var huvudbrott. Tabellen ovan visar på vissa former av lagföringsbeslut. Av tabellen framgår att cirka 60 procent av ärendena avgjordes i domstol. Övriga ärenden avgjordes genom beslut om strafföreläggande eller åtalsunderlåtelse.

Statistiken visar att det i princip är böter som kommer i fråga för ringa narkotikabrott. Att fängelse finns med i straffskalan tycks därför inte ha lett till att fler döms till fängelse. Dock visar antalet lagförda brott att polisen prioriterar brottstypen och har tillräckliga bevismedel för att uppnå en hög uppklaringsprocent.

Belastningsregistret

Enligt lagen (1998:620) om belastningsregister ska Polismyndigheten med hjälp av automatiserad behandling föra ett belastningsregister. Registret ska bland annat innehålla uppgift om den som genom dom, beslut, strafföreläggande eller föreläggande av ordningsbot har ålagts påföljd för brott. I lagen regleras även hur länge en uppgift finns kvar i registret innan den gallras ut. Brott som leder till böter finns kvar i fem år i registret, vilket alltså som regel gäller ringa narkotikabrott. Registrering av personer som dömts till fängelse finns kvar i registret i tio år.

10.5 Kriminalvårdens insatser

Kriminalvård innehåller ofta inslag av behandling mot skadligt bruk eller beroende. Det gäller både vid verkställighet av ett fängelsestraff och vid villkorlig frigivning samt skyddstillsyn.

Av 1 kap. 5 § fängelselagen (2010:610), FäL framgår bland annat att verkställighetens mål är att främja klientens anpassning till samhället, samt att en verkställighetsplan ska göras. Verkställighetsplanen ska grundas på en utredning om personens behov av stöd och kontroll, samt om vilka åtgärder som bör vidtas under verkställigheten för att minska risken för återfall i brott. Hänsyn ska tas till anstaltstidens längd och personens motivation till förändring. Hänsyn ska också tas till brottsoffer och andra som berörs av verkställigheten – se 6 § fängelsförordningen (2010:2010). Utredningen består av en risk- och behovsdel, där det bland annat utreds om klienten har något substansbruk. En sjuksköterska gör en screening med metoderna *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) och *Drug Use Disorders Identification Test* (DUDIT) som omfattar alla klienter, även sådana med kortare straff. För många klienter är skadligt bruk eller beroende en betydande risk för återfall i brott.[28]

Innehållet i verkställighetsplanen har betydelse för vilken sysselsättning klienten kommer att ha i fängelset. Det kan vara att klienten deltar i något av Kriminalvårdens olika behandlingsprogram. Det kan också röra sig om att klienten studerar eller arbetar. Verkställighetsplanen följer klienten från anstalt till frivård. Planering för frigivning påbörjas direkt när klienten kommer till anstalten. Redan då kopplas frivården in, eftersom frivården tar över om/när klienten blir villkorligt frigiven vilket som huvudregel sker efter två tredjedelar av strafftiden.[29]

Uppskattningsvis 70 procent av klienterna har problem med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller en kombination av båda. En majoritet av klienterna i Kriminalvården har bedömts ha ett skadligt bruk av narkotika eller av narkotika i kombination med alkohol. Den 1 oktober 2021 bedömdes 62 procent av personerna i fängelse ha ett (föregående) skadligt bruk av narkotika eller i narkotika i kombination med alkohol. I frivården var motsvarande andel 67 procent.[30]

[28] Digitalt möte med företrädare för Kriminalvården 2022-09-26.
[29] Kriminalvården.se flik om fängelse och verkställighetsplan (besökt 22-12-20).
[30] Kriminalvården (2016). *Utvärdering av behandlingsprogrammet Prism i Kriminalvården.*

Vid anstalt och häkte är det en sjuksköterska som genomför en hälsoundersökning av klientens hälsotillstånd. Det görs på eget initiativ, eftersom Kriminalvården inte har ett i lag utpekat sjukvårdsansvar, utan det är den så kallade normaliseringsprincipen som gäller. Normaliseringsprincipen innebär att det generella ansvar som andra myndigheter har för till exempel bostad, arbete samt hälso- och sjukvård även gäller Kriminalvårdens klienter. Mellan regionerna gäller rikssjukvårdsavtalet, vilket innebär att den region där anstalten är placerad ska tillhandahålla sjukvård till anstaltens klienter. Varje transport av klienter är en risk, vilket också är ett skäl att tillhandahålla basal sjukvård inom anstalten.

På Fosieanstalten i Region Skåne erbjuds läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). På andra anstalter görs en bedömning och inledande behandling med LARO av regionens sjukvård, och det fastställs om sådan behandling skulle kunna genomföras på respektive anstalt.[31]

De behandlingsinsatser som erbjuds inom Kriminalvården är i huvudsak program baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT). Kriminalvården har behandlingsprogram som inriktar sig på olika typer av problematik såsom generellt våld, våld i nära relation, sexualbrott, generell kriminalitet samt skadligt bruk eller beroende. En del av programmen genomförs individuellt och en del i grupp. De flesta gruppprogram innehåller också individuella sessioner. De behandlingsprogram som direkt rör narkotika är grupprogrammet Våga välja och det individuella programmet Prism. Båda programmen riktar sig till personer med missbruk av alkohol eller narkotika som har en tydlig koppling till kriminalitet. Programmen bygger på social inlärningsteori och tillämpar tekniker och strategier från KBT. Våga välja är utvecklat i Kanada och bedrivs i fängelser. Prism är utvecklat i Storbritannien och bedrivs både i fängelser och i frivård. Programmen har anpassats till svenska förhållanden och ackrediterats av Kriminalvårdens vetenskapliga råd. Under 2022 fullföljde 305 klienter Prism och 112 klienter Våga välja. Flera av Kriminalvårdens behandlingsprogram har utvärderats avseende effekt på återfall i brott. Dessa utvärderingar tyder på att Våga välja och Prism kan minska återfallen för de klienter som fullföljer programmen.[32] En mindre andel kvinnor än män deltar i och avslutar behandlingsprogram inom Kriminalvården. Bidra-

[31] Digitalt möte med Kriminalvården 2022-09-26.
[32] Danielsson, Dahlin & Grann m.fl. (2008). *Våga välja: Utvärdering av återfall för åren 2002–2006.*

gande orsaker kan vara att utbudet av program är sämre på små anstalter, en kategori som kvinnoanstalter oftare tillhör. Eftersom kvinnorna är få i förhållande till männen kan det också innebära att förutsättningarna för grupprogram är sämre för kvinnor än vad de är för män.

Kriminalvården arbetar också med förberedande insatser för att motivera klienten till att delta i de behandlingsprogram som bäst tillgodoser klientens behov. Efter ett genomfört behandlingsprogram finns också insatser med förstärkande innehåll. Behandlingsprogrammen har genomgått en vetenskaplig prövning.[33]

Kriminalvården tar del av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, men gör en egen prövning och bedömning av vilka insatser som ska erbjudas klienterna. Kriminalvården har avtal med olika hem för vård eller boende (HVB) och kan placera klienter under den tid som anstaltsvistelsen skulle pågå. Om det finns behov av fortsatt vistelse på ett sådant hem övergår kostnadsansvaret till en annan aktör. Vidare har Kriminalvården avtal med rättspsykiatrin.[34]

Häktesverksamhet

En person som misstänks för ett allvarligt brott kan häktas av domstolen i väntan på att brottet utreds. Den häktade är enbart misstänkt för ett brott och betraktas som oskyldig fram till fällande dom. Kriminalvården ansvarar för häktesverksamheten och arbetar på olika sätt med att bryta isolering och minska negativa följder av frihetsberövandet för dem som är häktade. Tillsyn, regelbundna urinprov, dagliga visitationer av bostadsrummen och inpasseringskontroll är metoder som används för att kontrollera att narkotika inte kommer in på häkten. Det förekommer att personer som häktas lider av abstinensbesvär som behöver behandlas medicinskt. Vid samtliga häkten finns tillgång till sjukvårdspersonal.

[33] Kriminalvården.se flik om vård och behandling Besökt 2022-12-20.
[34] Digitalt möte med Kriminalvården 2022-09-26.

10.5.1 Frivård

Att delta i behandling i frivården kan vara en del av påföljden. Antingen kan det finnas en föreskrift om att genomgå behandlingsprogram redan i domen, eller så kan det bli en del av verkställighetsplaneringen utifrån behov och risker. Vid skyddstillsyn med särskild föreskrift kan en person åläggas att genomgå behandling. Behandlingen kan ske inom Kriminalvårdens behandlingsprogram eller genom kontakt med andra myndigheter, vårdcentraler och andra vårdgivare och behandlingshem. Till skillnad från straffet skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan (så kallad kontraktsvård), så är det i den särskilda föreskriften endast reglerat *att* behandling ska ske, inte *hur*.

Tiden efter fängelsestraff är kritisk när det gäller återfall i brott eller i ett skadligt bruk eller beroende. Det är därför angeläget att i god tid inför frigivningen upprätta en planering i samarbete med aktörer som personen kan behöva hjälp och stöd ifrån i sin hemkommun och hemregion Frivården ansvarar även för att samverka med andra samhällsaktörer för att hjälpa dömda att återanpassas till samhället. Vanligtvis sker samverkan med socialtjänsten i hemkommunen och med beroendesjukvård eller öppenvårdspsykiatri i hemregionen. Även andra myndigheter såsom Arbetsförmedlingen och aktörer från civilsamhället involveras i återanpassningen. I samverkan används normaliseringsprincipen som utgångspunkt för att beskriva ansvarsfördelningen mellan frivården och andra samhällsaktörer. Den innebär att de aktörer i samhället som ansvarar för att tillgodose medborgarnas behov av stöd på olika livsområden har samma ansvar för personer som är dömda för brott. Den ansvarige samhällsaktören ska tillhandahålla och bekosta insatserna som den förfogar över, under förutsättning att den gör bedömningen att det finns såväl behov hos individen som förutsättningar för att tillhandahålla resursen.[35]

För att minska risken för att personer som friges begår nya brott i anslutning till frigivning kan Kriminalvården bevilja att de får ta del av en så kallad utslussningsåtgärd i slutet av straffet. Det finns fyra utslussningsåtgärder: frigång, vårdvistelse, halvvägshus och utökad frigång.

[35] Information från Kriminalvården 2023-03-23.

Frigång

Frigång innebär att klienten under dagtid får utföra vissa aktiviteter utanför fängelset. Det kan till exempel vara arbete, behandling eller utbildning. Frigång kan den få som exempelvis har behov av en introduktion i arbetslivet. Det får inte finnas risk för att personen ska begå brott, rymma eller på annat sätt allvarligt missköta sig.

Utökad frigång

Utökad frigång innebär att klienten avtjänar fängelsestraffet i sin bostad under kontrollerade former och måste antingen arbeta, delta i utbildning eller få behandling. Han eller hon kontrolleras bland annat med fotboja. Möjligheten att lämna bostaden kan utökas efter hand.

Vårdvistelse

Vårdvistelse innebär att en intagen är placerad i ett sådant hem som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Enligt 11 kap. 3 § FäL får vårdvistelse

> beviljas en intagen som har behov av vård eller behandling mot missbruk av beroendeframkallande medel eller mot något annat särskilt förhållande som kan antas ha samband med hans eller hennes brottslighet, om det inte finns någon beaktansvärd risk för att den intagne kommer att begå brott, undandra sig straffets fullgörande eller på annat sätt allvarligt missköta sig.

Placering kan även ske på familjehem och på arbetskooperativ.[36] Under 2023 beviljades 445 intagna vårdvistelser.[37] Enligt Brå är vårdvistelse en utslussningsåtgärd som ofta upphävs, vilket bland annat beror på att återfall är vanligt hos målgruppen. Mellan 2007 och 2016 minskade andelen som fick en vårdvistelse som utslussningsåtgärd från 16 procent till 8 procent.

[36] Kriminalvården. https://www.kriminalvarden.se/fangelse-frivard-och-hakte/fangelse/utslussning/. Besökt 2023-08-01.
[37] Kriminalvården (2022). *Kriminalvårdens årsredovisning 2022.*

Halvvägshus

Vid vistelse i halvvägshus placeras klienten i ett av Kriminalvården kontrollerat hem som är anpassat för att ge intagna särskilt stöd och tillsyn. Klienten måste antingen arbeta, delta i utbildning eller få behandling. Den intagne får inte visats utanför halvvägshuset annat än på särskilda tider. Vistelsen kan kombineras med fotboja.

I Kriminalvårdens handbok anges att långtidsdömda bör prioriteras till insatsen. Även klienter som inte har egen bostad ingår i målgruppen. Däremot krävs det inte något påtagligt vård- eller behandlingsbehov. Häri ligger en påtaglig skillnad från insatsen vårdvistelse.

10.6 Rättspsykiatrisk vård

Rättspsykiatrisk vård, som regleras i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), LRV, ges efter beslut av domstol om överlämnande till sådan vård, enligt vad som framgår av 31 kap. 3 § BrB. Sådan vård ges enligt 3 § LRV som sluten rättspsykiatrisk vård eller, efter sådan vård, som öppen rättspsykiatrisk vård. Av 30 kap. 6 § BrB framgår att den som begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning i första hand ska dömas till en annan påföljd än fängelse. Rätten får döma till fängelse endast om det finns synnerliga skäl.

Enligt 6 § LRV ges rättspsykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region. Den som ges öppen rättspsykiatrisk vård får vistas utanför en sådan sjukvårdsinrättning.

Varje år befinner sig cirka 2 000 patienter inskrivna i rättspsykiatrisk vård. De flesta, 1 300–1 400, vårdas i slutenvård, resterande i öppen rättspsykiatrisk vård. Den rättspsykiatriska vården bedrivs på 20-tal vårdenheter runt om i landet. Det finns fem regionkliniker: Växjö, Vadstena, Karsudden, Säter och Sundsvall.

Rättspsykiatrisk vård med och utan särskild utskrivningsprövning bedrivs vanligen på särskilda rättspsykiatriska sjukhus eller enheter, medan akut rättspsykiatrisk vård vanligen ges inom allmänpsykiatrin.[38] Patienterna inom rättspsykiatrisk vård är vanligtvis personer som överlämnats till rättspsykiatrisk vård enligt LRV, men kan också vara andra frihetsberövade personer som är i behov av psykiatrisk

[38] Svenska Rättspsykiatriska föreningen. https://www.srpf.se/verksamheter/rpv/. Besökt 2023-05-15.

vård. Det rör exempelvis personer som är intagna på anstalt men för tillfället är i behov av psykiatrisk vård.

Påverkan av i synnerhet alkohol men även narkotika och läkemedel är en vanlig faktor i samband med särskilt våldskriminalitet. 30 procent av kvinnorna och 50 procent av männen var påverkade vid tillfället för indexbrottet[39] enligt statistik från 2022.[40] Med indexbrott aves det brott som har högst straffvärde enligt domen. Ungefär hälften av kvinnorna och 66–72 procent av männen hade en dokumenterad historia av skadligt bruk eller beroende.

Narkotikabrott är även en vanlig orsak till återfall i brottslighet redan under vårdtiden. Under åren 2009–2017 lagfördes 13 procent för något brott under vårdtiden, och det vanligaste brottet var ringa narkotikabrott.[41] Andelen patienter som var diagnostiserade med ett skadligt bruk eller beroende och som under sin vårdtid fick behandling för skadligt bruk eller beroende ökade mellan åren 2013 till 2022 från 77 procent till procent för män och 67 procent till 87 procent för kvinnor.

Insatserna består till störst del av kontroller av drogintag, vilket enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende anses vara en rekommenderad behandlingsåtgärd.[42] Övriga behandlingsåtgärder, såsom psykoedukativa och farmakologiska behandlingar är av betydligt mer begränsad omfattning. Behandling för skadligt bruk eller beroende är både nationellt och internationellt ett utvecklingsområde då det saknas evidensbaserade behandlingsprogram för patientgruppen.

Ett forskningsteam från Göteborgs universitet kartlägger substansberoendet inom rättspsykiatrin. Projektet är ett av de första i Sverige där behandling av skadligt bruk eller beroende inom rättspsykiatrisk vård utvärderas med hänsyn till patienternas samsjuklighet.[43]

[39] Är patienten dömd för flera brott är indexbrottet det brott som enligt domen har högst straffvärde.
[40] Rättspsyk, Årsrapport 2022, *Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.*
[41] Rättspsyk kvalitetsregister, *Årsrapport 2020.*
[42] *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.*
[43] Göteborgs Universitet. https://www.gu.se/nyheter/medel-till-forskning-om-missbruksbehandling-inom-den-rattspsykiatriska-slutenvarden. 2023-07-15.

10.7 Samverkan mellan myndigheter vid villkorlig frigivning

Samverkan mellan kriminalvård, sjukvård, socialtjänst och andra relevanta aktörer vid villkorlig frigivning kan minska risken för återfall i kriminalitet, och ökar möjligheterna till återanpassning till samhället. Den första tiden efter villkorlig frigivning är kritisk när det gäller återfall, både i brott och i tidigare skadligt bruk. Det är viktigt att individens behov av vård, stöd och andra insatser kartläggs redan under tiden på anstalten, och att personen motiveras till att delta i samverkan. Av 7 § fängelseförordningen (2010:2010) framgår följande:

> Inför frigivningen ska verkställighetsplanen vara särskilt inriktad på konkreta åtgärder som kan underlätta övergången till ett liv i frihet. Utifrån den intagnes behov ska, i lämplig tid, samverkan ske med
>
> 1. socialnämnden,
> 2. hälso- och sjukvården,
> 3. Arbetsförmedlingen, och
> 4. Försäkringskassan.

Vid behov ska samverkan också ske med andra myndigheter, organisationer och enskilda aktörer som det kan krävas samarbete med, förutom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Rehabiliteringen på anstalt syftar till att verka i brottsförebyggande riktning. Utslussningen är därför en viktig del av Kriminalvårdens uppgift. Inom Kriminalvården pågår olika projekt med tidig planering tillsammans med hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Det är Kriminalvården som ansvarar för projekten.

Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för kommuninvånarna och behöver ha en beredskap att med kort varsel hantera alla klienters behov av hjälp och insatser. En annan faktor är att socialtjänsten har ett handlingsutrymme och har antagit olika policyer om prioriteringen av uppgifter. Det innebär att det i olika kommuner finns olika syn på socialtjänstens uppdrag.

Att ansvaret för hälso- och sjukvården ligger på den region där anstalten är placerad leder till svårigheter vid utslussningen. Det påverkar kontinuiteten och övergången eftersom klienten påbörjar vård inom en region som ska tas över av en annan. Det finns risk att behövliga insatser från hälso- och sjukvården inte fungerar efter utslussningen i den andra regionen. Andra viktiga samverkansfrågor med hälso- och sjukvården är behandling för adhd samt LARO.

Kriminalvårdens inslussningsmodell syftar till en effektiv samverkan för klienter som ska friges villkorligt och ställas under övervakning. Begreppet inslussning används för insatser under övervakningstiden. Under den tiden pågår fortfarande straffverkställigheten men under öppnare former. Modellen kan även användas för skyddstillsynsdömda som har behov av samordning av de insatser som planeras. Skillnaden är att samordningen då inte påbörjas på anstalt.

Inslussningsmodellen innebär ett samordnat stöd från Kriminalvården och lokala samhällsaktörer på individens hemort. Stödet hålls samman av en tjänsteman, en frivårdskoordinator. Inslussningsprogram ska bland annat innehålla samordnad och tidig frigivningsplanering, stöd och insatser inom givna ramar och fortsättning på inledd men inte avslutad behandling eller utbildning. Samverkan behövs exempelvis även med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.[44]

I dialog med både relevanta aktörer och personer med egen erfarenhet framkommer att samverkan ofta inte fungerar som det är tänkt.

Kriminalvården har i flera sammanhang lyft att det vore önskvärt om myndigheten hade möjlighet att kalla till samordnad individuell planering (SIP). Det skulle kunna förhindra att klienter faller mellan myndigheternas ansvarsområden. Vi återkommer till dessa frågor i kapitel 22.

10.8 Särskilda regler för unga

Den som är under 15 år är inte straffmyndig (1 kap. 6 § BrB) och får därför inte dömas till påföljd. Från det att man fyller 15 år till det att man fyller 18 år får man ett lindrigare straff än vuxna så kallade straffreduktion. För icke allvarlig brottslighet gäller det även för unga mellan 18 och 21 år.

Tidigare fanns straffreduktion även för unga mellan 18 och 21 år oavsett brottets allvarlighetsgrad. Från och med den 2 januari 2022 ska åldern hos den som är 18–20 år och har begått ett brott inte beaktas särskilt vid straffmätningen, om det för brottet inte är föreskrivet lindrigare straff än fängelse i ett år. Detsamma ska gälla om brottets straffvärde uppgår till fängelse i ett år eller mer.

För unga finns särskilda påföljder, som ungdomsvård, ungdomstjänst, ungdomsövervakning och sluten ungdomsvård.

[44] Digitalt möte med Kriminalvården 22-09-26.

Om någon har begått ett enklare brott och inte har fyllt 18 år, kan åklagaren besluta att inte väcka åtal. Man får då ingen påföljd för brottet. I stället kallas man till ett möte med åklagaren. Detta kallas straffvarning. Om man begår ett nytt brott kan straffvarningen återkallas och åtal väckas för både det gamla brottet och det nya.

Barn och unga kan även omhändertas enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Det kan vara aktuellt till exempel när ett barn eller en ung person skadar sig själv genom att använda narkotika och alkohol, begår brott eller utsätter sig själv för farliga situationer. Den som är under 18 år kan få vård enligt LVU. Den som har fyllt 18 år men ännu inte fyllt 21 kan också få vård enligt LVU. Det gäller i de fall där personen själv riskerar att skada sin hälsa eller utveckling genom sitt beteende, och om LVU är lämpligare än annan vård.

10.8.1 Särskild vård för unga

Tabell 10.5 Om överlämnade till särskild vård för unga

Påföljd	Ålder	Verkställande myndighet	Vård
Överlämnande till ungdomsvård. Vårdbehov 32:1 brottsbalken, socialtjänstlagen eller lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.	Från 15 år	Socialtjänsten. Samverkan.	Frivillig vård SoL på HVB-hem eller familjehem. Ungdomskontrakt (32:1 brottsbalken och vårdplan (11:3 SoL). Tvångsvård enligt LVU. SiS ansvarar för särskilda hem.
Ungdomstjänst. 32:2 brottsbalken. Inget vårdbehov.	Från 15 år	Socialtjänsten. Samverkan.	Arbetsplan. Utföra oavlönat arbete. Aktuellt när det inte finns något tydligt vårdbehov.
Ungdomsövervakning. 32:3a brottsbalken, lagen (2020:616) om verkställighet av ungdomsövervakning.	Från 15 år	Kriminalvården/ frivården. Samverkan.	Verkställighetsplan. Koordinator. Socialnämnden ska utse en särskild handläggare från frivården och handläggare från socialtjänsten.

Påföljd	Ålder	Verkställande myndighet	Vård
Sluten ungdomsvård. 32:5 brottsbalken, lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU) (ersätter fängelse för unga).	Från 15 år	Statens institutionsstyrelse. Samverkan.	Verkställighetsplan. Vården ska förebygga ny brottslighet, men även annat stöd. Verkställighetsplan. Koordinator. Socialnämnden ska utse en särskild handläggare från frivården och handläggare från socialtjänsten. Verkställighetsplan. Sjukvård.

Allmänt

Lagöverträdare under 21 år, särskilt de i åldersgruppen 15–17 år, särbehandlas i påföljdssystemet. Barn ska som huvudregel inte dömas till fängelse, vilket framgår av 30 kap. 5 § BrB.

För lagöverträdare under 18 år bestäms påföljden normalt till någon av de särskilda ungdomspåföljderna ungdomsvård, ungdomstjänst, ungdomsövervakning och sluten ungdomsvård, eller till böter. Ungdomar under 18 år döms som regel inte till fängelse utan till sluten ungdomsvård om inte särskilda skäl talar emot det. Tidigare fanns särskilda skäl för att döma någon mellan 18–21 år till fängelse men detta krav har utmönstrats.

Den 2 januari 2022 ändrades bestämmelsen på så sätt att det inte längre krävs särskilda skäl för att döma till fängelse för brott som någon har begått efter det att vederbörande fyllt 18 år men inte 21 år. För den åldersgruppen gäller alltså att påföljdsvalet ska ske enligt samma regelverk som för andra myndiga lagöverträdare. Vid straffmätningen ska dock personens ungdom beaktas för mindre allvarlig brottslighet.[45]

[45] Lagkommentar Ågren, Brottsbalken 30 kap. 5 § Karnov (JUNO). Besökt 22-10-03.

Ungdomsvård enligt socialtjänstlagen eller lagen om vård av unga

Förutsättningarna för att döma någon till ungdomsvård framgår av 32 kap. 1 § BrB. Av bestämmelsen framgår bland annat att den som har begått brott innan han eller hon fyllt 18 år får dömas till ungdomsvård om han eller hon har ett särskilt behov av vård eller annan åtgärd enligt SoL eller LVU, och sådan vård eller åtgärd kan beredas för personen. Vården och åtgärderna ska syfta till att motverka att personen utvecklas ogynnsamt.

Även den som har begått brott efter det att han eller hon fyllt 18 år får dömas till ungdomsvård om det finns särskilda skäl för det. Den som har fyllt 21 år får inte dömas till ungdomsvård.

Ungdomsvård får dömas ut endast om socialtjänstens planerade åtgärder, i förekommande fall i förening med ungdomstjänst eller böter, inte kan anses tillräckligt ingripande med hänsyn till brottslighetens straffvärde och art samt personens tidigare brottslighet. Om åtgärderna ska vidtas med stöd av SoL, ska rätten föreskriva att personen ska följa det ungdomskontrakt som upprättats av socialnämnden. Innehållet i kontraktet ska framgå av domen. En vårdplan ska upprättas oavsett om vården sker enligt SoL eller LVU.[46]

Utgångspunkten vid val av vårdform som påföljd är alltså frivillig ungdomsvård. Om det inte finns samtycke från den unga personen kan vården dock beredas med tvång enligt LVU. Av 1 § LVU framgår bland annat att den som är under 18 år ska beredas vård enligt LVU, om någon av de situationer som anges i 2 eller 3 § föreligger och det kan antas att behövlig vård inte kan ges personen med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne och, när personen har fyllt 15 år, av honom eller henne själv.

Vård med stöd av 3 § får även beredas den som har fyllt 18 men inte 20 år, om sådan vård med hänsyn till personens behov och personliga förhållanden i övrigt är lämpligare än någon annan vård och det kan antas att behövlig vård inte kan ges med personens samtycke.

Vård enligt 2 § LVU ska beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att personens hälsa eller utveckling skadas.

[46] 11 kap. 3 § SoL och 5 kap. 1 a § SoF.

Vård enligt 3 § LVU ska beslutas om personen utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Beslut om vård med stöd av LVU meddelas av förvaltningsrätten efter ansökan av socialnämnden (se 4 § LVU). Socialnämnden får besluta att den som är under 20 år omedelbart ska omhändertas, om det är sannolikt att personen behöver beredas vård med stöd av LVU, och rättens beslut om vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för personens hälsa eller utveckling eller till att den fortsatta utredningen allvarligt kan försvåras eller vidare åtgärder hindras (6 § LVU).

Frivillig vård kan ske på hem för vård eller boende (HVB) eller familjehem, eller genom öppna insatser. Socialnämnden utreder och bedömer barnets eller den unges behov, som är utgångspunkten för insatser och eventuell placering för att tillgodose vårdbehovet.

Vård enligt LVU kan ske på ett LVU-hem med särskild tillsyn (så kallat särskilt ungdomshem), där Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar och beslutar om intagning och inskrivning. Socialnämnden kan ansöka om plats på ett SiS-hem med behandling, eller på utredningsavdelning. Vård med stöd av LVU kan också bedrivas på ett HVB-hem, i familjehem eller som öppna insatser. Det är personens vårdbehov som står i centrum och är avgörande för var vården ska ske. På de särskilda ungdomshem som SiS driver finns lagstöd för att använda särskilda befogenheter, vilket inte finns på HVB-hem eller i familjehem.

När vården inleds på SiS särskilda ungdomshem görs en behandlingsplan enligt SiS riktlinjer. Det är samma som anges i 11 kap. 3 § SoL. Då görs en kartläggning av barnet eller den unges situation och behov, samt en bedömning av vilken behandling och andra insatser som behövs.

Användning av narkotika är vanlig bland barn och unga som placeras på SiS särskilda ungdomshem, vilket märks även i de yngre åldrarna (11–12 år). Även om dessa barn inte har skadligt bruk eller beroende är bedömningen att barnen har erfarenheter från sådana miljöer. Av de äldre barnen har många skadligt bruk eller beroende; det förekommer hos majoriteten av de barn och ungdomar som placeras på SiS särskilda ungdomshem.[47] Vid kartläggningen av barnet

[47] SiS (2022). *Årsredovisning 2022.*

eller den unges behov är konstaterandet av skadligt bruk eller beroende en viktig del.

På alla hemmen bedrivs olika vårdformer anpassade till den enskilda personen, och de dokumenteras i SiS journalsystem.

På de särskilda ungdomshemmen i SiS regi bedrivs utbildning för skolpliktiga barn enligt 24 kap. 8 § skollagen (2010:800). Det innebär att hemmen har skolenheter med utbildade lärare, och att utbildningen så långt möjligt motsvarar utbildningen i grundskolan, grundsärskolan eller specialskolan. Då utbildning bedrivs enligt skollagen ska också delen om elevhälsa i skollagen gälla. Det innebär att eleverna även ska erhålla hälsobesök, kontroller och vaccinationer i enlighet med bestämmelserna i skollagen. Även unga som inte är skolpliktiga har rätt att få utbildning enligt 24 kap. 9 § skollagen.

Vid en placering med stöd av LVU har socialnämnden tagit över vårdnadshavarens bestämmanderätt i den utsträckning det behövs för att genomföra vården.

Av Socialstyrelsens rapport om placering enligt LVU framgår socialnämndens ansvar för att placerade barn ska få sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda:

> Nämnden ska verka för att placerade barn och unga får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda enligt den lagstiftning som reglerar detta område. Det betyder att nämnden ska vara aktiv för att få till stånd undersökningar, insatser och behandlingar som den unge kan behöva. JO har i flera ärenden understrukit vikten av att informera vårdnadshavare om deras barns hälsotillstånd under LVU-vården, även om det är nämnden som har beslutat om hälso- och sjukvården. I ett av ärendena från JO hade till exempel ett barn eventuellt ett behov av ytterligare stödinsatser och nämnden inhämtade därför ett utlåtande från BUP angående detta. JO ifrågasatte inte att nämnden ansåg sig ha behov att inhämta utlåtandet, men ansåg att nämnden borde ha informerat barnets vårdnadshavare om det.[48]

SiS bedriver grundläggande hälso- och sjukvård och är därmed vårdgivare. Hälso- och sjukvården är öppen och frivillig, och bestämmelser inom hälso- och sjukvården gäller. På SiS arbetar sjuksköterskor, läkare och psykologer. Institutionscheferna är verksamhetschefer för hälso- och sjukvården på sina institutioner. SiS ansvarar för viss omvårdnad och har själva tagit ett ansvar för vissa medicinska bedömningar och läkemedelshantering enligt läkares ordinationer. SiS har

[48] Socialstyrelsen (2020). *LVU – handbok för socialtjänsten*, publicerad på Socialstyrelsen.se, mars 2020, s. 189–190.

tagit fram läkemedelsrekommendationer för deras hantering av läkemedel.[49]

Sluten ungdomsvård

Av 32 kap. 5 § BrB framgår följande förutsättningar för att domstolen ska kunna döma någon till sluten ungdomsvård:

> Har någon begått brott innan han eller hon fyllt arton år och finner rätten med tillämpning av 30 kap. att påföljden bör bestämmas till fängelse, skall den i stället bestämma påföljden till sluten ungdomsvård under viss tid. Detta gäller dock inte om det, med hänsyn till den tilltalades ålder vid lagföringen eller annan omständighet, finns särskilda skäl däremot. Rätten får bestämma tiden för sluten ungdomsvård till lägst fjorton dagar och högst fyra år. Bestämmelser om verkställighet finns i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård.

Regler för verkställighet av sluten ungdomsvård finns i lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU. Av 2 § LSU framgår att verkställigheten av sluten ungdomsvård ska utformas så att personens anpassning i samhället främjas, och att de skadliga följderna av frihetsberövandet motverkas. Vidare framgår av 3 § LSU att SiS ansvarar för verkställigheten, och att verkställigheten ska planläggas och genomföras efter samråd med socialnämnden i personens hemort. En individuellt utformad verkställighetsplan ska upprättas för vården. En dömd person ska få tillgång till sjukvård, inklusive psykiatrisk sjukvård vid behov.

Verkställigheten av en dom om sluten ungdomsvård sker genom att personen meddelas datum för att infinna sig på SiS särskilda ungdomshem. Personen kan då vara på fri fot, eller befinna sig i häkte eller vårdas med stöd av LVU på en SiS-institution eller på ett HVB-hem. I dessa fall omvandlas vården till verkställighet enligt LSU. Om personen behöver transport bokas den av SiS genom Kriminalvårdens försorg.

De ungdomar som avtjänar sluten ungdomsvård är dömda för allvarlig brottslighet såsom rån, mord eller mordförsök samt allvarliga narkotikabrott eller sexualbrott.[50] SiS-hemmen är differentierade efter olika säkerhetsnivåer, där säkerhetsnivå 1 är den högsta nivån.

[49] Digitalt möte med företrädare från SiS 2022-10-21.
[50] Digitalt möte med företrädare för SiS 2022-10-21.

Verkställigheten ska planläggas och genomföras efter samråd med socialnämnden i personens hemort. En individuellt utformad verkställighetsplan upprättas med syftet att personen inte ska återfalla i brott. Själva verkställighetsplaneringen utgörs av en utredning som pågår i åtta veckor. Där medverkar olika personalkategorier, exempelvis lärare och psykologer.

Verkställighetsplanen skiljer sig från behandlingsplanen och är inriktad på att individen ska förberedas för tiden efter att påföljden har upphört. Det innebär att individen tillsammans med kontaktpersoner formulerar mål som han eller hon ska arbeta för att försöka uppnå.

Behandlingsplanen är en del av verkställighetsplanen och syftar till att uppnå delmål i verkställighetsplanen. Socialtjänsten informeras skriftligt om vilka åtgärder som kommer att behövas.

De flesta ungdomar som verkställer sluten ungdomsvård har inte använt narkotika vid intagning i vården. Det är en betydande skillnad jämfört med ungdomar som vårdas med stöd av LVU. En anledning kan vara att en LSU-placering har föregåtts av rättegång och det är en planerad intagning, samt att ungdomarna inte befinner sig i en akut situation. Vid misstanke kan drogtester göras. Det finns också möjlighet att göra kontroller i syfte att säkra tillsynen och tryggheten.

Vad gäller hälso- och sjukvård finns sjuksköterska enbart under dagtid på vardagar. På kvällar och helger finns ett joursystem för att tillgodose behovet av att kunna ge naloxon och hantera eventuella avskiljningar. De dömda ska vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård, inklusive psykiatrisk sjukvård.[51]

Den 14 augusti 2023 överlämnade Utredningen om frihetsberövande påföljder för unga sitt betänkande, i vilket det föreslås att barn och unga som döms för allvarliga brott ska dömas till fängelse i stället för sluten ungdomsvård.[52] Fängelsepåföljden ska verkställas på särskilda ungdomsavdelningar på Kriminalvårdens befintliga anstalter. Påföljden sluten ungdomsvård ska utmönstras.

Ungdomstjänst

Unga lagöverträdare får dömas till påföljden ungdomstjänst om det anses lämpligt med hänsyn till ålder, person och övriga omständigheter, samt om påföljden anses tillräckligt ingripande med hänsyn

[51] Digitalt möte med företrädare för SiS 2022-20-21.
[52] SOU 2023:44. *En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga.*

till brottets straffvärde, tidigare brottslighet och om det inte föreligger skäl att döma till ungdomsvård (32 kap. 2 § 1 st. BrB; 32 kap. 2 § 3 st. BrB).

Den som döms till ungdomstjänst avtjänar sitt straff genom att arbeta mellan 20 och 150 timmar. Arbetet är oavlönat och sker exempelvis i en förening eller en ideell organisation. Unga personer dömdes 2021 till ungdomstjänst för narkotikabrott i 71 fall, varav 44 rörde narkotikabrott av normalgraden och 27 ringa narkotikabrott.

Ungdomsövervakning

Ungdomsövervakning är en påföljd för unga från 15 års ålder som begår brott. Lagen trädde i kraft i januari 2021. Ungdomsövervakning ska pågå under lägst sex månader och högst ett år, beroende på brottets allvar, brottets art eller tidigare brottslighet, och det är domstolen som bestämmer tiden. Vid ungdomsövervakning beslutas en verkställighetsplan som den dömde är skyldig att följa och som innehåller obligatoriska föreskrifter.

De som kan dömas till ungdomsövervakning är unga, i huvudsak personer mellan 15 och 17 år, som har begått ett allvarligt brott eller som har en historia av upprepad brottslighet. Ungdomsövervakning är avsedd att användas när ungdomsvård eller ungdomstjänst inte bedöms vara tillräckligt ingripande med hänsyn till straffvärde och art eller tidigare brottslighet, men där det inte heller finns tillräckliga skäl för sluten ungdomsvård.

Totalt dömdes till ungdomsövervakning för narkotikabrott i fyra fall 2021 och totalt för samtliga brott i 55 fall. När det gäller ringa narkotikabrott och narkotikabrott av normalgraden är brottet som regel inte tillräckligt allvarligt, men upprepad brottslighet kan i vissa fall leda till att ungdomsövervakning bedöms som en lämplig påföljd.

10.8.2 Ringa narkotikabrott dominerar bland unga lagöverträdare enligt Socialstyrelsen

Regeringen gav Socialstyrelsen 2019 i uppdrag att genomföra en forskningsstudie i två delar om tidiga insatser för att motverka skadligt bruk och kriminalitet.[53] Uppdraget redovisas i rapporten *Vård-*

[53] (S2019/01651; S2020/05630/FS; S2021/00823).

insats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott.[54] Inom uppdraget genomförde Socialstyrelsen en registerstudie som omfattade alla barn och unga (15–20 år) som år 2017 lagfördes för ett narkotikabrott (totalt 6 125 personer). Den absoluta majoriteten av brotten var ringa narkotikabrott (97 procent för åldrarna 15–17 år och 93 procent för åldrarna 18–20 år.

Ungefär två tredjedelar av alla barn som ingick i aktstudien hade ingen tidigare lagföring före urvalsbrottet.[55] För de flesta som hade en tidigare lagföring inkluderade den även andra brott än narkotikabrott.

Barn mellan 15–17 år fick en rättslig reaktion i kombination med vård i två tredjedelar av fallen. Bötesstraff utdömdes i 75 procent av fallen när det rörde unga mellan 18 och 20 år. En majoritet av barnen (80 procent) och de unga (75 procent) bedömdes i yttrandet från socialtjänsten ha ett särskilt vårdbehov. Sammantaget fick nästan nio av tio barn vårdinsatser, såväl utöver som inom ramen för rättssystemet. Det betyder att det är ovanligt att barn inte bli uppmärksammade för sitt riskbeteende.

Vid ringa narkotikabrott som handlar om eget bruk eller innehav för eget bruk, kan rättsväsendets ingripande bli en möjlighet för samhällets aktörer att uppmärksamma om barn och unga håller på att utveckla ett narkotikaproblem, och erbjuda stöd och hjälp. Det finns alltså inom ramen för påföljdssystemet förutsättningar för socialtjänsten att fånga upp barn som har ett begynnande narkotikaproblem genom att de kan lagföras till en vårdinsats. Samordningen mellan rättsvårdande myndigheter och socialtjänsten är således väsentlig för att kunna motverka substansbruk bland barn.

Resultatet från studien visar att det finns flera riskfaktorer för barn och unga som lagförs för narkotikabrott. Det handlar om sådant som psykisk ohälsa, våld i familjen, kriminalitet i den egna familjen, härkomst, omsorgsbrist, bristande ekonomiska resurser, skolproblem och annan samtidig kriminalitet.

Jämfört med övriga jämnåriga hade en högre andel i studiepopulationen haft kontakt med hälso- och sjukvården för bedömning och behandling av psykisk sjukdom, för neuropsykiatriska tillstånd och för läkemedelsbehandling före urvalsbrottet 2017. Drygt tre fjärdedelar av barnen i aktstudien var kända sedan tidigare av socialtjänsten,

[54] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott.*
[55] Med urvalsbrott avses första lagföring år 2017 med brott mot Narkotikastraffbrottlagen (NSL).

det vill säga hade aktualiserats på grund av orosanmälningar eller fått insatser från socialtjänsten innan polisens anmälan om urvalsbrottet inkom. Det behövde dock inte ha sin grund i substansbruk utan kunde bero på annat riskbeteende eller svårigheter i skola eller familj.

Att bli lagförd på nytt var vanligare bland dem som lagförts för både narkotikabrott och andra brott. Av det kan man dra slutsatsen att lagföringen i sig inte bidrar till minskad framtida brottslighet, utan att det även krävs andra insatser för att förebygga kriminalitet hos barn och unga.

11 Analys av andra länders erfarenheter av klassificering av nya psykoaktiva substanser (NPS)

I utredningsdirektiven ingår att undersöka erfarenheter från länder som har infört generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser (NPS), även kallad familjeklassificering.

I kapitlet redovisas erfarenheter av generisk klassificering som vi inhämtat genom frågor ställda till ett urval länder som har lagstiftning med inslag av generisk reglering, det vill säga reglering i substansgrupper. Underlaget om erfarenheter bygger på svar från dessa länders hälsodepartement eller motsvarande. De svar som redovisas under respektive land är det som inrapporterats till oss och inte bedömningar eller värderingar från vår sida. Vi gör också en sammanfattande analys av ländernas erfarenheter, tillgänglig forskning, samt refererar information från EU:s narkotikabyrå, EMCDDA och Folkhälsomyndigheten.

Definitionen av NPS i respektive nationell reglering kan variera, vilket har försvårat analysen. I en svensk kontext avser NPS att de av regeringen förklaras vara antingen hälsofarlig vara eller narkotika i Sverige och inte tidigare omfattats av reglering.

11.1 Kort information om vad nya psykoaktiva substanser (NPS) är och hur generisk klassificering fungerar

Nedan följer en kort introduktion av området för att enklare kunna ta del av information vi sammanställt från olika länder.

11.1.1 Vad är nya psykoaktiva substanser, NPS?

Grunden för att reglera narkotika har sitt ursprung i de substanser som är kända och reglerade i de internationella narkotikakonventionerna eller i nationell lagstiftning. De substanser som inte återfinns där kallas för nya psykoaktiva substanser, NPS. Förenklat kan man säga att NPS är syntetiska substanser som används i syfte att efterlikna substanser med känd psykoaktiv effekt. Det finns ingen enhetlig definition av NPS. EU:s narkotikabyrå (EMCDDA) definierar NPS som

> En ny narkotika eller psykoaktiv substans, i ren form eller i beredning, som inte kontrolleras av FN:s narkotikakonventioner, men som kan utgöra ett hot mot folkhälsan som är jämförbart med det som orsakas av substanser som anges i dessa konventioner.[1]

Definitionen av NPS kan variera och försvåras ytterligare av att substanser redan kan vara narkotikaklassade i enskilda länder före upptag i konventionerna.[2] Termen *ny* i nya psykoaktiva substanser behöver inte betyda att substansen som sådan är ny, då flera NPS har funnits på marknaden sedan en lång tid tillbaka. Men substansen räknas som ny om den inte är reglerad som psykoaktiv substans i det land där den upptäcks, eller har lagts till i förteckningen över vilka substanser som omfattas av de internationella narkotikakonventionerna. I den tidigare utredningen om klassificering av NPS (SOU 2016:93) användes begreppet *nätdroger* för att beskriva NPS. Detta eftersom försäljningen av den här typen av substanser vanligen görs över internet, både krypterat och öppet.[3] Även annan narkotika säljs i ökad utsträckning över internet, varför termen blir missvisande. I en svensk kontext avser NPS substanser som inte är reglerade som narkotika

[1] EMCDDA. *EU Early Warning System on NPS – 25 years*. www.emcdda.eu. Besökt 2023-08-15.
[2] SOU 2016:93 *Klassificering av nya psykoaktiva substanser.*
[3] SOU 2016:93. *Klassificering av nya psykoaktiva substanser.*

eller hälsofarlig vara i Sverige och som används i syfte att efterlikna substanser reglerade som narkotika eller hälsofarlig vara, oavsett om de säljs på internet eller på annat sätt.

De kemiska strukturerna i NPS förändras ständigt för att undkomma lagstiftning som förbjudit specifika substanser. Det sker ofta genom mindre strukturförändringar så att de nya substanserna inte ska omfattas av regleringen. NPS består av substanser som ännu inte har bedömts vara narkotika eller hälsofarlig vara och reglerats, vilket gör att de som producerar, säljer och använder NPS i de flesta fall kan undgå rättsliga påföljder.

NPS utgör i många avseenden en risk för individen, samhället och folkhälsan. Fenomenet utmanar narkotikareglering, förebyggande arbete samt vård och stöd.[4] Till skillnad från en del av de substanser som upptagits i FN:s narkotikakonventioner, såsom cannabis och amfetamin, är kunskapen om de kort- och långsiktiga riskerna med att använda NPS begränsade.[5] Vissa substanser är direkt dödliga i små doser, och såväl beroendepotential som psykoaktiva egenskaper kan leda till sociala problem.

11.1.2 Vad är generisk klassificering?

Att analysera och identifiera kemiska substanser som finns på narkotikamarknaden kräver omfattande arbete, vilket i många länder har föranlett att man i stället infört ett så kallat generiskt system. Begreppen *familjeklassning* eller *familjeklassificering* används ibland, men här använder vi generisk klassificering. Det innebär ett system där hela substansgrupper med en gemensam kemisk likhet och struktur som grupp klassificeras som narkotika. De regleras då inte var för sig som enskilda substanser.[6] Utformningen av generiska system kan se olika ut och kan utgå från strukturlikheter, funktion, farmakologisk effekt eller användningskontext. Generisk klassificering gör att eventuella nya substanser omfattas av lagstiftning redan innan de utvecklas eller kommer ut på narkotikamarknaden.

Inom Europa har Österrike, Belgien, Danmark, Frankrike, Tyskland, Ungern, Irland, Lettland, Litauen, Norge, Schweiz och Stor-

[4] UNODC (2021). *Early Warning Advisory on NPS.*
[5] van Amsterdam, J., Nutt, D. m.fl. (2013). *Generic legislation of new psychoactive drugs.*
[6] Prop. 2017/18:221. *Klassificeringar av nya psykoaktiva substanser*.

britannien valt att införa en generisk klassificering av substanser.[7] Även USA har generisk klassificering. I detta kapitel redogör vi för dessa länders erfarenheter utifrån de svar vi samlat in.

Alla länders system för generisk klassificering ser inte lika ut, vilket gör det svårt att jämföra länders erfarenheter och resultat med varandra. Dessutom har vissa länder beslutat att själva bruket av NPS inte är straffbart, även om handel, framställning och försäljning är det, vilket också försvårar jämförelser.

11.1.3 Vilka är skälen för att införa generisk reglering?

De huvudsakliga skälen att införa generisk klassificering är i de flesta fall att

- avskräcka dem som framställer och säljer NPS genom att systemet ligger före i den bemärkelsen att eventuella framtida substanser regleras redan innan de cirkulerar på marknaden, och att straff kan utdömas
- begränsa tillgång och användning av nya substanser som är skadliga för hälsan
- spara resurser i arbetet med att analysera och övervaka narkotika och narkotikamarknaden
- spara resurser för lagstiftaren som inte behöver arbeta med klassificering substans för substans.

11.1.4 Hur fungerar klassificering av NPS i Sverige?

Narkotikaklassificeringen regleras genom narkotikastrafflagen (1968:64), NSL, och lagen (1992:860) om kontroll av narkotika. Lagarna beskriver vad som definieras som narkotika och vilka bestämmelser som gäller. Det avser substanser med beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter, eller substanser som enkelt kan omvandlas till varor med sådana egenskaper eller effekter. Listan över alla narkotikaklassificerade substanser finns i huvudsak i bilagan till förordningen om kontroll av narkotika. I Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika framgår vad som är

[7] UNODC (2019). *Database of national legal responses to control NPS.*

nationellt klassificerad narkotika, och vad som är narkotika enligt internationella överenskommelser.[8]

I Sverige är det Folkhälsomyndighetens uppdrag att utreda vilka NPS som ska regleras som hälsofarlig vara eller narkotika. Enligt 12 § i myndighetens instruktion ska myndigheten bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering av varor som inte utgör läkemedel samt bevaka och utreda behovet av kontroll av varor enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.[9] Det system som Sverige har innebär att varje substans behöver utredas enskilt. Folkhälsomyndigheten inhämtar genom olika nationella och internationella nätverk underlag om NPS, och lämnar vid behov förslag om reglering av en viss substans till regeringen. Därefter är det regeringen som fattar beslut i frågan om substansen ska regleras som hälsofarlig vara eller som narkotika.

Det krävs resurser i form av flera årsarbetskrafter för att bevaka, utreda och ta fram förslag för reglering, vilket är resurser som avsätts av Folkhälsomyndigheten och Regeringskansliet. Antalet NPS som klassificeras årligen i Sverige varierar mellan 54 substanser 2020 och 9 substanser 2022. Hur många som regleras beror på flera faktorer, exempelvis förekomst och resurser. Inom EU är det ofta just i Sverige som en NPS upptäcks för första gången. Det kan ha att göra med att Sverige aktivt arbetar med frågan om att snabbt identifiera NPS snarare än att NPS skulle vara vanligare i Sverige än i andra länder. Det kan också ha att göra med att Sverige har välfungerande samarbete genom Nätverket för den aktuella drogsituationen i Sverige (NADiS) och tillgång till nödvändig utrustning och analysmetoder för att kunna fastställa den kemiska identiteten för NPS. Det är vanligt att klassificeringen i Sverige sker redan innan substansen klassas som narkotika i andra länder eller internationellt inom FN och EU, vilket sker med viss eftersläpning. Åren 2012–2019 upptäcktes omkring 40 substanser årligen för första gången i Sverige. Undantagen var 2014, då omkring 80 nya substanser identifierades, och 2020–2022, då färre än 40 substanser identifierats.

Folkhälsomyndigheten har uppgett att man bedömer att det nuvarande systemet fungerar ändamålsenligt utifrån de förutsättningar som finns i dag, med reservation för att ingen analys genomförts om

[8] Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/vad-vi-gor-inom-andts/narkotika-och-halsofarliga-varor/klassificering-av-nya-psykoaktiva-substanser-nps. Besökt 2023-08-29.
[9] Se 12 § förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.

alternativ hantering. Under senare år har myndighetens arbete med NPS förbättrats genom att Folkhälsomyndigheten finansierar framtagande av vetenskapligt underlag via Rättsmedicinalverket (RMV) vilket bidragit till att kunskap om effekten av en substans nu finns tidigare i klassificeringsprocessen. Den framtagna kunskapen används av många aktörer i och utanför Sverige.

Även andra insatser har använts i Sverige för att begränsa tillgången till NPS. I Sverige åtalades år 2020 säljare i den så kallade fentanyldomen för grovt vållande till annans död efter att åtta personer avlidit av fentanylanaloger som då ännu inte hunnit klassificeras som narkotika, vilket visade sig vara ett effektivt sätt att begränsa utbudet av särskilt farliga NPS.

11.1.5 EMCDDA:s och FN:s narkotikakommissions respektive roller i NPS-arbetet

EMCDDA har en betydande roll i frågor som handlar om NPS inom EU. Myndigheten har sedan 1997 med sitt *EU Early Warning System* (EWS) arbetat med att både kontrollera, övervaka och bedöma NPS på den europeiska narkotikamarknaden.[10]

Medlemsstaternas rapportering till EWS är grundstenen i arbetet. Den bygger på enskilda länders förmåga att analysera och identifiera nya substanser i beslag som görs inom tull och polis, rättsmedicinska analyser, information från hälso- och sjukvård, samtal till giftinformationscentraler med mera. Rapporteringen bidrar till övervakningen av potentiellt farliga substanser samt till prioriteringen av vilka substanser som är viktiga att reglera. Den nationella regleringen och EU-systemet bygger i stora delar på samma data.

EMCDDA sammanställer eller utvärderar inte systematiskt och löpande vilken lagstiftning om generisk klassificering som finns inom EU. Detsamma gäller lagstiftningens utfall och effekt. *Europeisk narkotikarapport 2018* innehöll ett avsnitt om generisk klassificering, men därefter har EMCDDA inte sammanställt sådan kunskap.[11] Enligt EMCDDA går det inte att säga om generisk reglering eller reglering substans för substans har bäst förutsättningar att begränsa tillgång och efterfrågan vad gäller NPS.[12]

[10] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/ews25_en. Besökt 2023-08-15.
[11] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01-34 Answers regarding questions about generic classification.
[12] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01–34 Answers regarding questions about generic classification.

UNODC arbetar med att bistå medlemsstaterna med att analysera, övervaka och genom beslut i FN:s narkotikakommission reglera förekomsten av NPS. Eftersom nya substanser inte kontrolleras under de internationella narkotikakonventionerna, kan deras rättsliga status skilja sig mycket från land till land. FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC) beskriver att 67 länder fram till 2022 hade rapporterat utmaningar och agerat för att begränsa nya substanser genom att förändra nationell lagstiftning. På internationell nivå, fram till mars 2022, beslutade narkotikakommissionen att placera 71 nya substanser under internationell kontroll genom att de infördes i förteckningar kopplade till konventionerna. Varje land som ratificerat konventionerna är därefter skyldiga att beakta detta i nationell lagstiftning.[13]

11.1.6 Forskning om generisk klassificering

Enligt EMCDDA finns det forskningsluckor om effekten av generisk narkotikalagstiftning. De senaste åren har forskare studerat regleringen av NPS i olika länder, däribland generisk klassificering, men det är ett område där samband och resultat av genomförda förändringar är svåra att påvisa eftersom varken system eller reglering är fullt jämförbara.

I en nyligen genomförd studie har forskare undersökt effekterna av ett nytt generiskt system för NPS i Tyskland.[14] I praktiken resulterade de nya lagarna i att användandet av de substanser som omfattades av regleringen minskade, men att användarna övergick till andra substanser som ännu inte omfattades av regleringen. Studien visar också att den nya regleringen med generisk klassificering i Tyskland kan riskera att bidra till att nya och möjligtvis ännu farligare kemiska substanser uppkommer.[15]

I en annan studie har forskare undersökt effekter av olika rättsliga regleringar som införts i syfte att kontrollera NPS utifrån ett förebyggande och skadereducerande syfte i ett flertal europeiska län-

[13] UNODC. https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS. Besökt 2023-05-05.
[14] Kühnl, R., Aydin, D. m.fl. (2022). *Taking the cat-and-mouse game to the next level: different perspectives on the introduction of the German New Psychoactive Substances Act.*
[15] Sådana risker finns även i modeller som klassificerar substans för substans, såsom i Sverige.

der.[16] Studien visar att olika modeller för reglering kan vara effektiva i arbetet för att kontrollera NPS, och att de redan klassificerade substanserna minskar på marknaden. Samtidigt beskrivs att resultaten av att kontrollera NPS är kortsiktigt då det hela tiden tillkommer nya substanser, oavsett generisk reglering eller reglering substans för substans.

Nya substanser som utvecklas för att undvika reglering och gällande straffrätt kan ofta innebära ökad hälsorisk jämfört med de tidigare substanserna. I flera av länderna som hade infört reglering ökade den NPS-relaterade dödligheten.[17] Detta gäller både de länder som har generisk klassificering och de som inte har det.

Den huvudsakliga fördelen med generisk klassificering är att länder inte längre behöver genomföra en enskild klassificeringsprocess av varje ny substans på marknaden, vilket kan spara resurser. Det betyder inte att användandet av NPS upphör, och efterfrågan på substanserna kvarstår i många fall. Klassificerade substanser ersätts med andra NPS som inte ingår i den i den generiska definitionen och omfattas av regleringen. Eventuella nya hälsorisker uppkommer med de nya substanserna, och kunskapen om konsekvenser av att använda de nya substanserna är låg.[18]

11.2 Sammanfattning av andra länders erfarenheter av generisk reglering

Vi har skickat ut frågor till en rad länder som har infört ett generiskt system för reglering av NPS.[19] Frågorna har huvudsakligen handlat om

- huruvida användning och innehav för eget bruk av narkotika strider mot landets lagstiftning
- vilka grupper av substanser som klassificerats
- hur modellen för klassificering är konstruerad

[16] Neicun, J., Roman-Urrestarazu, A. m.fl. (2022). *Legal Reponses to Novel Psychoactive Substances implemented by ten European Countries: an analysis from legal epidemiology. Emerging Trends in Drugs.*
[17] Neicun, J., Roman-Urrestarazu, A. m.fl. (2022). *Legal Reponses to Novel Psychoactive Substances implemented by ten European Countries: an analysis from legal epidemiology*.
[18] van Amsterdam J., Nutt D. m.fl. (2013). *Generic legislation of new psychoactive drugs.*
[19] Österrike, Belgien, Danmark, Frankrike, Tyskland, Ungern, Lettland, Litauen, Norge, Schweiz, Irland och USA har besvarat frågorna. Även Storbritannien har fått frågorna, men inte besvarat dem.

- hur enskild klassificering går till parallellt med generisk reglering
- vilka resultat och effekter systemet har medfört
- hur det påverkat eventuella mönster för användning av narkotika och dödlighet till följd av NPS-användning.

Alla länder har inte svarat på alla frågor, och vår sammanställning ska ses som en överblick snarare än en exakt redogörelse för de olika ländernas lagstiftning och situation. Svaren redovisas utan att vi tagit ställning till eller analyserat respektive system och dessutom gör alla länder sin egen tolkning av begreppet NPS.

11.2.1 Även med generisk klassificering fortsätter arbetet att reglera nya substanser

Vi har nedan redovisat andra länders erfarenheter av att införa ett generiskt klassificeringssystem av NPS. Flera av länderna som vi har undersökt bedömer att lagstiftningen och modellen haft positiva effekter. Det beror framför allt på att de flesta NPS som identifieras på marknaden redan omfattas av de generiska grupperna, och att den administrativa processen för att klassificera narkotika därmed snabbats upp och underlättats. Samtidigt kan en omlokalisering av resurser inte heller uteslutas och nya arbetsuppgifter kan ha tillkommit till följd av ny reglering.

De flesta länder med generiska inslag har haft en sådan ordning i flera år, och antalet substansgrupper som omfattas varierar mellan två och elva. Det kan handla om besläktade substanser eller tydligt definierade kemiska substanser i grupp. Generellt sett behöver länderna ändå fortsätta testa och analysera substanser som ingår i den generiska klassificeringen, men några länder uppger att det inte krävs lika mycket resurser till detta som tidigare.

I några av länderna som undersökts är användningen av de nya substanserna som reglerats inte olaglig, vilket den är i merparten av länderna. I samtliga länder är dock produktion, försäljning och handel straffbara handlingar.

Flera av länderna uppger att det, trots en framgångsrik kontroll av NPS, framställs och uppkommer nya NPS för att undgå de nya regleringarna. Därför måste klassificering substans för substans ändå

fortsätta och komplettera den generiska modellen, låt vara i mindre utsträckning. Ofta genomförs detta bara några gånger per år.

Inget av länderna har uppgett att generisk klassificering fullt ut stoppar producenternas förmåga att utveckla nya substanser som genom den kemiska sammansättningen undgår narkotikakontroll, vilket även framkommit i den begränsade forskning som finns inom området. Detsamma gäller dock länder som inte tillämpar generisk klassificering. Det visar att det behövs insatser för att minska efterfrågan, parallellt med fortsatt arbete för att upptäcka och strypa tillgången till nya substanser och narkotika.

Grupper av substanser regleras men kan efterföljas av nya och möjligtvis farligare substanser, vilket också kan medföra konsekvenser för liv och hälsa hos dem som använder NPS. Detta är dock ett resultat av både modeller med generisk klassificering och modeller som klassificerar substans för substans, samt en möjlig konsekvens av kontrollbegränsning.

Många länder rapporterar att narkotikamarknaden förändrats och att användningen av NPS är låg, men också att detta kan ha påverkats av de olika modellerna. I några länder rapporteras fortsatt dödsfall relaterade till substanser som omfattas av den generiska klassificeringen.

Flera har rapporterat att när en generisk reglering införs, är det generellt viktigt att den är så bred som möjligt för att kunna fånga upp så många nya potentiella substanser som möjligt. Samtidigt finns det risker med ett alltför brett system, vilket belysts bland annat i betänkandet *Klassificering av nya psykoaktiva substanser* (SOU 2016:93) såsom att fler substanser än motiverat blir straffbara att använda och hantera.

11.2.2 Tyskland

Tyskland införde generisk klassificering 2016 med den nya lagen om psykoaktiva ämnen (NpSG).[20] Lagen utgör tillsammans med den tyska narkotikalagen landets reglering av narkotika. Lagen om psykoaktiva ämnen syftar till att reglera substansgrupper, medan narkotikalagen reglerar enskilda substanser. I Tyskland omfattar den generiska lagstiftningen sju substansgrupper, som beskrivs i bilagor till lagen. Lagen om psykoaktiva ämnen straffbelägger inte eget bruk eller innehav för

[20] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01–42. Answers regarding questions about generic classification.

eget bruk, vilket skiljer denna reglering från annan reglering av narkotika. Det är inte tillåtet att överlåta, framställa, sälja och marknadsföra NPS, vilket också gäller annan narkotika.

Det generiska systemet gör det svårare att undgå risk för rättsliga sanktioner i arbetet med att framställa och utveckla NPS, men stoppar inte att nya substanser tillkommer kontinuerligt på marknaden. Tyskland har gjort en utvärdering om användning av NPS, påverkan på vård- och stödsystemet samt arbetet för de brottsbekämpande och rättsvårdande myndigheterna efter införandet av generisk klassificering.[21]

Enligt utvärderingen har användningsmönstret bland dem som använder NPS förändrats sedan en generisk modell infördes. I takt med att fler NPS redan på förhand omfattas av generisk lagstiftning, väljer allt fler att använda NPS som inte omfattas av generisk lagstiftning eller hunnit klassificeras substans för substans. Statistik visar dock att den största delen av de NPS som identifierats i beslag i Tyskland omfattas av den nya lagstiftningen med generiska grupper. Det innebär att de fortfarande finns på narkotikamarknaden, trots att de omfattas av straffrätten.

För att upptäcka och reglera nya NPS som inte omfattas av den generiska klassificeringen, och ytterligare begränsa NPS, har det upprättats ett än tätare samarbete mellan polis, tull, kriminaltekniska myndigheter och hälsodepartementet efter lagstiftningsändringen.

Tysklands svar tyder på att man har svårt att avgöra om användningen av, och tillgängligheten till, NPS har begränsats av den nya lagstiftningen. Tyskland rapporterar också att den narkotikarelaterade dödligheten inte har minskat utan i stället har ökat kontinuerligt sedan 2017. Detta gäller dock samtliga substanser, inte bara NPS. Man uppfattar att den nya generiska lagstiftningen har stärkt Tysklands samarbeten inom EU och FN-systemet relaterade till att kontrollera NPS.

[21] Tysklands Hälsoministerium.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/evaluation-der-auswirkungen-des-neue-psychoaktive-stoffe-gesetzes-npsg.html. Besökt 2023-08-15.

11.2.3 Norge

Norge införde generisk klassificering i en ny lag 2013, och elva substansgrupper omfattas.[22] Den nya lagen omfattar både enskilda substanser och de elva grupperna av substanser. En substans kan ingå i listan av klassificerade substanser både enskilt och som en del av en substansgrupp. Lagen anger ett antal substanser och beskriver den angivna definitionen av narkotika. I Norge är det inte lagligt att använda, inneha, förvärva och framställa narkotikaklassade substanser, och eget bruk är kriminaliserat.[23]

När den nya lagstiftningen infördes ersattes begreppet *derivat* med *generisk schemaläggning.* Det nya begreppet har främst underlättat det rättsliga arbetet, då den ursprungliga termen *derivat* inte definierades i lagen och det var oklart hur den skulle tolkas och vilka grupper och substanser som omfattades. Motiveringen bakom införandet av ett generiskt system var att man ville kontrollera nya NPS innan de framställdes. Med det generiska systemet analyseras fortfarande NPS som kan klassificeras enskilt.

Det norska läkemedelsverket (NOMA) har bland annat i uppdrag att vid domstolsärenden erbjuda utlåtanden från experter om klassificeringar och narkotikaförordningen. Innan införandet av det generiska systemet pågick det omfattande diskussioner om den tidigare termen *derivat* och huruvida en substans skulle beskrivas som derivat eller inte, vilket tog en del resurser i anspråk. Med den nya lagstiftningen har detta problem upphört.

Norge rapporterar inga kända negativa effekter på samhällsnivå eller i rättssystemets arbete av införandet av generisk reglering. Utan det generiska systemet skulle en längre process vara nödvändig, där NOMA inleder en offentlig utfrågning för att substansen ska kunna regleras som narkotika.

Flera studier visar att NPS-användningen i Norge endast utgör en liten del av den totala användningen av narkotika, vilket också gäller de flesta EU-länder. I en norsk studie från 2013 undersöktes nattlivet i Oslo, och enligt den uppgav cirka 8 procent av de tillfrågade att de någon gång använt NPS. Studien gjordes om 2017, då andelen

[22] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01-44. Answers regarding questions about generic classification.
[23] Tillämpningen kan numera ha påverkats av beslut från den norska motsvarigheten till Sveriges Riksåklagare avseende straff vid eget bruk och innehav för eget bruk.

hade minskat till cirka två procent.[24] Det svar som inkommit från Norge redovisar att man är nöjd med lagstiftningen och dess effekter.

11.2.4 Danmark

Danmark införde generisk klassificering 2012.[25] Den nya modellen ersatte ett tidigare system av enskild klassificering och omfattar tio substansgrupper. Inga grupper har lagts till sedan dess. Arbetet för att analysera, övervaka och testa nya substanser fortsätter på samma sätt även sedan Danmark infört generisk klassificering.

Den största vinsten Danmark ser efter införandet av generisk reglering är att många av de NPS som uppmärksammas på narkotikamarknaden redan är klassificerade som narkotika i den generiska modellen, samtidigt som allt färre oklassificerade substanser upptäcks.

Att bedöma risker med substanser och klassificera NPS är en process som kostar både tid och pengar, så Danmark bedömer att konsekvensen har blivit att landets myndigheter inte behöver lägga lika mycket resurser på att klassificera substanser sedan lagändringarna. Inga negativa effekter av den nya lagstiftningen bedöms heller ha tillkommit. Den generiska klassificeringen har inte inneburit några skillnader i den narkotikarelaterade dödligheten, eftersom NPS-substanser sällan är relaterade till dödlighet i Danmark.

11.2.5 USA

USA införde generisk kontroll första gången 1971 genom lagen om kontrollerade substanser (*Controlled Substances Act*).[26] Lagen kan delas in i tre kategorier för generisk reglering:

- Den första kategorin utgår enbart från substansens kemiska struktur.
- Den andra kategorin utgår från den kemiska strukturen tillsammans med syftet med substansen.

[24] Folkehelseinstituttet (2017). *Utelivsstudien 2017. Rusmiddelbruk blant folk "på byen" i Oslo og seks andre byer på Østlandet.*
[25] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01-52. Answers regarding questions about generic classification.
[26] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01-45. Answers regarding questions about generic classification.

- Den tredje kategorin utgår från den kemiska strukturen tillsammans med den farmakologiska effekten.

Federala kriminaltekniska laboratorier arbetar fortfarande med att analysera och identifiera nya möjliga NPS. Data rapporteras sedan vidare till programmet *National Forensic Laboratory Information System* (*NFLIS-Drug*). Substanserna som har rapporterats behöver kontrolleras för att avgöra om de omfattas av den generiska lagstiftningen eller inte.

Tillgängligheten till och användningen av NPS som omfattas av den generiska klassificeringen har minskat sedan lagstiftningen ändrades. Samtidigt uppkommer precis som i alla länder nya NPS på marknaden med syfte att undgå lagstiftningen.

Syntetiska cannabinoider klassificeras i USA i ett eget generiskt system sedan 2012 genom *Synthetic Drug Abuse Prevention Act.* Systemet har enligt svar från USA effektivt lyckats kontrollera och minska tillgången till substanserna. I och med detta minskade successivt behovet av att övervaka substansernas förekomst på marknaden och eventuella konsekvenser av användning. Dessutom har resurser kunnat sparas. Trots detta har det inte helt gått att eliminera uppkomsten av syntetiska cannabinoider som inte omfattas av lagstiftningen.

Generisk klassificering har haft fördelar genom att färre substanser behöver identifieras och klassificeras av rättsväsendet för att definieras som narkotika, och det krävs mindre resurser för det tillgänglighetsbegränsande arbetet.

Vad gäller fentanyl omfattas 36 fentanylliknande kemiska strukturer av den generiska klassificeringen. Sedan införandet har antalet överdoser relaterade till reglerade fentanylsubstanser minskat. Trots det kvarstår förgiftningsdödsfall relaterade till fentanyl som ett omfattande hälsoproblem eftersom ambitionen att helt eliminera substanser är svåruppnådd.

11.2.6 Schweiz

I Schweiz infördes generisk klassificering 2011.[27] För att en substans ska omfattas av den generiska klassificeringen behöver den antas medföra en narkotisk eller psykotrop effekt.

[27] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01-49. Answers regarding questions about generic classification.

Användning och innehav av narkotikaklassade substanser för eget bruk tillåts inte i Schweiz. Vid analys av substanser fokuserar myndigheter i Schweiz på att identifiera nya trender som dyker upp på narkotikamarknaden.

Efter införandet av generisk klassificering har arbetet med att kontrollera NPS blivit snabbare. Reglering av enskilda substanser som inte omfattas av den generiska modellen behöver inte göras mer än en gång per år. Det har inte gjorts några formella utvärderingar av det generiska systemet och dess effekter, men effekter som har observerats är att mängden NPS som tas in i landet är begränsad.

11.2.7 Ungern

Ungern införde 2012 en generisk klassificering som omfattar fem olika substansgrupper.[28] Arbetet med att analysera och testa nya substanser fortsätter även med den nya generiska modellen, och utförs främst av det ungerska institutet för kriminalteknik.

Ungern rapporterar att den nya modellen har visat positiva effekter genom att många substanser som uppkommer på narkotikamarknaden redan omfattas av den generiska lagstiftningen, vilket underlättar det rättsliga arbetet. Enbart kriminaltekniska experter har behörighet att avgöra om en substans omfattas av den generiska substansgrupperingen. Vad gäller syntetiska cannabinoider är det vanligt att vissa substanser omfattas av den generiska definitionen och andra inte, vilket innebär att användare inte alltid vet om substansen omfattas av reglering av narkotika eller ej.

Införandet av generisk reglering har enligt Ungerns svar kunnat spara resurser som tidigare lades på att klassificera nytillkomna substanser på narkotikamarknaden. Den dödlighet som är relaterad till NPS har inte påverkats av den generiska klassificeringen, och substanser som omfattas av den generiska regleringen har ändå förekommit i narkotikarelaterade dödsfall. Ungern bedömer att den generiska regleringen inte har minskat tillgången till NPS på narkotikamarknaden.

[28] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01-46. Answers regarding questions about generic classification.

11.2.8 Lettland

Lettland införde generisk klassificering 2012.[29] År 2022 omfattade den generiska modellen totalt 27 substansgrupper. Enligt svar från Lettland är eget bruk av narkotika kriminaliserat endast om en person begår handlingen två eller fler gånger under ett kalenderår. Majoriteten av alla NPS-analyser sker på statens polislaboratorium. Lettland ser behov av mer resurser till analys, men en begränsning är att det saknas utrustning vid toxikologiska avdelningar.

Lettland bedömer att arbetet är mindre tidskrävande och mer effektivt än tidigare. I den tidigare processen behövde lagen revideras oftare, medan det i dag endast behöver ske några gånger per år, då nya substanser vanligen redan omfattas av den generiska bestämmelsen.

11.2.9 Litauen

Klassificeringsstrukturen i Litauen innebär att det finns en generisk klassificering av NPS i grupper, samtidigt som en del substanser är klassificerade enskilt. Litauen har successivt byggt ut den generiska regleringen sedan 2010, och i dag omfattas tio grupper av substanser av den generiska regleringen. I Litauen är användning av narkotika inte reglerad straffrättsligt men en administrativ sanktion kan utgå, medan innehav och köp för eget bruk är olagligt. Litauen rapporterar att den generiska regleringen är positiv och att ungefär hälften av alla nya substanser på den europeiska marknaden redan omfattas av lagstiftningen i Litauen. Det i sin tur bidrar till att förhindra snabb spridning av nya substanser i landet.

Reglering av enskilda och nya substanser i Litauen sker genom att en nationell kommission sammanträder cirka 2–3 gånger per år och därefter lämnar förslag till ny reglering till relevant behörig aktör. Litauen bedömer att denna process innebär att landet snabbt kan reglera nya substanser som inte omfattas av den generiska definitionen i lagstiftningen. Testning och identifiering av beslagtagna substanser och biologiska prov genomförs, men tillgången till laboratorier, analyskompetens och analysmaterial är begränsad.

På frågan om den generiska klassificeringen haft några negativa effekter svarar Litauen att systemet kan vara svårt för enskilda att

[29] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01-50. Answers regarding questions about generic classification.

förstå, och det kan vara oklart om en substans regleras som narkotika eller ej. Samtidigt bedöms denna oklarhet kring legal status av substanser ha fungerat preventivt på så vis att individer eventuellt avstår att använda en substans om man inte vet om den är reglerad som narkotika eller inte. Det finns även officiell myndighetsinformation tillgänglig på webben (även på engelska), om vilka vanliga substanser som omfattas av lagstiftningen.[30]

Enligt vad man anger har modellen med generisk reglering inte haft någon negativ påverkan på det juridiska systemet, såsom domstolar, och inte heller har den resulterat i ökad arbetsbelastning. Sammantaget bedömer Litauen att det varit framgångsrikt att implementera generisk reglering. NPS-användningen i landet är låg, och antalet dödsfall till följd av NPS likaså.

11.2.10 Frankrike

Frankrike har generisk klassificering för två grupper av substanser. Det gäller katinoner sedan 2012, och 2015 klassificerades även syntetiska hallucinogener med liknande kemisk struktur (NBOMe) som grupp. Den generiska regleringen i landet är därför fortsatt begränsad, och en stor del av regleringen av nya substanser sker substans för substans.

Både användning och innehav för eget bruk strider mot lagstiftningen i Frankrike, liksom försäljning, handel och produktion. Cirka tolv NPS regleras årligen, vilket är ett arbete som leds inom ramen för det nationella systemet för att identifiera och klassificera substanser.

Källan till kunskap om olika nya substanser på marknaden är den årliga sammanställningen och rapporteringen till EMCDDA, som i sin tur bygger på information från kriminaltekniska laboratorier, tullbeslag samt analyser från tull och polis. Nya substanser har inte fått någon större betydelse på den franska narkotikamarknaden, och användningen av NPS är begränsad.[31]

Frankrike rapporterar att man utifrån de nationella rapporteringssystemen inte kan se någon minskning i antal analyser som innehåller

[30] Drug, Tobacco and Alcohol Control Department in Lithuania. https://visuomene.ntakd.lt/en. Besökt 2023-06-15.
[31] French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023). https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftammya.pdf. Besökt 2023-08-15.

NPS över tid. Efter införandet av generisk klassificering är det snarare tvärtom, vilket tros ha att göra med att generisk klassificering bara omfattar två olika grupper. Övrig detektering och klassificering sker substans för substans, vilket gäller majoriteten av substanser. Exempelvis identifierades 31 NPS i Frankrike under 2021 och ungefär 12 reglerades.[32]

11.2.11 Belgien

Möjligheten att genomföra generisk klassificering i Belgien infördes i två steg 2014 och 2017. Lagen i dag innehåller generisk klassificering för sex typer av substansgrupper. Innehav av narkotika är olagligt i Belgien, dock inte användning.[33]

Ett nationellt nätverk som består av flera olika myndigheter och sektorer, inklusive ett *Early Warning System*, följer trender och NPS-situationen i Belgien. Nätverket kan föreslå att den nationella myndigheten med ansvar för klassificering lägger till enskilda substanser i lagstiftningen, om de inte redan omfattas av de generiska substansgrupperna. De flesta substanser som identifieras i prover av beslag är redan reglerade i Belgien.

Även om inga officiella utvärderingar har gjorts av lagstiftningens konsekvenser, har ett fåtal studier (som beskrivs i Belgiens svar) genomförts där man bland annat lyft att den generiska lagstiftningen skapar effektivitet och flexibilitet, men att det fortsatt behövs snabb respons och resurser för att identifiera och begränsa tillgängligheten till nya substanser.

NPS-användningen har inte försvunnit, och det är fortsatt svårt att kontrollera fenomenet. I stor utsträckning sker handeln med NPS på Darknet (vilket också gäller många andra länder). Andra svårigheter som lyfts i studierna har handlat om att processerna för skyndsam reglering är administrativt tunga.

Att införa en generisk modell kräver resurser för att den ska bli så omfattande som möjligt, och det behöver vara tydligt för de rättsvårdande myndigheterna såsom tull och polis vad som omfattas. Det internationella samarbetet kring klassificering fortsätter även efter

[32] French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
https://www.ofdt.fr/BDD/sintes/LePointSINTES08.pdf. Besökt 2023-08-15.
[33] I lagstiftningen är straffskalan och sanktionerna densamma för alla narkotiska substanser med undantag för cannabis.

införandet av generisk lagstiftning, då nya substanser identifieras och behöver rapporteras internationellt.

11.2.12 Österrike

Österrike införde generisk reglering 2012 med en ny lagstiftning om psykoaktiva substanser och en ny förordning baserad på lagstiftningen.[34] Syftet med lagstiftningen är att genom en generisk kontroll minska tillgängligheten till NPS och de negativa effekterna av användning. Regleringen består av nio substansgrupper. Rapporteringar om nya substanser som upptäcks görs till det österrikiska *Early Warning System*. Inga utvärderingar om möjliga positiva eller negativa effekter av den generiska regleringen har gjorts.

11.2.13 Irland

I Irlands lagstiftning finns såväl förteckningar med möjlighet till generisk reglering som reglering för enskilda substanser. Regleringen (*Misuse of Drugs Act*) infördes 1977 och uppdaterades senast 2022. Dessutom finns lagstiftning som syftar till att begränsa försäljning, handel och framställning av substanser som klassificerats som narkotika. Det är på Irland straffbart att använda narkotika, med undantag för cannabis eller cannabisolja. Handel, produktion och försäljning är straffbara handlingar för samtliga substanser.

Ingen utvärdering har gjorts av hur den generiska regleringen påverkat den irländska narkotikamarknaden eller rättssystemets resurser. Stora insatser läggs på att analysera all beslagtagen narkotika och i förekommande fall rapportera nya substanser till EMCDDA, samt på att reglera substanser nationellt som ännu inte omfattas av den irländska regleringen. Över tid har mängden analyser av narkotika vid det nationella kriminaltekniska laboratoriet ökat. Om detta är till följd av den generiska regleringen kan Irland inte bedöma. Enligt Irlands svar är dock bedömningen att användningen av NPS minskat efter den generiska regleringen.

[34] Dnr KOMM2022/00311/S_2022:01–41. Answers regarding questions about generic classification.

12 Analys inom området skadereducering och en internationell utblick

I detta kapitel analyserar vi vad skadereducering och lågtröskelverksamhet är. Vi belyser definitionen för skadereducering och insatserna i ett nationellt och internationellt perspektiv. Detta för att senare i kapitel 21 lämna förslag och bedömningar inom området.

Vi har med hjälp av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) genomfört en sökning på internationella litteraturöversikter om skadereducerande insatser.[1] I detta kapitel behandlas samtliga dessa frågor vad gäller kartläggning och analys. Översikterna har inte särskilt granskats avseende den vetenskapliga kvaliteten och dess förmåga att besvara frågeställningen på ett tillförlitligt och transparent sätt (risken för bias). SBU:s sökningar har utgått från

- personer med skadligt bruk eller beroende (missbruk) av narkotika, inklusive narkotikaklassade läkemedel utanför ordination
- skadereducerande insatser inom sjukvård eller socialtjänst som präglas av låga trösklar och få krav för att få tillgång till insatsen
- kontrollgruppen utan insats, med sedvanlig insats, eller annan insats utan låga trösklar och med krav för att få tillgång till insatsen
- exempel på utfall av intresse på individ- och samhällsnivå exempelvis etablerad kontakt med målgruppen, livskvalitet, funktionsförmåga, bostadssituation, kriminalitet, riskbeteenden, grad av narkotikaanvändning, fysisk och psykisk hälsa, dödlighet (över-

[1] För kompletterande information om metodik och sökkriterier samt inkluderade respektive exkluderade artiklar se SBU:s underlag via sou.gov.se/avslutade utredningar/socialdepartementet/ eller Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-66.

doser och förgiftningar), effekter i lokalsamhället, tillfrisknande och kostnadseffektivitet. Relevanta studier redovisas i kapitlet.

12.1 Vad är skadereducering?

Harm reduction har till svenska översatts med *skadereducering, skadebegränsning, skademinskning eller skadereduktion*. Vi kommer att använda termen skadereducering, eftersom den ligger närmast det engelska uttrycket, men också för att vara kongruent med Samsjuklighetsutredningen.[2] Skadereducering syftar i korthet till att minska negativa konsekvenser av narkotikaanvändning, även om användningen inte upphör eller behandling ges. Termen skulle i medicinska termer kunna inrymmas i en bred definition av vård och behandling och vårdförlopp i olika faser för en patient. Skadereducering är dock en term som omfattar andra sektorer än hälso- och sjukvården. Insatser som beskrivs inom ramen för skadereducering är bland annat sprututbyten, brukarrum, testning av innehållet i narkotika före användning (så kallad *drug checking*), naloxonprogram och olika sociala stödinsatser, vilka vi redovisar senare i detta kapitel.

Under det senaste decenniet har skadereducering i Sverige alltmer aktualiserats som ett komplement till andra insatser såsom prevention, vård, stöd eller rehabilitering. Det nationella målet är en nollvision, Sverige ska vara ett samhälle fritt från narkotika, och följaktligen är även målet med de flesta av samhällets insatser avseende skadligt bruk eller beroende av narkotika att all narkotikaanvändning upphör och att rehabilitering syftande till drogfrihet påbörjas. Målet med vård och behandling är dock i prioritetsordning överlevnad som främsta mål, därefter att sjuklighet minskar och slutligen att patientens funktion förbättras. På det viset, utifrån ett rent medicinskt perspektiv, skulle skadereducering kunna innefattas i termen vård och behandling. Då skulle dock inte sociala insatser eller polisiärt arbete omfattas.

[2] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

12.1.1 Varför behövs skadereducering i en människorätts- och kunskapsbaserad narkotikapolitik?

I våra inledande kapitel 3 och 5 har vi definierat vad vi menar är en människorätts- och kunskapsbaserad narkotikapolitik. Inom det skadereducerande området är alla människors lika värde och rättigheter en central utgångspunkt. Det finns många etiska utgångspunkter som är angelägna att beakta när det gäller insatser som handlar om skadereducering. Vi har i tidigare betänkande redogjort för etiken inom området som utgör underlag för vårt arbete.[3] Trots att användning av narkotika i många länder är straffbar, behöver samhället ändå av ovan nämnda skäl erbjuda insatser för att förbättra hälsa och livskvalitet för alla. Det är kärnan i det skadereducerande perspektivet. Att enbart erbjuda skadereducerande insatser kommer inte att lösa alla narkotikaproblem i samhället, lika lite som att enbart arbeta med förebyggande insatser kommer att göra det. Det finns dock mycket som talar för att skadereducerande insatser har potential att på olika sätt minska narkotikarelaterade hälsoproblem såsom hepatit, endokardit (bakteriella hjärtrelaterade problem), försummad kroppslig hälsa med mera. En kunskaps- och människorättsbaserad narkotikapolitik och en narkotikapolitisk strategi behöver flera olika beståndsdelar, varav skadereducering är en vanlig sådan komponent. Att hjälpa en person att överleva och ha god hälsa, är också en förutsättning för att senare kunna hjälpa den att bli drogfri.

12.1.2 Begreppen lågtröskel, skadereducering, dödlighetsförebyggande arbete och överdosprevention

I våra direktiv inkluderas många olika och likartade begrepp. Nedan beskriver vi vad som vanligtvis avses.

Lågtröskelverksamhet

Begreppet lågtröskel finns både inom de medicinskt orienterade och de socialt orienterade verksamhetsområdena i Sverige. Lågtröskelverksamheter riktar sig inte heller enbart till personer med skadligt bruk

[3] SOU 2022:54. *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg. Kapitel 5. Etiska utgångspunkter och bedömningar* s. 61.

eller beroende av narkotika, utan är även vanliga vad gäller exempelvis hemlösa. En lågtröskelverksamhet präglas av att trösklarna, barriärerna, kraven och hindren för att kunna ta del av insatsen är låga eller få. För att så ska vara möjligt behövs

- icke-stigmatiserande bemötande (exempelvis personal som arbetar utifrån empati och lågaffektivt bemötande, på ett icke-dömande sätt liksom uppsökande och motiverande)
- god tillgänglighet (exempelvis generösa öppettider; närhet till individen; lite krångel, till exempel snabb tillgång utan krav på remiss; låga, få eller inga kostnader för individen)
- få krav på motprestation eller tvång (exempelvis begränsad registrering och hög grad av anonymitet, begränsade eller inga krav på drogfrihet).

Det kan beskrivas som en ansats och ett bemötande som präglas av ett personcentrerat arbetssätt utifrån individens villkor, önskemål och förutsättningar. Ofta innebär lågtröskelverksamheter att personal har kunskap om målgruppens behov och förutsättningar, arbetar för att minska stigmatisering och ställer så få krav på motprestation som möjligt. Målet med perspektivet och bemötandet är helt enkelt att den person som nyttjar insatsen ska känna sig välkommen, sedd, bra bemött och motiverad att förbättra sin livssituation och hälsa.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA) presenterade 2016 en uppföljning av missbruks- och beroendevården utifrån ett användarperspektiv. Ett exempel på ett mål utifrån ett användarperspektiv är *Jag kan kontrollera/minska mitt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel*.[4] Att utgå från personens mål är en central del i lågtröskelperspektivet.

Det saknas dock en definition av lågtröskelverksamhet i våra direktiv och i flera av de myndighetsrapporter som föreslagit detta perspektiv och sådana verksamheter.[5,6] Vi har också funnit stöd för lågtröskelperspektiv i de målbilder vi tagit fram för samhällets vård

[4] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv.*
[5] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*
[6] Folkhälsomyndigheten (2020). *Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverk-ningar av narkotika, Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag S2019/04314/FS.*

och stöd till personer som använder narkotika. Det handlar exempelvis om målbilden *Inbjudan till stöd och vård trots återfall eller fortsatt användning av narkotika.* I många delar handlar lågtröskelperspektiv om att man inte ställer krav på drogfrihet för att få vård och stöd och att insatser inte avslutas på grund av användning eller återfall. Däremot kan även lågtröskelperspektivet och sådana verksamheter uppmuntra till drogfrihet, men inte ställa sådana krav, liknande ansatsen *Ja visst kan du bli rusfri – men först må du överleve* som är namnet på Norges överdosstrategi.[7]

Skadereducering inom narkotikaområdet

Begreppet skadereducering är både ett perspektiv och ett samlingsnamn för olika insatser som syftar till att minska skador till följd av användning av narkotika. Världshälsoorganisationen (WHO) och FN:s kontor mot narkotika och brottslighet (UNODC) har uttryckt det som:

> The overall public health approach to drug use and drug use disorders prompted the development of interventions that reduce short- and long-term harms to people using drugs.[8]

EU:s narkotikabyrå EMCDDA beskriver skadereducering så här:

> Harm reduction encompasses interventions, programmes and policies that seek to reduce the health, social and economic harms of drug use to individuals, communities, and societies. A core principle of harm reduction is the development of pragmatic responses to dealing with drug use through a hierarchy of intervention goals that place primary emphasis on reducing the health-related harms of continued drug use.[9]

Den internationella organisationen Harm Reduction International (HRI) har definierat begreppet så här:

> Harm reduction refers to policies, programmes and practices that aim to minimise the negative health, social and legal impacts associated with drug use, drug policies and drug laws. Harm reduction is grounded in justice and human rights. It focuses on positive change and on working

[7] Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal overdosestrategi. Javisst kan du bli rusfri – men først må du overleve.*
[8] WHO och UNODC (2021). *International Standards for treatment.*
[9] EMCDDA. www.emcdda.eu. Besökt 2022-12-14.

> with people without judgement, coercion, discrimination, or requiring that people stop using drugs as a precondition of support.[10]

Perspektivet innebär att det ligger nära en grundprincip i den medicinska etiken om att någon gång bota, ofta lindra men alltid trösta. Det ligger också nära det människorättsbaserade hälsoperspektivet om att alla människors lika värde behöver vara utgångspunkten för samhällets insatser. Perspektivet harmonierar också väl med grundprinciperna för socialt arbete såsom definierade i International Federation of Social Workers som anger att:

> Socialt arbete är en praktikbaserad profession och en akademisk disciplin som verkar för social förändring och utveckling, social sammanhållning, skydd och stöd för utsatta, empowerment och frigörelse av människors resurser, med mera.[11]

Även rättvisa är ett perspektiv som finns med i HRI:s definition, liksom ett icke-dömande och icke-stigmatiserande förhållningssätt, samt att drogfrihetskrav inte kan vara en förutsättning för stöd och behandling. HRI:s definition utgår från narkotikaanvändarens behov, medan EMCDDA:s definition också inkluderar samhället och andra än den som använder narkotika. Enligt EMCDDA:s definition ska insatsen ha som syfte att minska de medicinska eller sociala skadeverkningarna av narkotika, men också kunna beakta andra nyttor, såsom minskad kriminalitet eller störningsproblem eller en förbättrad situationen för anhöriga, alltså skador utanför individen i fråga. Att utgöra en kontaktyta eller bidra till att individen upplever ökad livskvalitet (utan att bidra till minskade skador) kan inrymmas som en del i det skadereducerande perspektivet eftersom relationsskapande är en viktig del i att minska utanförskap och marginalisering som på sikt kan minska skador.

Överdosprevention och dödlighetsförebyggande arbete

Ytterligare ett begrepp som uppkommit under senare år är överdosprevention eller dödlighetsförbyggande arbete. Många länder, inte minst USA och Kanada, har en hög dödlighet orsakad av narkotikaförgiftningar just nu, i huvudsak på grund av syntetiska opioider.

[10] Harm Reduction international. https://hri.global/what-is-harm-reduction. Besökt 2023-03-20.
[11] International federation of Social Workers. https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work. Besökt 2023-06-10 och fritt översatt till svenska.

I ljuset av detta vidtas olika åtgärder i syfte att minska dödligheten. Norge har exempelvis tagit fram en överdosstrategi som utvärderats och innehåller en rad insatser, precis som Socialstyrelsens *Åtgärdsplan för att minska narkotikarelaterad dödlighet* från 2017.[12]

Det överdospreventiva arbetet kan vara en del av det skadereducerande och bedrivas som lågtröskelverksamhet, men kan också ha snävare kriterier eftersom insatsen utvärderas i förhållande till hur narkotikaorsakade förgiftningar påverkas. I kapitel 13 och 24 återkommer vi därför till vilka insatser som bedöms kunna påverka dödlighet.

12.2 Perspektivet skadereducering i Sverige – då och nu

Nationella narkotikastrategier bygger ofta på flera komponenter såsom

- kontroll för att begränsa tillgänglighet
- förebyggande för att minska användning
- vård, stöd och behandling för att bidra till återhämtning och rehabilitering
- insatser för att minska skador, utanförskap och dödlighet.

Skadereducering är ett begrepp som relativt nyligen introducerades i narkotikapolitiken i Sverige, men som i många andra länder under en längre tid varit en del av strategierna.

12.2.1 Skadereducering baseras på både smittskyddspolitik och narkotikapolitik

De skadereducerande insatserna har både i Sverige och internationellt haft två olika syften, dels som en del av narkotikapolitiken, dels som en del av smittskyddspolitiken. Sverige har successivt introducerat skadereducerande insatser inom narkotikapolitiken, samtidigt som målet fortsatt vara ett samhälle fritt från narkotika.

[12] Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Åtgärdsplan för att minska narkotikarelaterad dödlighet.*

Redan 2005 föreslog regeringen i propositionen *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*[13] att de projektbaserade sprututbyten som funnits i Malmö och Lund sedan 1987 skulle kunna bedrivas med bas i en egen lagstiftning som också skulle vara tillämplig i hela landet. 2006 tillkom en sådan särskild lag i syfte att förhindra och begränsa spridningen och konsekvenserna av infektioner, för både samhället och den enskilda människan. För att få tillstånd att bedriva sprututbyte behövde kommun och region gemensamt ansöka och vara överens om insatsen, och det ställdes också andra lagstadgade krav.[14]

12.2.2 Det skadereducerande perspektivet omfattas allt mer i nationella strategier och utredningar

Inriktningen för narkotikapolitiken har under det senaste decenniet samlats i ANDT-strategier (som på senare år också inkluderar *S* som i spel om pengar) som regeringen presenterat för riksdagen. I ANDT-strategin från 2010[15], som antogs av riksdagen 2011, angavs att målet med narkotikapolitiken skulle vara *ett samhälle fritt från narkotika och dopning*. Vad gäller alkohol och tobak formulerades målet som att politiken skulle leda till minskade medicinska och sociala skador orsakade av alkohol, samt ett minskat tobaksbruk. I det mål som antogs av riksdagen 2011 anammades således ett skadereducerande perspektiv för alkohol och tobak, men inte för narkotika och dopningspreparat, bland annat av skälet att dessa substanser var och är olagliga.

En analys av innehållet i strategin visar att insatser för att minska skadeverkningar av narkotika inte heller var prioriterade, även om regeringen bedömde det som angeläget att minska antalet döda och skadade på grund av eget eller andras bruk av alkohol, narkotika, dopningsmedel och tobak. Insatser för att nå detta mål, såsom sprututbyte eller *Bostad först* (som inte kräver drogfrihet), nämndes inte i strategin.

Missbruksutredningen lämnade 2011 sitt slutbetänkande, som innehöll en rad olika förslag om vård och behandling, men också det som av utredningen kallades skadebegränsning. Utredningen tog upp bland annat behovet av ökad tillgänglighet till läkemedelsassisterad behand-

[13] Prop. 2005/06:60. *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar.*
[14] Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler.
[15] Prop. 2010/11:47. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.*

ling vid opioidberoende (LARO) samt förändringar för ökad tillgänglighet till sprututbyte. Utredningen resonerade om insatsen heroinassisterad behandling utan att lägga förslag. Även bostad och sysselsättning som en förutsättning för behandling fanns med bland förslagen, inklusive modellen *Bostad först* snarare än behandling först. Utredningens förslag blev inte någon samlad proposition, även om delar av förslagen kan ha tagits vidare ändå av Regeringskansliet.

Vad gäller inramningen av skadebegränsande insatser motiverade utredningen det med att hälso- och sjukvårdens uppgift är att trösta och bota, och när detta inte är möjligt, att lindra och minimera skador och obehag. Definitionen av behandling innehöll utöver detta kriterium att hjälpa människor att komma ifrån sitt missbruk eller beroende, eller minska de negativa konsekvenserna av ett fortgående bruk.[16]

År 2011 lämnade utredningen Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet sitt betänkande. Betänkandet hanterades därefter inte vidare av regeringen som en skrivelse eller proposition. Däremot kan en del av förslagen ändå ha hanterats inom ramen för Regeringskansliets arbete. Ett område som särskilt lyfts är skadereducering. Utredningen skriver bland annat:

> Den svenska narkotikapolitiken präglas av en restriktiv hållning där ledstjärnan är den långsiktiga ambitionen att skapa ett narkotikafritt samhälle. Denna restriktiva grundinställning har fått en rad praktiska konsekvenser för politiken och avspeglas också i de ställningstaganden som Sverige gör eller behöver göra i konkreta frågor som diskuteras internationellt. Sveriges narkotikapolitik är inte beskriven i sin helhet i ett lätt åtkomligt dokument. Den som behöver veta Sveriges inställning i en specifik narkotikapolitisk fråga måste därför själv göra efterforskningar genom att gå tillbaka till olika förarbeten och andra dokument där svenska positioner förklaras. I vissa fall är positionerna inte heller entydiga. Detta ger upphov till osäkerhet i internationella förhandlingar och skapar merarbete både för den som förhandlar och för den som ska utforma instruktioner. Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att Sveriges ställningstagande bör preciseras i en rad frågor som återkommer i internationella diskussioner och förhandlingar. Till de frågor som bör preciseras hör kriminalisering av det egna bruket av narkotika, inställningen till narkotikaberoende som sjukdom eller beteende, det förebyggande arbetets roll, polisinsatser mot missbruk av narkotika, harm reduction och legalisering av cannabis. Utredningen föreslår att preciseringarna ska ligga till grund för utarbetande av en raminstruktion, som beslutas av regeringen och som ska gälla för berörda departement och myndigheter

[16] SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individen, kunskapen och ansvaret.*

i internationella förhandlingar och i arbetet med att föra ut svensk narkotikapolitik.[17]

År 2016 presenterade regeringen en ny ANDT-strategi, denna gång som en skrivelse till riksdagen.[18] Strategin höll fast vid det övergripande mål som antogs av riksdagen 2011, men lade ännu större tonvikt vid exempelvis att olika typer av lågtröskelverksamheter utgör lättillgängliga arenor för hälsofrämjande och förebyggande arbete för personer som samhället har svårt att nå. Vidare bedömde regeringen att tillgången till lågtröskelmottagningar, såsom sprututbyten, behövde förbättras över hela landet, och aviserade en lagändring om att ta bort kravet på att kommun och landsting gemensamt behövde ansöka om att få upprätta sprututbyten, liksom att sänka åldersgränsen till 18 år. Lagändringen genomfördes 2017.[19]

I ANDT-strategin 2016 lyftes insatser för särskilt utsatta grupper, såsom kvinnor och personer med komplex problematik. Det handlade om sprututbyten, naloxon och LARO. Även det sociala perspektivet, såsom möjlighet till bostad och sysselsättning, beskrevs som en förutsättning för goda behandlingsresultat. Uppdrag till Socialstyrelsen för att förstärka kunskapen om narkotikarelaterad dödlighet aviserades i strategin.

År 2016 publicerade Folkhälsomyndigheten vägledningen *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger*, som innehåller både en kartläggning av antalet personer som bedömdes injicera narkotika, och viktiga insatser för att minska blodburna smittor.[20] Myndigheten föreslog insatser för att öka kunskapen och kompetensen för att bedriva lågtröskelverksamhet i tre former: fast, mobilt och uppsökande, beroende på förutsättningarna i närmiljön.

Lågtröskelverksamheterna innefattar olika aktiviteter, som delas in i primär- och sekundärpreventiva. De primärpreventiva aktiviteterna är testning, rådgivning och vaccination, byte av injektionsverktyg, kuratorshjälp med mera. De riktar sig till människor som riskerar att drabbas av hepatit eller hiv-infektion. Sekundärpreventiva aktiviteter

[17] SOU 2011:66. *Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet.*
[18] Regeringens skrivelse 2015/16:86. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020.*
[19] Prop. 2016/17:15. *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige.*
[20] Folkhälsomyndigheten (2016). *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger – en vägledning.*

riktar sig till dem som redan drabbats av infektion eller sjukdom, och innefattar bland annat behandling och riskreducerande rådgivning.

12.2.3 Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård inkluderar till viss del skadereducerande insatser

År 2007 publicerade Socialstyrelsen för första gången riktlinjer inom området, *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Syftet med de nationella riktlinjerna var och är att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder avseende vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende, samt att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

År 2015 respektive 2017 publicerades reviderade nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Riktlinjerna har därefter uppdaterats ytterligare en gång, år 2019.[21] Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) fanns inte med i riktlinjerna 2007, däremot 2015, 2017 och 2019. År 2019 inkluderades även förskrivning av läkemedlet naloxon till patienter med opioidberoende i de nationella riktlinjerna. Även insatsen *Bostad först* för hemlösa med skadligt bruk eller beroende rekommenderas i riktlinjerna.

År 2017 presenterade Socialstyrelsen en åtgärdsplan för att motverka narkotikarelaterad dödlighet.[22] I inledningen till åtgärdsplanen beskrevs det skadereducerande området, och vissa av insatserna återkom därefter i åtgärdsplanen. De exempel på skadereducerande insatser som beskrivs är

- *Bostad först*, eftersom den syftar till att förbättra en persons livssituation utan krav på drogfrihet
- sprututbytesprogram för att förhindra smittspridning
- utbildning om agerande vid överdos
- information om överdosrisker
- naloxonprogram.

[21] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning.*
[22] Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet – Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer.*

År 2019 publicerade Socialstyrelsen informationsmaterial riktat till opioidanvändare om både risken för överdos och om användningen av naloxon.[23] Att en myndighet i Sverige, där narkotikaanvändning är straffbart, producerar material riktat till personer som använder narkotika för att minska skador, visar också på den attitydförändring i frågorna som skett över tid.

12.2.4 Publicerade, men ej genomförda, förslag om att utveckla de skadereducerande insatserna i Sverige

År 2020 återrapporterade Folkhälsomyndigheten ett regeringsuppdrag som också innehöll förslag på insatser för att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av narkotika.[24] Folkhälsomyndigheten bedömde att det var viktigt med fortsatt utveckling av sprututbytesprogram och en utbyggnad av mobila lågtröskelverksamheter. Mobila verksamheter skulle bland annat erbjuda rena sprutor och kringutrustning för injektion, men skulle även tillhandahålla LARO. Man ansåg att verksamheterna borde anpassas efter både personer med ett aktivt injektionsbruk och personer i LARO-behandling.

Folkhälsomyndigheten bedömde att behovet av och förutsättningarna för brukarrum för narkotika borde utredas. Myndigheten föreslog därför en bred utredning för att bland annat analysera

- behov av insatsen och geografiska läge
- möjliga mottagare av en sådan verksamhet
- eventuella för- och nackdelar i en svensk kontext
- brukarrummens förenlighet med nuvarande lagstiftning (till exempel sociallagstiftningen)
- eventuella lagändringar som skulle krävas för att starta sådan verksamhet.

[23] Socialstyrelsens material exempelvis Du kan minska din risk för överdos och rädda liv, Känn igen en opioidöverdos, Lär dig rädda liv med naloxon, Gör så här vid en opioidöverdos tillgängliga på Socialstyrelsens webbsida. Besökt 2023-03-22.
[24] Folkhälsomyndigheten (2019). *Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika*, *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag S2019/04314/FS*.

Folkhälsomyndigheten anförde att en utredning även borde innehålla en hälsoekonomisk analys. Myndigheten föreslog ett pilotprojekt som sedan skulle utvärderas, förutsatt att utredningen kunnat påvisa att behov av insatsen fanns och förutsättningarna för införande var goda.

År 2021 presenterade Samsjuklighetsutredningen förslag inom det område som man kallade ett starkare hälsofrämjande och skadereducerande perspektiv.[25] Utredningen föreslog en ändring av lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler för att göra det obligatoriskt för regionerna att bedriva sådan verksamhet, i syfte att främja psykisk och fysisk hälsa. Vidare föreslogs att tillståndskravet för att bedriva verksamheten skulle tas bort, liksom bosättningskravet. Det senare togs bort 2022 genom att riksdagen antog propositionen *Borttagande av bosättningsprincipen vid sprututbyte*,[26] i syfte att öka tillgängligheten till sprututbyten och därigenom underlätta ett effektivt smittskyddsarbete. Dessutom bedömde utredningen att ett försök med en hälsocentral i form av en lågtröskelverksamhet med brukarrum borde initieras, samt föreslog att Socialstyrelsen skulle få i uppdrag att stödja implementeringen av LARO. Dessa förslag och bedömningar har remitterats men ännu inte genomförts.

År 2022 presenterade regeringen en ANDTS[27]-strategi som en skrivelse till riksdagen. ANDTS-strategin har fortsatt att gälla även efter regeringsskiftet. Strategin utgår från det av riksdagen antagna målet för narkotikapolitiken med utgångspunkten att narkotikabruk är skadligt för hälsan och därför inte bör förekomma i ett samhälle som värnar sina medborgares välbefinnande. Målet var fortsatt ett samhälle fritt från narkotika Vidare skriver regeringen att LARO behöver utvecklas eftersom det är en evidensbaserad insats för personer som använder opioider. Regeringen bedömde i strategin att det under strategiperioden borde utvecklas andra typer av skadereducerande åtgärder för att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av narkotikabruk. Det handlar exempelvis om uppsökande arbete, hälsofrämjande och utbildande insatser samt utveckling av

[25] SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*
[26] Prop. 2021/22:129. *Borttagande av bosättningsprincipen vid sprututbyte.*
[27] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.

lågtröskelverksamheter som kan erbjuda flera skadereducerande och hälsofrämjande insatser samtidigt.[28]

12.2.5 Reaktioner på publicerade förslag om skadereducering

Det förslag från Folkhälsomyndigheten som presenterades i förra avsnittet var en återrapportering av ett regeringsuppdrag vilket inte har remitterats. Samsjuklighetsutredningens förslag om att utveckla hälsocentraler och göra sprututbyten obligatoriska i alla regioner har remitterats och vi har analyserat ett urval inkomna remissvar från aktörer som bedöms vara betydelsefulla och tongivande inom området. Nedan beskrivs argument som framkommit.

De flesta aktörer är positiva till att utveckla sprututbyten så att de i större utsträckning utgör en lågtröskelverksamhet. Viss tveksamhet finns ändå kvar vad gäller förslaget att slopa kravet på att arbeta motiverande för drogfrihet, även om verksamheten i sig inte har krav på drogfrihet. Sprututbyten, LARO och naloxon är insatser som stöds av de flesta remissinstanser och centrala aktörer, och även av de aktörer som tidigare motsatt sig sådana insatser då de tidigare inte bedömdes vara förenliga med en restriktiv narkotikapolitik. Flera remissinstanser undvek att kommentera förslaget om hälsocentral med brukarrum och en föreslagen utvärdering av kriminaliseringen av eget bruk. Flera instanser tillstyrkte även förslagen. De som avstyrkte förslaget om hälsocentraler med brukarrum på försök anförde följande skäl:

- Det strider mot ideologiska ståndpunkter, såsom att det inte kan kombineras med en restriktiv narkotikapolitik och sänder fel signaler.
- Det är tveksamt om det är en kostnadseffektiv insats – resurser till viktigare och mer prioriterade behandlingsinsatser kan urholkas.
- Målet med kontaktytor och relationsskapande till en utsatt grupp kan uppnås genom att man i stället utvecklar sprututbyten som lågtröskelverksamheter.
- Det är diskutabelt att satsa på insatser som troligen bara kan införas i storstäder och därmed inte bidrar till jämlik och likvärdig

[28] Skr. 2021/22:213. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025.*

behandling över hela landet och där mobila lösningar kan vara svåra att få till.

- Konsekvenserna för annan lagstiftning, såsom straffrätten, behöver utvärderas innan förslaget kan tas vidare.[29]

Vi återkommer till dessa argument i våra analyser och förslag inom det skadereducerande området.

12.2.6 Strafflagstiftningen kan motarbeta skadereducering

Såväl professioner, civilsamhälle och personer som använder narkotika, har nämnt för oss att stigma och rädsla för konsekvenserna av narkotikaanvändning kan påverka benägenheten att söka vård. Sådana barriärer redovisas också i kapitel 8. Individer som använder narkotika kan vara oroade över eventuella straffrättsliga konsekvenser eftersom användning av narkotika är olaglig. Det kan innebära att människor som använder narkotika tvekar att söka vård och stöd, och kan också ha påverkat möjligheterna att bedriva skadereducerande insatser. Detta har inte minst framkommit i arbetet med de målbilder som vi utvecklat som grund för vårt arbete, men också i våra olika referensgrupper.

Ett flertal aktörer, såsom Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Samsjuklighetsutredningen, har under senare år lyft frågan om behovet att utvärdera den svenska lagstiftningen (där användning av narkotika är straffbar) utifrån ett folkhälsoperspektiv.[30,31,32] De skadereducerande insatserna utgår inte från ett mål om ett samhälle fritt från narkotika, utan från ett mål att den enskilde trots sin narkotikaanvändning ska vara välkommen och erbjudas vård och stöd. Det skadereducerande perspektivet har blivit alltmer accepterat över tid, samtidigt som värderingsstyrda gränser finns för vilka insatser som anses lämpliga. Den straffrättsliga lag-

[29] Remissvar på SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*
[30] Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2018) *Handlingsplan mot missbruk och beroende – Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer 13–29 år*.
[31] SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.
[32] Folkhälsomyndigheten (2019). *Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika. Återrapportering av regeringsuppdrag S2019/04314/FS.*

stiftningen kan medföra begränsningar för vilka insatser som är möjliga, vilket vi beskriver längre fram i detta kapitel.

12.3 Skadereducerande insatser i Sverige

Nedan redogör vi för de skadereducerande insatser vi identifierat finns implementerade i någon utsträckning i Sverige.

12.3.1 Sprututbyten, naloxonprogram, *Bostad först* och LARO är skadereducerande insatser som redan finns i Sverige

Vi redovisade i kapitel 6 tillgängligheten till sprututbyten, naloxonprogram och *Bostad först* i olika delar av Sverige, samt hur många personer som får del av insatserna. Där beskrivs också LARO som en både skadereducerande och rehabiliterande insats. *Bostad först*, LARO och naloxon ingår med hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.[33] Sprututbyten omfattas inte av dessa riktlinjer. Nedan beskriver vi insatser som i viss mån förekommer i Sverige, men inte omfattas av riktlinjer alternativt inte har följts upp systematiskt.

12.3.2 Informationsmaterial om narkotika och överdosprevention

Socialstyrelsen har, i samarbete med Folkhälsomyndigheten, utvecklat informationsmaterial om hur man förhindrar och förebygger överdoser orsakade av opioider, liksom hur naloxon kan användas.[34] Underlaget eller insatsen ingår dock inte i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, och materialet är inte helt enkelt att hitta, då man behöver leta på Socialstyrelsens hemsida. En del regionala verksamheter, såsom sprututbyten och naloxonprogram, har vidareutvecklat material om både överdosprevention och säkrare injicering.[35] I Sverige saknas information om narkotika

[33] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning.*
[34] Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se. Besökt 2022-12-15.
[35] Region Stockholm. http://dok.slso.sll.se/BeroendeC/sakrare%20injicering.pdf.Besökt 2023-03-22.

och olika substansers skadeverkningar riktad till dem som använder narkotika. Folkhälsomyndigheten skriver på sin hemsida:

> Narkotikabruk medför ökade risker för skador ur både ett medicinskt och ett socialt perspektiv. Sjukligheten och dödligheten är större bland personer som använder narkotika jämfört med övriga befolkningen. Skadorna kan uppkomma akut eller först efter en tids användning och varierar mellan individer och substanser.[36]

Folkhälsomyndigheten har också tagit fram en rapport om cannabis, men utifrån ett folkhälsoperspektiv och inte som information riktad till användare.[37] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) driver en kanal riktad till ungdomar som heter Drugsmart, där det finns faktagranskad och saklig information om olika substanser, olika berättelser från enskilda, möjlighet att ställa anonyma frågor med mera.[38] Hos 1177 finns ingen information om olika substanser, däremot om skadligt bruk eller beroende och var man kan söka hjälp.[39] Även Giftinformationscentralen tillhandahåller viss information till allmänheten, men också till vårdpersonal.[40] Folkhälsomyndigheten ansvarar också för det nationella Varningssystem Narkotika (VSN) för att tidigt kunna identifiera och varna vid förekomst av nya narkotiska substanser med hög risk. Den primära målgruppen för denna insats är dock professionella inom olika verksamheter och insatsen och informationen är inte direkt riktad till personer som använder narkotika.

Den som använder narkotika och vill informera sig om olika substansers eller intagningssätts risker och skador saknar i Sverige sådan information genom offentliga källor.

12.3.3 Ökad möjlighet till sysselsättning och försörjning utan krav på drogfrihet

En del av ett skadereducerande perspektiv är möjligheten till försörjning och en meningsfull vardag, även utan krav på drogfrihet. På detta vis kan motivation också stärkas för en långsiktig rehabilitering. Till-

[36] Folkhälsomyndigheten. www.folkhalsomyndigheten.se Besökt 2022-12-22.
[37] Folkhälsomyndigheten (2020). *Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa i korthet.*
[38] Drugsmart. https://www.drugsmart.se. Besökt 2023-03-33.
[39] 1177. https://www.1177.se/Stockholm/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/beroende-och-skadligt-bruk/beroende-av-droger. Besökt 2023-03-22.
[40] Giftinformationscentralen. www.giftinformation.se. Besökt 2023-02-28.

gång till ett arbete innebär inte bara en möjlighet till försörjning utan kan också ha ett samband med fullföljande av och framgång i behandling för skadligt bruk eller beroende. Brist på sysselsättning är på motsvarande sätt ofta ett hinder för en lyckad behandling och återanpassning i samhället. Det är också en av de vanligaste orsakerna till återfall.

De nationella riktlinjerna om vård och stöd vid missbruk och beroende inkluderar därför exempelvis modellen Individanpassat stöd till arbete (IPS) som en möjlig insats för att stärka möjligheten till sysselsättning. För det fall IPS inte kan användas finns även andra initiativ om arbetslivsinriktad rehabilitering såsom *Supported Employment*. Ofta ställer dock de flesta sysselsättningar också krav på drogfrihet för att delta i verksamheten. För många år sedan fanns krav på minst 6 månaders drogfrihet för att kunna ta del av Arbetsförmedlingens insatser och stöd. I vårt arbete har användare, anhöriga och professioner hänvisat till sådana regler. Sådana regler finns dock inte i dag enligt uppgift från Arbetsförmedlingen.[41] Kunskap om att återfall liksom samsjuklighet är vanligt vid skadligt bruk eller beroende finns inom myndigheten, men kan behöva förstärkas. Socialkonsulenter finns tillgängliga för att stödja enskilda handläggare i svåra bedömningar och ärenden.

För att kunna få sjukpenning från Försäkringskassan behövs ett läkarintyg som stärker att sjukdomen förhindrar arbete. För att säkerställa ett rehabiliteringsvärde vid sjukskriving är det vanligt att läkare ställer som krav att individen medverkar i rehabilitering, exempelvis behandling, för att sjukintyg ska utfärdas. Detta i linje med *Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd för skadligt bruk av droger* (senast uppdaterade 2017).[42]

Detta kan i praktiken komma att innebära ett informellt krav på drogfrihet för att ta del av sjukförsäkringen. Vidare har Försäkringskassan uppmärksammat att sjukpenningärenden där den försäkrade har skadligt bruk eller beroende bedömts olika i verksamheten och att utredare behöver vägledning inom området. Skadligt bruk eller beroende anses ingå i begreppet sociala förhållanden. Vid bedömningen av om den försäkrade är sjuk ska det bortses från bland annat

[41] Möte med Arbetsförmedlingen 23 juni 2023.

[42] Där framgår bland annat att vid beroende kan sjukskrivning vara en del av behandlingen förutsatt att den är kopplad till kontroll av patientens drogfrihet, samt deltagande i medicinska och beteendeförändrande behandling. Sjukskrivning utan aktiv behandling kan leda till utebliven förbättring.

sociala förhållanden, enligt 27 kap. 3 § SFB. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i en granskningsrapport konstaterat att bestämmelsen i SFB om att bortse från sociala förhållanden vid bedömning av rätt till sjukpenning är otydlig.[43]

Aktörer som har ansvar för försörjning, sjukskrivning och sysselsättning är socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Systemet är mycket svåröverskådligt vad avser vilka krav och regler som ställs på enskilda och vad som gäller mellan övergångar mellan olika förmåner och aktörer. Det finns oklarheter kring rehabiliteringsansvar vid narkotikaanvändning, och lagstiftningen kan utgöra hinder för exempelvis möjligheten för arbetsgivaren att försäkra en person som inte är drogfri. Dessutom kan prickar i belastningsregistret försvåra anställning eller praktik.

För att motivera enskilda till sysselsättning kan viss ersättning behövas, som lön eller andra typer av ekonomisk betalning (mat, matcheckar, presentkort eller liknande). I de flesta fall är en förutsättning för att erhålla ekonomiskt bistånd att individen inte kan tillgodose sina försörjningsbehov genom andra inkomster. Huvudregeln är att de inkomster som individen får reducerar rätten till ekonomiskt bistånd med motsvarande belopp. Att kräva drogfrihet för sociala insatser såsom socialbidrag skulle kunna strida mot överenskommelser och ramverk om mänskliga rättigheter.[44]

Skadligt bruk eller beroende innebär inte sällan återfall. Personer kanske inte vågar satsa på sysselsättning av rädsla för att inte klara av det och då falla ur systemen och stå helt utan försörjning. En ökad flexibilitet mellan olika ersättningar från staten (aktivitetsersättning, sjukersättning, studiemedel med mera) och kommunen (försörjningsstöd) skulle kunna bidra till att fler människor kan närma sig arbetsmarknaden även vid återfall eller fortsatt användning av narkotika.

Några enstaka kommuner verkar arbeta med konceptet *Sysselsättning först*, där det inte ställs krav på total drogfrihet. Snarare handlar insatsen om att skapa ett sammanhang, en meningsfullhet och någon form av ersättning för att motivera till fler timmar av nykterhet eller

[43] Skadligt bruk och beroenden anses ingå i begreppet sociala förhållanden, men sjukdomstillstånd som uppstår på grund av skadligt bruk bedöms befinna sig utanför begreppet sociala förhållanden. Till exempel kan följdsjukdomar som uppstår till följd av skadligt bruk ofta bedömas vara sjukdom, medan själva berusningen som uppstår av intag kan bedömas falla inom begreppet sociala förhållanden. Därmed uppstår en gränsdragningsproblematik vid bedömningen av huruvida en enskild ska bedömas lida av en sjukdom eller inte.

[44] Pompidou group, Council of Europe (2021). *Human rights in drug policy: A self-assessment tool, 2121 Edition.*

drogfrihet. *Blixtjobb*, som drivs av Skyddsvärnet, är en insats med betalt arbete för människor som står utanför många av samhällets stödinsatser, vilket kan omfatta personer med skadligt bruk eller beroende. Då *Blixtjobb* konkurrerat på lika villkor som andra företag har verksamheten inte lyckats bli ekonomisk gångbar och i dagsläget deltar bara fem individer i verksamheten enligt uppgift från Skyddsvärnet.[45] Socialt företagande är en viktig faktor för många personer som står långt ifrån arbetsmarknaden och har ett skadligt bruk eller beroende. Gällande regelverk kan innebära begränsningar vad gäller konkurrens på en fri marknad som också försvårar för socialt företagande, liknande *Blixtjobb*, på olika sätt.

Helsingborgs stad har projekt i form av två IOP-avtal (idéburet offentligt partnerskap) med föreningar där personer med skadligt bruk eller beroende kan delta i aktiviteter samt i sysselsättning och gemenskap utan krav på dokumenterad drogfrihet. Det utgår ingen ersättning men deltagarna får lunch och möjlighet att delta i gemensamma aktiviteter. Syftet är att genom sysselsättning öka individens nyktra timmar och därmed bana väg för övriga arbetsmarknadsinsatser. Dessa projekt har visat på goda resultat och flertal individer, som via inledningsvis lägre krav och med en tillåtande inställning och förståelse för de svårigheter som kan finnas, har lyckats nå olika former av egen försörjning.[46]

I Göteborg stad har projektet *Vamos* arbetat med stöd till målgruppen för att stärka möjligheten till sysselsättning eller studier. Målet med projektet, där cirka 70 procent av de 111 deltagarna hade en bakgrund med beroendeproblematik, var att 25 procent av deltagarna skulle påbörja arbete eller studier. Vid projektets slut hade 34 procent börjat arbeta eller studera. Utöver detta har 26 procent gått vidare till andra arbetsinriktade insatser.[47] Detta visar att det går att arbeta jobbfokuserat med målgruppen.

Tillgång till arbete eller sysselsättning handlar inte bara om försörjning utan också om hur framgångsrik en behandlingsinsats kan bli, och att bristen på det kan leda till återfall och svårighet att återanpassa sig i samhället. Samtidigt så möter individer och professionella olika regelverk som på olika sätt inte är anpassade efter dessa individers livssituation.

[45] Samtal med Skyddsvärnets ansvariga för Blixtjobb, april 2023.
[46] Möte med Helsingborgs kommun, Socialförvaltningen, 2022-10-21.
[47] Göteborgs stad (2023). *Slutrapport Vamos. Individuella (irr)vägar mot arbete.*

Arbete pågår i Utredningen om drivkrafter och möjligheter i försörjningsstödet (S 2022:16) för att se över hur samverkan vad gäller samordnad individuell plan (SIP) kan stärkas mellan olika aktörer.

Försäkringskassan har ansvar för samordning av sådan rehabilitering som har till syfte att individen ska återfå arbetsförmåga. Det innebär att myndigheten ska verka för att de aktörer som ansvarar för rehabiliteringsinsatserna, tar sitt ansvar och vidtar de åtgärder som behövs för en effektiv rehabilitering av den försäkrade. Försäkringskassan har ett samordningsansvar även om individen inte tar del av myndighetens förmåner men då behöver individen ansöka om samordnad rehabilitering. Det är en förmån som i SFB omnämns som rehabilitering.[48] Den rehabilitering som Försäkringskassan då ska samordna ska vara arbetslivsinriktad och syfta till att individen ska återfå arbetsförmåga.[49]

12.3.4 Boendelösningar med ett skadereducerande perspektiv

Exempel på välkända skadereducerande sociala insatser är boende och bostad. Under senare år har modellen *Bostad först* utvecklats som en insats för personer med skadligt bruk eller beroende samt hemlöshet. Modellen ställer inte krav på drogfrihet och omfattande forskning finns. Regeringen har även gett Socialstyrelsens i uppdrag att utlysa medel genom ett riktat flerårigt statsbidrag till kommunerna under strategiperioden 2022–2026 för att förstärka eller implementera metoden *Bostad först*. 30 miljoner kronor ska fördelas till kommunerna.

Även andra boendelösningar, såsom vissa kommuners stödboenden för personer med skadligt bruk eller beroende, bedrivs så att ingen blir av med sitt boende för att man inte kan eller vill sluta använda narkotika. Ett sådant exempel är Sigtunaboendet i Malmö, som arbetar med ett skadereducerande perspektiv.[50] Ett fåtal liknande verksamheter finns i Sverige. Utgångspunkten är att tak över huvudet, och i bästa fall en långsiktig boendelösning, är en förutsättning för en förändrad livssituation och för de förändringar som personen själv vill åstadkomma, utan krav på drogfrihet.

[48] Se 5 kap. 9 § punkt 7 SFB och 30 kap. SFB.
[49] Se 29 kap. 2 § SFB.
[50] Malmö stad (2020). *Låga trösklar och högt i tak. Bemötande och förändring på Sigtunaboendet.* Även besök genomfört på Sigtunaboendet 2 mars 2023.

12.3.5 Andra sociala insatser för personer som använder narkotika

Många kommuner erbjuder, ofta tillsammans med civilsamhället, sociala center och dagliga öppna verksamheter där personer som använder narkotika kan uppehålla sig, duscha, tvätta, fika och liknande. Vi har exempelvis besökt Frälsningsarméns sociala center i Hornstull, Stockholm[51] och Stadsmissionens öppna verksamheter i Linköping.[52] Ofta är användning av narkotika och alkohol inte tillåten i verksamheten, däremot utanför eller i anslutning till verksamheten. Där nekas inte heller påverkade personer tillträde. Ofta finns vid sådana verksamheter också personal för att kunna bedriva ett motiverande arbete.

Ytterligare en viktig komponent och insats för att minska skador för personer som använder narkotika är skuldsanering. Många med skadligt bruk eller beroende av narkotika är belastade med omfattande skulder av olika slag som kan utgöra hinder för rehabilitering. Det kan påverka möjligheten till bostad, arbete, telefonabonnemang med mera. Det är ett utvecklingsområde att stärka tillgången till ekonomisk rådgivning genom socialtjänsten för personer med skadligt bruk eller beroende.

12.3.6 Samarbeten för att stärka somatisk vård utifrån det skadereducerande perspektivet

Under senare år har samarbetet mellan beroendevård och infektionsvård utvecklats, inte minst vad gäller personer som injicerar narkotika. Genom att sprututbyten erbjuder provtagning och behandling också för smittsamma sjukdomar, såsom hepatit C eller hiv, minskar mängden vårdkontakter, vilket gör det enklare att ta del av olika insatser. Att infektionssjuksköterskor, läkare eller primärvårdsläkare kommer till LARO-mottagningarna och erbjuder insatser, i stället för att det krävs besök på vårdcentral eller infektionsmottagning, är andra exempel på ett uppsökande arbetssätt som underlättar för enskilda. Det gäller även de LARO-verksamheter eller sprututbyten där socialtjänstens personal finns på plats och därmed kan bistå de patienter som vill ha sådant stöd.

[51] Frälsningsarméns sociala center besökt mars 2023.
[52] Stadsmissionen i Linköping besökt januari 2023.

Både svensk och internationell forskning på LARO-patienter har tytt på underdiagnostik och brist på uppföljning av kroniska sjukdomar. Olika försök pågår i landet för att nå ut med stöd för somatisk vård där målgruppen befinner sig, via sociala, skadereducerande eller behandlande verksamheter. Ett exempel är *primärvård i LARO* (PRIO), som är en Malmöbaserad intervention med syfte att underlätta primärvårdstillgången för LARO-patienter som inte har möjlighet att etablera och bibehålla en reguljär primärvårdskontakt.[53]

En journalgranskning gjordes för 275 patienter i åldrarna 24–76 år som erhållit primärvård inom PRIO vid vårdcentralen Granen under perioden 2014–2022. För dessa individer inhämtades uppgifter om vårdkontakter och listning, mortalitet, morbiditet, handläggning och uppföljningar i primärvård samt samverkan med LARO-personal.

Centrala resultat i arbetet var följande:

- Död i förtid (det vill säga före 65 års ålder) är 11 gånger vanligare bland LARO-patienter än i den svenska befolkningen generellt.
- Risken att dö i förtid för kroniskt sjuka patienter med skadligt bruk eller beroende som inte besökt primärvården är högre än för andra.
- Det finns minst en kronisk, sjukdom, utöver psykisk sjukdom, hos 61 procent och multimorbiditet hos 31 procent av LARO-patienterna. Leversjukdomar och luftvägssjukdomar dominerar.
- Antalet somatiska diagnoser är stort. Sjukdomar i rörelseapparaten förekommer hos mer än hälften av patienterna.
- Mer än hälften av de äldre (65–76 år) patienterna har kognitiv svikt. Assistans ges av LARO-personal till 86 procent (exempelvis provtagning, kliniska kontroller, påminnelser).
- Två av tre kroniskt sjuka LARO-patienter i PRIO erhöll adekvat uppföljning i primärvård.
- Patienter som kvarstannar i PRIO tycks vara sjukare och behöva mer stöd från LARO-personal än övriga.

[53] Region Skåne (2022). *Kunskapsunderlag och utvärdering 2014–2022. Interventionen PRIO – Primärvård i LARO.*

Detta visar att patientgruppen har ett stort behov av anpassad primärvård och att modeller för att fånga patientgruppen behöver utvecklas.[54] Vi lämnar förslag och bedömningar för detta i kapitel 16.

I nationella riktlinjer inom andra områden, såsom *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*, påtalas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda stöd i vårdkontakter till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd som behöver somatisk vård. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad samt att åtgärden leder till att fler söker och får vård efter behov.[55]

12.3.7 Upptäckt och behandling av hepatit C

Sverige har antagit det mål som WHO satt om att eliminera hepatit C och hepatit B som hot mot folkhälsan till år 2030. En nationell plan för eliminering av hepatit C har tagits fram av nationellt programområde (NPO) infektion och dess undergrupp nationell arbetsgrupp (NAG) hepatit inom ramen för regionernas nationella kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård.[56] Planen anger ett proaktivt angreppssätt så att patienter utan diagnos eller patienter med diagnos utan uppföljning (så kallade borttappade patienter) behöver hittas för behandling innan leverkomplikationer uppkommer och i vissa fall för att minska smittspridning. Diagnostik, utredning, behandling och uppföljning avseende hepatit C virus (HCV) bör ske på platser där man lättare kan nå dem som inte själva söker vård på infektionsklinik. Det är viktigt att motivera personer som injicerar och som injicerar tillsammans att testa sig för HCV. Kostnadsfri HCV-provtagning bör erbjudas alla vid verksamheter som listas i elimineringsplanen, exempelvis vid sprututbyten, LARO, hem för vård och boende (HVB), kommunal och regional beroendevård, boenden drivna av Statens institutionsstyrelse (SiS), kriminalvård med mera.

Insatser för att reducera hepatit C är en del av det skadereducerande arbetet riktat till personer som injicerar narkotika.

[54] Region Skåne (2022). *Kunskapsunderlag och utvärdering 2014–2022 Interventionen PRIO – Primärvård i LARO.*
[55] Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning.*
[56] Sveriges regioner i samverkan (2022). *Nationell elimineringsplan. Plan för eliminering av hepatit C.*

12.3.8 Mobila och mer uppsökande arbetssätt

Användarnas tillgänglighet till olika insatser skulle kunna bli bättre. Ett arbetssätt som ofta nämnts är mer mobila och uppsökande verksamheter. Det gäller både sjukvård och socialtjänst. I detta kan inrymmas att upprätthålla kontakt med eller söka upp personer som själva inte tar kontakt för vård och stöd på olika sätt. En aktiv hållning som utgår från patientens eller brukarens perspektiv och villkor är ett sätt att undvika risken att människor far illa av samhällets passivitet. Socialtjänsten har ett särskilt ansvar för att förebygga och i detta kan ett mer aktivt arbetssätt behövas.

I region Stockholm finns i dag ett sprututbyte som tillsammans med mottagningen för hemlösa arbetar uppsökande och mobilt. Andra regioner eller kommuner kan ha andra mobila insatser för att erbjuda tjänster närmare patienten. Exempelvis pågår i Västernorrland ett omfattande arbete med specialistpsykiatriska omvårdnadsteam (SPOT) som innehåller team med sjuksköterskor, behandlingsassistenter och skötare samt tillgång till läkare. SPOT är en del i psykiatrins satsning för att minska vårdtiderna till, och behovet av, heldygnsvården och erbjuda patienterna mer delaktighet, tillgänglighet och en trygg öppenvård.[57]

Det finns andra uppsökande verksamheter inriktade mot vuxna i skadligt bruk eller beroende samt hemlöshet, digitala insatser, samt samverkan med primärvård som ökar tillgängligheten om specialiserad beroendevård eller psykiatri ligger långt bort. Det saknas en nationell överblick eller kartläggning över sådana insatser, vilka de är eller hur frekventa de är i Sverige. De är troligen mer av goda exempel än en modell som kan tillämpas brett och överallt.

Insatser som peer-support, där personer med egen erfarenhet arbetar motiverande, uppsökande och som lotsar i olika verksamheter, är också metoder som kan behöva utvecklas för att stärka tillit och motivera till vård- och stödinsatser.

[57] Webbsida Uppdrag Psykisk Hälsa. https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2022/12/SPOT-Specialistpsykiatriskt-Omvardnadsteam-Sollefteå-Kramfors.pdf. Besökt 2023-08-15.

12.4 Skadereducering som en del av polisiärt arbete

I Sverige är både den nationella målsättningen inom narkotikaområdet och den straffrättsliga lagstiftningen tydlig – samhället ska vara fritt från narkotika. Detta påverkar bland annat polisens arbetssätt och prioriteringar. Studier visar att polisens attityd till skadereducering kan ha betydelse för individernas möjlighet till vård och stöd och tillfrisknande på olika sätt. En studie från Kanada visar att de studiedeltagare, som i stället för att hänvisas till det straffrättsliga systemet vid ringa narkotikabrott eller brott relaterade till sex mot ersättning, hänvisades till vård och stöd, hade bättre förutsättningar att inte återfalla i brott än de studiedeltagare som hänvisades till åklagare och kriminalvård.[58] I en kvalitativ intervjustudie om polisens attityder till skadereducering i Skåne framkommer att det finns en förståelse och acceptans för skadereducerande insatser även hos polisen. Vidare belyses att de flesta i sitt dagliga arbete fokuserar på det straffrättsliga arbetet avseende narkotikamarknader, unga som använder narkotika och försäljning, men däremot har en annan ansats till marginaliserade personer som använder narkotika där man mer såg det som en uppgift att underlätta kontakt till vård- och stödaktörer.[59] De poliser som vi haft kontakt med under utredningstiden lyfter att de ofta arbetar så att personer med uppenbara problem med skadligt bruk eller beroende inte prioriteras i rapportering av bruk av narkotika. Samarbetet mellan skadereducerande verksamheter och polis är etablerad på vissa platser i Sverige, men skulle kunna förstärkas.

12.5 Skadereducering i andra länder

Våra direktiv innefattar att göra en internationell utblick över skadereducerande insatser. Vi har dels själva inhämtat kunskap om andra länder genom deltagande vid internationella konferenser, egna sökningar och bilaterala möten med funktionärer i andra länder och internationella organisationer. Vi har gjort ett urval av länder och insatser som vi bedömer som intressanta i sammanhanget. Vi har också inhämtat information genom stöd av SBU:s upplysningstjänst

[58] Collins, S. m.fl. (2018). *Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD): Program effects on recidivism outcomes.*
[59] Richert, T. m.fl. (2022). *Police officers' attitudes and practices toward harm reduction services in Sweden: a qualitative study.*

om kunskapsläget vad gäller skadereducering. Vi har också valt att särskilt noga belysa forskningsläget kring de insatser som i dag inte finns i Sverige.

12.5.1 Det skadereducerande perspektivet i andra länders narkotikapolitik

Utöver att skadereducering ofta hänförs till olika insatser, såsom sprututbyten eller brukarrum, så är begreppet också ett övergripande perspektiv och ett mål för narkotikapolitiken i flera andra länders narkotikastrategier. En vanlig teoretisk indelning för komponenter i narkotikapolitik är tillgångsbegränsning, efterfrågebegränsning och skadereducering. I Sverige brukar det delas in i kontrollåtgärder, prevention, vård och behandling respektive skadereducering.

I många länder är syftet med skadereducering att minska skador av olika slag och främja värdighet och ökad livskvalitet hos den som har skadligt bruk eller beroende. Social behandling definieras exempelvis i Danmark som:

> Sociala insatser som har till syfte att antingen få missbruket av rusmedel att upphöra, att reducera intaget eller förebygga att intaget förvärras eller, att reducera skadorna av missbruket. Ett fullständigt upphörande av drogmissbruket är inte ett relevant mål för alla. Social behandling ska därför öka den enskildes funktionsnivå och höja livskvaliteten med utgångspunkt i den enskildes önskningar och mål mot återhämtning.[60]

Liknande mål finns också i Norge för flera av insatserna, såsom LARO eller heroinassisterad behandling.

> Målen för verksamheten är att hjälpa personer med opioidberoende att uppnå förbättrad livskvalitet, erbjuda patienter individuell hjälp och stöd för att förändra den situation de befinner sig i, genom ökad coping och stärkt funktionsnivå, reducera hälsorisker och konsekvenser till följd av icke-medicinsk användning av opioider.[61]

I Schweiz är skadereducering en del av den nationella narkotikapolititiken, och uttrycks så här:

> Measures in the area of harm reduction aim to stabilize the state of health of those affected, maintain their social integration or facilitate reintegration, or offer them survival assistance, for example by switching to

[60] Socialstyrelsen Danmark (2020). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling.*
[61] Besök i Oslo på Norges Helsedirektorat september 2022.

> less risky or less harmful behaviours. The aim of harm reduction is to preserve the quality of life of those affected, so that they can lead a qualitatively good and, as far as possible, self-determined life despite current risky and addictive behaviour, and later pave the way for therapy and withdrawal.[62]

I Australien finns en nationell drogstrategi för 2017–2026 med följande mål:

> A national framework for building safe, healthy and resilient Australian communities through preventing and minimising alcohol, tobacco and other drug related health, social and economic harms among individuals, families and communities. Australia's long-standing commitment to harm minimisation considers the health, social and economic consequences of drug use on individuals, families and communities as a whole and is based on the following considerations: drug use occurs across a continuum, from occasional use to dependent use; a range of harms are associated with different types and patterns of drug use; and the response to these harms requires a multifaceted response. A harm minimisation policy approach recognises the clear recognition that drug use carries substantial risks, and that drug-users require a range of supports to progressively reduce drug-related harm to themselves and the general community, including families. This policyapproach does not condone drug use.[63]

I Australien är användning av narkotika straffbar på federal nivå, och målet i den nationella strategin är att reducera skador utan att samtidigt sanktionera användning.

12.5.2 Lagstiftning kan användas för att förstärka det skadereducerande perspektivet

I många länder ingår skadereducering i den övergripande narkotikastrategin. I detta kan inrymmas både olika specifika verksamheter, såsom brukarrum, och olika försök att genom lagstiftningen bidra till minskad oro för straff. Det kan handla om att legalisera olika substanser i kontrollerade modeller för att därigenom begränsa de risker som är förknippade med användning av dessa substanser.

Ett annat försök som länder vidtagit för att minska skador har handlat om att avkriminalisera eget bruk och innehav för eget bruk i

[62] Federal Office of Public Health in Switzerland. https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/vier-saeulen-politik.html. Besökt 2023-03-22.
[63] Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health (2017). *National Drug Strategy 2017–2026.*

syfte att möjliggöra kontakter med vård och stöd utan risk för straff samt att minska stigma. Inte minst har detta använts som ett redskap i Nordamerika för att tydliggöra straffrihet, exempelvis i samband med att man ringer ambulans i en överdossituation. Vi beskriver skillnaden mellan legalisering och avkriminalisering i kapitel 3, och barmhärtig-samarit-lagstiftning vid överdoser i kapitel 13. Sådan lagstiftning kan även ha betydelse för att på sikt påverka stigma.

12.5.3 Skadereducerande insatser i andra länder

Vi beskriver i det följande tillgängliga skadereducerande insatser i andra länder. Vissa av insatserna finns redan i Sverige och andra inte. Vi har valt att särskilt noga beskriva de som i dag inte finns i Sverige, medan de insatser som redan finns i Sverige redovisas mer kortfattat.

De internationella vägledande dokumenten vad gäller vård och stöd till personer som använder narkotika utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet, såsom UNODC:s och WHO:s internationella standarder för vård och stöd. Där beskrivs LARO och naloxon, men också uppsökande insatser eller lågtröskelinsatser såsom sprututbyten.[64] Insatserna beskrivs både i sitt innehåll och sin form, till exempel mobil verksamhet. WHO har också publicerat riktlinjer för LARO.[65]

WHO har tillsammans med FN:s program för bekämpande av aids (UNAIDS) och UNODC publicerat flera olika vägledningar och riktlinjer med fokus på personer som injicerar narkotika.[66] I flera av dem beskrivs kriminaliseringens effekter.[67] Varken WHO, UNODC eller UNAIDS har utvärderat eller publicerat riktlinjer vad gäller andra skadereducerande insatser såsom *drug checking* eller brukarrum.

Inom EU publicerar EMCDDA kontinuerligt uppdaterad information om skadereducerande insatser. EMCDDA arbetar för närvarande tillsammans med EU:s smittskyddsmyndighet (ECDC) för att ta fram riktlinjer och vägledning vad gäller skadereducering, som dock ännu ej publicerats.

[64] WHO and UNODC (2020). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders.*
[65] WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.*
[66] WHO (2005). *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users.*
[67] UNAIDS. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05_Peoplewhoinjectdrugs.pdf. Besökt 2023-02-23.

Samsjuklighetsutredningen presenterade i sitt delbetänkande en internationell utblick med fokus på skadereducering och tvångsvård i Norge, Finland, Danmark, Australien, Kanada och Storbritannien. De insatser som återkommer i beskrivningarna är

- sprututdelning och möjlighet att köpa sprutor och kanyler på apotek eller i automater
- brukarrum
- LARO
- heroinassisterad behandling
- naloxonprogram
- digitala verktyg
- peer-to-peer-verksamheter
- stigmareducerande insatser
- möjlighet att testa innehållet i olika substanser (*drug checking*)
- stöd att inta narkotika på ett mindre riskfullt sätt.[68]

EMCDDA samlar och sammanställer det vetenskapliga underlaget för olika skadereducerande insatser, och har också tagit fram en guide till medlemsstater för att kunna identifiera behov och möjliga lösningar utifrån nationella förutsättningar.[69] De insatser som EMCDDA beskriver har dokumenterad effekt inom det skadereducerande området är LARO, naloxon och tillgång till sterila sprutor och kanyler. På EMCDDA:s hemsida finns möjlighet att söka på *best practice* och vilka insatser som har dokumenterade respektive troliga effekter på olika typer av utfallsmått.

[68] SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*
[69] EMCDDA (2021). *Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems.*

Brukarrum

Ett brukarrum är en plats där personer med skadligt bruk eller beroende kan inta narkotika som de själva köper och medför. Om användning av narkotika är straffbelagt i det land där brukarrummet finns, kan man där använda narkotika utan att individen riskerar ett polisingripande för ett beteende som hade varit straffbart någon annanstans. Ofta finns hälsopersonal på plats så att användningen av narkotika sker under viss medicinsk övervakning med anställd hälso- och sjukvårdskunnig personal. I vissa länder finns också brukarledda verksamheter, så kallade *peer-to-peer*, utan medicinskt utbildad personal. Insatsen har kallats injektionsrum, användarrum, brukarrum och konsumtionsrum.

Narkotika kan intas och användas på fler sätt än genom injektion, och flera verksamheter har i dag utrymmen med möjlighet att röka eller på annat sätt inta narkotika. I flera länder bedrivs också aktiva kampanjer för att uppmuntra till säkrare intagningssätt, exempelvis att röka i stället för att injicera heroin eller metaamfetamin. Vi väljer i detta betänkande att kalla dessa verksamheter som tillåter intag av narkotika för brukarrum.

Syftet med insatsen har definierats lite olika i olika länder, såsom

- minskad dödlighet till följd av förgiftningar och överdoser
- minskad smittspridning
- minskad annan somatisk ohälsa till följd av injektion
- minskade ordningsproblem och störningar i utemiljön (såsom att kanyler och sprutor lämnas i utemiljöer, öppen injicering i utemiljöer eller andra störningsproblem)
- ökade kontaktmöjlighet mellan samhället och personer som använder narkotika
- ökad möjlighet att slussa vidare till andra sociala och medicinska insatser
- ökad värdighet för den enskilde.

Många länder rekommenderar och har infört insatsen brukarrum. Enligt EMCDDA har en tredjedel av EU:s medlemsländer ett eller flera brukarrum, och det finns cirka 100 totalt inom EU.[70] I Tyskland finns en mängd brukarrum. I Danmark finns fem, i Norge två, i Australien två, i Kanada uppemot 20,[71] och i Skottland finns ett mobilt brukarrum som startats av civilsamhället utan tillstånd. År 2021 öppnades det första brukarrummet i USA, Onpoint NYC, och i landet finns nu några hälsocentraler som erbjuder möjligheten att inta narkotika.[72] Verksamheternas legala status är fortsatt oklar, men verksamheten Onpoint är det första officiella brukarrummet i USA.[73]

Forskning om brukarrum

De litteraturöversikter vi tagit del av utgör otillräckliga underlag för att utifrån vetenskaplig evidens kunna rekommendera brukarrum. Det har dels att göra med bristande forskning inom området som gör det svårt att entydigt påvisa positiv effekt, dels att det är svårt och ibland oetiskt att genomföra sådan forskning, till exempel randomiserade kontrollerade studier för insatsen. Olika effekter kan däremot analyseras var för sig, och några studier och effekter beskrivs nedan:

- Studier har inte kunnat påvisa negativa konsekvenser vad gäller exempelvis ökad narkotikaanvändning eller ökat risktagande till följd av att brukarrum inrättats.[74]
- Studier visar att brukarrum minskar överdosrelaterade skador och osäkra användarbeteenden, samt underlättar vårdkedjor till vård och stöd för personer som använder narkotika.[75,76,77]

[70] EMCDDA. www.emdcca.eu. Besökt 2022-12-20.
[71] Government of Canada. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/supervised-consumption-sites.html. Besökt 2022-12-20.
[72] Onpoint. www.onpointnyc.org Besökt 2022-12-20.
[73] Giglio, R. m.fl. (2023). *The Nation's First Publicly Recognized Overdose Prevention Centers: Lessons Learned in New York City.*
[74] Caulkins J. P. m.fl. (2019). *Supervised consumption sites: a nuanced assessment of the causal evidence.*
[75] Kennedy, M. m.flet al. (2017). *Public Health and Public Order outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: A systematic review.*
[76] Levengood, T. m.fl. (2021). *Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review.*
[77] Tran, V. m.fl. (2021). *Assessing Drug Consumption Rooms and Longer Term (5 year) Impacts on Community and Clients.*

- Studier visar att insatsen minskar besök inom akutsjukvården.[78]
- Enligt en sammanställning av EMCDDA finns lovande, men inte signifikanta, resultat vad avser möjligheten att minska störningar i utemiljön. Andra studier visar att brukarrum inte ökat kriminaliteten eller störningen i lokalsamhället.[79,80] Dessutom har öppen narkotikaanvändning i lokalsamhället med associerade bekymmer minskat efter att brukarrum inrättats.[81]
- Studier visar på förutsättningar att också inkludera andra intagsformer än injektion i verksamheten.[82]
- Vad gäller smittspridning (hepatit C och hiv) finns otillräckligt underlag för att påvisa effekten av brukarrum.[83]
- För marginaliserade grupper i hemlöshet visar studier att brukarrum bidrar till att minska narkotikaorsakade förgiftningar och stärker tillgången till vård och stöd.[84]

Brukarrummens kostnadseffektivitet

Ett argument som ofta framförs mot brukarrum är att det är en kostsam insats. Insatsen behöver erbjuda god tillgänglighet under stora delar av dygnet för att fungera optimalt. I Frankrike öppnades två brukarrum (Paris och Strasbourg) 2016, och 2022 avslutades en utvärdering utifrån både hälsovinsterna för enskilda och insatsens kostnadseffektivitet. Följande hälsovinster skattades genom intervjuer med dem som använde verksamheten, med en uppföljning efter 6 respektive 12 månader:

[78] Roux, P. m.fl. (2023). *Impact of drug consumption rooms on non-fatal overdoses, abscesses and emergency department visits in people who inject drugs in France: results from the COSINUS cohort.*
[79] Levengood, T. m.fl. (2021). *Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review.*
[80] Kennedy, M. m.fl. (2017). *Public Health and Public Order outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: A systematic review.*
[81] Tran, V. m.fl. (2021). *Assessing Drug Consumption Rooms and Longer Term (5 year) Impacts on Community and Clients.*
[82] Gehring, N. m.fl. (2022). *The state of the science on including inhalation within supervised consumption services: A scoping review of academic and grey literature.*
[83] Palmateer, N. m.fl. (2022). *Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence and effectiveness from a systematic review 2022 to 2020.*
[84] Magwood, O. m.fl. (2020). *The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder.*

- Antalet personer som behövde böldrelaterad vård minskade från 14 procent till 3 procent.
- Andelen icke-dödliga överdoser minskade från 3 procent till 1 procent.
- Andelen besök på akutmottagningar kopplade till narkotikaanvändning minskade från 41 procent till 17 procent.
- Andelen riskbeteenden i samband med injicering minskade från 11 procent till 1 procent.[85]

Vad gäller kostnadseffektiviteten uppskattades för insatsen i Paris en kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) på 27 200 euro och för insatsen i Strasbourg en kostnad per QALY på 8 200 euro, vilket i båda fall bedöms vara inom spannet för en kostnadseffektiv användning av resurser.[86] Andra studier om kostnadseffektivitet för insatsen har också visat på möjliga besparingar för hälso- och sjukvården genom inrättande av brukarrum.[87,88]

Erfarenheter från länder som inrättat brukarrum

Erfarenheter från länder som har brukarrum visar att det i många fall minskat störningsproblemen och kommit att utgöra en kontaktyta mot målgruppen för att därmed bidra till ökad livskvalitet, hälsa och möjlighet att länka vidare till andra former av vård och stöd. Inom Norden finns ett brukarrum i Oslo, ett i Bergen, två fasta och ett mobilt brukarrum i Köpenhamn, ett vardera i Aarhus, Odense och Vejle, ett i Reykjavik[89] men inget i Finland.

Vid Prindsens Brukerrom i Oslo, som vi besökt, genomfördes under åren 2016 till 2021 mellan cirka 23 500 och 33 000 besök per år, med 750 till 935 unika besökare.[90] Där sker också sprututbyte,

[85] Roux, P. m.fl. (2023). *Impact of drug consumption rooms on non-fatal overdoses, abscesses and emergency department visits in people who inject drugs in France: results from the COSINUS cohort.*
[86] Material presenterat på konferensen Lisbon Addictions.
[87] Hood, J-E. m.fl. (2019). *The projected costs and benefits of a supervised injection facility in Seattle,WA, USA.*
[88] Enns, E. m.fl. (2015). *Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada.*
[89] Brukarrummet på Island som bedrevs av Röda Korset som ett projekt i en mobil enhet förefaller ha stängt sedan mars 2023.
[90] Prindsens Mottakssenter (2022). *Årsrapport 2021, Brukerrommet og Smittevern.*

enklare somatisk vård och naloxonutdelning. Verksamheten får samtidigt en bild av vilka substanser som används i målgruppen, hur de används och de vanligaste doserna. Under åren 2016 till 2021 inträffade 93 till 294 överdoser per år inom verksamheten. Detta är överdoser som medicinskt kunnat behandlas på plats och i väntan på ambulans.

Erfarenheterna från Köpenhamn har visat att alltför stora brukarrum kan medföra en påfrestning av kvalitet och trygghet för både användarna och närområdet. Insatsen finns dock på flera platser i landet och har sedan införandet succesivt byggts ut. I utformningen av skadereducerande verksamheter behöver detta beaktas; det kan vara en fördel med mindre enheter som är utspridda, alternativt mobila verksamheter.

Vi har också besökt brukarrummet i Melbourne. I Australien finns också ett brukarrum i Sydney. Verksamheten ligger belägen i ett bostadsområde med inslag av *social housing* och bedrivs som en hälsocentral för personer som injicerar narkotika. I verksamheten finns läkare, sjuksköterskor men också personal från socialtjänst för att erbjuda stöd och länkning till boende, sysselsättning och försörjning. I verksamheten kan personer som injicerar narkotika hämta sprutor och kanyler och även injicera under övervakning av medicinsk personal. Enklare somatisk vård samt enklare tandvård ges också vid verksamheten. LARO kan påbörjas omgående med hjälp av depåläkemedel. Verksamheten har under flera år bedrivits på försök, men har nu fått en permanent förlängning då vinsterna både för dem som besöker verksamheten och för dem som bor i området bedömts överväga nackdelarna. Genom brukarrummet har problem med injicering i offentliga miljöer minskat.

Tillgång till rena sprutor och kanyler på apotek

I många länder är det tillåtet att köpa sprutor och kanyler för olika sjukdomstillstånd på apotek. I Sverige får sprutor och kanyler inte säljas om det finns misstanke att de kan komma att användas vid missbruk av narkotika eller dopningsmedel.[91] Handel med sprutor och

[91] Termen missbruk används i regelverket, men är annars inte en term vi använder.

kanyler regleras i en särskild lag, förordning och tillhörande föreskrift.[92]

Det finns stöd för att program för tillgång till sprutor och kanyler som sker på apotek minskar riskbeteenden hos personer som injicerar narkotika.[93] Vad gäller påverkan på riskbeteenden och smittspridning om sprutor och kanyler säljs på apotek eller i automater, inte som en del av ett program, så är underlaget för att bedöma effekterna otillräckligt.[94] I exempelvis Australien kan sprutor och kanyler både hämtas kostnadsfritt på apotek och sprututbyten samt i automater i anslutning till andra verksamheter riktade till målgruppen.

Verksamheter som delar ut sprutor och kanyler (sprututbyten)

Sprututbytesprogram är en utbredd skadereducerande insats som funnits länge och nått bred täckning i EU, Nordamerika och Australien. Evidensläget för att sprututbyten minskar risken för smitta och spridning av hepatit C är god.[95]Även insatsens påverkan på HIV är dokumenterad. Insatsen rekommenderas av WHO och nämns bland annat i EU:s narkotikastrategi. Vidare har kombinerade LARO-verksamheter och sprututbyten effekt på både hiv- och hepatitsmittor samt risker vid injektion.[96] I många länder kallas inte verksamheten för sprututbyte (utan snarare Needle and syringe programs, NSP), och krav på att lämna tillbaka använda sprutor och kanyler saknas eftersom det är kontraproduktivt och kan innebära trösklar som försvårar att nå ut till målgruppen. I Sverige visar erfarenheter och forskning att sprututbyten fungerar väl som arena för att slussa vidare patienter till exempelvis LARO, upptäcka och behandla hepatit C samt dela ut naloxon till personer som använder narkotika.

[92] Lagen (2012:595) om införsel av och handel med sprutor och kanyler, förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler och Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2012:22) om handel med sprutor och kanyler.
[93] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/pharmacy-access-syringes-reduce-injecting-risk-behaviour_en. Besökt 2022-12-20.
[94] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/syringe-provision-through-pharamcies-vending-machines-and-mobile-vans-reduce-hiv-hcv-and-injecting-risk-behaviour_en. Besökt 2022-12-20.
[95] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/needle-and-syringe-programmes-reduce-hcv_en. Besökt 2023-06-15.
[96] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/combined-opioid-substitution-treatment-ost-and-needle-and-syringe-programmes-nsp-reduce-risk-hcv-acquisition_en. Besökt 2022-12-20.

Saklig information om narkotika, intagningssätt och risk för skadeverkningar

Många länder publicerar någon form av myndighetsinformation om narkotika och dess skadeverkningar, liksom information om säkrare intag och säkrare injicering. I detta avsnitt beskriver vi några sådana exempel. I Kanada samlas på en publik webbsida information om

- olika substanser
- nationell policy
- vart man vända sig för vård och stöd
- skadligt bruk eller beroende.[97]

I och med att cannabis legaliserats i Kanada finns också omfattande information om just cannabis, hur substansen fungerar, halter av THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) för olika produkter, effekter och skadeverkningar. Kanada har också tagit fram material om opioidöverdoser. I det kanadensiska materialet framgår exempelvis att den som larmar omfattas av en barmhärtig-samarit-lagstiftning, som innebär straffrihet för bruk och innehav för eget bruk.[98]

I Norge drivs Rusopplysningen av föreningen Tryggere Ruspolitikk med stöd av Helsedirektoratet.[99] Målet är att leverera information om effekter, risker och förhållningssätt vid användning av narkotika utan att moralisera, med förhoppning om att förebygga skador. I Norge finns också ett nationellt arbete för att genom kampanjen Switch få fler av dem som använder heroin att röka heroin snarare än att injicera. Motsvarande kan finnas i andra länder och för andra substanser.

I andra länder har information om vilken typ av nål som bör användas vid injicering bidragit till att minska såväl spridning av infektionssjukdomar som somatiska besvär. I Skottland publiceras nationell information riktad till den som injicerar för att reducera olika risker.[100]

[97] Government of Canada. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/controlled-illegal-drugs.html. Besökt 2022-12.20.
[98] Government of Canada. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/healthy-living/opioid-overdoses-what-to-do.pdf. Besökt 2023-08-23.
[99] Rusopplysningen. www.rusupplysningen.no. Besökt 2022-12-20.
[100] Scotland's national health information service. https://www.nhsinform.scot/healthy-living/drugs-and-drug-use/advice-if-you-inject-drugs. Besökt 2022-12-20.

I USA tillhandahåller myndigheten Centers for Disease Control and Prevention, CDC, information till allmänheten om olika substanser och deras skadeverkningar.[101]

I Tyskland finns information om olika narkotiska substanser, effekter och skadeverkningar, samlat hos Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), som är en paraplyorganisation för beroendevården i Tyskland.[102]

Många länder har tagit fram informationsmaterial om opioider, överdoser, naloxon och sätt att rädda liv. Det saknas en översikt över vilka länder som har sådana insatser eller hur informationen eventuellt påverkat riskbeteenden eller utfall. EMCDDA poängterar dock betydelsen av att öka medvetenheten om överdoser och förgiftningar genom ökad information och utbildning.

Verksamheter som möter personer som använder narkotika behöver enligt EMCDDA utveckla bättre förmåga än som ofta finns till screening för högriskbeteenden, överdosförebyggande arbete, utbildnings- och rådgivningsinsatser med mera.[103]

Naloxon utanför hälso- och sjukvården

Rekommendationer om *take-home naloxone* publicerades av WHO 2014.[104] Insatsen finns också med i behandlingsriktlinjer utfärdade av WHO och UNODC.[105] Varken WHO eller UNODC har gjort någon uppföljning av hur rekommendationerna efterlevs. Naloxonprogram finns i 11 länder inom EU samt i Norge.[106] Program finns också i Australien, Kanada och USA.

Enligt HRI:s årsrapport för 2022 fanns 35 länder där *take-home naloxone* är tillgängligt, och 21 länder som har peer-to-peer-utdelning av naloxon. De flesta programmen är små och finansieras genom projektmedel.[107] Programmen riktar sig till personer som använder

[101] Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/drugoverdose/basics/. Besökt 2022-12-20.
[102] Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. https://www.dhs.de/suechte/illegale-drogen. Besökt 2022-12-20.
[103] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/opioid-related-deaths-health-and-social-responses_en#section3. Besökt 2023-08-20.
[104] WHO (2014). *Community management of opioid overdose.*
[105] UNODC och WHO (2020). *International Standards for the treatment of drug use disorders.*
[106] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone. Besökt 2023-08-15.
[107] Harm Reduction International (2022). *The Global State of Harm Reduction.*

opioider, deras familjer, vänner och andra utanför hälso- och sjukvården som kan komma att bevittna opioidförgiftningar.

Det faktum att naloxon är ett läkemedel innebär att det i de flesta länder finns krav på att det är hälso- och sjukvårdspersonal som ska förskriva preparatet till en patient, vilket kommit att försvåra arbetet med att göra naloxon tillgängligt på det vis som WHO har rekommenderat sedan 2014. Olika länder har försökt hitta lösningar och göra undantag från regleringar som i övrigt gäller läkemedelshantering, förskrivning, hälso- och sjukvård samt behandling. Se mer information i vårt delbetänkande *Naloxon kan rädda liv*.[108] USA är troligen det land som i störst utsträckning fått bred behovstäckning av naloxon både inom och utanför hälso- och sjukvården. Rekommendationer från National Institute of Drug abuse (NIDA) och CDC bygger policy på forskning om att naloxonanvändning utanför hälso- och sjukvården ger goda resultat och kan minska narkotikaförgiftningar.[109] Särskilt när så sker tillsammans med lagstiftning som kan minska rädsla för straff för den som larmar 112.[110] USA har beslut fattats som gör att nässprej som innehåller naloxon kommer att kunna säljas som receptfritt läkemedel.[111] Socialstyrelsen undersökte 2023 möjligheterna att göra naloxonnässprej receptfritt, men Läkemedelsverket bedömde att det vid det tillfället inte var möjligt.[112]

Drug checking

Fler länder har under senare år påbörjat ett arbete med att möjliggöra kontroll av olika substanser, så kallat *drug checking*.[113] Möjligheten att göra en kemisk analys av innehållet i narkotika kan riktas till specifika riskgrupper eller arenor. En utmaning i sammanhanget är bristerna i den teknik som används för testningen. Snabbtester har begränsad möjlighet att detektera exempelvis fentanyl (då mängden/koncentrationen är så liten) och ger resultat med relativt stora fel-

[108] SOU 2022:54. *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg.*
[109] Lewis, C. m.fl. (2017). *Intranasal naloxone and related strategies for opioid overdose intervention by nonmedical personnel: a review.*
[110] McClellan, C. m.fl. (2018). *Intranasal naloxone and related strategies for opioid overdose intervention by nonmedical personnel: a review.*
[111] U.S. Food and Drug Administration. https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-over-counter-naloxone-nasal-spray. Besökt 2023-01-12.
[112] Socialstyrelsen (2023). *Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon. Delredovisning om genomförda och planerade aktiviteter inom ramen för uppdraget. Mars 2023.*
[113] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/spotlights/spotlight-drug-checking_en. Besökt 2022-12-20.

marginaler. Tester som förutsätter laboratorieanalyser, som är mer säkra, tar ofta flera dagar innan svar kan kommuniceras. Tekniken utvecklas snabbt inom området för att få fram både träffsäkra och snabba svar, vilket inte minst drivs av stor efterfrågan på sådana testprodukter och analysmöjligheter.

I Nederländerna, Irland och Spanien har *drug checking* varit ett sätt att etablera en kontaktyta mot unga som använder narkotika, exempelvis på festivaler och i festsammanhang. Erbjudandet att testa det kemiska innehållet i narkotika öppnar för ett samtal om risker och skador och blir ett slags utbildningsinsats och en del i det preventiva arbetet, utöver möjligheten att begränsa narkotikaorsakade förgiftningar.

I Australien öppnade 2022 den första fasta *drug checking* verksamheten, i Canberra, CanTEST. Liknande initiativ har sedan tidigare funnits i samband med festivaler, men nu kan personer som använder narkotika två dagar i veckan besöka verksamheten där man kan testa innehållet i medhavd narkotika. Inom 20 minuter kan ett resultat anges baserat på endast en mycket liten mängd. Verksamheten kan besökas anonymt och kostnadsfritt, och genom den kan personer också hänvisas till andra skadereducerande insatser eller vård och stöd. Resultaten sammanställs också i ett månatligt nyhetsbrev som används för att bevaka narkotikamarknaden.[114]

I Kanada finns också en fast *drug checking*-verksamhet kallad Substance samt fyra olika decentraliserade och enklare verksamheter, utöver möjlighet att skicka narkotika för analys per post.[115] Olika typer av metoder och teknologi används för att ge säkra resultat, oftast inom 20 minuter. Verksamheten kan besökas anonymt och konstadsfritt och ligger separat och fristående från andra insatser för målgruppen personer med skadligt bruk eller beroende. Detta har enligt verksamheten gjort att båda besökare som bara ibland använder narkotika och de som ofta gör det känner sig välkomna. Underlagen från analyserna delges den som testar narkotikan, men sammanställs också som ett led i forskning för att bevaka narkotikamarknaden.

I Norge erbjuds också *drug checking* genom Rusopplysningen, som öppnat nätbutiken TestKits Norge, som kan skicka snabbtest inom landet. I Oslo bedrivs dessutom en analysservice dit personer som använder narkotika kan komma anonymt om man bokat tid och få

[114] Direction. www.directionshealth.com. Besökt 2023-07-05.
[115] Substance. www.substance.uvic.ca. Besökt 2023-07-05.

hjälp att analysera innehållet i substanser. Detta kan bidra till att samla kunskap om olika substanser och preparat, samtidigt som det ger den som använder narkotika ökad kunskap om vad substanser innehåller.[116] Man använder en kombination av infraröd spektrometri och snabbtester. Arbetet bedrivs av en organisation som inte erhåller finansiellt stöd för verksamheten.

EnergyControl i Spanien är en organisation och ett projekt som sedan 1997 erbjudit *drug checking* på fem olika platser och regioner i Spanien.[117] Enskilda kan vid festivaler och i kontakt med organisationen anonymt och konfidentiellt få analyser på innehållet i olika substanser. Organisationen tar också emot tester för analys som skickats från andra länder, men det innebär större osäkerhet för användare av narkotika då resultaten kan bli stoppade i tullen beroende på olika länders lagstiftning om innehav för eget bruk.

Även i Nederländerna och Tyskland finns *drug checking* möjligheter riktade till personer med skadligt bruk eller beroende.

I Sverige delar brukarföreningar på olika platser ut snabbtester för att upptäcka innehåll av fentanyl, så kallade fentanylstickor.

Enligt EMCDDA har insatsens betydelse för att påverka riskbeteenden inte kunnat utvärderas, och evidensläget är oklart på grund av avsaknaden av studier. De mer kvalitativa erfarenheter som samlats in visar att insatsen potentiellt kan reducera skador genom att oönskade eller okända kemikalier identifieras och att informationen kan användas som underlag för att sprida information om nya psykoaktiva substanser inom nationella varningssystem. Samtidigt är tillförlitligheten hos de testmetoder som används begränsad.[118]

Studier visar att *drug checking* kan påverka narkotikaanvändarens beteende om oförväntade substanser identifieras i analysen.[119] De juridiska förutsättningarna kring *drug checking* kan dock komplicera insatsen. Även i mer kvalitativa utvärderingar, såsom hur insatsen uppfattas av narkotikaanvändare exempelvis i olika länders injektionsrum, har användare i viss mån tvekat att lämna ifrån sig narkotika för testning.

[116] Rusopplysningen. www.rusopplysningen.no/rusmiddelsanalyse. Besökt 2023-08-15.
[117] Energycontrol. https://energycontrol-international.org/what-is-energy-control. Besökt 2022-03-15.
[118] EMCDDA (2022). *Spotlight on … Drug checking.*
[119] Maghsoudi, N. m.fl. (2022). *Drug checking services for people who use drugs: a systematic review.*

Heroinsassisterad behandling

Heroinassisterad behandling är en vedertagen behandlingsform i nio länder: Belgien, Danmark, Kanada, Nederländerna, Norge, Schweiz, Spanien, Storbritannien och Tyskland. Behandlingen bedrivs vid totalt 58 kliniker och är vanligast i Schweiz och Nederländerna.[120]

När heroinbehandling sker inom hälso- och sjukvården kallas läkemedlet diacetylmorfin. I många länder ses behandling som en del av opioidassisterad behandling såsom LARO. Även Australien har påbörjat behandling som en klinisk studie fast med substansen hydromorfon som är en långtidsverkande opioid och behandlingen sker i kombination med metadon.

Behandlingen innebär att patienter med heroinberoende som inte har kunnat uppnå resultat genom andra behandlingsinsatser, såsom metadon- eller buprenorfinbehandling inom LARO, i stället erbjuds läkemedlet diacetylmorfin. Behandlingen utgår från särskilda verksamheter som erbjuder patienterna läkemedlet samt sprutor och kanyler för att de själva övervakat ska injicera substansen. Vid vissa verksamheter kan patienterna även få läkemedlet i tablettform, depåberedning eller i sällsynta fall som nässprej.[121]

Inom Norden finns behandlingen på fem kliniker i Danmark sedan 2010 (i Köpenhamn, Odense, Hvidovre, Esbjerg och Aarhus), reglerad genom en vägledning från Sundhetsstyrelsen.[122] Sedan 2022 finns behandlingsformen också i Norge, i både Bergen och Oslo. Arbetet har utvecklats som ett projekt genom ett uppdrag till forskningscentrumet Seraf, som utredde förutsättningar för en sådan verksamhet utifrån gällande kunskapsläge.[123]

EMCDDA menar att behandlingen har haft påvisad effekt i att minska kriminalitet.[124] Studier visar även på minskad kriminalitet

[120] Uchtenhagen, A. (2017). *The role and function of heroin assisted treatment at the treatment system level.*
[121] Meyer, M. m.fl. (2022). *Nasal administration of diacetylmorphine improved the adherence in a patient receiving heroin-assisted treatment.*
[122] Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed, https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2013/9507.
[123] Seraf (2019). *Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling.*
[124] EMCDDA (2022). *Heroin maintenance treatment (HAT) to reduce criminal activity – evidence summary.*

samt minskad användning av illegal narkotika.[125,126] Likaså har ökad livskvalitet och andra hälsovinster kunnat påvisas. Flertalet av de jämförelser som gjorts har dock varit mot ingen läkemedelsbehandling alls. Vinsterna med behandlingen är snarlika LARO-behandling. Vid akut slutenvård finns studier som visar att behandling med hydromorfon eller diacetylmorfin för svårt sjuka patienter kan bidra till kvarstannande i slutenvård tills den somatiska vården avslutats.[127]

Behandlingsformen är ofta kostsam och resurskrävande, inte minst eftersom det krävs stor säkerhet för lagring och förvaring av läkemedlen. Detta kan ha påverkat spridningen av behandlingsformen.

Safe supply eller säkrare tillgång till narkotika

Ett område under utveckling internationellt är det som kallas *safe supply.* I *safe-supply*-programmen förskrivs opioider, bensodiazepiner och centralstimulerande läkemedel, eller flera i kombination, i syfte att minska förgiftningar. Målsättningen är inte primärt drogfrihet, utan först och främst att minska skador och dödlighet samt att erbjuda det som uttrycks som *säkrare tillgång till narkotika*.

Utvärderingar visar att mer forskning om sådana program behövs, men att programmen har potential att utgöra en del av vård och behandling samt skadereducering för målgrupper med risk för överdos.[128] Det gäller exempelvis patienter där LARO-behandling inte fungerat i tillräcklig utsträckning.[129] Andra studier beskriver att deltagarna uppfattat att deltagande i programmen varit positivt och påverkat deltagarens målsättning vad gäller substansintag.[130]

Skillnaden mellan *safe supply* och legalisering är att *safe supply* sker i organiserade program som utgör kontaktytor till såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård, medan legalisering oftast inte medför sådana kopplingar. I viss mån skulle arbetet kunna liknas vid de så kallade

[125] Smart, R. m.fl. (2021). *Does heroin-assisted treatment reduce crime? A review of randomized-controlled trials.*
[126] McNair, R. m.fl. (2023). *Heroin assisted treatment for key health outcomes in people with chronic heroin addictions: A context-focused systematic review.*
[127] Brar, R. m.fl. (2022). *Hospital initiated injectable opioid agonist therapy for the treatment of severe opioid use disorder*.
[128] Gomes, T. m.fl. (2022). *Clinical outcomes and health care costs among people entering a safer opioid supply program in Ontario.*
[129] Public Health Ontario (2022). *Scan of Evidence and Jurisdictional Approaches to Safer Supply.*
[130] Marlene, H. m.fl. (2023). *Safer opioid supply: qualitative program evaluation.*

legalförskrivningsförsök som genomfördes i Sverige på 1960-talet,[131] även om kontext, kunskap och situation är helt annorlunda i dag än när försöken genomfördes.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

LARO är en utbredd skadereducerande insats i många länder. Evidensläget för LARO både som en skadereducerande insats för att förbättra hälsa och förhindra dödlighet hos personer med opioidberoende, och som rehabilitering, är gott och redovisas i kapitel 17 i betänkandet. I vissa fall kan LARO-behandling, särskilt med depå-buprenorfin och med tillsatsen naloxon, ge ett långvarigt skydd mot opioidförgiftningar, och utgöra en överdospreventiv åtgärd i ett akut skede. En sak vi uppmärksammat skiljer implementeringen av LARO mellan länder är synen på övervakade urinprover som en del av behandlingen. I Sverige är det enligt de regionala program vi tagit del av en vanlig åtgärd, medan det i andra länder förefaller vara mindre vanligt med dagliga övervakade urinprover.

Bostad och boende först

I många riktlinjer, policyer och forskningsresultat påvisas att stabilt boende och bostad ofta är en faktor som påverkar möjligheten att kunna ta del av behandling och stöd samt att uppnå resultat i dessa. SBU har bistått med att undersöka vilken sammanställd forskning som finns inom området skadereducering. Dessvärre är sådan forskning begränsad vad gäller sociala insatser. Att tillhandahålla en bostad utan att först ställa krav på drogfrihet har visat på goda resultat i att skapa boendestabilitet för personer som lever i hemlöshet och med skadligt bruk eller beroende.[132] Effekterna på andra utfallsmått, såsom förbättrad hälsa till följd av insatsen, är ej tillräckligt beforskade.[133]

[131] Sveriges Radio. https://sverigesradio.se/avsnitt/nar-staten-delade-ut-knark-del-1-kliniken. Besökt 2023-08-15.
[132] Socialstyrelsen (2019) *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning.*
[133] Kerman, N. m.fl. (2021). *Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed methods systematic review.*

Insatser för särskilt utsatta och sårbara grupper och flexibla insatser

I både policydokument och rekommendationer fokuserar de skadereducerande insatserna inte sällan på särskilt sårbara och utsatta grupper, samt på flexibla sätt att tillhandahålla service. Målgruppen kan vara kvinnor och flickor, personer som har sex mot ersättning, migranter, intagna på fängelser med mera. Många gånger är det just lågtröskelansatsen i verksamheten och ett mobilt arbetssätt som lyfts fram. I Lissabon arbetar exempelvis organisationen Ares do Pinhal med två mobila enheter som

- delar ut sprutor och kanyler
- utför screening för smittsamma sjukdomar
- erbjuder vårdkontakter
- delar ut LARO-läkemedel
- utgör en kontaktyta mot annars marginaliserade grupper.

Sedan verksamheten infördes 2001 har hiv-smitta bland deltagarna i programmet minskat från 33 procent till 14 procent år 2021, hepatit C har minskat från 79 procent år 2001 till 55 procent år 2021, och tuberkulos har i stort sett försvunnit. Verksamheten har två mobila enheter som 365 dagar om året gör planerade stopp på fem platser i staden mellan klockan 8.30 och 19.30.[134] Liknande exempel finns på andra platser, såsom det ambulerande brukarrummet Fixelance, som drivs av en frivilligorganisation i Köpenhamn, och ett annat i Skottland. Även i Australien har organisationen Kirketon Road Centre en mobil verksamhet för att nå områden och grupper som annars inte skulle besöka deras fasta lågtröskelmottagning. Verksamheten erbjuder rena sprutor och kanyler, hepatit C-undersökning och behandling och läkemedelsförskrivning.

Andra integrerade verksamheter fungerar som en *one stop shop* för kvinnor i hemlöshet, våldsutsatthet och skadligt bruk eller beroende. I Barcelona finns exempelvis en sådan verksamhet med bland annat

[134] Ares do Pinhal. https://aresdopinhal.pt. Besökt 2023-01-09. Samt presentation vid Lisbon Addictions 2022.

- möjlighet att bo samt inta narkotika och alkohol i särskilda rum
- olika stödformer
- traumavänligt bemötande
- daglig sysselsättning.[135]

Verksamheten fyller medicinska och sociala behov samtidigt.

Det finns också en rad studier av skadereducerande verksamheter i fängelser, exempelvis heroinassisterad behandling, LARO, naloxon och sprututbyten, med goda resultat.[136]

12.6 Analys av det samlade kunskapsläget

Vi har genom SBU identifierat sammanställd forskning om kunskapsläget för skadereducerande insatser. Forskningsunderlaget är begränsat eftersom det är svårt att tydliggöra betydelsen av en isolerad insats eller metod på utfallet i en sjukdomsbild som är mångfacetterad. I detta avseende är det angeläget att vara tydlig med målet för verksamheten.

Länge fanns exempelvis en föreställning i Sverige att sprututbyten inte var effektiva om människor som tog del av verksamheten inte slutade använda narkotika. Då beaktades inte att syftet med verksamheten var att erbjuda sterila sprutor och kanyler för att skydda liv och hälsa genom minskad smittspridning.

Även andra områden, såsom prevention, har utmaningar i att påvisa tydliga resultat som kan hänföras enbart till interventionen i fråga. Detta har dock inte hindrat att Sverige arbetar förebyggande inom narkotikaområdet trots avsaknaden av utvärderade och evidensbaserade metoder som rekommenderas av nationella aktörer.

Ett sådant kunskaps- och erfarenhetsbaserat arbetssätt behöver överföras också till området skadereducering. I arbetet med att utveckla nationella riktlinjer ingår också, i det fall det vetenskapliga underlaget är bristfälligt, att genom en konsensusmodell identifiera bästa tillgängliga kunskap. De tillgängliga nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende inkluderar olika utfallsmått så-

[135] Metzineres. https://metzineres.org/metzineres-en.html. Besökt 2023-01-09.
[136] Moore, K. m.fl. (2017). *Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review.*

som överlevnad, förbättrad livskvalitet, kontroll av intag och minskade skador eller rehabilitering och återhämtning från skadligt bruk eller beroende, men de flesta insatserna och metoderna rekommenderas utifrån möjligheten till beteendeförändring och målsättningen drogfrihet.

12.6.1 Polariserade åsikter har framkommit i våra dialoger och intervjuer

Det finns även fortsatt en polarisering av mer värdebaserad och åsiktsmässig karaktär vad gäller introduktion av ytterligare skadereducerande insatser i Sverige. Många gånger uttrycks det som att ”där går min gräns, det känns fel, det vill vi inte ha, det tror jag inte på” eller liknande. Denna barriär finns som en utmaning för området, oavsett vad forskning eller utvärderingar påvisar. När människor och yrkesutövare får direktkontakt med skadereducerande insatser tenderar de dock att bli mer positivt inställda. Acceptansen för insatserna tenderar alltså att öka när erfarenheterna och direktkontakterna väl finns. Exemplet sprututbyte i Sverige är en illustration av detta, där motståndet mot insatsen successivt förändrats i takt med att man kunnat besöka och ta del av erfarenheter från existerande verksamheter.

Många gånger är det företrädare för sociala verksamheter som uttrycker svårigheter att anamma ett skadereducerande perspektiv där exempelvis drogfrihet inte är det omedelbara målet eller ens något personalen ska motivera till. Det kan ha sin förklaring i att lagstiftningen på det sociala området har ett tydligare fokus på att syftet med insatserna ska vara att det skadliga bruket eller beroendet upphör (i sociallagstiftningarna omnämnt som missbruk).

I den hearing som vi genomförde med civilsamhället hösten 2022 framfördes av en del organisationer stöd för att införa fler skadereducerande insatser och att öka tillgängligheten till de befintliga, med sänkta trösklar. Det handlar om

- tillgänglighet till sterila sprutor och kanyler på apotek
- ökade öppettider för och ökad tillgänglighet till sprututbyten
- behov av att se över dagligt övervakat intag i LARO under de första tre månaderna av behandlingen samt hur urinprov används i behandlingen
- kortare väntetider till LARO över hela Sverige

- mobila och uppsökande verksamheter, såsom hepatit C-bussen
- minskade krav på registrering vid lågtröskelverksamheter
- ökad tillgänglighet till naloxon
- tillgång till neutral information om olika substanser
- behov av att arbeta bort de hinder för vård som kriminaliseringen av eget bruk innebär.[137]

I den workshop om skadereducering samt vård och stöd som vi genomfört med ett 40-tal representanter från olika vård- och stödverksamheter över hela Sverige framkom en önskan om ett förändrat synsätt i Sverige vad gäller skadereducering, men också behov av fler sådana insatser. Tydligast var det att krav på drogfrihet som norm för insatser till personer i skadligt bruk eller beroende ansågs behöva avvecklas, att tillgängligheten (både öppettider och avstånd) till insatser och behandling såsom LARO och sprututbyten behöver bli bättre och att brukarrum bör prövas som en pilot i Sverige.[138] Dock framfördes att det även framöver behöver göras skillnad mellan barn och unga respektive vuxna. Vad gäller unga upplevs det vara viktigt att ha ett tydligt mål att narkotikaanvändningen helt ska upphöra, även om man ska välkomnas att vara kvar i behandling vid återfall. Kunskapen om att återfall är vanligt behöver öka hos unga, deras anhöriga och all personal som finns i verksamheter för målgruppen, i syfte att minska stigma och förbereda för agerande i sådana situationer.

Att få ta del av utbildning eller sysselsättningsinsatser, även vid narkotikaanvändning, eller att slippa en prick i straffregistret (genom exempelvis ungdomskontrakt) som kan leda till ökat utanförskap, lyftes som en mycket viktig faktor för att minska att narkotikaanvändningen får stora skadeverkningar på ungas nutida och framtida liv.

I de målbilder som vi utvecklat har det framkommit att personer som använder narkotika har en delad bild av krav på drogfrihet som en förutsättning för samhällets insatser. De allra flesta upplever det som ett hinder som försvårar för vård och stöd. Andra menar att det inte finns någon annan väg än att ”nå botten” och helt avstå och få

[137] Hearing med civilsamhället 8 september 2022. Dnr Komm2022/004821/S 2022-01-21.
[138] Workshop arrangerad av Narkotikautredningen 8 november 2022. Innehållsanalys av diskussioner i workshopen diarieförd Komm2022/00311/S 2022:01/79.

konsekvenser, annars är man inte motiverad.[139] Även föreningar som företräder användare och deras anhöriga har delade uppfattningar i frågan, men fler och fler ger uttryck för att drogfrihetskraven som norm behöver förändras.

Det finns olika krav inom lagstiftning och styrning för socialtjänstens respektive sjukvården, exempelvis vad gäller synen på skadligt bruk eller beroende, skadereducering och eventuella drogfrihetskrav som ställs för att ta del av insatser, som om de inte harmonieras riskerar att försvåra samverkan och gemensamma insatser mellan olika aktörer på sikt, vilket också framkom vid workshopen. Oavsett vem som har ansvar för behandling av skadligt bruk eller beroende i framtiden, så kommer det att krävas samverkan och samarbete. Både det medicinska och det sociala området förefaller ha präglats av ganska tydliga krav på drogfrihet för att få vara kvar i vård och stöd, även om det successivt har förändrats.

Det kan handla om att fortsatt narkotikaanvändning, återfall eller sidoanvändning av narkotika kan innebära att man inte får

- stanna kvar i LARO-program – exempelvis krävs i några regionala riktlinjer och vårdprogram att patienten behöver vara fri från substanser andra än opioider för att påbörja behandling och substansfri från all narkotika för att fortsätta behandling (utan hänsyn till den kliniska nyttan i det enskilda fallet)
- gå kvar i behandling som har fokus på total drogfrihet
- tillgång till stöd med egen bostad
- vara kvar i stödboende
- vara kvar inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) utan hänvisas till socialtjänstens ungdomssektion
- komma till avgiftning/abstinensbehandling.

Skadereducering å andra sidan handlar om sänkta trösklar in i behandling genom ökad tillgänglighet (inte sänkta trösklar för kvalitet eller innehåll i vårdutbudet), gärna anonymitet, ett icke-stigmatiserande eller icke-fördömande bemötande, flexibilitet och individanpassning

[139] Detta är synpunkter som framkommit. Det finns dock forskning som visar att det är kontraproduktivt att skylla vårdmisslyckanden på individen.

samt stöd utifrån de förutsättningar och mål som individen har just då, även för dem som vill fortsätta använda narkotika eller inte kan sluta.

12.7 Svenskt regelverk för vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende beaktar inte det skadereducerande perspektivet

Flera av de insatser som implementerats i andra länder skulle förutsätta ett arbete kring lagstiftning och föreskrifter för att införas i Sverige. Det gäller framför allt inom det straffrättsliga området.

I exempelvis Norge är brukarrum en hälso- och sjukvårdstjänst med särskilda krav som specificeras i en egen lag.[140] Doser av narkotika för eget bruk innehas eller brukas av dem som har rätt att använda brukarrummet och är registrerade för verksamheten, vilket gör den till ett undantag vad gäller de bestämmelser som i övrigt gäller kring narkotika. I Kanada har *drug checking* och medicinskt övervakade verksamheter där narkotika kan intas, undantagits från lagstiftning som i övrigt reglerar narkotika och kontrollerade substanser.[141] Avkriminalisering av eget bruk och innehav för eget bruk ses också som en rättslig åtgärd i syfte att minska skador. Heroinassisterad behandling regleras exempelvis i Danmark av föreskrifter och sker inom ramen för hälso- och sjukvård.[142]

I Sverige ska regionen erbjuda god hälso- och sjukvård åt sina invånare i enlighet med 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § HSL). Här ingår skadligt bruk eller beroende. I socialtjänstlagen (2001:453, SoL) finns vidare särskilda bestämmelser om socialtjänstens ansvar för behandling vid missbruk.[143] Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel (3 kap. 7 § SoL). Socialnämnden ska även aktivt sörja för att personer med missbruk får den hjälp och vård de behöver för att komma ifrån missbruket (5 kap. 9 § SoL).

[140] Lov om ordning med brukerrom for inntak av narkotika (brukerromsloven).
[141] Controlled Drugs and Substances Act, stycke 56.1 och 56.1(1). https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-38.8/page-7.html#h-95171. Besökt 2022-12-20.
[142] Retsinformation. *Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved Opioidafhængighed*, VEJ nr 9507 af 17/09/2013.
[143] Prop. 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag m.m*. s. 92 f.

Även i lagen (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM blir det tydligt att målet med insatsen är att den enskilde ska komma ifrån sitt missbruk. Bestämmelsen om LVM-vårdens syfte innebär både ett långsiktigt mål, nämligen frihet från missbruket, och ett kortsiktigt mål, nämligen motivation till frivillig vård. (3 § LVM och prop. 1987/88:147 s. 90) I 3 § LVM framgår att

> Tvångsvården skall syfta till att genom behövliga insatser motivera missbrukaren så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

I 30 § LVM föreskrivs att

> Socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han eller hon får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk.

Samsjuklighetsutredningens förslag innebär att socialtjänstens ansvar framöver inte ska fokusera på att det skadliga bruket eller beroendet upphör eller ansvara för vård och behandling, utan i stället stärka individens resurser och funktionsförmåga, exempelvis när det gäller boende, sysselsättning och arbete. En sådan förändring skulle göra det möjligt att ha ett mer skadereducerande perspektiv också i sociala stödinsatser.[144] När det gäller unga ligger dock ansvaret kvar hos socialtjänsten, då lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga alltjämt gäller unga tills de fyllt 21 år.

12.8 Rättsliga begränsningar för brukarrum och vissa andra skadereducerande insatser

Gällande rätt i Sverige medger inte brukarrum eller insatser där innehav och användning av narkotika är en del av verksamheten utan att den enskilde riskerar ett straffrättsligt ansvar för innehav eller eget bruk. För att det ska vara möjligt att bedriva brukarrumsverksamhet som ordinarie hälso- och sjukvård i Sverige på ett sätt där personerna som besöker verksamheten inte riskerar ett polisärt eller på annat sätt straffrättsligt ingripande, så förutsätts någon form av undantagsbestämmelse som ger ansvarsfrihet alternativt ett krav på polisen att

[144] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

lämna rapporteftergift för personer som besöker verksamheten. Detsamma gäller andra skadereducerande insatser där innehav och användning är en del av verksamheten, vilket också skulle kräva någon form av ansvarsfrihet. Det gäller i nuläget framför allt för *drug checking* men det kan även komma andra metoder som är aktuellt att införa längre fram. För att *drug checking* ska vara lagligt kan det dock även krävas ändringar i lagen (1992:860) om kontroll av narkotika för att möjliggöra personalens hantering av narkotikan. Vi beskriver detta närmare nedan.

12.8.1 All befattning med narkotika är olaglig

Enligt narkotikastrafflagen (1968:64), NSL, är i stort sett all icke-medicinsk befattning med narkotika straffbelagd. Det innebär att en person med ett skadligt bruk eller beroende enligt svensk lag inte kan besöka ett brukarrum och injicera eller på annat sätt använda narkotika, utan att riskera ett polisärt ingripande. Enligt 9 § polislagen (1984:387) har en polisman rapporteringsskyldighet, som innebär att när den får kännedom om ett brott som faller under allmänt åtal, ska den lämna rapport om det till sin förman så snart det kan ske. Enligt andra stycket får en polisman lämna rapporteftergift om brottet med hänsyn till omständigheterna i det särskilda fallet är obetydligt och det är uppenbart att brottet inte skulle föranleda annan påföljd än böter. Vid innehav av narkotika beslagtas narkotikan.

Det finns inga riktlinjer för hur rapporteftergift ska tillämpas och inte heller någon statistik på tillämpningen i praktiken.

12.8.2 Medhjälp till narkotikabrott

För att säkerställa att personalens arbete i ett brukarrum inte skulle klassas som narkotikabrott, går vi nedan igenom i vilka situationer en person kan göra sig skyldig till medhjälp för narkotikabrott. Medverkan till brott som avses i 1–4 §§ NSL, är straffbara enligt 5 § NSL, med undantag för innehavsbrottet i 1 § p. 5. Detta innebär att medhjälp till förvaring är straffbart, medan medhjälp till innehav eller eget bruk kan ske utan straffansvar. Medverkansansvaret, som regleras i 23 kap brottsbalken, omfattar både de uppsåtliga gärningarna och de

grovt oaktsamma och varje inblandad bedöms efter sitt uppsåt eller sin oaktsamhet.

De särskilda gärningsformerna under 1 § p. 4 i NSL, däribland förvaring av narkotika, infördes 1983 samtidigt som kriminaliseringen av eget bruk. Dessa gärningsformer är kvalificerade former av befattning med narkotika som är särskilt straffvärda och som tidigare bedömdes som innehav. För att det ska anses vara fråga om förvaring av narkotika måste också alla förutsättningar för innehav vara uppfyllda, det vill säga det krävs att gärningsmannen har omedelbar rådighet över narkotikan. En restriktiv tolkning av de gärningar som beskrivs under punkt 4 förespråkas, exempelvis ska inte varje mer varaktig befattning med narkotika anses utgöra ett förvarande. Det bör i princip krävas att speciella eller någorlunda ingripande åtgärder vidtagits och att personerna i vart fall haft befattning med narkotikan som ett väsentligt ändamål.[145]

Enligt 1 § 6 p. kan den som förvarar eller befordrar vederlag för narkotika dömas till narkotikabrott om förfarandet är ägnat att främja narkotikahandel. Av förarbetena framgår att straffbarheten bör inskränkas till åtgärder som typiskt sett är ägnade att främja den mer organiserade eller annars grövre narkotikabrottsligheten.

Straffbarhet för grov oaktsamhet infördes 1983 i NSL och regleras i 3 a §. Denna paragraf stadgar att den som begår gärningarna i 1 § p. 1–5 NSL genom grov oaktsamhet gör sig skyldig till vårdslöshet med narkotika. En person kan inte dömas för grov oaktsamhet till innehav eller eget bruk.

12.8.3 Analys av förutsättningar för brukarrum och drug checking

Såsom nämnts ovan i detta kapitel så är all befattning med narkotika i Sverige straffbelagd. Det innebär att det inte inom nuvarande regelverk är möjligt att bedriva brukarrum, drug checking eller andra skadereducerande insatser utan att de enskilda besökarna riskerar straffrättsligt ansvar. Det är därmed också för huvudmännen för hälso- och sjukvård inte tydligt att de kan bedriva verksamheten, även om en sådan insats skulle utgå från kunskap och beprövad erfarenhet eller övriga bestämmelser för hälso- och sjukvården. Enligt vad som

[145] Prop. 1982/83:141 om ändringar i narkotikastrafflagen (1968:64) s. 33 f.

framförts ovan gällande att medhjälp till innehav och eget bruk inte är straffbart, så bör dock inte personalen i en sådan situation kunna göra sig skyldig till något som strider mot NSL. Vi återkommer i kapitel 21 och 22 med förslag och bedömningar kopplade till detta område. Nedan följer dock en kortfattad beskrivning av hur grannländer med liknande rättstradition löst frågan genom särskild lagstiftning som medger undantag från straffrättsliga bestämmelser.

12.8.4 Den norska brukarrumslagen

I Norge finns sedan lång tid tillbaka brukarrum, ett i Oslo och ett i Bergen. Då innehav av narkotika är straffbart, precis om i Sverige, bedömdes där att det krävdes en särskild lag med undantag för straffrättsligt ansvar för brukarrummen. Initialt var det bara tillåtet att injicera heroin i brukarrummet men från 2019 öppnades för intag av andra substanser.

Av § 5–6 hälso- och omsorgstjänstlagen framgår att brukarrum etablerade enligt brukarrumslagen är att anse som en kommunal hälso- och omsorgstjänst. För brukarna av brukarrummen ska detta vara ett komplement till kommunens övriga hälso- och omsorgstjänster. Det är kommunen som avgör om det ska etableras en brukarrumsordning. Kommunen kan inte ingå avtal med privata utförare om driften av brukarrum.

Enligt § 1 brukarrumslagen är syftet att främja en ordning för etablering med brukarrum för intag av narkotika (brukerromsordning). Brukarrumsordningen ska bidra till ökad värdighet för människor med långvarigt narkotikaberoende genom att erbjuda hygieniska ramar för injicering av narkotika och motivera till mindre riskfulla intagsmetoder. Vidare ska ordningen bidra till ökad hälsomässig trygghet, bland annat förebygga infektioner och smitta och ge snabbare hjälp vid narkotikaorsakade förgiftningar, genom närvaro och tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är också att bidra till ökad möjlighet till kontakt och samtal mellan den enskilde brukaren och vård- och stödverksamheter med sikte på tvärprofessionell uppföljning och behandling.

Enligt den norska läkemedelslagen kan den som har rätt att få tillgång till en godkänd brukarrumsordning och a) intar narkotika i injiceringsrum eller inhaleringsrum, eller b) innehar en brukardos

narkotika för eget bruk i brukarrumsordningens lokaler eller intilliggande behandlingsrum, inte straffas. Straffriheten innefattar en brukardos narkotiska medel som injiceras. Den narkotika som ska användas i brukarrummet måste uppvisas för personalen. För att omfattas av brukarrumsordningen ska personen ha a) ett långvarigt narkotikaberoende och en skadlig injektionsvana och b) fyllt 18 år.

Till lagen finns *Forskrift om ordning med brukerrom for inntak av narkotika (brukerromsforskriften)* där det framgår att en person har laglig tillgång till brukarrumsordningens tjänster när han eller hon är registrerad som brukare av ordningen. För att bli registrerad som brukare ska personen ha a) ett långvarigt narkotikaberoende och en hälsovådlig injektionspraxis och b) fyllt 18 år (§ 1). Det är personalen i brukarrumsordningen som avgör om kriterierna för registrering är uppfyllda (§ 2). Ansvarig för brukarrumsordningen avgör om en person ska nekas registrering.

I praktiken innebär det att det finns en lista på registrerade i verksamheten och endast dessa kan komma in i lokalerna för brukarrummet. Angränsande tjänster, exempelvis somatisk vård, härbärge, sprututbyte, är dock öppna för en bredare krets. Utanför brukarrummet, och en omkrets runt verksamheten, råder straffrihet för användning och innehav för eget bruk, som i övriga samhället fortsatt är straffbart. Däremot är försäljning inte tillåtet och även i brukarrummets lokaler kan polis agera om sådant sker.

12.8.5 Den danska lagstiftningen om brukarrum

I Danmark hanteras brukarrummen genom att kommuner ansöker om tillstånd hos Inrikes- och sundhetsministeriet. Det finns dock även rättsligt stöd för verksamheterna. I lagen som reglerar användning av euforiserande substanser finns en bestämmelse (3 b) som sedan 2012 möjliggör för inrättande av så kallade *stofintagelserum*.[146] Lagen reglerar att Hälso- och äldreministern, efter ansökan av kommunfullmäktige, får meddela särskilda tillstånd för inrättande och drift av kommunala brukarrum som drivs som verksamheter i avtal med kommunen. Verksamheten är avsedd för personer som är 18 år eller äldre med ett skadligt bruk eller beroende till följd av långvarig och

[146] Rättsinformation Danmark. https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/1334. Besökt 2023-09-20.

ihållande användning av narkotika. Lagen kompletteras av två särskilda tillkännagivanden (motsvarande förordning eller föreskrift i en svensk kontext) där de särskilda förutsättningarna för verksamheten regleras. Det gäller bland annat krav på hygien inom verksamheten, krav på behörig personal och tillsyn av personal, kontakt och tillgänglighet till sociala insatser och hälso- och sjukvård samt krav på rapportering. Regleringen av brukarrum sker utanför annan hälso- och sjukvårdsreglering som följaktligen inte är tillämplig i denna verksamhet. Sedan 2016 har lagen och tillkännagivandet kompletterats med särskilda bestämmelser kring assisterad användning av narkotika, det vill säga om en person behöver assistans av annan för att injicera, dock ej personalen vid verksamheten.

Ansökan från kommunen ställer krav på dialog och samarbete med polis och om så inte skett kommer Inrikes- och Sundhetsministeriet att höra polisens inställning om verksamhetens innehåll innan tillstånd kan meddelas.[147]

[147] Bekendtgørelse om stofindtagelsesrum. https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2016/972. Besökt 2023-06-26.

13 Dödsfall till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar i Sverige och andra länder – bakgrund och analys

I detta kapitel redogör vi för hur situationen med dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar har utvecklats i Sverige över tid. Vi presenterar statistik över situationen och erfarenheter gjorda i andra länder vilket svarar mot direktivens punkt

> att genomföra en analys av insatser som i ett internationellt perspektiv har vidtagits i syfte att minska narkotikadödligheten.

Vi redovisar också förslag på åtgärder som framkommit i de dialoger vi haft och som fungerat som inspiration och underlag för det förslag till nationellt program för att minska dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar vi lämnar i kapitel 24.

13.1 Dödlighet till följd av förgiftningar med narkotika eller läkemedel i andra länder och vidtagna åtgärder

Vi har valt att presentera läget och insatser i ett urval länder som likt Sverige, rapporterar hög dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Det är oftast svårt, närmast omöjligt, att isolerat studera betydelsen av olika interventioner på samhällsnivå. Många olika faktorer och trender samspelar och påverkar situation och utfall. Vårt uppdrag att genomföra en analys av utfallet av insatser som andra länder vidtagit är därför komplicerat. Situationerna i de olika länderna är inte enkla att jämföra. Det går inte att införa insatser som

andra vidtagit och utgå från att samma effekt skulle uppnås i Sverige eftersom kontext och förutsättningar varierar i olika länder. Men i ett läge med hög dödlighet till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar finns det all anledning att ha ett öppet och utforskande angreppssätt kring vilka åtgärder som skulle kunna ge effekt om de infördes eller förstärktes i Sverige.

Vi har valt att belysa länder inom EU med en hög dödlighet utifrån rapportering till FN:s världshälsoorganisation (WHO) och EU:s narkotikabyrå (EMCDDA). Vi har också valt att beskriva situationen i USA och Kanada. Ett annat alternativ hade kunnat vara att i stället studera de länder som har låg dödlighet orsakad av narkotika- och läkemedelsförgiftningar för att hämta inspiration därifrån om hur de lyckats bibehålla dödligheten på en låg nivå. Vi bedömer dock, beaktat att det är svårt att göra jämförelser mellan länder, att vi har störst behållning av att för närvarande identifiera lärande exempel i de länder som är jämförbara med Sverige eller som har analyserat dödligheten noggrant och vidtagit insatser på policynivå.

Vi har av upplysningstjänsten vid Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) fått stöd att gå igenom sammanställd forskning inom området.[1] De forskningsartiklar som motsvarade sökkriterierna handlade i huvudsak om insatserna brukarrum, suicidprevention och *Bostad först*. Dessutom har SBU ställt frågor om nationella strategier inom området till sina systermyndigheter i olika länder och fått in ett fåtal svar. Andra artiklar som inte fullt ut uppfyllde sökkriterierna, samt material från det fåtal länder som besvarade SBU:s förfrågan, handlade om

- varningssystem för narkotika
- läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
- *safe supply*
- *drug checking*
- naloxon.

Vi har också kompletterat samanställningen med erfarenheter och exempel från andra länder vi inhämtat genom deltagande i internationella konferenser och i dialog med andra länders funktionärer.

[1] Inskickat underlag från SBU finns tillgängligt via sou.gov.se/avslutade utredningar/socialdepartementet/ samt Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-65.

Beskrivningen av insatser i olika länder har fokus på insatser med direkt koppling till att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Många av insatserna finns också beskrivna i kapitlet om skadereducering och kapitlen kan med fördel läsas som kompletterande till varandra.

13.1.1 Sammanfattning av andra länders erfarenheter

I de flesta länder är det just blandförgiftningar som är den vanligaste orsaken till dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Vår analys är att det finns tydliga gemensamma drag i de åtgärder som jämförbara länder vidtagit för att förebygga och minska narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Det handlar i stor utsträckning om att utveckla de skadereducerande insatserna i narkotikapolitiken, sänka trösklar och erbjuda mer flexibla lösningar till vård och stöd på olika sätt. Det gäller bland annat, men inte uteslutande

- tillgång till LARO, heroinassisterad behandling och naloxon
- utveckling av hälsomottagningar med låga trösklar för målgruppen
- sprututbyten och brukarrum till personer som injicerar
- *drug checking* eller *safe supply* för att förhindra användning av kontaminerad narkotika eller kombinationer användaren inte känner till
- ändrad lagstiftning för att reducera rädsla för straff i samband med narkotikaanvändning.

Dessutom betonas ökad information och kommunikation till målgruppen i syfte att minska risker.

I USA och Kanada har man i lagstiftningen försökt göra undantag från kriminaliseringen av eget bruk genom barmhärtig-samarit-lagstiftning. Bäst effekt för att minska förgiftningsdödsfall förefaller sådan lagstiftning ha när den införts tillsammans med en bred tillgänglighet till naloxon. Utvärderingar av barmhärtig-samarit-lagstiftningen visar att införandet inte fullt ut fungerat och att effekter avseende dödlighet har varit svåra att påvisa, även om sådan lagstiftning också har ett etiskt värde och signalerar viktiga principer.

En provins i Kanada har gått vidare till en treårig avkriminalisering i syfte att underlätta kontakter med vård- och stöd aktörer, polis

och andra relevanta aktörer. Huruvida detta ger avsedd effekt och minskar dödligheten är ännu för tidigt att säga.

Det som i stor utsträckning skiljer mellan de länder vi beskrivit är om även förskrivna läkemedel inkluderas i de nationella strategierna och insatserna. Insatser för att säkerställa en rationell förskrivning av narkotikaklassade läkemedel har ofta bredare målgrupp än personer med skadligt bruk eller beroende.

När förgiftningsdödsfall till följd av narkotika- eller läkemedel etablerat sig på en hög nivå verkar trenden vara mycket svårt att bryta. Portugal lyckades med detta när olika stora reformer genomfördes och tillräckliga resurser avsattes, men också mättekniska förändringar kan förklara delar av upp- och nedgångar i rapporterad dödlighet. Under senare år har dock även dödligheten i Portugal stigit.[2] Estland är ett annat land som under en tid låg högst i EU vad gäller narkotikarelaterade dödsfall, men som därefter lyckades minska dödsfallen. Även i Estland har nivåerna dock därefter återigen börjat stiga. Till stor del har det handlat om hur narkotikamarknaden ser ut och om att potentiellt väldigt farliga substanser, såsom fentanyl, etablerar sig på narkotikamarknaden. I Portugals fall, liksom i Skottland, var det omfattande problem med heroin som var grunden till omläggningen av politiken.

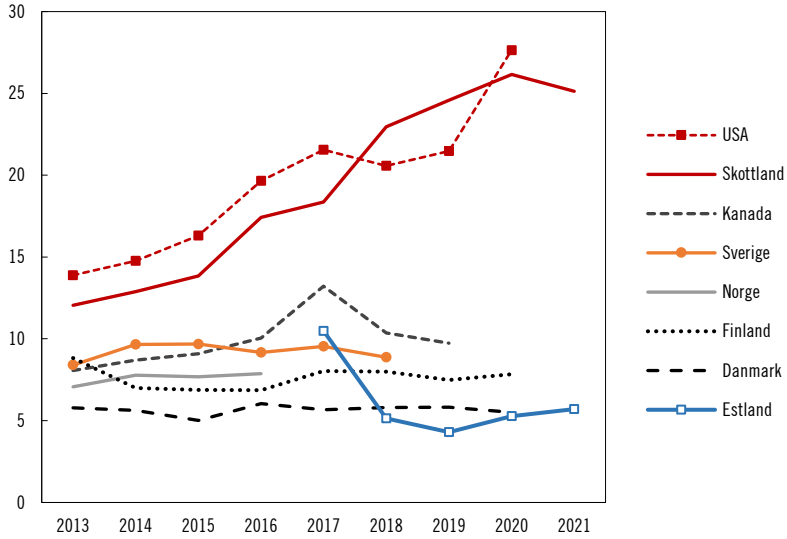
I diagrammet nedan syns en jämförelse av antal dödfall till följd av förgiftningar redovisat per 100 000 invånare och över tid i ett urval länder. Sverige ligger i dessa jämförelser högst i Norden, men långt under exempelvis Skottland, USA och Kanada. Vid jämförelser av dödsorsaker förekommer skillnader i registrering och rapportering mellan olika länder. Detta gäller den totala dödligheten och faktorer som påverkar jämförbarheten ökar typiskt sett i betydelse ju mer nedbrutet jämförelserna sker. En sådan faktor som kan påverka uppgifterna i diagrammet ovan kan vara hur analyser för att påvisa olika substanser vid förgiftningsdödsfall sker i olika länder. Detta kan exempelvis påverka hur fördelningen mellan dödsfall som bedömts vara orsakade av alkohol respektive narkotika och läkemedel ser ut. Mer information om utmaningar med internationella jämförelser på området finns i rapporten *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning. En statistiksammanställning*.[3]

[2] Narkotikapolitiskt Center, NPC (2021). *Avkriminalisering av narkotika. Vad kan vi lära av Portugal?*

[3] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. En statistiksammanställning.*

Figur 13.1 Läkemedels- och narkotikaförgiftningar, antal dödsfall

Avlidna på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar (ICD[4]-10-koder: X40–X44, X60–X64 och Y10–Y14). Antal per 100 000 invånare



Källor: Dödsorsaker: Mortality Database, WHO.
Befolkningsuppgifter: World Bank och National Records of Scotland.

13.1.2 Kanada

I diagrammet ovan syns inte den ökning av förgiftningsdödsfall till följd av narkotika- eller läkemedel som drabbat Kanada sedan pandemin. Mellan 2020 och 2021 fördubblades antalet personer som avled av ovan nämnda anledning. År 2022 har antalet dödsfall minskat något men trenden bedömdes inte vara bruten. I huvudsak utgjordes dödsfallen av opioidorsakade dödsfall som innehöll fentanyl och majoriteten av dödsfallen drabbade män.[5]

Kanada har länge haft utbyggda skadereducerande insatser såsom sprututbytesverksamheter och brukarrum, som nu alltmer kompletteras med ännu fler insatser, vissa av experimentell karaktär, för att minska dödlighet.

[4] International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems.
[5] Government of Canada. https://health-infobase.canada.ca/src/doc/SRHD/Update_Deaths_2023-03.pdf. Besökt 2023-06-01.

År 2017 infördes en barmhärtig-samarit-lagstiftning i samband med överdos. Syftet var att bidra till att minska rädsla för eventuella straff för den som larmar vid överdos. Lagstiftningen syftade även till att skydda alla på platsen från eventuellt straff för innehav för eget bruk, men definierade inte mängden narkotika eller gränsvärden mellan eget bruk och handel.[6] Lagstiftningen gäller inte handel och försäljning med narkotika och innebär inte heller ett förbud för polis att beslagta olagliga substanser.

I en utvärdering om lagstiftningens genomförande har framkommit att det funnits en rad svårigheter som kan ha påverkat hur effektiv lagen varit i att bidra till minskad dödlighet. Det handlade om att

- lagstiftningen uppfattades som otydlig vilket kan ha medfört olika tillämpning beroende på hur lagen uppfattades av ansvarig polis
- kunskapen var låg om lagstiftningens innehåll hos både polis och användare av narkotika vilket påverkat implementeringen
- det saknades ett gränsvärde för innehav för eget bruk vilket orsakat tillämpningssvårigheter, både från polisiärt håll då det kan vara svårt att avgöra var gränsen går för innehav för eget bruk, och hos narkotikaanvändare som uppfattade att de misstroddes av polis om de haft större dos.

Oklarheterna kan ha bidragit till att syftet, att motverka rädsla för straff, inte uppfyllts i tillräcklig utsträckning. Lagstiftningen bedömdes heller inte i utvärderingen vara tillräcklig för att minska överdoser, utan även andra reformer bedömdes behövas.[7,8] Kunskapsläget om effekten av sådan lagstiftning på både dödlighet och om det påverkar antalet kontakter med akutsjukvården är ännu begränsat.[9] Samtidigt kan denna typ av lagstiftning ha ett etiskt värde som signalerar statens ansvar att skydda liv och värna hälsa på olika sätt.

I juni 2022 beviljades provinsen British Columbia ett treårigt (2023–2026) undantag från nationell lagstiftning då eget bruk och inne-

[6] Good Samaritan Drug Overdose Act (S.C. 2017, c. 4). https://laws.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2017_4/index.html.
[7] Xavier, J. m.fl. (2022). *There are solutions and I think we're still working in the problem: The limitations of decriminalization under the good Samaritan drug overdose act and lessons from an evaluation in British Columbia, Canada.*
[8] Xavier, J. m.fl. (2021). *Police officers' knowledge, understanding and implementation of the Good Samaritan Drug Overdose Act in BC, Canada.*
[9] Moallef, S. m.fl. (2021). *The effectiveness of drug-related Good Samaritan laws: A review of the literature.*

hav för eget bruk vad gäller vissa substanser avkriminaliserades rättsligt. Det undantaget är således mer omfattande än endast vid överdossituationer. Det innebär att barmhärtig-samarit-lagstiftningen i British Columbia inte längre fyller avsedd funktion när avkriminaliseringen gäller alla situationer, inte bara överdossammanhang.

I Kanada genomförs nu också omfattande försök inom det skadereducerande området för att minska dödligheten. Det gäller utbyggnad av *drug checking* (se mer i kapitel 12 om skadereducering) och brukarrum organiserade som peer-to-peer verksamheter för att komplettera de sedan länge medicinskt övervakade brukarrummen som bedrivs av hälso- och sjukvården. Dessutom finns försök med det som kallas *safe supply*. Omkring 5 000 patienter i Kanada ingår i nuläget i de försöksverksamhetsprogram inom hälso- och sjukvården där läkare förskriver läkemedel eller en kombination av läkemedel utifrån användarens behov och önskemål där det finns möjlighet att länkas till andra insatser, exempelvis sociala sådana.[10] I *safe-supply*-programmen förskrivs opioider, bensodiazepiner och centralstimulerande läkemedel, eller flera i kombination, i syfte att minska överdoser och förgiftningar. Målsättningen är inte primärt drogfrihet, utan först och främst att minska skador och dödlighet samt att erbjuda det som uttrycks som *säkrare tillgång till narkotika*.

Utvärderingar visar att mer forskning om sådana program behövs, men att programmen har potential att utgöra en del av vård och behandling samt skadereducering för målgrupper med risk för överdos.[11] Det gäller exempelvis patienter där LARO-behandling inte fungerat i tillräcklig utsträckning.[12] Annan forskning beskriver att deltagarna uppfattat att deltagande i programmen varit positivt och påverkat deltagarens målsättning vad gäller substansintag.[13]

Skillnaden mellan *safe supply* och legalisering är att *safe supply* sker i organiserade program som utgör kontaktytor till såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård, medan legalisering oftast inte medför sådana kopplingar. I viss mån skulle arbetet kunna liknas vid de så kallade legal-

[10] Government of Canada. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/responding-canada-opioid-crisis/safer-supply.html. Besökt 2023-08-15.
[11] Gomes, T. m.fl. (2022). *Clinical outcomes and health care costs among people entering a safer opioid supply program in Ontario.*
[12] Public Health Ontario (2022). *Scan of Evidence and Jurisdictional Approaches to Safer Supply.*
[13] Marlene, H. m.fl. (2023). *Safer opioid supply: qualitative program evaluation.*

förskrivningsförsök som genomfördes i Sverige på 1960-talet,[14] även om kunskap och sammanhang skiljer sig åt.

Sammanfattning av tillgängliga medicinskt inriktade insatser i Kanada: Lagstiftning (avkriminalisering eget bruk i en provins samt barmhärtig-samarit-lag i hela landet), sprututbyten, brukarrum, naloxon, informationsinsatser, *drug checking* och *safe supply*.

13.1.3 USA

Dödlighet till följd av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar i USA utgörs till 70 procent av män och de flesta dödsfall inkluderade opioider. Fentanyl förekom i de flesta dödsfallen.[15]

I USA beskrivs läget just nu som en opioidepidemi som orsakar stort lidande och död för många människor och familjer. I korthet startade krisen i USA genom en snabbt ökande användning av förskrivna och icke-förskrivna opioidläkemedel från slutet av 1990-talet. Smärtstillande läkemedel, framför allt oxikodon, förskrevs i hög utsträckning och orsakade att många människor blev beroende av opioider. När sedan kunskap om situationen gjorde att läkemedlen slutade förskrivas, utan att tillräcklig behandling och nedtrappning ingick till dem som redan blivit beroende, började ett stort antal människor i stället köpa opioider illegalt. Initialt dominerade heroin detta bruk medan fentanyl på senare tid övertagit den rollen. Många rapporter och analyser har publicerats om den amerikanska opioidkrisen.

I dagsläget är den syntetiska opioiden fentanyl ett stort bekymmer eftersom substansen är oerhört potent och kan orsaka andningsstillestånd vid väldigt låga doser. Substansen tillsätts i många olika illegalt producerade läkemedel och narkotika, även sådana som inte är opioidpreparat, eftersom den är billig att tillverka. Risken att även få i sig fentanyl för den som använder narkotika i USA i dag är överhängande, både avsiktligt och oavsiktligt. I dagsläget identifieras fentanyl i de allra flesta narkotikaorsakade dödsfallen i USA, även dödsfall till följd av annan narkotika än opioider.

I USA, som historiskt sett varit ett land som haft svårt att anamma skadereducering, är det nu en alltmer självklar del av den nationella

[14] Sveriges Radio. https://sverigesradio.se/avsnitt/nar-staten-delade-ut-knark-del-1-kliniken. Besökt 2023-08-15.
[15] National Institute on Drug Abuse. https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates. Besökt 2023-08-15.

narkotikastrategin. Så sent som 2021 inrättades brukarrum i landet vilket är ett tydligt trendbrott för USA.

Sammanfattningsvis handlar det överdospreventiva arbetet i USA om

- minskad tillgänglighet av särskilt skadlig narkotika, exempelvis fentanyl och fentaylkontaminerad narkotika på narkotikamarknaden
- vård- och behandling
- skadereducerande insatser såsom bred tillgänglighet till naloxon (sedan 2023 också receptfritt)
- stora massmediala kampanjer om överdoser, opioider och naloxon samt för att minska stigma relaterat till beroendesjukdom
- regulatoriska inslag exempelvis barmhärtig-samarit-lagstiftning i samband med överdos
- sprututbyten och i marginell utsträckning brukarrum.

13.1.4 Norge

De senaste tio åren har 250–300 personer per år avlidit av narkotikaöverdoser i Norge. Den högsta nivån registrerades år 2020. Bland dödsfallen utgjordes 70 procent av män och 30 procent av kvinnor. Medelåldern bland dem som avlidit har ökat över tid och är nu 45 år.[16] Detta tolkas som att de skadereducerande, vårdande och överdospreventiva insatser man vidtagit Norge har bidragit till att förlänga livet för personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. För att förebygga narkotikarelaterade dödsfall har Norge i två olika omgångar arbetat med en nationell överdosstrategi, varav den senaste löpte ut vid årsskiftet 2022/2023.[17] Även om strategierna kallas överdosstrategier, så har de haft en bredare ansats för att stärka hälsa och minska dödlighet. Strategierna har haft stort fokus på opioider och ursprungligen främst heroin. Insatserna i strategierna har varit många och handlat om att förstärka redan pågående arbete, men också att

[16] Folkehelseinstituttet i Norge. https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/?term=&h=1. Besökt 2023-08-15.
[17] Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal Overdosstrategi 2019–2022, Javisst kan du bli rusfri – men først må du overleve.*

utvärdera och prova nya insatser, ofta med statlig finansiering. Några exempel från den senaste strategin är att

- öka fokus på råd, behandling och uppföljning av somatisk hälsa för personer som använder narkotika
- utveckla vård- och omsorgsförlopp i samband med icke-dödlig överdos
- utvärdera möjlighet till varningssystem riktade till personer som använder narkotika
- utvärdera om *drug checking* av olika substanser kan vara värdefullt[18]
- genomföra årliga nationella lågtröskelkonferenser och uppmärksamma den internationella dagen mot överdoser som nationella arenor för kunskapsspridning
- stärka tillgången till LARO inklusive lågtröskel-LARO
- förbättra statistik, uppföljning och forskning
- stärka tillgång till naloxon och sterila injektionsverktyg
- fortsätta arbeta med kampanjen *switch* (att verka för säkrare intag genom exempelvis att röka snarare än att injicera)
- öka fokus på sårbara perioder och övergångar mellan olika vårdformer liksom brukarmedverkan.

Brukarrum och heroinassisterad behandling är också verksamheter som finns i Norge. Forskning, inte minst inom området dödlighet till följd av opioidförgiftning, studeras av norska Seraf (Senter för rus- och avhengighetsforskning).

I och med de förändringar som noterats av vilka som avlider av narkotika- och läkemedelsförgiftningar sedan den senaste strategin, överväger Norge nu vilka insatser som behövs framöver för att minska dödligheten. I den första strategin var det ett stort fokus på heroinberoende. Erfarenheterna från Norge visar att man sedan 2015 noterat en nedåtgående trend vad gäller dödsfall orsakade av heroin, samtidigt som dödsfall till följd av narkotikaklassade opioidläkemedel

[18] Norge har genomfört en förstudie inom området som visade på att mer kunskap behövs innan ett pilotprojekt inom området kan startas. Hösten 2023 påbörjas därför arbetet med att utveckla design och form för sådan verksamhet för att därefter ta ställning till om det kan genomföras som pilotverksamhet.

(såsom metadon, oxikodon och buprenorfin) ökat. De som avlider i förgiftningar som innehåller narkotikaklassade opioidläkemedel nu jämfört med tidigare

- är äldre
- bor i ökad utsträckning utanför storstäderna
- har annan samsjuklighet
- har inte tidigare fått behandling för skadligt bruk eller beroende
- har inte haft kontakt med rättsväsende
- utgörs av lika stor andel kvinnor som män.

I arbetet framöver ligger enligt information från Norges Hälsodirektorat (motsvarande Sveriges Socialstyrelsen) fokus på sårbara övergångar, sårbara grupper, förskrivning till smärtpatienter och LARO. Tillgängliggörande av naloxon har varit en viktig insats i Norge tillsammans med flera andra skadereducerande insatser.

13.1.5 Danmark

Danmark rapporterar ett relativt stabilt antal förgiftningsdödsfall till följd av narkotika- och läkemedel de senaste åren, cirka 250 årligen. 80 procent av dödsfallen utgörs av män och 20 procent av kvinnor. Medelåldern bland de avlidna har stigit över tid och är i dag 42 år, vilket Danmark har tolkat som att skadereducerande insatser samt utbyggd vård och stöd ger effekt och lyckas rädda fler liv.

Vanligast är förgiftningsfall med flera substanser i kombination och där metadon ingår. Det är sällsynt att andra opioider än metadon och heroin, som exempelvis oxikodon, tramadol och fentanyl, är den främsta dödsorsaken och dödsfall där dessa ämnen detekteras är ovanliga.[19]

I Danmark finns ingen nationell strategi inriktad mot att begränsa narkotikarelaterad dödlighet. Däremot har en rad insatser införts i detta syfte. Det handlar bland annat om

- en väl utbyggd och tillgänglig LARO-behandling som också inkluderar en vårdgaranti

[19] Simonsen, K. m.fl. (2020). *Fatal poisoning among drug users in Denmark in 2017.*

- minskad användning av metadon till nyinskrivna patienter i LARO till förmån för buprenorfinbehandling (från cirka 40 procent metadon 2011 till cirka 25 procent metadon 2021)[20]
- heroinassisterad behandling för patienter där LARO inte varit tillräckligt
- statligt finansierade program för att dela ut naloxonnässprej till personer som använder narkotika
- brukarrum på flera platser för att kunna erbjuda råd, stöd och möjlighet till säkrare injicering i syfte att minska överdoser och rädda liv
- insatser och vägledningar för att begränsa förskrivning av narkotikaklassade läkemedel och bistå vid nedtrappning.

13.1.6 Finland

Antalet dödsfall i narkotika- och läkemedelsförgiftningar har ökat under hela 2000-talet i Finland. År 2021 noterades det högsta antalet döda (287 personer) i dessa orsaker sedan man började föra statistik över den här typen av dödsfall år 2006. 75 procent var män och 25 procent kvinnor. Narkotikadödsfallen har ökat mest i åldersgruppen 30–44 år. Särskilt oroväckande anses ökningen av narkotikadödsfall bland unga under 25 år vara.[21] De flesta som dog på grund av narkotika hade tagit flera olika substanser också blandat med alkohol, även om opioider var dominerande substans bland dödsfallen. Fler suicid noterades bland dödsfallen än tidigare år. Den största delen av narkotikadödsfallen beror på oavsiktlig förgiftning (överdos) vilken är en av de största orsakerna till förtida dödsfall i den vuxna befolkningen.

En officiell arbetsgrupp i Finland bestående av experter inom området och tillsatt av generaldirektören vid Institutet för hälsa och välfärd, presenterade 2022 ett förslag för förebyggande av narkotikadödsfall för regeringen.[22] Några av de förslag som nämndes av expertgruppen var följande

[20] Information vid besök på Hälsodepartementet i Danmark mars 2023.
[21] Statistikcentralen i Finland. https://stat.fi/sv/publikation/cl8slomfgpjyk0bw7wivrbxpa. Besökt 2023-08-15.
[22] Institutet för hälsa och välfärd (2022). *Diskussionsunderlag 15/2022. Finlands modell för förebyggande av narkotikadödsfall. Rekommendationer för att förebygga narkotikadödsfall.*

- Personer som använder opioider behöver komma till bedömning för opioid-substitutionsbehandling som innebär låga trösklar. Behandlingen ska inledas direkt efter att behovet av behandling har konstaterats och behandlingens kontinuitet ska tryggas.
- Det behöver införas en tillfällig speciallag som möjliggör försök med övervakade brukarrum.
- Tillgången till hälsorådgivningstjänster ska göras så enkel som möjligt i hela Finland. Tjänsterna ska vara tillgängliga på ett heltäckande och flexibelt sätt.
- Tillgången till naloxon behöver förbättras, både för personer som använder opioider och för yrkesutbildade personer inom socialtjänst och hälso- och sjukvård som möter människor som använder opioider.
- Förtroendet mellan patienter i beroendevården och myndigheterna bör stärkas för att sänka trösklar för att tillkalla hjälp.
- Kommunikation som ger ökad kunskap behöver riktas till olika målgrupper, såsom personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika, människor som provar eller sporadiskt använder narkotika, unga personer och hela befolkningen.
- Samarbetet med polisen behöver stärkas inom alla sektorer. Målet är att främja ett mänskligt bemötande av människor som använder narkotika, vårdhänvisningar och ett ökat förtroende för myndigheterna bland dem som använder narkotika.
- Det är också viktigt att minska de negativa attityderna och fördomarna mot personer med skadligt bruk eller beroende, både inom beroendevården och i hela samhället.

Expertgruppen hade inget politiskt mandat och ännu är det inte avgjort om eller hur den finska regeringen kommer att ta förslagen vidare. Ett medborgarinitiativ om att inrätta brukarrum presenterades för den finska riksdagen 2022. I september 2023 presenterades återigen ett program för att minska dödsfall med i huvudsak samma innehåll som ovan.[23]

[23] Institutet för hälsa och välfärd. https://thl.fi/sv/web/thlfi-sv/-/dags-att-agera-thl-publicerade-tolv-metoder-for-att-forebygga-narkotikadodsfall. Besökt 2023-09-04.

13.1.7 Storbritannien inklusive Skottland

Skottland är den del av Europa som har flest antal döda i narkotika- eller läkemedelsförgiftningar per invånare. Många olika insatser har vidtagits för att minska dödligheten. Ett stort fokus är och har under senare år varit just naloxon, eftersom opioider är orsak till över 80 procent av de oavsiktliga förgiftningarna i Skottland. Förgiftningsdödsfallen där opioider varit orsak till dödsfallet utgörs till störst del av metadon och därefter heroin enligt officiell dödsorsaksstatistik.[24] I en stor kampanj riktad till allmänheten som startade 2021 vill man öka medvetenheten om överdoser, vad man kan göra för att rädda liv samt minska stigma på olika sätt.[25] Skottland har också infört flera andra skadereducerande insatser såsom LARO, sprututbyten och ett mobilt brukarrum (som drivs av en enskild aktör och som inte är officiellt).

I Storbritannien pågår en rad innovativa försöka att nå ut till grupper med risk för oavsiktlig förgiftning (överdos). Regeringen har bland annat haft flera utlysningar där organisationer kunnat söka finansiering för att utveckla innovationer som syftar till att begränsa narkotika- och läkemedelsorsakade förgiftningar. Bland annat har nyligen en app utvecklats för den som är ensam och ska inta narkotika. Appen ger möjlighet att på ett anonymt och säkert sätt kunna stå i förbindelse med en hälsotjänst som kan aktivera 112 om individerna inte reagerar inom ett visst tidsintervall.[26] Ett annat exempel är i Wales där en organisation utvecklat uppsökande skadereducerande hälsotjänster såsom *spike on a bike* (nålar och kanyler som levereras hem med cykelbud till personer som injicerar)[27] eller *naloxone click and deliver* där individer kostnadsfritt kan beställa hem naloxon. Organisationen BAROD erbjuder utöver detta också webbaserad chatservice för råd och stöd och hänvisning till olika insatser för skadereducering, vård och stöd.

13.1.8 Estland

Estland hade under några år en mycket hög dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. I huvudsak var dödligheten relaterad till opioider och användningen av fentanyl. Responsen hand-

[24] National Records of Scotland (2022). *Drug-related deaths in Scotland in 2021.*
[25] Stop the Deaths. https://www.stopthedeaths.com. Besökt 2023-08-23.
[26] Webbsidan för appen. https://ikeepr.co. Besökt 2023-08-20.
[27] Webbsida för initiativet Spike on a bike. https://www.spikeonabike.cymru/about. Besökt 2023-08-23.

lade om att anta ett samlat grepp för att begränsa tillgången till farliga substanser på narkotikamarknaden och på olika sätt bidra med insatser som kunde minska skador till följd av narkotikaanvändning, såsom informationsinsatser och naloxon till narkotikaanvändare.[28] Insatserna gav resultat, men sedan 2020 har dödsfallen återigen ökat markant. År 2021 rapporterades 39 dödsfall till följd av narkotika och 2022 rapporterades 79 dödsfall, vilket innebär en fördubbling mellan åren.[29] Estland har antagit en nationell narkotikastrategi där olika delar av arbetet för att begränsa skador och dödsfall beskrivs.[30]

13.2 Situationen och vidtagna åtgärder i Sverige

För att kunna föreslå ett nationellt program för att minska dödlighet orsakad av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar behöver vi först beskriva situationen i Sverige avseende vilka som avlider, av vad de avlider, utvecklingen över tid och tidigare arbete inom området. Detta gör vi nedan.

13.2.1 Alltför många avlider varje år av narkotika- och läkemedelsförgiftningar

Under åren 2012–2022 avled i genomsnitt 876 personer årligen till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Per 100 000 invånare var dödsfallen endast marginellt fler 2022 jämfört med 2012 (8,2 respektive 8,0). Detta eftersom befolkningen ökat under denna tidsperiod.

I början av perioden sågs dock en oroväckande uppgång fram till 2015 respektive under 2017. Detta har av många förklarats som en tillfällig topp snarare än en ökning och att toppen hade att göra med användning av fentanylanaloger. Efter 2017 ses också en nedgång fram till 2021. För 2022 bröts dock denna nedgång.

Dödsfallet kategoriseras i den nationella statistiken som

- avsiktligt (suicid med läkemedel eller narkotika)

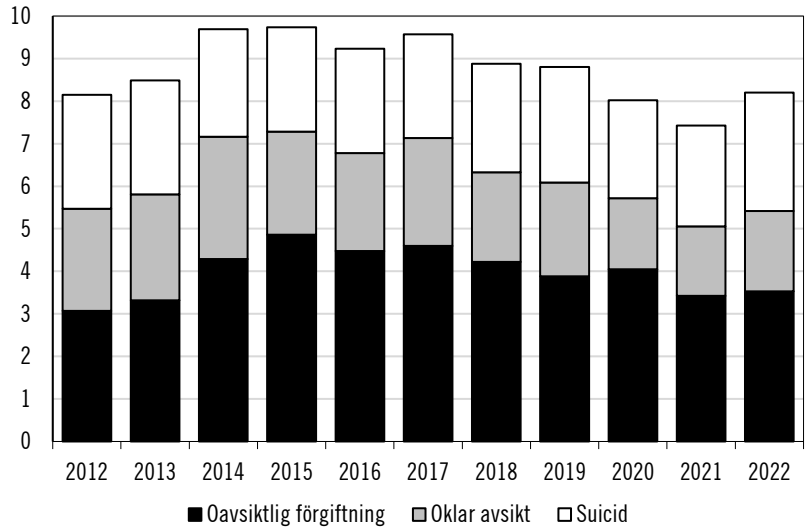
[28] Abel-Ollo, K. (2022). *What lessons from Estonia's experience could be applied in the United States in response to the addiction and overdose crisis?*
[29] EMCDDA (2023). *Drug-induced deaths – the current situation in Europe. European Drug Report 2023.*
[30] Ministry of the Interior in Estonia. https://www.siseministeerium.ee/en/drug-prevention. Besökt 2023-08-15.

- oavsiktligt (vilket är det som brukar benämnas överdos)
- förgiftning med oklar avsikt där det inte gått att utreda om den varit avsiktlig eller oavsiktlig.

I figuren nedan redovisar dödsfallen på grund av narkotika- och läkemedelsförgiftningar 2012–2022 uppdelat på oavsiktlig förgiftning, oklar avsikt och suicid per 100 000 invånare.

Figur 13.2 Dödsfall på grund av narkotika- och läkemedelsförgiftningar

Per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker.

Utvecklingen i ett längre perspektiv är svårare att bedöma enbart genom att utgå från den officiella statistiken. Registrering och kriminaltekniska metoder har förbättrats, vilket kan ha påverkat statistiken så att allt fler dödsfall klassificeras som läkemedels- och narkotikaförgiftningar.

I en rapport med kartläggning av hur registrering och analysmetoder påverkat menar författaren att utvecklingen, med justering för de förändringar som skett kring statistiken, innebar en ökning av dödsfallen mellan 2008 och 2014 med 27 procent per invånare 15 år

eller äldre.[31] För att ge en översiktlig bild över utvecklingen sedan 2008 där antalet dödsfall först ökade och därefter minskade, och sedan ökade igen har vi valt att göra en motsvarande beräkning för 2022 med samma justeringar för den tidigare utvecklingen.[32] Beräkningen visar då en ökning med 8,0 procent per invånare 15 år eller äldre mellan 2008 och 2022.

Personer som avlider av läkemedels- och narkotikaförgiftningar utgör en heterogen grupp, med olika grad av skadligt bruk eller beroende alternativt inget skadligt bruk eller beroende alls. De allra flesta utan skadligt bruk eller beroende återfinns i kategorin suicid. Måttet för döda i narkotika- och läkemedelsförgiftningar innehåller exempelvis suicidfall där det är narkotikaklassificerade läkemedel eller receptfria läkemedel som orsakat dödsfallet, men också dödsfall genom oavsiktliga förgiftningar (överdoser) av narkotika eller narkotikaklassade läkemedel.

Cirka 70 procent av män och 62 procent av kvinnor som avled av oavsiktlig förgiftning (överdos) mellan 2012 och 2020 hade också registrerats i patientregistret för vård relaterad till skadligt bruk eller beroende.[33] I den uppskattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende i Sverige som vi redovisat i kapitel 26 var det cirka 40 procent av de avlidna som hade haft en vårdkontakt relaterad till skadligt bruk eller beroende under året innan de avled och ännu fler kan ha haft en sådan kontakt åren före de avled. I forskning från Skåne avseende personer med skadligt bruk eller beroende hade mellan 70 procent och 90 procent av dem som avled i en oavsiktlig förgiftning (överdos) haft kontakt med socialtjänst eller hälso- och sjukvård.[34] En nationell studie av socialtjänstens klienter visade att suicid var en vanlig dödsorsak bland personer med skadligt bruk eller beroende, utöver oavsiktlig förgiftning, och att suicidpreventiva insatser är angelägna för målgruppen.[35]

Vad gäller åldersfördelningen bland de avlidna så ser det lite olika ut beroende på om man studerar suicid, oavsiktlig förgiftning eller

[31] Leifman, H. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2016). *Drug-related deaths in Sweden – Estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns.*
[32] I metoden har vi valt att justera för statistikförändringar på det sätt som beskrivits i ovanstående rapport.
[33] Socialstyrelsen (2021). *Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2012–2020.*
[34] Andersson, L. m.fl. (2020). *Investigating opioid-related fatalities in southern Sweden: contact with care-providing authorities and comparison of substances.*
[35] Lundgren, L. m.fl. (2022). *Frequency and recency of non-medical opioid use and death due to overdose or suicide among individuals assessed for risky substance use: A national registry study in Sweden.*

förgiftning av oklar anledning. Vad gäller de oavsiktliga förgiftningarna (överdos) i åldrarna 15–94 år var medianåldern 2022 cirka 44 år jämfört med cirka 40 år 2012. Att följa medianåldern bland avlidna i dödsfall till följd av narkotika eller läkemedelsförgiftningar kan vara ett sätt att följa om insatser ger resultat så att fler människor överlever längre.

Av dödsfallen 2012–2020 var närmare hälften klassificerade som oavsiktliga förgiftningar och drygt en fjärdedel som suicid. Det är vanligt att de som vårdas för narkotika- eller läkemedelsorsakad förgiftning vid landets akutmottagningar har både en psykiatrisk och en substansrelaterad diagnos.[36]

Av förgiftningsfallen är det vanligt att en person har flera olika substanser i kroppen vilka enskilt eller tillsammans bidragit till förgiftningen och dödsfallet. Exempelvis är alkohol en vanlig substans i sammanhanget, liksom kombinationen opioider och bensodiazepiner, bensodiazepinbesläktade medel och under senare år även sederande antihistaminer.

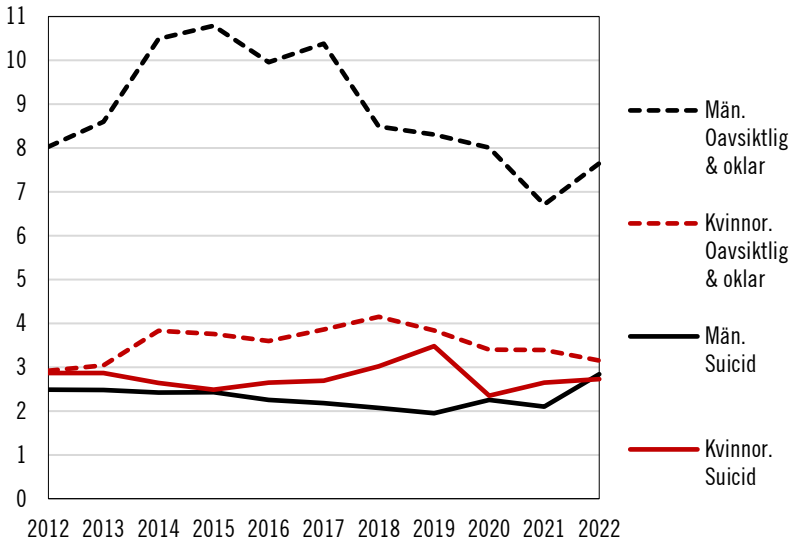
Under perioden 2012–2020 var opioider vanligast bland de oavsiktliga förgiftningarna (överdoser) medan ångestdämpande och sömnmedel dominerade bland de avsiktliga dödsfallen (suicid).[37]

I figuren nedan har vi valt att redovisa suicidfallen separat och oklar avsikt och oavsiktlig förgiftning tillsammans. Detta för att de som avlidit i suicid också kan inkludera en stor grupp som inte har skadligt bruk eller beroende av läkemedel eller narkotika. I figuren syns att de oavsiktliga förgiftningsfallen (överdos) utgörs till övervägande del av män. Det omvända gäller vid suicid där det är vanligare med kvinnor med undantag för 2022 då andelen män och kvinnor i suicidfallen var ungefär lika många. I figuren nedan syns den minskning som skett sedan 2017 och som kan ha haft att göra med flera faktorer såsom att fentanylanalogerna minskade på den svenska narkotikamarknaden, ökad tillgång till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, LARO, och att fler kan ha sökt och fått vård i anslutning till pandemin när det var svårare att få tag på narkotika, ökad naloxonutdelning med mera. För 2022 ses dock åter en uppgång för män, både vad gäller suicid och förgiftningar med oklar avsikt.

[36] Socialstyrelsen (2021). *Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning – Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden.*
[37] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket, (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistiksammanställning.*

Figur 13.3 Dödsfall på grund av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Konstaterade suicid, oavsiktliga förgiftningar och förgiftningar med oklar avsikt

Per 100 000 invånare



Källa: Socialstyrelsen. Statistikdatabas för dödsorsaker.

13.2.2 Vilka substanser orsakar oftast dödsfallen?

I tabellen nedan med data från Rättsmedicinalverket (RMV) syns en sammanställning över de vanligaste läkemedel respektive narkotiska preparat som, antingen i kombination med andra substanser eller enskilt, har bedömts vara bidragande till de förgiftningsdödsfall RMV har analyserat. RMV detekterar ofta flera substanser i blodet än de som enligt rättsläkarens bedömning bidragit till förgiftningen. Sådana bifynd, som ofta är i låga koncentrationer ingår inte i tabellen, eftersom fokus för tabellen är de substanser som bedömts ha bidragit till förgiftningen.

En viktig upplysning i underlaget är att heroin vid narkotikaförgiftningar minskade under åren 2018–2021, för 2022 ses dock en ökning. Metadon hamnar på åttonde plats 2022. Eftersom metadon, till skillnad från heroin, är långtidsverkande kan dödsfall inträffa flera timmar efter intag av substansen (och ofta i sömnen). Vanligast är att oxikodon, buprenorfin och alprazolam, ofta i kombination med

andra substanser, orsakat förgiftningen. Vilka substanser som är vanligast varierar över åren, vilket kan bero på trender och tillgängligheten till olika substanser.

Tabell 13.1 Substanser som bidragit till förgiftningsdödsfall

Antal förgiftningsdödsfall för de vanligaste substanserna (läkemedel/narkotika) som bedömts* som bidragande till dödsfallet, Notera att flera substanser ofta kan ha varit bidragande i samma dödsfall och att samma ärende därför kan förekomma på flera rader. Uppgifterna för 2022 är preliminära.

	2018	2019	2020	2021	2022
Förgiftningar (läkemedel/narkotika)	*824*	*832*	*781*	*723*	*829*
Oxikodon	83	88	105	100	108
Buprenorfin	86	66	87	89	95
Alprazolam	63	71	80	78	90
Zopiklon	66	68	50	58	84
Heroin	97	111	88	67	78
Alimemazin	86	82	66	63	73
Propiomazin	54	57	42	42	65
Metadon	74	73	76	40	57
Amfetamin	47	51	51	42	52
Tramadol	79	59	55	61	51
Pregabalin	42	38	40	40	41
Mirtazapin	35	33	22	33	39
Prometazin	31	36	24	30	31
Venlafaxin	33	25	23	23	29
Morfin	30	34	25	17	26
Paracetamol	18	38	18	22	26
Amitriptylin	16	25	14	27	25
Sertralin	24	18	33	18	22
Diazepam	23	19	29	21	22
Kokain	31	25	20	8	22
Citalopram	16	30	17	15	22
Gabapentin	14	27	10	17	21
Klonazepam	28	20	26	18	19
Zolpidem	23	28	26	14	18
Amlodipin	5	4	9	10	18
Fentanyl	22	31	16	17	17

* Bedömningen är baserad på uppgifter från dödsorsaksintyg och/eller obduktionsrapport.
Källa: RMV.

Alkohol saknas i redovisningen ovan, men kan också i kombination med annat ha bidragit till dödsfallet. Att det rör sig om förgiftningsdödsfall kommer från uppgifter angivna på dödsorsaksintyget. Bedömningen av vilka substanser som har varit bidragande till förgiftningen baseras på en genomgång av uppgifter från dödsorsaksintyget och/eller obduktionsrapporten som görs vid RMV.

I cirka 63 procent av de totalt 832 förgiftningsdödsfall som RMV analyserade år 2019 registrerades opioider i blodet (521 personer) och i 54 procent av förgiftningsfallen bedömdes opioider vara orsak till dödsfallet, ofta i kombination med andra substanser (447 personer).[38]

Uppgifter från Socialstyrelsen[39] visar att ett eller flera narkotikaklassade läkemedel av opioider (metadon, oxikodon, buprenorfin och tramadol) är dubbelt så vanligt som narkotika såsom heroin, amfetamin eller kokain bland avlidna i narkotika- eller läkemedelsförgiftningar. En stor andel av de narkotikaklassade läkemedlen bedöms dock användas illegalt. Vad gäller oxikodon har tidigare studier visat att många av oxikodondödsfallen sker i den äldre åldersgruppen (55–74 år) där majoriteten var kvinnor och över hälften hade recept på oxikodon.[40]

Dödsfallen kan också kategoriseras beroende på om det endast var illegala substanser, endast en substans eller flera, eller ett eller flera narkotikaklassade läkemedel som orsakade dödsfallet. Den största kategorin av dödsfall 2019 omfattade ett eller flera narkotikaklassade läkemedel där såväl opioider som bensodiazepiner var vanliga.[41] De sederande antihistaminer som i dag rutinmässigt skrivs ut i stället för bensodiazepiner ser ut att i figuren ovan hamna högt upp på listan över substanser som är vanliga i de dödsfall som orsakats av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar.

[38] Dnr KOMM 2022/00359/S_2022:01–17. Inkommet material från Rättsmedicinalverket.
[39] Underlag från Socialstyrelsen avser en något annan skärning vad gäller substanser jämfört med RMV:s sammanställning tidigare. Kortfattat ligger skillnaden i att RMV:s uppgifter enbart avser de substanser som rättsläkaren bedömt bidragit till förgiftningen, medan uppgifterna i Socialstyrelsens statistik innehåller alla substanser som angetts på dödsorsaksintygen. I huvudsak är substanserna de samma men det kan även förekomma andra substanser som anges på dödsorsaksintyget exempelvis fynd på platsen eller substanser som förekommit i små koncentrationer utan betydelse för dödsfallet. Dessutom ingår i Socialstyrelsens statistik vissa dödsfall på sjukhus som inte kommer till RMV för analys. Anledningen att använda RMV:s statistik är att den är senare uppdaterad samt att den är mer exakt vad gäller vilka substanser som orsakat förgiftningen. Anledningen att använda Socialstyrelsens statistik är att redovisningen är mer informationsrik vad gäller uppdelningar och grupperingar. Se mer om rapporteringen i kapitel 23.
[40] Fugelstad, A. m.fl. (2022). *Oxycodone-related deaths in Sweden 2006–2018.*
[41] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistiksammanställning*.

Regionala skillnader i dödsorsaksstatistiken redovisas i kapitel 6. Det kan finnas skäl att göra regionala fördjupningar för att öka kunskapen om hur situationen ser ut lokalt respektive regionalt i Sverige. Söderhamns kommun i Gävleborgs län publicerade nyligen en studie genomförd av FOU Välfärd. I syfte att kunna förebygga den här typen av dödsfall genomfördes en retrospektiv registerstudie relaterad till de individer som avlidit efter förgiftningar i kommunen under perioden 2015–2020. Genom studien framträdde mer homogena undergrupper till de heterogena dödsfallen och det framgick vilka olika insatser eller kontakter som individerna haft. Liknande studier har också tidigare genomförts i Skåne.[42] Slutsatserna för framtiden bedömdes vara att det finns behov av

- ökad grad av integrerade och samtidiga insatser från socialtjänst, psykiatri och beroendevård till personer med samsjuklighet
- mer kontrollerad förskrivning och utvecklad uppföljning avseende narkotikaklassade läkemedel
- utvecklad samverkan mellan socialtjänst, beroendevård, psykiatri och primärvård.[43]

13.2.3 Dödligheten i Sverige i förhållande till andra länder

I de internationella jämförelser som årligen publiceras av EMCDDA ligger Sverige högt jämfört med andra EU-länder vad gäller förgiftningar till följd av narkotika- eller läkemedel. Det finns dock en rad mättekniska bekymmer som gör att dessa jämförelser behöver göras med försiktighet.[44]

Vi har i huvudsak konstaterat att dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsorsakade förgiftningar i Sverige är alltför många, och med den nollvision som antogs av regeringen 2022 behövs fler insatser för att motverka sådan dödlighet. De senaste årens minskning har naturligtvis varit positiv, men 2022 ökade återigen dödligheten. Det kvarstår fortsatt mycket arbete för att realistiskt kunna förvänta

[42] Andersson, L. m.fl. (2020). *Investigating opioid-related fatalities in southern Sweden: contact with care-providing authorities and comparison of substances.*
[43] FOU-välfärd i Region Gävleborg (2023). *Intoxikationsdödlighet i Söderhamn. En registerstudie av narkotika- och läkemedelsdödlighet i Söderhamns kommun.*
[44] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistiksammanställning.*

sig att förgiftningarna minskar ytterligare i antal och det finns ingen enkel eller snabb lösning på ett så komplext problem. Antalet dödliga förgiftningar med narkotika och läkemedel påverkas av både innehållet och tillgängligheten till olika substanser på narkotikamarknaden, möjligheten till vård och stöd samt olika skadereducerande och dödlighetsförebyggande insatser.

De nordiska länderna rapporterar alla en hög dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Norge har under senare år uppmärksammat att en stor del av dem som avlider hade recept på opioider för smärtbehandling. Den gruppen skiljer sig från gruppen med skadligt bruk eller beroende.[45] Studier pågår för att tydligare identifiera denna grupp och vilka insatser som behövs för att minska dödligheten. Liknande arbete pågår i ett gemensamt projekt mellan Läkemedelsverket och RMV. Information från Danmark tyder inte på motsvarande utveckling med dödlighet som sker med förskrivna läkemedel. Detta kan ha visst samband med hur dödsorsak definieras olika även mellan de nordiska länderna.[46] Väldigt lite talar dock för att Sverige har en opioidkris liknande den nordamerikanska.[47]

13.2.4 Sammanfattande analys av förgiftningar orsakade av läkemedel och narkotika i Sverige

Data om dödlighet orsakad av narkotika- och läkemedelsförgiftningar visar på att dödsfallen i hög grad drabbar en heterogen grupp individer. Ett nationellt program för att minska narkotika- och läkemedelsorsakad dödlighet som vi fått i uppdrag att föreslå utgår från den senaste tillgängliga kunskapen om läget. Detta finns sammanställt i en myndighetsgemensam rapport, *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar*.[48] Vi har också utgått från tillgänglig information om förskrivningsmönster vad gäller narkotikaklassade läke-

[45] Information från möte med Seraf 2023-02-23.
[46] Simonsen, K. m.fl. (2017). *Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2017*.
[47] Fugelstad, A. (2023). *Den svenska opioidkrisen*.
[48] Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – En statistiksammanställning*.

medel publicerad av Läkemedelsverket[49] samt information från Tullverket om tillgängligheten till narkotika.[50,51]

I Sverige dör fler män än kvinnor i narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Den mest oroväckande utvecklingen har setts bland yngre män som avlider av oavsiktlig förgiftning, det vill säga överdoser. Samtidigt har de senaste årens inbromsning och nedgång i dödligheten i huvudsak synts bland männen, inte bland kvinnorna. Över tid har också ökningen för kvinnor varit stor.[52] Data för 2022 visar att män som avlider av förgiftningar åter ökat kraftigt, medan det för kvinnor inte skett några större förändringar. Det är angeläget att försöka minska dödligheten både för kvinnor och män. Dödsfall till följd av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar påverkas i stor utsträckning av trender i efterfrågan och hur narkotikamarknaden ser ut. Insatser för att försöka begränsa särskilt farliga substanser på narkotikamarknaden genom det tillgänglighetsbegränsande arbetet kan därför ha stor betydelse. Men även insatser som förebyggande, vård stöd och skadereducering kan påverka.

I våra internationella kontakter har vi ofta lyft frågan om länderna uppfattar att dödligheten drivs av dödsfall till följd av buprenorfin, metadon eller snarare av andra opioider. Många gånger har då responsen varit att ”man kan inte dö av en buprenorfinöverdos, det behövs andra substanser också för att så ska ske”. Även om det förekommit fall där inga andra substanser än buprenorfin identifierats hos den avlidne, så är det vanligaste scenariot att den som avlidit har flera substanser i kroppen vilka i olika utsträckning bidrar till dödsfallet. [53]

Risken för dödlighet är stor i gruppen med skadligt bruk eller beroende av narkotika, inte minst vad gäller dem som använder opioider och bland personer som injicerar.[54] Det är därför inte förvånande, om än oerhört tragiskt, att personer med denna typ av problem ibland avlider. Att så sker betyder inte automatiskt att hela vårdinsatser eller metoder är fel, utan snarare att en viss risk för död alltid

[49] Läkemedelsverket (2020). *Förskrivning av opioider i Sverige. Användning över tid.*
[50] Tullverkets webbsida. https://www.tullverket.se/sv/omoss/beslagsstatistik.4.226de36015804b8cf353949.html. Besökt 2023-08-10.
[51] Tullverkets webbsida. https://www.tullverket.se/nyheter/nyheter/beslagavkokain ochamfetaminokadestort2022.5.5cd7c3ed1867383813369.html. Besökt 2023-08-10.
[52] Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – En statistiksammanställning.*
[53] Mariottini, C. m.fl. (2021). *Concomitant drugs with buprenorphine user deaths.*
[54] Santo, T. m.fl. (2021). *Association of Opioid Agonist Treatment with All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People with Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis*.

kommer att föreligga även om vård och stöd ges. Detsamma gäller även för andra diagnoser som behandlas inom hälso- och sjukvården. Även efter optimal behandling vid hjärtsvikt eller cancer avlider patienter trots sådan behandling.

Det är viktigt med en nollvision då den ger en tydlighet i arbetet för att minska skador och död bland personer som använder narkotika. En nollvision om att ingen ska dö till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar vilar på en etisk grund av allas lika värde. Samhällets insatser behöver riktas för att få ner antalet dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar, men det kommer ändå alltid att finnas personer som avlider eftersom risken för dödsfall är förhöjd vid skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Såväl i Sverige som i andra länder är dödsfall till följd av förgiftningar med nya psykoaktiva substanser (NPS) relativt sällsynta i förhållande till andra förgiftningsfall. Dock får sådana dödsfall ofta stor uppmärksamhet i media, då de inte sällan drabbar ungdomar.

13.2.5 Socialstyrelsens förslag för att minska narkotikarelaterad dödlighet

År 2017 publicerade Socialstyrelsen en *Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer* för att motverka narkotikarelaterad dödlighet.[55] Ett flertal av de åtgärder som ingick i åtgärdsplanen har genomförts. Sedan 2019 har de narkotika- och läkemedelsorsakade förgiftningarna i Sverige minskat från den höga nivån som sågs 2015–2017, men ökade åter 2022. Det har inte genomförts någon fullständig utvärdering av vad utvecklingen beror på och inte heller har någon nationell aktör haft i uppdrag att genomföra eller följa upp åtgärdsplanen i sin helhet.

Folkhälsomyndigheten har redogjort för vilka insatser som har vidtagits i syfte att minska dödligheten, såsom

- ökad tillgänglighet till LARO
- sprututbyten
- naloxon

[55] Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet – Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer.*

- nationellt Varningssystem Narkotika (VSN)
- informationsmaterial om överdosrisker och naloxon.[56]

13.3 Analys av sambandet mellan opioidförgiftningar och läkemedelsbehandling med opioider

Som vi redogör för i kapitel 17 är det vetenskapliga stödet för LARO-behandling starkt. Det gäller dels syftet att minska dödlighet och andra skador till följd av opioider, dels syftet att behandla skadligt bruk eller beroende. God tillgång till LARO är central för möjligheterna att minska dödligheten bland personer som använder narkotika. Majoriteten av förgiftningsdödsfallen drabbar personer som använder opioider och evidensläget är tydligt för LARO:s möjlighet att begränsa dödlighet. Dödligheten bland opioidanvändare är cirka tio gånger förhöjd jämfört med hela befolkningen och 15 gånger förhöjd i undergruppen som injicerar.[57] Enligt aktuella metaanalyser halveras dödligheten över lag av LARO, utan signifikanta skillnader i dödlighetssänkande effekt mellan de två i dag tillgängliga LARO-läkemedlen metadon och buprenorfin.[58] I program med hög kvalitet på behandlingen är effekterna än mer uttalade. Avslutad behandling är å andra sidan förenad med kraftigt ökad dödlighet, och ökningen är särskilt stor om behandlingen avslutas ofrivilligt.

13.3.1 Hur vanligt är det att patienter som får LARO-behandling trots detta dör i narkotika- och läkemedelsförgiftningar?

Som vi beskrivit tidigare är risken stor för skador och död bland personer som använder opioider. Störst risker för dödlighet finns i övergångar mellan exempelvis olika vårdformer där patienten varit substansfri eller under en tid använt lägre dos opioider.

Eftersom det saknas uppgifter om vilka patienter i Sverige som har en pågående LARO-behandling så är det svårt att veta hur många

[56] Folkhälsomyndigheten (2022). *Den svenska narkotikasituationen 2021.*
[57] Larney, S. m.fl. (2020). *All-Cause and Cause-Specific Mortality Among People Using Extra-medical Opioids: A Systematic Review and Meta-analysis.*
[58] Santo, T. m.fl. (2021). *Association of Opioid Agonist Treatment with All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People with Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis*.

av dem som avlider i förgiftningar till följd av narkotika- eller läkemedel. Vid mätningar om personen haft LARO-läkemedel som förskrivits och registrerats i läkemedelsregistret under de senaste 90 dagarna före dödsfallet var siffran endast 0,2 procent.[59] I detta underlag saknas dock rekvisitionsläkemedlen vilka står för den största andelen i LARO-behandling. Därför är denna analys inte representativ för hela LARO-populationen. Det går heller inte att avgöra om patienterna fanns kvar i LARO vid tillfället för förgiftningen, eller exempelvis ofrivilligt blivit utskrivna. Olika studier i Skåne har studerat hur narkotikaförgiftningar inte minskat när olika reformer genomförts inom LARO för att öka tillgängligheten i regionen.[60,61]

Opioidberoende är en sjukdom som i sig är förenad med hög dödlighet. Verksam behandling kan förväntas minska, men inte eliminera denna risk. Det gör att man måste förvänta sig att vissa patienter som erhåller LARO även i framtiden kommer att avlida i förgiftningar. Bedömningen är dock att forskningen ger starkt stöd för att LARO på totalen minskar dödligheten i gruppen som använder opioider. Att LARO kan leda till ökad dödlighet verkar inte vara en vanlig farhåga i de länder vi haft kontakt med. En sedvanlig bedömning av riskerna i förhållande till nyttan ger därmed tydligt stöd för att brett erbjuda behandlingen. Hur LARO kan göras mer tillgängligt och bedrivas på ett personcentrerat sätt beskrivs i kapitel 17. Det är angeläget att på nationell nivå kunna följa patienter inskrivna i LARO för att bedöma utvecklingen och påverkan på dödligheten, vilket vi skriver om i kapitel 18.

13.3.2 Hur påverkar eventuell vidareförmedling av LARO-läkemedel dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar?

I de intervjuer vi har genomfört som utgångspunkt för våra målbilder har framkommit att vidareförmedling av läkemedel från LARO förekommer. Liknande berättelser kommer också från personal i beroendevården, kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS) och polis.

[59] Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – En statistiksammanställning.*
[60] Andersson, L. m.fl. (2021). *Changes in opioid-related deaths following increased access to opioid substitution treatment.*
[61] Personlig kommunikation augusti 2023 med Anders Håkansson, professor i psykiatri vid Lunds universitet.

Nationella studier inom området saknas i stor utsträckning. År 2016 genomförde Socialstyrelsen, tillsammans med Polismyndigheten och Tullverket, en kartläggning av vidareförmedling från LARO. I rapporten bedömde Socialstyrelsen att vidareförmedling av metadon eller buprenorfin från de svenska LARO-verksamheterna var ganska begränsad. Det handlade främst om illegal införsel enligt Socialstyrelsens bedömning.[62] Studien hade emellertid omfattande metodproblem. Bland andra studier som genomförts finns bland annat en kvalitativ studie från Skåne som tydligt visar att vidareförmedling förekommer.[63,64] Det är svårt att göra beräkningar på hur omfattande vidareförmedlingen i Sverige är. Mycket tyder dock på att vidareförmedlingen i de flesta fall sker av en stor andel av patienterna i LARO men endast i mycket begränsad mängd, men att omfattande vidareförmedling är mer sällsynt och kopplat till betydligt färre patienter som oftast har en mer komplex problembild.

En del personer som använder opioider får sin narkotika genom köp från personer som LARO-patienter delar eller säljer vidare av sin läkemedelsdos. De som köper LARO-läkemedlen kan ha nekats LARO, ofrivilligt skrivits ut från LARO, utvecklat iatrogent opioidberoende på grund av smärta eller liknande utan att ha fått tillräckligt stöd med nedtrappning vid utsättning av läkemedlen och som i stället köper opioiderna som narkotika.

I en studie av opioidorsakad dödlighet under pandemins första fas i Storbritannien studerades dödligheten i gruppen som ingick i LARO, jämfört med narkotikaanvändare utanför LARO. Totalt sett ökade de dödliga förgiftningarna till följd av metadon med 22 procent jämfört med 2019 bland patienterna i LARO, men ännu mer, med 74 procent, bland patienter som inte ingick i LARO. Ingen ökning skedde hursomhelst vad avser buprenorfinrelaterade dödsfall.[65] Studier från

[62] Socialstyrelsen (2015). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag.*
[63] Johnson, B. och Richert, T. (2015). *Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: prevalence estimates and risk factors.*
[64] Johnson, B. (2019). *Icke-förskrivet bruk av metadon och buprenorfin samt vidareförmedling av dessa substanser från patienter i substitutionsbehandling – en kunskapsöversikt.*
[65] Aldabergenov, D. m.fl. (2022). *Methadone and buprenorphine-related deaths among people prescribed and not prescribed Opioid Agonist Therapy during the COVID-19 pandemic in England.*

Frankrike[66] liksom USA[67,68] visar på liknande resultat vad gäller den metadonorsakade dödligheten.

Det kan finnas många skäl till utvecklingen enligt författarna och mer forskning behövs för att förklara förändringen. En av delförklaringarna skulle kunna vara en ökad vidareförmedling när patienter i LARO på grund av pandemin kunde glesa ut besök och få ta hem större doser metadon. Men det kan också handla om att annan vård och stöd under pandemin uteblev.

Att utgå från en pandemisituation är inte representativt för hur situationen skulle ha utvecklats under mer normala omständigheter. Erfarenheter från andra länder som också glesade ut besök och överlät mer ansvar till patienten under pandemin genererade inte liknande konsekvenser på dödlighet. Inte heller i Sverige syntes en sådan utveckling vad gäller dödlighet orsakad av metadon under pandemin.

13.3.3 Varifrån kommer buprenorfin, metadon eller andra opioidläkemedel som finns på narkotikamarknaden i Sverige?

I tidigare studier av vidareförmedling från LARO konstaterades att det mesta var illegalt införda läkemedel. Exempelvis förskrivs LARO-läkemedel i Frankrike av primärvården med upp till en månads dos av läkemedel åt gången. Studien från 2016 visade att en del av beslagen vid det tillfället var just buprenorfin med franskt ursprung.[69]

Beslagsstatistik från Tullverket visar att stora beslag av narkotikaklassade läkemedel görs årligen[70] och information om pris och tillgänglighet från användare tyder på att tillgången på sådana illegala opioidläkemedel (exempelvis tramadol) i Sverige är god. Enligt Tullverket är dock beslagen av metadon begränsade och beslagen är i små volymer, vilket tyder på att just det läkemedlet inte smugglas till Sverige i någon större utsträckning.[71]

[66] Frauger, E. m.fl. (2023). *Increase of overdose and deaths related to methadone during COVID-19 epidemic in 2020*.
[67] Kaufman, D. m.fl. (2023). *Examination of methadone involved overdoses during the COVID-19 pandemic.*
[68] Kleinman, A. och Sanchez, M. (2023). *Methadone-involved overdose deaths in the United States before and during the COVID-19 pandemic.*
[69] Socialstyrelsen (2015). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag.*
[70] Tullverkets webbsida.
https://www.tullverket.se/sv/omoss/beslagsstatistik.4.226de36015804b8cf353949.html.
Besökt 2023-08-10.
[71] Inkommet material från Tullverket Dnr KOMM2022/00311S 2022:01-83.

I en studie genomförd i Skåne framkommer bilden att metadon är en substans som är bidragande i väldigt många förgiftningsdödsfall. De vanligaste substanserna i blodet hos de avlidna var metadon, alprazolam (bensodiazepinen Xanor), buprenorfin, clonazepam (bensodiazepinen Iktorivil) samt pregabalin (Lyrica). Studien visar på riskabel förskrivning sista tiden i livet till många av de här patienterna (många bensodiazepiner och sömnmedel). Den visar också än en gång att personer som avlider av oavsiktlig förgiftning tenderar att ha olika vårdkontakter tiden före döden, vilket gör att dessa vårdkontakter skulle kunna tjäna som arena för upptäckt och insatser för personer med höga risker.[72,73] I kapitel 6 framgår att Skåne under senare år har en relativt hög andel behandling med metadon i LARO i förhållande till andra regioner.

Det är enligt vår bedömning svårt att dra slutsatser av sådana resultat i enskilda regioner för hela landet. Inte heller bör man i sammanhanget glömma bort att det kan finnas enskilda läkare som förskriver alltför mycket narkotikaklassade läkemedel, vilket inte sällan också uppmärksammas i media.[74]

13.3.4 Hur kan LARO byggas ut samtidigt som risken för vidareförmedling begränsas?

Det är en komplicerad balansgång mellan tillgänglig och säker behandling för LARO-patienter och risken för vidareförmedling från patienten till andra. Det förefaller som om fler patienter behöver få tillgång till LARO-behandling för att minska risken för vidareförmedling till personer som i dagsläget troligen har behov av LARO-behandling, men inte får den. Behoven av behandling är större än tillgängligheten varför en del av vidareförmedlingen fortsätter att ske som självmedicinering.

Valet av beredningsform är en viktig faktor för att minska dödlighet till följd av opioder. Det är farligare med illegalt bruk av metadon och mono-buprenorfin än med förskrivning av sådana läkemedel inom

[72] Walde, J. m.fl. (2023). *Drug prescriptions preceding opioid-related deaths – a register study in forensic autopsy patients.*
[73] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket, (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. En statistiksammanställning.*
[74] SVT. *Knarkläkare åtalas – flera kunde ha dött av överdoser.* https://www.svt.se/nyheter/lokalt/stockholm/knarklakare-atalas-det-fanns-risk-att-flera-patienter-skulle-ha-dott-av-overdoser. Besökt 2023-06-15.

LARO. Huvudanledningen är att de som är i LARO är inställda på, och har utvecklat tolerans mot, en hög dos, medan de som använder substanserna illegalt och utanför LARO oftast inte har den toleransen, och därför riskerar att överdosera. Särskilt stor risk finns när metadon blandas med andra substanser. LARO-läkemedel är dessutom långverkande, vilket kan ge delvis annan riskprofil än vad kortverkande opioider, som heroin, gör.

Den nationella trenden visar att volymen metadon som används i LARO-behandling inte minskat trots den tydliga prioritering som görs i de nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.[75] Buprenorfin i kombinationsberedning med naloxon, den beredning som i första hand rekommenderas vid användning av buprenorfin för att minimera gatuvärdet, används minst bland de orala läkemedlen och följsamheten till nationella riktlinjer behöver därför avsevärt förbättras. Utifrån ett dödlighetsförebyggande perspektiv på samhällsnivå är det angeläget att i första hand erbjuda beredningsformer som kan minska riskerna för vidareförmedling. Detta framgår i kapitel 17 och 24.

Risken att personer som inte sedan tidigare använder narkotika börjar använda opioider enbart på grund av vidareförmedling är dock enligt vår bedömning begränsad. Däremot kan det påverka valet av substans bland personer som redan använder narkotika, vilket i viss mån handlar om tillgängligheten och priset på olika substanser på narkotikamarknaden. Arbetet för att förebygga att personer börjar använda narkotika bör snarare vara inriktad mot andra risk- och skyddsfaktorer.

En ökad tillgänglighet till LARO på det vis vi beskriver i kapitel 17 kan bidra till minskad dödlighet, i de fall där opioider, enskilt eller i kombination med andra substanser, bidrar till dödsfallen. Tillgång till högkvalitativ LARO och låga trösklar för att komma in i behandling och för att det ska vara enkelt för patienten att få fortsätta behandlingen är avgörande för att Sverige ska kunna se en minskning av förgiftningar till följd av narkotika.

Förgiftningsdödsfallen med metadon har minskat under flera år, vilket kan bekräfta dels värdet av att beredningsformen metadon blivit mindre vanlig bland nyinskrivna patienter dels minskningen av eventuell vidareförmedling till personer utanför programmen. Buprenorfin är som vi tidigare beskrivit en substans som är vanlig bland

[75] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.*

opioidanvändare, och tillgängligheten kan också bero på både vidareförmedling från LARO och illegal införsel och försäljning.

13.4 Viktigt att eftersträva rationell användning av opioider vid somatisk behandling med opioidläkemedel

Många länder med stora opioidproblem och hög opioidorsakad dödlighet har under senare år kommit att inkludera åtgärder vad gäller läkemedel som förskrivs av hälso- och sjukvården. Ett sådant exempel är översyn av förskrivningsmönster och stöd för behandling av patienter med kronisk eller långvarig smärta där opioider (såsom metadon, morfin, buprenorfin, oxikodon, fentanyl med mera) tidigare var ett vanligt behandlingsalternativ. Riktlinjer som utvecklas som stöd för hälso- och sjukvården har ofta numera fokus på att exempelvis

- begränsa förskrivning av opioider till patienter med kroniska smärttillstånd (exklusive cancer) till förmån för annan farmakologisk behandling
- erbjuda andra alternativ såsom fysioterapi och psykologiska metoder och nedtrappning för dem som redan får opioidbehandling.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) i Storbritannien har nyligen tagit fram sådana riktlinjer där det tydliggörs att opioider riskerar att orsaka större smärta än lindring för kroniska smärttillstånd, varför andra alternativ förordas.[76] Även Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA har nyligen publicerat rekommendationer vad avser när förskrivning av opioider vid smärta är verkningsfullt och inte.[77]

I Sverige finns också vägledning om behovet av restriktivitet av användning av opioider vid långvarig smärta genom behandlingsrekommendationer från Läkemedelsverket.[78] Som komplement till detta har man inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård och nationellt programområde nervssystemets

[76] National institute for Health and Care Excellence i Storbrittanien, https://www.nice.org.uk/guidance/ng193. Besökt 2023-08-15.
[77] Centers for Disease Control. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/rr/rr7103a1.htm. Besökt 2023-08-15.
[78] Läkemedelsverket (2017). *Läkemedel vid långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlings-rekommendation, 2017.*

sjukdomar, nyligen tagit fram ett vårdförlopp med stöd för behandling vid långvarig smärta hos vuxna.[79] De regionala läkemedelskommittéerna arbetar också med regional vägledning inom området.

Även förskrivningen av bensodiazepiner bör begränsas och stödet vid nedtrappning av dessa behöver utvecklas för att minska narkotikarelaterade förgiftningar. Under de senaste åren förekommer också sederande antihistaminer i de substanser som är vanlig i dödsfall till följd av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar. I kapitel 16 beskriver vi behov av insatser inom området vård och stöd för att minska beroendeutveckling orsakad av hälso- och sjukvården (iatrogent beroende).

13.5 Vad har framkommit i våra dialoger om insatser mot dödlighet?

Under hösten 2022 samlade vi kunskap genom dialoger och hearingar, bland annat om vilka insatser som bedömdes behöva ingå i ett nationellt program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Det som framkom i dessa dialoger var att genom tidiga insatser, personcentrerad och tillgänglig vård samt bättre samverkan, finns större förutsättningar att minska dödligheten på sikt. Personer som vi intervjuat som använder narkotika pratar sällan om skadereducering eller överdospreventiva insatser, utan snarare om vad som fungerat eller inte fungerat vad gäller samhällets insatser. För att få reda på vad som inte fungerat kan exempelvis retroaktiva dödsfallsutredningar vara ett sätta att inhämta information om den som avlidit och vad som hade behövts för att undvika dödsfallet.

Nedan följer en sammanfattning av vad som framkommit inom området och vilka förslag för att minska dödligheten som har framförts till oss. Sammanfattningen nedan är inte grundad i forskning, utan är en sammanställning av synpunkter som har framförts av olika aktörer och har fungerat som bakgrundsinformation och inspiration för det program vi föreslår i kapitel 24. Programmet tar hänsyn till både forskning och andra erfarenheter inom området och alla punkter nedan inkluderas inte i programmet.

Nedan listas de förslag och synpunkter som har inkommit.

[79] https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/nervsystemetssjukdomar/vardforloppsmartalangvarighosvuxna.66690.html. Besökt 2023-08-15.

Förebyggande insatser och tillgänglighetsbegränsning

- Fortsatt samverkan och arbete för att minska införsel och försäljning av narkotika, både på nationell och internationell nivå.
- Ökad kunskap om och beredskapen för kontaminerad narkotika och förfalskade läkemedel för att ta höjd för ökad förekomst av fentanyl och liknande i Sverige.
- Ökat anslag och stöd till det förebyggande arbetet för att långsiktigt minska antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende.
- Ökat fokus på unga vuxna genom kunskap om prevalens och insatser.
- Öka hundsök vid postterminaler för att begränsa försändelser som innehåller narkotika, framför allt utanför storstäder.
- Ökade insatser kring tramadolanvändning bland unga för att tidigt bryta ett skadligt bruk av opioider.
- Fortsatt arbete med en snabb klassificeringsprocess avseende nya psykoaktiva substanser (NPS).

Ökad tillgänglighet till LARO och begränsning av risken för vidareförmedling

- Olika insatser för att stärka tillgänglighet till LARO i öppenvård och primärvård samt vid olika institutioner såsom kriminalvård, verksamheter inom SiS och hem för vård och boende (HVB) anpassade till lämplig beredningsform. Fler personer behöver få tillgång till LARO-behandling då behandlingen och kontaktytan ger ökat skydd mot dödlighet. Eftervård behövs för att undvika förgiftning i samband med utslussning från institution och anstalt (då risken är som högst).
- En studie eller periodiskt återkommande studier för att identifiera vidareförmedling från LARO och möjliga åtgärder.
- Regelbunden uppföljning av hur det går för patienter i LARO utifrån olika parametrar (dödlighet, vård, hälsoutfall) för att se hur

LARO bidrar till att värna liv och hälsa, vilket förutsätter information om individer som är inskriva i LARO-behandling.

- Förstärkning av det nationella arbetet med att styra behandling av nya patienter i LARO mot buprenorfin i kombinationsberedning med naloxon, eller som depåberedning, snarare än metadon.[80]

Ökad kunskap om förskrivning och nedtrappning av narkotikaklassade läkemedel

- Adekvat stöd till hälso- och sjukvården för att begränsa förskrivning av narkotikaklassade läkemedel och ge stöd vid utsättning och nedtrappning. Nedtrappningsprogram inom ramen för primärvården som ger tillräckligt stöd och möjlighet för primärvården att konsultera specialist. Dock bör endast ett försök göras och om det inte lyckas bör patienten remitteras till annan vårdnivå. Erfarenheter inom antibiotikaresistensområdet kan fungera som förlaga genom ökad kunskap hos såväl förskrivare som patienter om risker med förskrivning.
- Periodiskt återkommande uppföljning om förskrivningsmönster, utanför beroendevården, av narkotikaklassade läkemedel genom exempelvis uppdrag till Läkemedelsverket.
- Stärkt kunskap om individer som utvecklat iatrogent beroende, gruppens storlek och möjliga insatser för att stävja utvecklingen.
- Kunskapsspridning om befintliga vårdförlopp utarbetade på nationell nivå vad gäller kronisk smärta, eventuellt utveckling av nationella riktlinjer inom området.
- Utvecklad tillgång till läkemedelsberoendemottagningar och smärtkliniker över hela landet.
- Implementering av förslaget om en nationell läkemedelslista.
- Information på 1177 om läkemedelsberoende, med koppling till relaterade vårdförlopp.

[80] New South Wales Ministry of Health (2019). *Clinical guidelines for use of depot buprenorphine (Buvidal® and Sublocade®) in the treatment of opioid dependence.*

Recept och förpackningar som motverkar beroende och minskar risken för användning utanför ordination

- Det behöver finnas förpackningar med mindre mängder narkotikaklassade läkemedel för behandling under en begränsad tid. Ofta innehåller förpackningarna som godkänts inom förmånssystemet större volymer än vad som är motiverat.
- Högkostnadsskyddet för läkemedel behöver stimulera rationell uthämtning. Risken är att förmånssystemets uppbyggnad uppmuntrar patienten att plocka ut större mängder än nödvändigt för att undvika att betala egenavgift om högkostnadsskyddet för ett enskilt år löper ut.

Lagstiftning och rättslig reaktion som bidrar till minskad dödlighet

- Se över och reformera kriminaliseringen av eget bruk för att motverka stigma och rädsla hos användaren, vilket på olika sätt riskerar att bidra till narkotikaorsakad dödlighet.
- Införa en barmhärtig-samarit-lagstiftning som innebär att den som kallar på ambulans vid överdos inte riskerar straff för bruk eller innehav för eget bruk.
- Tydliggöra möjligheten till rapporteringseftergift för poliser i samband med utryckning vid överdos i syfte att minska rädsla för straff och därmed öka benägenheten att söka hjälp.
- Uppdra åt polisen att till socialtjänst rapportera narkotikaöverdoser på samma sätt som man gör vid berusning enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade, LOB, i syfte att möjliggöra vård och stöd.

Större tillgänglighet till naloxon

- Fler yrkesgrupper och verksamheter behöver få tillgång till naloxon och kunna administrera det.
- Anhöriga behöver få tillgång till naloxon.

- Fler som använder narkotika behöver få tillgång till naloxon genom ökad förskrivning från hälso- och sjukvården, utdelning genom andra aktörer (kriminalvård, SiS, civilsamhället, socialtjänst eller motsvarande) eller som receptfritt läkemedel på apotek.
- Naloxon behöver erbjudas patienter med recept på opioidläkemedel, exempelvis LARO-patienter och smärtpatienter.

Information om olika läkemedel, substanser och risker

- Uppdra åt någon aktör att sammanställa neutral information om risker med olika substanser, liknande Rusopplysningen i Norge.
- Samla information om naloxon och överdosprevention på en lättillgänglig sida och genomföra kommunikationsinsatser i samhället och mot vissa målgrupper.
- Arbeta vidare med nationellt Varningssystem Narkotika (VSN), för att information också ska göras tillgänglig för narkotikaanvändare eller en bredare allmänhet vid behov, exempelvis då NPS eller nya substanser som används i ungdomskulturen uppmärksammas.
- Bibehålla snabb klassificering av NPS (in vitro tillsammans med RMV).
- Möjliggöra *drug checking* för att den som använder narkotika ska kunna ta reda på om preparat innehåller substanser som är skadliga, och informera om riskerna med dessa.
- Genomföra något slags kampanj genom verksamheter för att förmå personer som injicerar narkotika att välja andra intagningssätt.
- Genomföra nationella satsningar för att belysa narkotikadödlighet, exempelvis genom att i Sverige uppmärksamma International Drug Overdose Awareness Day.
- Utveckla information om läkemedelsberoende på 1177 för att informationen ska finnas tillgänglig i samtliga regioner för den som har behov av insatser för nedtrappning med stöd av narkotikaklassade läkemedel.

Fler kontaktytor utan krav på drogfrihet för ökat erbjudande om stöd

- Fler lågtröskelkontaktytor till personer som använder narkotika för att ge information och vid behov länka till insatser för att stärka hälsa och välbefinnande.
- Fortsatt utbyggnad av sprututbyten som lågtröskelmottagningar.
- Införande av brukarrum i Sverige.

Förbättrad tillgänglighet till vård och stöd

- Förstärkt nationellt arbete för att förebygga suicid med narkotika och läkemedel.
- Ökad tillgänglighet till behandling för skadligt bruk eller beroende, inklusive LARO, i hela landet.
- Ökad tillgänglighet också till behandling som inte inkluderar läkemedelsbehandling (kallas ibland drogfri behandling).
- Förbättrad samverkan mellan olika aktörer, särskilt i samband med utskrivning från LVM[81], LVU[82] och HVB-hem samt anstalt, då risken för förgiftning är som störst. Inför möjlighet för kriminalvård och SiS att initiera Samordnad individuell planering (SIP) i detta syfte.
- Peer-to-peer-insatser vid sårbara övergångar.
- Mer uppsökande och mobila insatser för att nå de mest utsatta som inte själva kommer till vård och stöd.
- Ökad samtidig behandling vid samsjuklighet.
- Utveckling av det suicidpreventiva arbetet inom beroendevården.
- Möjlighet till självvald inläggning eller motsvarande för den som känner desperation eller uppgivenhet, eller en akuttelefonlinje för stöd.

[81] Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.
[82] Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

- Förstärkta integrerade vård- och stödinsatser i syfte att tydliggöra ansvarsfördelning och insatser för dem med de mest komplexa behoven.

Ytterligare fokus på kvinnor/flickor

- En särskild studie eller satsning genom FoU-verksamheter för att ta reda på mer om populationen och eventuella insatser.

Förbättrad övergång till annan vård och omsorg efter narkotikaorsakad förgiftning

- Säkerställa användning av interoperabla it-system vid utskrivning från slutenvård så att berörda aktörer får information i tid.
- Informera om hur sekretessbrytande insatser mellan olika huvudmän kan stärka vård- och stödkedjor.
- Utveckla vårdkedjor och goda exempel, utifrån lokala förutsättningar, för övergångar från sjukhusvård till annan verksamhet efter akut vård i samband med förgiftning, exempelvis vård- och insatsförlopp.

Utveckling av uppföljning och statistik

- Snabbare rapportering om dödsorsaker i Socialstyrelsens register, en uppgift som föreslogs i åtgärdsplanen men ännu inte genomförts.
- Utveckla provtagning genom blodprov vid icke dödliga förgiftningar i syfte att bevaka förekomsten av olika substanser och bidra med sådan kunskap till Nätverket för den aktuella drogsituationen i Sverige (NADiS).
- Uppdra åt Socialstyrelsen att, i samverkan med Folkhälsomyndigheten, se över och lämna förslag på hur uppföljningen av icke-dödliga överdoser som hanteras inom hälso- och sjukvården kan utvecklas (särskilt vad gäller vilka substanser som identifieras i samband med förgiftningen).

- Insamling och systematisering av underlag som handhas av Giftinformationscentralen, exempelvis rådgivning till sjukvården vid förgiftningsfall, för att kunna bidra i arbetet med att bevaka olika substanser.
- Förstärkt samverkan inom NADiS.
- Mer regelbunden uppföljning av dödsfall utifrån de personer som hade ett skadligt bruk eller beroende av narkotika, och de som avled av narkotikaförgiftningar utan att ha sådana diagnoser, för att på sikt utveckla relevanta och målgruppsanpassade insatser.
- Någon form av dödsfallsutredningar för att kartlägga kontakter och insatser före dödsfallet, liknande haverikommissioner eller händelseanalyser om vårdkontakter, domar, placeringar med mera.
- Mer forskning kopplad till vården för skadligt bruk eller beroende, liknande forskningscentrumet Seraf i Norge, för att analysera utvecklingen bakåt och framåt på ett snabbfotat sätt för att utveckla relevanta insatser för att förebygga narkotikaförgiftningar.

Narkotikarelaterad dödlighet kan minska genom satsningar på annan ohälsa

- Utveckling av samarbetet mellan psykiatri- och beroendemottagningar samt primärvården för att bidra till bättre vård för somatiska besvär.
- Satsning på rökavvänjning för personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Förslag och bedömningar

14 Förslag för att stärka förutsättningarna för narkotikaförebyggande arbete

I detta kapitel lämnar vi förslag på insatser som bör vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att stärka det narkotikaförebyggande arbetet i Sverige. I kapitel 2 redovisar vi hur vi gått till väga för att samla in och sammanställa kunskap som utgör en grund för våra analyser, förslag och bedömningar. På det förebyggande området har vi även genomfört regionala workshops med företrädare för det förebyggande området i flera län för att få en förståelse för situationen och förutsättningarna för det förebyggande arbetet. De gav dessutom relevanta bidrag om goda erfarenheter av utvecklingsinsatser och samverkansmodeller, vilket vi haft i uppdrag att redovisa. Dessa beskrivs löpande i betänkandet, men särskilt i det här kapitlet.

14.1 En god grund för narkotikaförebyggande arbete

Det har sedan 00-talet byggts upp en infrastruktur från nationell och regional till lokal nivå på ANDTS[1]-området genom flertalet statliga satsningar. De har genererat mycket kunskap till området och en väl utvecklad struktur i kommunerna.[2,3]

Under de senaste cirka 20 åren har det lokala ANDTS-förebyggande arbetet fått ökad uppmärksamhet, inte minst i nationella strategier och handlingsplaner. En starkt bidragande orsak har varit ett behov av att finna nya preventionsinsatser som kan kompensera för den för-

[1] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.
[2] Statskontoret (2015). *Utvärdering av regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.*
[3] Ramboll (2019). *Uppföljning av fyra nationella satsningar för att utveckla lokalt ANDT-förebyggande arbete*.

svagning av viktiga nationella styrmedel som ägt rum. Framför allt gäller detta inom alkoholområdet, vilket till delar är en direkt följd av EU-inträdet med öppnare gränser, fri införsel av alkohol för eget bruk men också ökade svårigheter att begränsa det illegala inflödet av alkohol, tobak och narkotika. Som ett resultat har samordningsstrukturerna för nationellt, regionalt och lokalt ANDTS-förebyggande arbete utvecklats och stärkts betydligt.

Flertalet kommuner har i dag samordnare för ANDTS-arbetet, och i varje län har länsstyrelserna samordnare av det ANDTS-förebyggande arbetet. De regionala samordnarna ska verka för att den nationella strategins inriktning sprids och implementeras regionalt och lokalt. De lokala samordnarna är de som på uppdrag av sina politiker, i sin tur, måste se till att detta blir konkret verklighet lokalt. Skulle dessa strukturer urholkas minskar möjligheterna väsentligt att implementera effektiva insatser på det lokala planet.

En del data tyder på ett positivt resultat av det långsiktiga förebyggande arbete som har bedrivits i Sverige under knappt två decennier med att stötta och utveckla det lokala arbetet genom bättre strukturer på olika nivåer, utbildningar av samordnare, metodutveckling och implementeringsstöd. Åtminstone visar en studie att de kommuner som har haft fler insatser och mer utvecklat policyarbete, samverkan och mer resurser, har en mer gynnsam utveckling vad gäller alkoholskador.[4]

14.1.1 Försvagat ANDTS-förebyggande arbete i kommunerna

Utmärkande för mycket av det förebyggande arbete som i dag bedrivs är att det präglas av tillfälliga åtgärder och projekt som sällan förmår påverka den ordinarie verksamheten. På det förebyggande området har vi fått kunskap om vikten av att utgå från befintliga strukturer snarare än att satsa på kortsiktiga projektlösningar, och att utveckla det som redan tycks fungera väl eller tämligen väl. Denna uppfattning återkommer i alla dialoger med verksamheter lokalt, regionalt och nationellt, såväl som från forskare och den ideella sektorn.

Samtidigt uttrycks att det saknas medel för det narkotikaförebyggande arbetet, och att det behövs ökade nationella incitament i form

[4] Nilsson, T. (2019). *Local alcohol prevention in Sweden. Construction of a prevention index and assessments of prevention effects on consumption and harm*.

av både resurser och kunskapsstöd för narkotikaförebyggande arbete i syfte att minska skillnader i hur kommunerna arbetar. I dialogerna nämns också vikten av att ha en samordnare för att få kraft i det förebyggande arbetet, men resurserna och strukturerna är generellt instabila, vilket gör att verksamheten lätt blir personbunden. Det är också för få som har den konkreta kompetensen om narkotika, vilket försvårar arbetet och gör det mer sårbart.

Folkhälsomyndigheten genomför årligen en undersökning om ANDTS-förebyggande arbete. Den är ett verktyg för att följa upp den nationella politiken inom ANDTS-området på både regional och lokal nivå genom att alla länsstyrelser och alla kommuner kontaktas. Vi har låtit genomföra en analys baserad på data från den del i undersökningen som riktar sig till landets kommuner.[5] Den täcker många olika frågeområden, såsom organisation, resurser, policy, samverkan, insatser, uppföljning och utvärdering. Uppgifterna samlas in via en årlig webbaserad kommunenkät som oftast besvaras av kommunala ANDTS-samordnare. Flertalet frågor i undersökningen är inte specifika för olika substanser utan handlar om ANDTS-arbetet generellt.

Resultaten från analysen sammanfattas nedan, och redovisas i sin helhet tillsammans med en metodbeskrivning i en rapport.[6] Analysen visar att omfattningen av det ANDT[7]-förebyggande arbetet har minskat något under perioden 2016–2021. Det gäller både strukturella förutsättningar och aktiviteter (insatser) och såväl för ANDT som specifikt för de indikatorer som avser alkohol och narkotika. Nedgången har dock varit störst för aktiviteter. Minskningen har ägt rum gradvis under hela perioden, men för flera aktivitetsindikatorer var nedgången särskilt stor under pandemiåret 2020.

Skillnaderna mellan kommuner i det ANDT-förebyggande arbetet är också betydande. Vissa kommuner uppvisar svaga strukturella förutsättningar och mycket få förebyggande aktiviteter, medan det för andra är precis tvärtom. Vissa kommuner ligger dessutom på stabilt låga nivåer och andra på stabilt höga nivåer under hela perioden. Förklaringarna till dessa skillnader är med all säkerhet flera och handlar sannolikt till viss del om hur kommuner prioriterar ANDT-arbetet.

[5] Analysen är genomförd av Håkan Leifman, forskare KI och deltagare i vår vetenskapliga referensgrupp, med dataleverans från Folkhälsomyndigheten.
[6] Leifman H. (2023). *Det lokala ANDT-förebyggande arbetet – utveckling och skillnader 2016–2021.* Dnr Kom2022/00311/S 2022:01-88. Finns på https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/.
[7] Spel om pengar ingår ej i analysen då området ingått i Folkhälsomyndighetens undersökning sedan 2021.

Det tycks dock inte ha särskilt mycket att göra med problemens omfattning, åtminstone inte sett till hur problembilden såg ut under studieperioden (i ett tvärsnitt för 2017–2021).

En annan förklaring har att göra med kommunernas befolkningsstorlek. Omfattningen av det förebyggande arbetet är tydligt proportionellt i relation till kommunernas storlek. Denna skillnad är tämligen stabil över tid och har också visat sig i tidigare studier med samma data.[8,9] När det gäller mindre kommuner är det framför allt antal aktiviteter som är lägre än i övriga kommuner.

Även socioekonomi kan förklara en del av skillnaderna, men en klart mindre del än kommunernas befolkningsstorlek. Nivån på det ANDT-förebyggande arbetet är proportionell även mot kommunernas socioekonomiska styrka. Men skillnaden utjämnades till stor del under studieperioden. I vissa fall beror detta på att de svagare kommunerna uppvisar relativt stabila nivåer medan nivåerna för övriga kommuner minskar, i andra fall på att denna grupp ökar – med en särskilt stor ökning 2021 – medan övriga grupper uppvisar relativt oförändrade nivåer.

Mindre kommuner med svag socioekonomi är särskilt utsatta. De utgör ingen stor andel av Sveriges befolkning – och befolkningen där minskar dessutom – men det är inget argument för att skillnaderna ska få bestå. Det förekommer också betydande skillnader mellan kommuner med ungefär samma befolkning och samma socioekonomiska förutsättningar.

Även Folkhälsomyndigheten har rapporterat indikationer på att det finns omotiverade skillnader i hur olika kommuner arbetar förebyggande.[10] Myndighetens årliga undersökning om lokalt ANDTS-förebyggande arbete tyder på att det finns en god grundstruktur för ett förebyggande arbete med hög kvalitet i många av Sveriges kommuner, men att arbetet varierar kraftigt mellan kommunerna. En del av dessa skillnader kan bero på olika lokala lägesbilder, men analyser av kommunernas förebyggande arbete visar att kommuner som har en mer utsatt sociodemografisk situation har mindre förebyggande

[8] CAN (2018). *Småkommuners ANT-situation och förebyggande arbete – är det annorlunda än i större kommuner?*
[9] Folkhälsomyndigheten (2020). *Jämlikhetsperspektiv på lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete – En jämförelse av kommunernas arbete mot alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksrelaterad ohälsa*.
[10] Folkhälsomyndigheten (2020). *Jämlikhetsperspektiv på lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete – En jämförelse av kommunernas arbete mot alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksrelaterad ohälsa*.

ANDT-arbete med hög kvalitet, även när man tagit hänsyn till risk- och skadesituationen. Exempelvis är de insatser som bygger på samverkan kopplade till tidig upptäckt av narkotikaanvändning bland unga och unga vuxna mindre vanliga i små kommuner, kommuner med låg mediannettoinkomst och kommuner med en liten andel personer med längre utbildning.

14.1.2 Länsstyrelserna – ett viktigt stöd i det narkotikaförebyggande arbete

Länsstyrelserna har i uppdrag att stödja genomförandet av den nationella ANDTS-politiken. De rapporterar årligen resultatet av det arbete som gjorts samt regionala behov som uppmärksammats till Folkhälsomyndigheten, enligt förordning (2012:606) om samordning inom alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksområdet. De har även en viktig samordnande och stödjande roll inom flera områden som har direkt beröring med narkotikaförebyggande arbete. Det handlar bland annat om förordningsreglerade uppdrag om att samordna det brottsförebyggande området regionalt samt att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. Länsstyrelserna har även uppdrag att stödja den regionala implementeringen av den nationella folkhälsopolitiken.

I Folkhälsomyndighetens uppföljningar av länsstyrelsernas arbete konstateras att de har haft bra förutsättningar för att stödja genomförandet av den nationella ANDTS-politiken under strategiperioden, med statligt finansierade ANDTS-samordningsfunktioner på samtliga länsstyrelser. [11,12]

Länsstyrelsernas stöd till kommunerna har getts i likvärdig omfattning de senaste åren. Länsstyrelserna bedömer att kommunerna inom ANDTS-området behöver kunskapsstöd i sitt narkotikaförebyggande arbete och att det behövs stöd i att planera, genomföra och följa upp detta arbete i kommunerna.

Länsstyrelserna har en viktig roll i att sträva efter en utjämning av skillnaderna i det förebyggande arbetet mellan kommuner, både vad gäller strukturella förutsättningar och omfattningen av olika aktiviteter. Skillnaderna mellan kommuners satsningar på förebyggande innebär

[11] Folkhälsomyndigheten (2022). *Länsstyrelsernas ANDTS-arbete 2021. En återredovisning av länsstyrelsernas arbete med ANDTS-samordning samt alkohol- och tobakstillsyn*.
[12] Folkhälsomyndigheten (2020). *Rapport över länsstyrelsernas och kommunernas ANDT-arbete. En återredovisning av länsstyrelsernas och kommunernas ANDT-arbete under perioden 2011–2019*.

också att det blir svårt för länsstyrelserna att nå ut med information och utbildningsinsatser då de saknar mottagare i vissa kommuner. Det råder också väldigt ojämlika förutsättningar i kommunerna, inte bara huruvida det finns en samordnartjänst utan även rörande innehållet i denna tjänst samt hur stark den kommunala kapaciteten är för att arbeta långsiktigt och effektivt med systematisk uppföljning inom ANDTS-området.

14.1.3 Målgruppen önskar tidigare stöd, inte minst i skolan

Genom de målbilder som vi tagit fram framkommer en efterfrågan på tidiga förebyggande insatser. Personer som använt narkotika eller haft skadligt bruk eller beroende och som deltagit i intervjuer och workshops berättar att de önskat att de fått stöd med att hitta intressen och meningsfulla fritidsaktiviteter som unga. Dessutom ser flera behovet av att ha positiva vuxna förebilder som ung. Dessa typer av identitetsskapande aktiviteter, menar de, hade kunnat förebygga användning av narkotika. Många av användarna anger även att de hade önskat en snabbare och starkare reaktion från skolan på tidiga tecken på psykisk ohälsa, som till exempel skolfrånvaro, eller på användning av narkotika.

Att skolan fungerar och att man känner sig inkluderad, trots sociala svårigheter eller funktionsvariationer, anses vara väldigt viktigt. Det är även centralt att se och fånga upp alla elever oavsett bakgrund och kön, och inte missa elever från till exempel en högre socioekonomisk bakgrund som på ytan kan verka välfungerande. Samtidigt efterfrågas att skolan fångar upp och ger extra stöd till elever med flera riskfaktorer, till exempel problem i hemmiljön, som ett sätt att förebygga narkotikaanvändning. Användarna önskar även att svårigheter eller avvikande beteenden hos elever inte ska bestraffas utan att fokus i stället bör ligga på att bygga relationer och ökad tillit till personal.

14.2 Kommunerna bör i ökad grad samordna det förebyggande arbetet mellan olika sektorer

Bedömning: I samband med att nya regleringar och förtydliganden av lagstiftning som rör lokalt förebyggande arbete tillämpas, bör kommunerna prioritera att samordna det förebyggande arbetet mellan olika områden, och skapa en stabil struktur för detta.

14.2.1 Skäl för bedömningen

En grundläggande förebyggande struktur är en förutsättning för ett långsiktigt, kunskapsbaserat och effektivt arbete. Dock har flera olika statliga utredningar, verksamhetsföreträdare för narkotikaförebyggande arbete samt utvärderingar av projekt och statliga satsningar beskrivit hur ömtålig strukturen är.[13,14,15,16] Det kan vara svårt att få en långsiktig politisk förankring av det preventiva arbetet eftersom det saknas tydligt lagstöd och kunskapsstyrning.

Lagstiftningen har parallella system för olika preventionsområden, vilket gör att många kommuner också har parallella system för förebyggande arbete inom olika preventionsområden. Det komplicerar en gemensam samordning och uppföljning av det förebyggande arbetet som helhet. Bristen på normering inom det förebyggande området skapar en otydlighet hos regionala och lokala utförare. I många av de dialoger vi haft med verksamhetsföreträdare för det förebyggande arbetet har det efterlysts tydligare och skarpare styrning nationellt, inte minst avseende samverkan med skola och hälso- och sjukvård.

För att skapa förutsättningar för att stärka det lokala förebyggande arbetet och öka likvärdigheten mellan kommunernas arbete, har vi övervägt att föreslå lagstiftning. Men då det i år trädde i kraft ny lagstiftning gällande dels brottsförebyggande arbete, dels en förtydligad skollag som stärker elevhälsans förebyggande arbete, så ställer vi oss tveksamma till att det i nuläget är rimligt att föreslå fler lagändringar

[13] Skolverket och Socialstyrelsen (2021). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI)*. Lägesbeskrivning 2021.
[14] SOU 2022:67. *Vägar till ett tryggare samhälle. Kraftsamling för barn och unga*.
[15] Statskontoret (2015). *Utvärdering av regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*.
[16] SOU 2022:70. *En uppväxt fri från våld. En nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn*.

på detta område. Dessutom har förslag lagts om förtydligad reglering även inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens hälsofrämjande och förebyggande arbete. Med hänsyn till den kommunala självstyrelsen och för att ge kommunerna möjlighet att implementera de nya uppgifterna, har vi valt att inte föreslå att styra genom lagstiftning. Vi anser att regeringen först bör följa hur den nya lagstiftningen inom det brottsförebyggande området faller ut avseende att skapa stärkta förutsättningar för att arbeta lokalt narkotikaförebyggande.

Utöver reglering av lag finns andra statliga styrmedel att tillgå och vi bedömer att i aktuell situation är styrning med kunskap ett mer relevant alternativ och vi lämnar förslag i sådan riktning i avsnitten nedan.

Narkotikaförebyggande arbete är även brottsförebyggande, och arbetssätt och verksamheter för områdena har flera beröringspunkter. Den 1 juli 2023 trädde alltså en ny lag i kraft om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete. Detta anser vi ger en möjlighet att i högre grad integrera de två förebyggande områdena och få synergieffekter genom att lokalt belysa vad som är gemensamt i brotts- respektive narkotikaförebyggande arbete. Eftersom många av dagens samhällsutmaningar har gemensamma risk- och skyddsfaktorer, anser vi att det kan vara fördelaktigt om olika preventionsområden samarbetar mer. Kommunerna bör i och med det nya lagstadgade ansvaret samordna sina insatser och koppla samman det brottsförebyggande och narkotikaförebyggande arbetet.

Eftersom det brottsförebyggande arbetet nu är under uppbyggnad finns det risk att arbetet organiseras i stuprör utan strukturer för samverkan, till exempel med parallella styrgrupper och arbetsgrupper, trots att målgrupperna kan vara desamma som för annat förebyggande arbete, vilket kan leda till onödigt dubbelarbete. Vi anser det därför angeläget att ta tillvara den kunskap och struktur som byggts upp inom narkotika och ANDTS-förebyggande arbete under många år, och att integrera den strukturen i arbetet med andra samhällsutmaningar som ska lösas.

Flera av de aktörer inom lokal förebyggande verksamhet vi har haft kontakt med har uppgett att det finns ett behov av bindande regler även vad gäller samverkan med skolor och hälso- och sjukvård. Riksdagen har nyligen fattat beslut om ändringar i skollagen (2010:800) som syftar till att stärka elevhälsan. Dessa tillämpades från den 2 juli 2023. Ändringarna innebär bland annat att elevhälsans arbete ska bedrivas på individ-, grupp- och skolenhetsnivå och i samverkan med

lärare och övrig personal. Elevhälsan ska vara en del av skolans systematiska kvalitetsarbete och det förtydligas i skollagen att den ska samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten när det behövs.

Flera utredningar har också lämnat förslag på regleringar av det förebyggande arbetet som kan stärka lokalt narkotikaförebyggande arbete. Utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga har lämnat förslag på en mer detaljerad reglering av hälso- och sjukvårdens hälsofrämjande och förebyggande arbete till barn och unga.[17] I slutbetänkandet av Framtidens socialtjänst föreslås ändringar i lagstiftning som kan stärka socialtjänstens tidiga insatser och förebyggande arbete.[18]

Vår bedömning är att kommunerna i samband med dessa förstärkningar avseende styrningen på flera förebyggande områden som är närliggande till det narkotikaförebyggande, bör prioritera att samordna det förebyggande arbetet mellan olika områden, och skapa en stabil struktur för detta. Detta anser vi kan öka likvärdigheten mellan kommuners förebyggande arbete.

14.3 Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att ta fram kunskapsstöd i syfte att höja kvaliteten i förebyggande arbete

Förslag: Regeringen ska ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utifrån befintligt kunskapsläge utveckla ett målgruppsanpassat kunskapsstöd med kriterier avseende kvalitet i narkotikaförebyggande arbete samt genomföra utbildningar om kunskapsstödet på regional nivå.

Bedömning: Statliga myndigheter bör samordna sina vägledningar och kunskapsstöd till kommunerna om förebyggande arbete, särskilt avseende narkotikaförebyggande respektive brottsförebyggande arbete.

[17] SOU 2021:34. *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.
[18] SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag.*

14.3.1 Skäl för förslag och bedömning

Eftersom evidensläget till viss del är oklart inom det förebyggande området är inte den nationella kunskapsstyrningen så tydlig om vilka evidensbaserade metoder som kommuner och regioner bör erbjuda som inom vård- och stödområdet. Detta skapar även en viss osäkerhet om organisering och inriktning på arbetet. Det finns också stora skillnader mellan kommuner i det förebyggande arbetet både avseende struktur och aktiviteter. Därför föreslår vi att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag att utveckla ett kunskapsstöd som syftar till att klargöra kvalitetsfaktorer i det narkotikaförebyggande arbetet. Ett sådant kunskapsstöd är i linje med myndighetens allmänna uppgifter enligt instruktion men behöver genomföras i samverkan med andra relevanta aktörer. Det finns behov av att målgruppsanpassa kunskapsstödet för att vara relevant för olika kommuner och professionella målgrupper. För att sprida kunskapen föreslås Folkhälsomyndigheten även få i uppdrag att genomföra regionala utbildningar om kunskapsstödet.

Samtidigt som vi får många vittnesmål om otydlighet i hur det förebyggande arbetet ska bedrivas och att kommuner därför prioriterar olika, finns det en omfattande kunskapsbas om hur det förebyggande arbetet ska organiseras, framtagen av flera aktörer.[19] Vi anser att den med fördel kan sammanfattas och tillgängliggöras baserat på målgruppernas olika behov.

Det föreslagna kunskapsstödet bör också inkludera vikten av strukturella förutsättningar för att skapa ett långsiktigt förebyggande arbete.

Uppdraget skulle innebära ansvar för att

- i samverkan med relevanta aktörer utveckla nationell vägledning som innehåller kriterier för kvalitet i narkotikaförebyggande arbete och som bygger på tidigare kunskap och erfarenhet
- anpassa och tillgängliggöra kunskapsstödet för att vara relevant för olika kommuner och målgrupper
- genomföra utbildningar för länsstyrelser baserat på kunskapsstödet
- erbjuda regelbundet erfarenhetsutbyte och kollegialt lärande mellan utbildningsdeltagarna.

[19] Till exempel Folkhälsomyndigheten genom arbetet med *Att lyckas med ANDTS-prevention – en snabbguide för kvalitetssäkring och utveckling av hälsofrämjande och förebyggande arbete* och *En guide för yrkesverksamma om vetenskapligt baserad ANDTS-prevention. En svensk version av European Prevention Curriculum*, Socialstyrelsen och Skolverket inom arbetet med TSI.

Behov av kunskapsutveckling och normering inom det narkotikaförebyggande området

Jämfört med bland annat området vård och stöd är styrningen i form av kunskapsstöd, policy och riktlinjer från staten mindre utvecklad på det narkotikaförebyggande området. Det saknas nationella riktlinjer, vägledningar och kvalitetskriterier, vilket är grunden för kunskapsstyrningen inom vård och omsorg. En anledning är att det finns stora brister i det vetenskapliga stödet för förebyggande metoder. Inom vårdområdet har man andra möjligheter att studera effekter av olika behandlingar genom randomiserade kontrollerade studier, vilket är svårare att genomföra avseende hälsofrämjande och förebyggande metoder.

I de dialoger vi haft med verksamhetsföreträdare för det förebyggande arbetet har det efterlysts tydligare kunskapsstöd som anpassas till målgruppen.

Vi anser att det narkotikaförebyggande arbetet behöver bedrivas mer kunskapsbaserat och med en tydligare koppling mellan forskning och praktik. Eftersom kunskapen om effekterna av metoder och arbetssätt är begränsad inom det narkotikaförebyggande området finns det behov av att främja utvecklingen av ny kunskap och vetenskapligt grundade kunskaps- och metodstöd. Vi bedömer att det finns behov av att inrätta ett nationellt forskningscentrum som också kan inkludera preventionsfrågor. Läs om detta i kapitel 27.

Kunskap behöver också tas fram utifrån olika målgrupper och arenor samt spridas så att olika kommuner och personalgrupper kan tillgodogöra sig informationen.

Lagstiftning och föreskrifter är de starkaste sätten att normera ett verksamhetsområde, men också de minst flexibla. Även kunskapsstöd fungerar normerande, men bygger på rekommendationer som kan, och ska, frångås när den enskilda situationen motiverar det. Det förebyggande området är sektorsövergripande, vilket innebär att många myndigheter bidrar på olika sätt med kunskapsstöd. Därför bedömer vi att en flexibel styrning behövs och att det i huvudsak är kunskap, men inte lagstiftning.

Kunskap och erfarenheter att bygga vidare på

Flera kunskapsstöd från internationella organisationer understryker vikten av narkotikaförebyggande arbete, och betonar några grundprinciper som arbetet bör vila på. Bland annat framhålls kvalitetsstandarder som ett sätt att effektivisera implementeringen av förebyggande åtgärder. I UNODC:s internationella kvalitetsstandarder för prevention betonas behovet av en stark infrastruktur för det förebyggande arbetet för att kunna erbjuda en bredd av insatser. FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC) nämner särskilt en stödjande policy, lagstiftning, forskning och evidens, koordinering mellan olika nivåer och sektorer i samhället, vidareutbildning samt resurser och långsiktighet som grundläggande faktorer i en sådan struktur.

Folkhälsomyndigheten erbjuder ett vägledningsmaterial kallat *Att lyckas med ANDTS-prevention – en snabbguide för kvalitetssäkring och utveckling av hälsofrämjande och förebyggande arbete*. Det syftar till att ge vägledning, råd och information åt yrkesverksamma, framför allt samordnare, inom ANDTS på lokal och regional nivå. Materialet kan fungera som ett stöd i projekt, men också för att kvalitetssäkra ordinarie förebyggande arbete. I en utvärdering av förebyggande satsningar framkom dock att målgrupperna uppfattar detta stöd som alltför generellt och att det inte specifikt svarar mot hur en kommun utformar sitt arbete.[20]

Folkhälsomyndigheten har under 2023 publicerat ett nytt kunskapsstöd som syftar till att stödja lokalt och regionalt förebyggande arbete: *En guide för yrkesverksamma om vetenskapligt baserad ANDTS-prevention. En svensk version av European Prevention Curriculum (EUPC)*. Det är en form av handbok i prevention som inkluderar preventionsteori, epidemiologi och kunskapsstöd för insatser.

Inom ramen för arbetet med *tidiga samordnade insatser* (TSI) har också viktiga lärdomar om lokalt förebyggande arbete dragits. Det finns således mycket kunskap om hur det förebyggande arbetet ska organiseras, som med fördel kan sammanfattas och tillgängliggöras utifrån målgruppernas olika behov.

[20] Ramboll (2019). *Uppföljning av fyra nationella satsningar för att utveckla lokalt ANDT-förebyggande arbete*.

Behov av ökad nationell samverkan om kunskapsstöd

Flera statliga utredningar har på senare år föreslagit satsningar på förebyggande arbete inom områden som tangerar det narkotikaförebyggande området. Att statligt utvecklingsarbete med fokus på förebyggande synkroniseras ger fördelar i form av synergieffekter mellan flera närliggande preventionsområden.

Vi bedömer att de befintliga förslagen om utveckling på det förebyggande området har betydelse även för att förebygga narkotikaanvändning. I denna utveckling kan det dock behövas kompletterande kunskapsstöd på nationell nivå om narkotika och hur ett sådant förebyggande arbete är associerat med andra preventionsområden. Det skulle underlätta den förstärkning av resurser som förväntas ske i kommunerna och ge förutsättningar att samordna olika preventionsområden.

I vårt förslag om att utveckla kunskapsstöd avseende kvalitetskriterier i det förebyggande arbetet bör därför hänsyn tas till pågående och kända kommande lagändringar. Det handlar till exempel om

- förslag till en ny socialtjänstlag som skulle ge socialtjänsten en tydligare inriktning mot tidiga, förebyggande insatser
- förstärkning av elevhälsans förebyggande och hälsofrämjande ansvar
- lag (2023:196) om kommuners ansvar för brottsförebyggande arbete, som trädde i kraft i juli 2023.

Statliga myndigheter bör samordna sina vägledningar och kunskapsstöd till kommunerna mellan det förebyggande arbetet generellt, inte minst avseende narkotikaförebyggande respektive brottsförebyggande arbete för att det förebyggande arbetet inte ska organiseras i stuprör. Målet med en sådan samordning är att underlätta för kommunerna att arbeta med social prevention som en helhet, där preventionsinsatserna kan förebygga flera olika utfall samtidigt.

Som vi beskriver i kapitel 8 finns det behov av att öka kunskapen om skadligt bruk eller beroende och dess multifaktoriella grund hos yrkesgrupper som möter barn och unga i syfte att minska stigma och ge förutsättningar för adekvat stöd. Detta kan ske genom att utveckla målgruppsanpassade kunskapsstöd om multifaktoriella orsaker bakom skadligt bruk eller beroende av narkotika och vi bedömer att det generella arbetet med tidiga samordnade insatser kan fungera som en kanal

för att öka kunskap och minska stigma om skadligt bruk eller beroende. Relevanta myndigheter bör därför bidra med sakkunskap om skadligt bruk eller beroende av narkotika inom ramen för framtida statliga satsningar på tidiga och samordnade insatser till Skolverket respektive Socialstyrelsen.

I den nuvarande samverkan mellan 23 nationella myndigheter för genomförandet av den nationella ANDTS-strategin ser vi en möjlighet att ytterligare stärka samverkan om kunskapsstöd på nationell nivå. Det kan till exempel göras genom att ta fram tydligare gemensamma behovsanalyser, prioriterade insatsområden och ett mer enhetligt kunskapsstöd inom ramen för strategin.

14.3.2 Ett nationellt stöd för förvaltning av metoder och arbetssätt bör testas

Bedömning: Regeringen bör uppdra åt relevant aktör att testa en samordning av nationell förvaltning av ANDTS-förebyggande metoder under en pilotperiod på tre år i enlighet med Folkhälsomyndighetens förslag.

Skäl för bedömningen

Det finns en bred samstämmighet mellan civilsamhället och de regionala och lokala aktörer vi haft dialog med om att det behövs tydligare styrning på nationell nivå på flera sätt, bland annat avseende att förvalta, vidareutveckla och kvalitetssäkra arbetssätt och metoder för förebyggande arbete. Inhämtning och spridning av kunskap borde ske mer systematiskt och nå aktörer som omsätter metoder och arbetssätt i praktiken.

Mot den bakgrunden föreslog Folkhälsomyndigheten 2022 att en samordning av nationell förvaltning av ANDTS-förebyggande metoder ska testas i form av ett pilotprojekt under en treårsperiod. Förslaget syftar till att tillgodose efterfrågan på ett nationellt kompetenscentrum om ANDTS-förebyggande metoder och skapa förutsättningar för en jämlik tillgång till och användning av kunskapsbaserade metoder. Det innebär även att ett urval av organisationer under en period på tre år ska få i uppdrag att utveckla, samordna och förvalta vissa

metoder i olika utvecklingsfaser. Under pilotperioden ska kriterierna utvecklas och sedan ska erfarenheterna användas för ett långsiktigt beslut om nationell förvaltning av ANDTS-förebyggande metoder. Förslaget innebär också att Folkhälsomyndigheten utser organisationer och får samordningsansvaret för piloterna, i samverkan med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och andra relevanta aktörer.

Kommunerna behöver en mer jämlik tillgång till aktuell forskning samt utvärderade, effektiva metoder och arbetssätt, oavsett resurser. Vi bedömer därför att en samordning av nationell förvaltning av ANDTS-förebyggande metoder bör testas under en pilotperiod på tre år i enlighet med Folkhälsomyndighetens förslag.

14.4 Satsningarna på att stärka strukturen för samverkan om tidiga insatser bör fortsätta

Bedömning: Regeringen bör verka för att långsiktigt stärka strukturen för arbetet med tidiga samordnade insatser till barn och unga, på nationell, regional och lokal nivå genom att bygga vidare på de lärdomar som framkommit inom ramen för regeringsuppdraget om *tidiga samordnade insatser* (TSI).

Skäl för bedömningen

Skolverket och Socialstyrelsen har sedan 2017 haft i uppdrag av regeringen att genomföra ett utvecklingsarbete med syfte att förbättra samverkan mellan skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten, så att barn och unga får tidiga och samordnade insatser. Bakgrunden till uppdraget var rapporter från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Skolinspektionen som visat på brister och svagheter i samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.[21,22] Myndigheterna rapporterar i sin uppföljning av arbetet med regeringsuppdraget att det finns flera juridiska och strukturella hinder för utvecklingsarbetet, bland annat har det byggts upp parallella struk-

[21] Inspektionen för vård och omsorg (IVO). 2015:75. *Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.
[22] Skolinspektionen 2015:5. *Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser*.

turer i kommuners förebyggande arbete som en följd av icke samordnade satsningar inom olika förebyggande områden.[23] Myndigheterna avser att i sin slutredovisning av uppdraget i december 2023 lämna förslag på hur arbetet långsiktigt kan stärkas samt samordnas med andra myndighetsgemensamma uppdrag.

Bland barn och unga som använder narkotika är det fler som haft tecken på en tidig ogynnsam utveckling och kontakter med myndigheter än befolkningen i allmänhet. Därför finns det anledning att betona nyttan av att arbeta generellt med tidiga samordnade insatser för barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling, för att förebygga flera samhällsutmaningar, däribland skadligt bruk eller beroende. Det är viktigt att det narkotikaförebyggande arbetet har ett livsloppsperspektiv som tidigt förebygger barns ogynnsamma utveckling. En långsiktig struktur för arbetet med tidiga samordnade insatser till barn och unga har således potential att även förebygga skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Brister och svagheter i samordning för tidiga insatser

Dessvärre ser vi indikationer på låg prioritet i landet avseende tidiga och samordnade insatser för barn och unga. Enligt en årlig undersökning om lokalt förebyggande arbete genomförde flertalet kommuner 2021 någon riktad insats för grupper som har större risk för att få problem med narkotika eller andra substanser, men undersökningen ger ingen information om omfattningen av insatsen. Vanligast av de insatser som kommunerna tillfrågades om var de som riktades till elever med svårigheter i skolan eller problematisk frånvaro. Även insatser i form av gruppverksamhet för barn som har föräldrar med skadligt bruk eller beroende av alkohol eller narkotika var vanliga, men har minskat under en tioårsperiod.

Färre än 100 kommuner uppger att de har insatser riktade till barn i socioekonomiskt utsatta områden eller strukturerade program för riskutsatta skolbarn. Väldigt få kommuner uppger att de har strukturerade program för riskutsatta förskolebarn, och det är också en insats som har minskat mycket under den senaste tioårsperioden.[24]

[23] Socialstyrelsen och Skolverket (2022). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) Lägesbeskrivning 2021*.
[24] Indikatorlabbet. https://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet. Besökt 2023-04-12.

I de dialoger vi haft med verksamhetsföreträdare för det förebyggande arbetet hör vi om samverkansproblem när det gäller tidiga insatser. Arbetet med tidiga och samordnade insatser bedrivs ofta i projektform och riskerar att prioriteras bort i besparingstider. Det finns ingen tydlig lagstiftning om generella tidiga och samordnade insatser, utan förebyggande insatser regleras i separata lagar som skollagen (2010:800), socialtjänstlagen (2001:453), SoL och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Detta kan leda till att arbetet inte samordnas.

Det kan också vara svårt att få verksamheter som huvudsakligen är inriktade på att lösa befintliga problem på individnivå att ställa om till tidiga och förebyggande insatser. En sådan omorientering kan kräva tydligare politiska direktiv både nationellt och regionalt samt troligen även via förändrat lagstöd. Vidare efterfrågas tätare samarbeten mellan verksamheter för att öka kunskapen om varandra och för att undvika att personer faller mellan stolarna.

Konsekvenserna av oklara ansvarsgränser mellan hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst kan bli att barn bollas runt mellan olika verksamheter och får vänta länge för att få stöd. Trots att dessa problem lyfts under många år och det har varit flera satsningar finns behoven kvar.[25]

Många framhåller också ett behov av fler integrerade verksamheter som samverkar under samma tak. Det är ett välfungerande arbetssätt som minskar glapp samt ökar förståelsen och samverkan mellan verksamheter. Ett annat hinder för samordningen som ofta nämns är att det saknas lagstöd för gemensam individbaserad dokumentation och uppföljning för involverade verksamheter. Se vidare i kapitel 16 om att regeringen bör utreda detta.

Utöver gemensam dokumentation framhålls socialtjänstens dokumentation av orosanmälningar som ett utvecklingsområde. För att kommunerna ska kunna utvärdera sitt arbete behöver de också dokumentera det. I dag följer de flesta kommuner upp antalet orosanmälningar, men många gör inte någon ytterligare utvärdering eller analys av insatserna. Kommunernas statistik aggregeras inte heller till nationell nivå, vilket gör det svårt att följa hur rutiner för orosanmälningar fungerar, vilka yrkesgrupper som anmäler, hur många anmälningar som leder till utredningar och vilka eventuella insatser som sätts in. Det

[25] Socialstyrelsen och Skolverket (2022). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) Lägesbeskrivning 2021*.

är ett tydligt hinder för att kunna utvärdera tidig upptäckt och tidiga insatser. En svensk studie som jämförde orosanmälningar för barn och unga med självrapporterade uppgifter, tyder på att anmälningsgraden är hög men att upptäckten av allvarliga förhållanden av misshandel, försummelse eller beteendeproblem är låg.[26]

Drygt hälften av kommunerna bedriver socialt fältarbete som inkluderar uppsökande, främjande, förebyggande och relationsskapande insatser. Syftet med verksamheten är bland annat att möta barn och unga i deras miljöer, främja goda uppväxtvillkor och tidigt fånga upp dem som kan behöva stöd.

Socialstyrelsen genomförde en kartläggning av socialt fältarbete under 2022. Den visar att vanliga anledningar till att kommuner startar en fältverksamhet är aktuella händelser eller oro för en viss utveckling bland barn och unga, till exempel användning av alkohol och narkotika.[27] Det är angeläget att det finns vuxna ute i miljöer där många ungdomar vistas. Fältarbetare har en viktig roll när det gäller samverkan med skola, polis, primärvården och föräldrar. Många har lämnat synpunkter till oss om att antalet fältarbetare har minskat.

Framförda förslag om en tydligare struktur för tidiga samordnade insatser

Det finns även exempel på strävan att i ökad grad införa tidiga och samordnade insatser inom det förebyggande området de senaste åren, till exempel ovan nämnda utvecklingsarbete TSI. Det nationella stödet till utvecklingsarbetet består av flera delar som utbildningar, nätverksträffar och stimulansmedel till flera utvecklingsarbeten. I regeringsuppdraget har det ingått att redovisa olika förutsättningar för att samverkan ska bli stabil och långsiktig. Detta har gjorts i dialog med de olika utvecklingsarbetena. En framgångsfaktor har visat sig vara att arbeta fram en strukturerad samverkan i form av tvärprofessionella team. I dessa team diskuterar professionella med olika kompetenser barnets, den unges eller vårdnadshavarnas behov av insatser. Det bidrar till en helhetssyn på barn och deras familjer och hjälper till att göra en bättre bedömning av vilket stöd de behöver och vilken verksamhet

[26] Kalin, T. m.fl. (2022). *How do child welfare referrals in Sweden match children's self-reporting of severe exposure?*
[27] Socialstyrelsen (2022). *Socialt fältarbete med barn och unga. Kartläggning av uppsökande och förebyggande socialt fältarbete i kommunal regi*.

som är bäst lämpad att ge det. De hinder som identifierats i utvecklingsarbetena gäller främst en avsaknad av strukturer för samverkan och bristande varaktighet i de strukturer som byggs upp. Då det tidiga och samordnade arbetet är relativt oreglerat finns det ett behov av samordning på alla nivåer, inklusive nationell nivå. Socialstyrelsen och Skolverket gör bedömningen att det behövs en permanent fastlagd samordning på nationell, regional och lokal nivå för att skapa långsiktighet i det förebyggande arbetet. Samverkan mellan verksamheter behöver organiseras utifrån en helhet för att nå alla barn och unga i behov av tidiga och samordnade insatser.[28]

Det har också kommit förslag från flera statliga utredningar i närtid om att stärka strukturen för samverkan kring tidiga insatser. Slutbetänkandet *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag* (SOU 2020:47) bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Sammantaget skulle förslaget till ny socialtjänstlag innebära en omställning av socialtjänstens organisering, arbetssätt och metoder, med inriktning mot

- tidiga, förebyggande insatser
- insatser utan föregående behovsprövning
- en verksamhet som bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Även utredningen om en god och nära vård, utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga, Trygghetsberedningen och Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården föreslår att hälso- och sjukvårdens främjande och förebyggande arbete ska stärkas.

I Norge genomfördes nyligen en reform på området, *Barnevernsreformen*, som syftar till att främja förebyggande och tidiga insatser och som innehåller förstärkt lagstiftning som anger att kommuner måste arbeta förebyggande. Bland annat åläggs kommunledningar att ta fram och besluta om en plan för arbetet med att förebygga omsorgssvikt och beteenderelaterade problem hos barn och unga. Reformen innehåller även

- kompetensfrågor
- föräldraskapsstöd

[28] Skolverket och Socialstyrelsen (2023). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga. Delredovisning av regeringsuppdrag 2017–2023.*

- utökad tillgång till skolhälsovård och annan hälsovård för barn och unga
- fältarbete
- samverkan mellan skolan och andra aktörer
- uppföljning av ungdomar som inte går i skolan eller arbetar
- satsningar på fritidsaktiviteter och sommarjobb för unga
- satsningar på polisen.

Sammanfattningsvis ser även vi ett behov av att stärka strukturen för tidiga samordnade insatser, och vi stöder befintliga förslag i den riktningen. Ett stärkt sådant arbete kan vara en del av lösningen på flera aktuella samhällsutmaningar, såsom att öka andelen elever som når de uppsatta målen i skolan, samt att stärka det brottsförebyggande arbetet och arbetet med att förebygga psykisk ohälsa och ANDTS-relaterade problem.

14.5 Prioriterade områden och utvecklingsbehov för det hälsofrämjande och narkotikaförebyggande arbetet

För att det hälsofrämjande och narkotikaförebyggande arbetet ska vara långsiktigt och brett krävs att det finns en god grundstruktur för arbetet i form av bland annat politiskt stöd, samverkan och resurser. Det generella narkotikaförebyggande arbetet kan använda befintliga kontaktytor för att genomföra förebyggande insatser, nå målgrupper med information om narkotika eller erbjuda tidiga interventioner och indikerad prevention. För att arbetet ska kunna bedrivas kunskapsbaserat bör åtgärder identifieras och prioriteras utifrån behovsanalyser samt regelbundet följas upp och utvärderas.

Nedan beskriver vi prioriterade områden inom hälsofrämjande och narkotikaförebyggande arbete. Vi gör även bedömningar och lämnar förslag på områden som vi anser bör förstärkas för att skapa bättre förutsättningar för ett systematiskt hälsofrämjande och förebyggande arbete på lokal nivå.

14.5.1 Föräldrastöd bör göras tillgängligt för fler föräldrar

Bedömning: Föräldrastöd som syftar till att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga är viktigt för att förebygga skadligt bruk eller beroende. Den pågående satsningen för ökat föräldrastöd är positiv och bör fortsätta långsiktigt. Detta för att dels utveckla en jämlik tillgång till stöd i föräldraskapet för fler föräldrar, dels aktivt verka för att fånga upp de föräldrar som har störst behov av stödet. Stödet bör kompletteras med information om hur föräldrar kan kommunicera om narkotika med sina barn.

Skäl för bedömningen

Det generella föräldrastödet i Sverige bygger på kunskap om risk- och skyddsfaktorer som påverkar flera områden, exempelvis narkotikaanvändning. Enligt en uppföljning av den nationella föräldrastödsstrategin, utförd av Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (MFoF) behöver föräldraskapsstödet fördelas mer jämlikt nationellt, regionalt och lokalt, samt stärkas i enlighet med nationella riktlinjer och rekommendationer.

Myndigheten menar vidare att det finns indikationer på ojämlik fördelning och bristande efterlevnad till rekommendationer inom såväl hälso- och sjukvården som kommunerna. Kommuner och regioner behöver alltså systematisera sitt arbete med föräldraskapsstöd för att stödet ska bli hållbart och jämlikt.

I de förebyggande dialoger vi genomfört har det framkommit att tillgången till universellt föräldrastöd fortfarande är ojämnt fördelad över landet, och att tillgången till målgruppsanpassat föräldraskapsstöd behöver öka. År 2019 erbjöd bara 58 procent av Sveriges kommuner ett manualbaserat föräldraskapsstöd i grupp för föräldrar till barn med normbrytande beteende, och 2022 var siffran 54 procent.[29]

Målet för den nationella strategin för ett stärkt föräldraskapsstöd är att alla föräldrar ska erbjudas föräldraskapsstöd under barnets hela

[29] Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2023). *Fortsatt stöd i genomförande av nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd*.

uppväxt. För att uppnå det behövs en fortsatt utveckling inom området enligt MFoF. Myndigheten menar att

- kunskapen om effektiva arbetssätt, metoder och andra insatser behöver öka
- uppföljningen och utvärderingen av effektiva arbetssätt inom ordinarie verksamhet behöver förstärkas
- det över lag finns ett stort behov av att öka kunskapen om hur ett målgruppsanpassat föräldraskapsstöd bör se ut för att nå föräldrar med olika bakgrund, förutsättningar, önskemål och behov.

För att alla föräldrar ska nås finns även ett fortsatt behov av att göra stödet mer tillgängligt, såsom att erbjuda stödet på fler och nya arenor samt att utveckla fler stödinsatser.[30]

Under 2023 har MFoF fått i uppdrag av regeringen att betala ut 375 miljoner kronor till kommuner och regioner för förstärkta föräldraskapsstödjande insatser under 2023. Myndigheten har också i uppdrag att följa upp satsningen. Vi anser att satsningen är angelägen då den innebär en möjlighet för kommuner och regioner att stärka det narkotikaförebyggande arbetet genom att

- nå fler med föräldrastödsinsatser som är allmänt förebyggande och har påverkan på exempelvis narkotikaanvändning hos unga
- i högre grad tillgängliggöra föräldrastöd för föräldrar till barn med högre risk för skadligt bruk eller beroende.

För att utveckla en jämlik tillgång till stöd i föräldraskapet för fler föräldrar, dels aktivt verka för att fånga upp de föräldrar som har störst behov av stödet, behöver det nationella stödet vara långsiktigt. Det är därför angeläget med fortsatta satsningar på föräldrastöd för att stärka tillgången på det till kommuner, regioner och andra relevanta aktörer. Dessa bör bygga vidare på slutsatser från den uppföljning som MFoF har i uppdrag att genomföra av nuvarande satsning. Kommuner och regioner bör ta initiativ till att systematisera sitt arbete med föräldraskapsstöd för att det ska bli hållbart och jämlikt.

Det generella föräldraskapsstödet kan bidra till att förebygga skadligt bruk eller beroende, men bör också kompletteras med information

[30] Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2023). *Fortsatt stöd i genomförande av nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd*.

om hur föräldrar kan kommunicera med sina barn om narkotika. Det kan handla om kunskap för föräldrar om att kommunicera om exempelvis alkohol och narkotika samt vilka regler och förhållningssätt som gäller i familjen.

Det nationella hälsoprogrammet för barn och unga som nu utvecklas av bland annat Socialstyrelsen bör också inkludera rekommendationer om föräldraskapsstödjande insatser, och hur sådana insatser på universell, selektiv och indikerad nivå kan tillgängliggöras för alla föräldrar. Rekommendationerna bör också kompletteras med föräldrastöd som mer specifikt innehåller information till föräldrar om hur de kan kommunicera om narkotika med sina barn.

Vi anser vidare att det behöver utvecklas målgruppsanpassade stöd till föräldrar som har barn med ökad risk för skadligt bruk eller beroende. Det kan handla om stöd till föräldrar som har barn med neuropsykiatriska diagnoser och familjehemsföräldrar. Föräldrar till barn med särskilda riskfaktorer för skadligt bruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar erbjudas ett anpassat föräldraskapsstöd.

Föräldrastöd kan förebygga ohälsa, inklusive riskfaktorer för skadligt bruk eller beroende

Internationell och nationell forskning visar att stöd i föräldraskapet kan ha positiva effekter på både föräldrar och barn.[31,32] Resultaten visar till exempel effekter på problem med utagerande och normbrytande beteende.[33,34] Barn har rätt till goda uppväxtvillkor, och föräldrarna har gemensamt ansvar för barnens uppfostran och utveckling.[35] Enligt barnkonventionen ska konventionsstaterna stötta föräldrarna i detta åtagande.

Frånvaron av stabila och trygga uppväxtförhållanden ökar risken för senare ANDTS-relaterade problem. Riskfaktorer är bland annat att växa upp med enbart en förälder eller i familjehem. Risken för senare ANDTS-relaterade problem ökar också av att växa upp med en förälder med psykisk sjukdom eller alkohol- eller narkotikadiagnos. Att vara med om en allvarlig händelse i familjen, till exempel att en förälder

[31] Stattin, H., Enebrink, P. (2020). *Föräldraskapsstöd på universell nivå. En forskningsöversikt*.
[32] UNODC (2018). *International standards on drug use prevention*.
[33] SBU (2021). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*.
[34] Socialstyrelsen (2021). *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott*.
[35] Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2023). *Fortsatt stöd i genomförande av nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd*.

får ett fängelsestraff eller avlider, eller att vara med om våld i eller utanför hemmet, är också riskfaktorer för senare alkohol- och narkotikarelaterade problem.[36]

Föräldrar som har goda och nära relationer till barnen samt engagerar sig och sätter gränser minskar risken för en rad problem hos unga. En av de främsta skyddsfaktorerna mot substansanvändning är ett föräldraskap som karaktäriseras av

- en varm uppfostransstil som sätter tydliga regler och ramar
- engagemang i barnens fritid och umgängesmönster
- stöd till barnet i att utveckla personliga och sociala färdigheter.[37]

Samhällsekonomiska analyser har också visat att interventioner till föräldrar sannolikt innebär en kostnadseffektiv användning av samhälleliga resurser, särskilt när det handlar om att förebygga barns utagerande och internaliserande beteendeproblem.[38]

Sedan 2010 har det i Sverige utvecklats, implementerats och utvärderats flera föräldrastödsprogram, det vill säga strukturerade kurser för föräldrar som fokuserar på samspelet mellan föräldrar och barn i syfte att främja barns hälsa och utveckling. En stor del av det föräldraskapsstöd som erbjuds i dag finns inom den ordinarie verksamheten i kommuner och regioner, även om tillgängligheten fortfarande är bristfällig.

Forskning visar att universella föräldraskapsstödsprogram under de tre första levnadsåren ger barn förbättrad social och emotionell kompetens. För barn upp till 18 år har de generellt en liten positiv effekt på utagerande beteende, föräldraförmågan och föräldra-barn-relationen. Detta kan förklaras av att de flesta föräldrar inte upplever något större problem i sitt föräldraskap. En något större effekt av universellt stöd ses också hos de föräldrar som upplever mer oro för sina barn.[39]

Ett universellt hälsofrämjande, föräldraskapsstödjande program som används i Sverige är *ABC* (*Alla barn i centrum*). Metoden syftar till att förbättra barns och ungas psykiska välbefinnande och hälsa genom att stödja positivt föräldraskap och föräldrakompetens, och har utvär-

[36] Folkhälsomyndigheten (2022). *Risk- och skyddsfaktorer för alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar hos barn och unga*.
[37] UNODC (2018). *International standards on drug use prevention*.
[38] Mfof (2023). *Effekter av föräldrastöd*.
[39] Stattin, H., Enebrink, P. (2020). *Föräldraskapsstöd på universell nivå. En forskningsöversikt*.

derats i Sverige med positiva resultat.[40] ABC riktar sig till barn mellan 3 och 12 år men de senare åren så har även ABC-tonår för ungdomar mellan 13 och 18 år börjat användas i flera kommuner och i regionens regi i primärvården.

Ett annat universellt program, *Family Check-up*, har visat på effekt i att förebygga utagerande beteende. Programmet syftar till att stödja och vägleda föräldrar för att minska barns beteendeproblem genom att stärka föräldrarnas strategier och ledarskap i familjen.[41]

Information till föräldrar om hur de kan kommunicera om narkotika med sina barn behöver tillgängliggöras för alla föräldrar

Många föräldrar har också behov av stöd i ANDTS-frågor eftersom det kan upplevas svårt att prata med sitt barn om sådana frågor. Folkhälsomyndigheten har i en enkätundersökning till unga mellan 16 och 19 år frågat om deras föräldrar ofta eller ibland tar upp ämnen som narkotika, spel om pengar, sex och ekonomi. Undersökningen visar att många föräldrar inte pratar med sina tonåringar om narkotika, och knappt 30 procent av de unga uppger att deras föräldrar ofta eller ibland tagit upp narkotika som samtalsämne.[42]

Även selektiva och indikerade föräldrastödsprogram har generellt positiva effekter på både barnens beteenden och föräldraförmågorna.[43] Dessa är ofta baserade på social inlärningsteori, ibland kombinerat med anknytningsteori. För föräldrar till barn med risk för eller med högre nivåer av beteendeproblem finns flera utvärderade gruppbaserade eller individuella föräldrastödsprogram som kan ge god effekt.

Socialstyrelsens kunskapsstöd från 2021 rekommenderar insatser i socialtjänstens arbete som kan minska normbrytande beteende för barn mellan 6 och 11 år, exempelvis *Cope*, *De otroliga åren*, *Komet* och *Triple P*.[44] Normbrytande beteende är ett samlingsnamn för negativa, destruktiva beteenden som innebär brott mot gällande sociala normer, regler eller lagar, exempelvis narkotikaanvändning. Om det

[40] Stattin, H., Enebrink, P. (2020). *Föräldraskapsstöd på universell nivå. En forskningsöversikt*.
[41] Mfof (2023). *Översikt av program och metoder för föräldraskapsstöd*. Besökt 2023-04-12.
[42] Folkhälsomyndigheten (2022). *Unga och spel om pengar. Resultat från en undersökning om spel om pengar bland unga 16–19 år och föräldrar 2021*.
[43] Enebrink, P., Stattin, H. (2020). *Föräldraskapsstöd på selektiv och indikerad nivå. En sammanfattning av forskningsläget*.
[44] Socialstyrelsen (2021). *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år*.

uppträder i barn- och ungdomsåren är normbrytande beteende en riskfaktor för senare skadligt bruk eller beroende.

Det finns alltså flera utvärderingar av metoder som kan såväl främja skyddsfaktorer som förebygga riskfaktorer för narkotikaanvändning eller skadligt bruk eller beroende. När det gäller föräldrastödjande metoder eller metoder som inkluderar hur föräldrar kan kommunicera om narkotika saknas det däremot utvärderingar som studerat narkotikautfall. Det finns också få föräldraskapsstödsprogram som är specifikt utvecklade och utvärderade för föräldrar till tonåringar oavsett preventionsnivå, vilket gör att evidensen är mer osäker för program för föräldrar till tonåringar än program för föräldrar till yngre barn.

Vissa lärdomar för det narkotikaförebyggande arbetet finns att dra från forskning om alkoholutfall av föräldrastöd. En systematisk litteraturöversikt över faktorer i föräldraskapet visar att flera av dessa kan skydda mot eller öka risken för användning av alkohol samt relaterade problem. Väsentliga skyddsfaktorer är att föräldrar

- ger emotionellt stöd till barnen
- är engagerade i vad barnen gör och var de befinner sig
- medverkar i aktiviteter med barnen
- har en kvalitativ relation till barnen, som upplevd närhet och positiva interaktioner.

Riskfaktorer är att föräldrarna

- har en tillåtande attityd till att barnen dricker alkohol
- dricker i barnens närvaro
- tillgängliggör alkohol för barnen.[45]

En kartläggande litteraturöversikt över metoder som används i Sverige och har utvärderats i något nordiskt land visar att *Prime for life*, *Behavior Management*, *COPE* och *Connect* kan

[45] Folkhälsomyndigheten (2017). *Föräldraskapsfaktorer kan påverka konsumtion av alkohol och relaterade problem hos ungdomar*.

- minska ungdomars utagerande beteenden, uppmärksamhetsproblem och hyperaktivitet
- öka deras kunskap om alkoholrelaterade risker och attityder
- stärka föräldrarna i deras föräldraskap.[46]

Det generella föräldraskapsstödet är viktigt även för ANDTS-förebyggande arbete, och kan inkludera kunskap för föräldrar om att kommunicera om exempelvis alkohol och narkotika samt vilka regler och förhållningssätt som gäller i familjen. Genom att föräldrar visar att de bryr sig om sitt barn, lyssnar och ger stöd, samt är tydliga med sina budskap, kan de göra skillnad för barnets förmåga att avstå när det gäller ANDTS.

Stöd i föräldraskapet ska ingå i det nationella hälsoprogrammet som ska utvecklas för barn och unga

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört en förstudie om hur ett nationellt hälsoprogram för barn och unga bör utformas och implementeras. Enligt den bör stöd i föräldraskapet ingå i det nationella hälsoprogrammet med samma mål som anges i den nationella strategin för ett stärkt föräldraskapsstöd.[47] I förstudien konstateras även att föräldrastöd inom ramen för hälsoprogrammet bör inkludera ANDTS-frågor som ett av flera områden, och att föräldrastödet generellt behöver identifiera riskfaktorer i familjen. Det kan handla om föräldrars egna svårigheter, negativa uppfostringsstrategier och en konfliktfylld hemmiljö.[48]

Vår bedömning är att ett nationellt hälsoprogram för barn och unga upp till 20 år med målet att barn och unga lättare får tillgång till de insatser som de behöver för att förbättra eller vidmakthålla sin hälsa och som implementeras genom hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd kan vara betydelsefullt även för att förebygga narkotikaanvändning. Vi stöder en fortsatt utveckling av ett sådant program och betonar dess potential att även förebygga narkotikaproblem, ge-

[46] Folkhälsomyndigheten (2020). *Hur kan vi skjuta fram minderårigas alkoholdebut och minska deras alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade skador? En kartläggande litteraturöversikt av metoder som används i Sverige.*
[47] Socialdepartementet (2018). *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd*.
[48] Socialstyrelsen (2022). *Slutrapport – Förstudie avseende ett nationellt hälsoprogram för barn och unga*.

nom både främjande och tidigt förebyggande arbete, men även kopplat till tidig upptäckt, stöd och behandling. Vi vill också betona vikten av samordning med socialtjänsten i syfte att erbjuda en integrerad vård- och stödfunktion för barn och unga som använder narkotika. Se vidare kapitel 16.

14.5.2 Skolverket bör få i uppdrag att ta fram stöd för skolans hälsofrämjande och narkotikaförebyggande arbete

Bedömning: Regeringen bör ge Skolverket i uppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten ta fram en vägledning för huvudmännen för grund- och gymnasieskolor om att upprätta en policy med handlingsplan som ingår i skolans systematiska kvalitetsarbete. Policy och handlingsplan bör beskriva skolans kunskapsbaserade narkotikaförebyggande arbete och tydliggöra rutiner för samverkan och kunskapsbaserade insatser som ska vidtas när en elev använder narkotika. I vägledningen ska ingå information om hur ett effektivt narkotikaförebyggande arbete i skolan kan utformas.

Skäl för bedömningen

Hälsa och lärande går hand i hand. Skolan har en nyckelroll i att förmedla kunskaper och färdigheter som ger bra självkänsla och goda chanser till arbete och inkomst.[49] Skolan kan dels tidigt förbättra möjligheterna för alla barn att nå utbildningens mål, dels stödja de barn som inte gör det. Sämre skolprestationer som låga eller ofullständiga betyg från grundskolan är riskfaktorer för narkotikaanvändning och relaterade skador.[50,51] Det innebär att satsningar i skolan för att alla ska nå utbildningens mål och att stödja barn som inte gör det är en av de viktigaste narkotikaförebyggande insatserna. Det kan handla om att skolor behöver utveckla det pedagogiska och specialpedagogiska arbetet, så att barn som till exempel har inlärningssvårigheter får större möjligheter att klara skolan. Skolan är också viktig för att upptäcka och uppmärksamma elever med exempelvis normbrytande beteende.

[49] Skolverket (2019). *Hälsa för lärande – lärande för hälsa*.
[50] UNODC (2018). *International standards on drug use prevention*.
[51] Folkhälsomyndigheten (2021). *Riskfaktorer för ungas narkotikabruk och narkotikarelaterade problem*.

Från och med sommaren 2023 förtydligar skollagen (2010:800) att samverkan ska ske internt och externt med socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. För detta krävs upparbetade och tydliga rutiner för samverkan för att dels agera tidigt på uppmärksammade behov av stöd när det befaras att elever inte kommer att klara utbildningsmålen, dels stötta de barn och unga som börjat använda narkotika innan ett skadligt bruk eller beroende utvecklas.

Det finns viss evidens för att policyarbete i skolan som klargör att alkohol, tobak och narkotika inte får användas inom skolans ramar och funktioner, och som inkluderar riktlinjer för att lotsa vidare till hälso- och sjukvård har effekt på narkotikaanvändning. Policyn ska också inkludera transparenta och icke-straffande riktlinjer för hur skolan ska hantera uppkomna problem, vilket kan handla om indikerade insatser som screening, korta interventioner och vidarehänvisning till hälso- och sjukvård. Däremot har slumpvisa narkotikatester ingen evidens.[52]

Enligt en årlig undersökning om lokalt förebyggande arbete som genomförs av Folkhälsomyndigheten är det drygt 200 kommuner som uppger att de genomför åtgärder för att stödja en trygg skolmiljö, men enbart drygt hälften av landets kommuner som uppger att de har en policy för gymnasieskolan som omfattar narkotika.[53]

Vikten av att fler skolor tar fram och implementerar den här typen av handlingsplaner eller policy har framförts i våra dialoger med ideella organisationer. I dialogerna har det också framkommit att det råder en brist på kunskap om narkotikaanvändning hos kuratorer och skolsköterskor. Det finns även exempel på att metoder som saknar evidens används, som besök av polis och narkotikahundar eller information från aktörer som inte arbetar kunskapsbaserat. Det finns ingen evidens för program som bygger på att enbart lära ut om substansanvändning genom att framkalla rädsla.[54] Det är alltså angeläget att innehållet i handlingsplanerna är kunskapsbaserat.

För att stärka förutsättningarna för ett kunskapsbaserat narkotikaförebyggande arbete anser vi att det är angeläget att skolor i högre grad utvecklar sådana handlingsplaner som beskriver det narkotikaförebyggande arbetet, tydliggör rutiner för samverkan och för att anmäla oro, samt anger vilka insatser som ska vidtas när en elev an-

[52] UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention.*
[53] Folkhälsomyndigheten. https://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/.
[54] UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention.*

vänder narkotika. Syftet är främst att i högre grad ge barn och unga tidiga samordnade insatser. Handlingsplanerna bör ingå i skolans systematiska kvalitetsarbete så att de följs upp, utvärderas och utvecklas i det framåtsyftande arbetet. För att vägleda huvudmännen i att införa kunskapsbaserade handlingsplaner bedömer vi att Skolverket, som redan vägleder skolor om kvalitetsutveckling, bör få ett sådant uppdrag. Det bör ske i samråd med Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen som har kunskapsstödjande uppgifter inom universell och selektiv respektive indikerad prevention.

Satsningar i skolan för att alla ska nå utbildningens mål och att stödja barn som inte gör det är en av de viktigaste narkotikaförebyggande insatserna

För att alla elever ska nå utbildningens mål ska skolan enligt skollagen arbeta förebyggande och hälsofrämjande. Hälsofrämjande skolutveckling innefattar all personal på skolan och ska ingå i det systematiska kvalitetsarbetet. Utgångspunkten i det hälsofrämjande arbetet är att identifiera områden som är särskilt angelägna att utveckla för att uppfylla utbildningens mål. Det kan till exempel vara att arbeta för goda lärmiljöer med trygghet och studiero, trivsel, tillitsfulla relationer och elevers delaktighet. Skolverket har ett praktiknära stöd med rekommendationer för arbetet med att främja närvaro samt förebygga och åtgärda frånvaro. Det tar utgångspunkt i vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet och syftar till att stödja huvudmän, rektorer, lärare, elevhälsa och övrig personal.[55]

Kunskap om risk- och skyddsfaktorer behövs för att fånga upp elever i behov av stöd från skolan. För detta tillhandahåller Skolverket stöd i form av material som huvudman eller rektor kan använda i det förebyggande arbetet på skolan. På webben finns stödet *Kvalitetsverkstaden* för detta ändamål, och inom uppdraget som Skolverket genomför i samverkan med Socialstyrelsen om *tidiga samordnade insatser* (TSI) utvecklas också stödmaterial för detta ändamål. Det finns även annat stöd, som

[55] https://www.skolverket.se/skolutveckling/inspiration-och-stod-i-arbetet/rekommendationer/rekommendationer-framja-narvaro-och-forebygga-franvaro. Besökt 2023-04-12.

- vägledningen för elevhälsan
- *Samverkan socialtjänst skola* (SAMS), som syftar till att säkerställa en obruten skolgång för placerade barn och unga när placeringen medför skolbyte
- verktyg för elevers lärande, hälsa och utveckling
- stödmaterial vid låg skolnärvaro.

Skolan har en roll i att förmedla kunskap om narkotika till eleverna

Alla som arbetar i skolan ska enligt läroplanerna visa respekt för den enskilda individen och i det vardagliga arbetet utgå från ett demokratiskt och normmedvetet förhållningssätt, vilket innebär att vara medveten om hur olika normer i samhället kan påverka hur vi agerar. Kopplat till ANDTS kan det rymma frågor om ungas attityder till alkohol och narkotika. Detta är också exempel på frågor som kan bli kontroversiella i klassrummet.

Skolans förebyggande arbete med narkotikakunskap kan gynnas av ett normmedvetet förhållningssätt, liksom av arbetet för att skapa trygghet och studiero samt för att motverka diskriminering och kränkande behandling. Det är inte lämpligt att applicera färdiga program i skolan, utan varje skola behöver utforma sitt förebyggande arbete utifrån sitt kvalitetsarbete, och utgå från den lokala kontextens förutsättningar och behov, inom ramen för evidensbaserad kunskap.

Skolans ansvar för hälso- och livsstilsfrågor anges i läroplaner samt kurs- och ämnesplaner. Varje rektor har ett ansvar för att undervisningen sker ämnesövergripande och integrerar olika kunskapsområden som miljö, trafik, jämställdhet, konsumentfrågor samt riskerna med tobak, alkohol och narkotika. Enligt skollagen och läroplanerna har alla elever rätt till en hälsofrämjande skolmiljö och en undervisning som ger en mer sammansatt bild av alkohol, narkotika, tobak och dopning genom att integrera kunskap om substanserna i olika skolämnen.

14.5.3 Satsningarna på att begränsa tillgängligheten till narkotika bör fortsätta

Bedömning: Tillgänglighetsbegränsning är en viktig del i det förebyggande arbetet och det är angeläget med fortsatta regionala och lokala satsningar på detta.

Regeringen bör överväga att ge länsstyrelserna i uppdrag att stödja relevanta aktörer i arbetet att minska tillgången till narkotika via postförsändelser. Stödet ska inkludera den kunskap som utvecklats inom ramen för projektet *Tillsammans mot illegala försändelser.*

Skäl för bedömningen

När det kommer till lagliga substanser som alkohol och tobak så är en av de viktigaste förebyggande åtgärderna att minska tillgängligheten. Svensk narkotikapolitik bygger på att både begränsa tillgång och efterfrågan till narkotika i syfte att främja hälsa. Tillgänglighetsbegränsning kan handla om till exempel lagstiftning som att förbjuda eller reglera användning och försäljning. Det kan också handla om tullens och polisens arbete för att minska tillgången till narkotika i Sverige, det vill säga förhindra att narkotika når marknaden.

Regionalt och lokalt sker olika samarbeten med syfte att stärka det tillgänglighetsbegränsande arbetet som att minska inflödet av narkotika i landet. I Skåne bedrivs ett regionalt samarbete mellan myndigheter, kommuner, näringsliv och det civila samhället för att stärka det tillgänglighetsbegränsande arbetet och ge fler underrättelser och tips till Tullverket och Polismyndigheten om smuggling och narkotikahandel. Det sker bland annat genom att öka kompetensen hos olika transportföretag som kan ha möjlighet att upptäcka att smuggling sker.

En öppen drogscen definieras som en geografisk plats där både användning och försäljning av narkotika sker offentligt. I polisregion Stockholm arbetar man för att identifiera, kartlägga och motverka öppna drogscener i länet. Exempel på metoder och arbetssätt är olika former av kontroll genom uniformerad personal respektive boende och besökare på platsen, förändringar av den fysiska miljön, beslagtagning av narkotika, samt koncentrerad brottsbekämpning på så kallade hotspots. Dessutom genomförs sociala insatser i samverkan med socialtjänsten, hälso- och sjukvården och andra aktörer. Polisen har

också utvecklat ett metodstöd och arbetet har följts upp av STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem).[56]

I Folkhälsomyndighetens undersökning av bland annat köpvanor hos personer med aktuell narkotikaanvändning svarade de flesta att de köpte narkotika genom en direkt kontakt, men det var också vanligt att köpa det på en krypterad internetmarknad som Darknet. De olika beställda substanserna levererades vanligen genom möte med en kontaktperson eller langare utomhus. Men det var också vanligt att få personlig hemleverans eller leverans via vanlig post. Nya psykoaktiva substanser var den enda substansen som i större utsträckning införskaffades via webbshoppar på öppna internet.[57] Enligt Brottsförebyggande rådet (Brå) utgör försäljningen på internet en relativt liten del av den totala narkotikamarknaden, mellan 3 och 14 procent, men det är en växande marknad.[58]

Smuggling av narkotika via postförsändelser sammankopplas med försäljning av narkotika på internet. Denna typ av smuggling har ökat stadigt under de senaste åren, och beslagen gäller främst mindre mängder narkotika.[59]

Det kan finnas regionala och lokala variationer i ungdomars tillgång till narkotika. I Brå:s analys framkom att det finns geografiska skillnader avseende försäljningsformer på olika platser i landet. I södra Sverige finns betydligt fler identifierade platser med öppen gatuförsäljning än i andra län medan antalet Darknetköpare är överrepresenterade i förhållande till befolkningsmängden i norra Sverige.[60] Även i våra dialoger med förebyggande verksamheter har det framkommit att mönstret ofta ser annorlunda ut i kommuner som är mindre och mer glest befolkade än i städer, och att postleveranser av internetbeställd narkotika har större betydelse för tillgången på platser där det är svårare med personliga leveranser.

Tillsammans mot illegala försändelser var ett exempel på ett samarbete för att minska tillgängligheten till narkotika och liknande substanser, samt att öka tryggheten hos personal som hanterar postförsändelser som kan innehålla narkotika. Projektet pågick i Norrbottens, Västerbottens, Västernorrlands och Jämtlands län mellan 2014 och

[56] Kvillemo P. m.fl., STAD (2022). *Slutrapport om polisens arbete mot öppna drogscener*. Rapport nr 70.
[57] Folkhälsomyndigheten (2022). *Den europeiska webbundersökningen om narkotika 2021. Användningsmönster, köpvanor och upplevelser av narkotika bland personer med ett aktuellt bruk i Sverige*.
[58] Brå (2021). *Narkotikamarknader. En studie av smuggling, gatuförsäljning, internethandel och köpare*.
[59] Folkhälsomyndigheten (2023). *Den svenska narkotikasituationen 2022*.
[60] Brå (2021). *Narkotikamarknader. En studie av smuggling, gatuförsäljning, internethandel och köpare.*

2016, och länsstyrelserna har tagit fram en vägledning för implementering av metoden baserat på kunskaper och erfarenheter från projekttiden.

De bestämmelser i postlagen (2010:1045) som trädde i kraft i januari 2023 ger nya möjligheter för kommunerna att samverka med postanställda och brottsbekämpande myndigheter för både ökad trygghet, och minskad illegal handel via post, exempelvis av narkotika. I och med ändringen av postlagen får postanställda rätt att kontakta brottsbekämpande myndigheter, och därmed bryta tystnadsplikten för att lämna uppgifter som gäller misstanke om brott om fängelse är föreskrivet för brottet. Polismyndigheten uppskattar att upp till en miljon försändelser med narkotika skickas med posten varje år. Den ökade tillgången genom näthandel innebär att narkotika sprids till orter och platser där det inte finns någon fysisk droghandel.

Eftersom den nya postlagen ger ny möjlighet att arbeta förebyggande, och ger postanställda rätt att kontakta polis vid misstanke om narkotika eller hälsofarlig vara, bedömer vi att det här arbetssättet kan vara användbart i fler län och kommuner som har sådana behov.

14.5.4 Folkhälsomyndigheten bör få i uppdrag att följa upp arbetet mot narkotikaanvändningen inom nöjesmiljöer

Bedömning: Regeringen bör överväga att komplettera uppdraget till Folkhälsomyndigheten om att stödja arbetet med metoden *Krogar mot knark* med uppdrag och medel för uppföljning av metoden.

Skäl för bedömningen

Internationella studier visar att narkotikaanvändningen är betydande inom nöjesmiljöer såsom krogar och festivaler. Många unga människor befinner sig i nöjeslivet, både som gäster och som arbetstagare, och det finns indikationer på att narkotikaanvändningen är mer utbredd där än i andra sammanhang, även i Sverige.

STAD har vid tre tillfällen gjort studier av narkotikasituationen i Stockholms krogmiljö. Den senaste genomfördes från våren 2016 till sommaren 2017. Sammanlagt 665 kroganställda i Stockholm svarade

på enkäten i samband med att de deltog i STAD:s utbildning *Ansvarsfull alkoholservering*. Av de som svarade hade 61 procent någon gång använt narkotika, 35 procent hade använt narkotika under det senaste året, och 14 procent uppgav att de använt narkotika den senaste månaden. Det vanligaste preparatet var hasch/marijuana, vilket runt 60 procent hade använt. Vidare hade en tredjedel någon gång använt kokain, en fjärdedel någon gång använt ecstasy, och knappt en femtedel uppgav att de någon gång använt amfetamin.[61]

STAD genomförde 2018 också en undersökning bland besökare på nattklubbar och en stor musikfestival i Stockholm. Deltagare blev slumpmässigt utvalda och tillfrågade om att anonymt delta i en undersökning om alkohol- och narkotikaanvändning genom både enkätfrågor och utandningstest för att mäta narkotikaförekomst. Av de 1 204 som valde att delta testade 13 procent av deltagarna positivt för någon av de 47 narkotiska substanser som analyserades. De vanligaste substanserna mätt med utandningsluften var kokain (6,4 procent), amfetamin (3,8 procent) och ecstasy (1,8 procent). Den självrapporterade narkotikaanvändningen var 4,2 procent totalt.[62]

Efter en inledande kartläggning, som visade på en hög förekomst av narkotika, utvecklade STAD en metod som kallas *Krogar mot Knark*, som är ett flerkomponentprogram med syfte att förebygga narkotikaanvändning i krogmiljö. Utvärderingar av *Krogar mot Knark* har visat på signifikanta effekter i form av att

- kroganställda har rapporterat en minskad narkotikaförekomst på krogen
- färre kroganställda har rapporterat egen narkotikaanvändning
- kroganställda i högre grad har ingripit mot narkotikapåverkade gäster.[63]

Genom nätverket *Krogar mot Knark* har arbetsmetoden spridits till flera kommuner och restauranger runt om i Sverige, men de senaste åren har bara runt 30 kommuner uppgett att de arbetar med metoden, och ännu färre uppger att de använder alla metodens grundkompo-

[61] Strandberg m.fl. (2018). *Droger på krogen. En uppföljning av narkotikasituationen i Stockholms krogmiljö*. STAD Rapport 62.
[62] Elgán T. m.fl. (2021). *Narkotika- och alkoholkonsumtion bland besökare i Stockholms nöjesmiljöer. Självrapportering och biologisk testning*. STAD Rapport 68.
[63] Gripenberg m.fl. (2011). *Long-term effects of a community-based intervention: 5-year follow-up of 'Clubs against Drugs'*.

nenter.[64] Vi bedömer att det kan vara lämpligt för fler kommuner att arbeta förebyggande inom nöjeslivet, och att ett sådant utvecklingsarbete bör grundas i en kartläggning av narkotikasituationen. Folkhälsomyndigheten fick 2023 i uppdrag av regeringen att stödja STAD i arbetet med *Krogar mot knark*. Eftersom det ofta saknas kunskap om effekter av metoder och arbetssätt inom det narkotikaförebyggande området, så finns det ett behov av att främja utvecklingen av ny kunskap och vetenskapligt grundade kunskaps- och metodstöd. Att följa upp statliga satsningar är också nödvändigt för att kunna avgöra vad staten och andra aktörer bör satsa på. Därför bedömer vi att det är angeläget att satsningen kompletteras med medel för uppföljning.

14.5.5 Satsningar på att skapa meningsfull fritid och sysselsättning för barn och unga

Bedömning: Satsningar på att skapa meningsfull fritid och sysselsättning för barn och unga kan bidra till narkotikaförebyggande arbete. Fler kommuner bör integrera ett ANDTS-förebyggande perspektiv i det lokala föreningslivet.

Skäl för bedömningen

Inom ramen för vårt målbildsarbete berättade personer som använt narkotika eller haft skadligt bruk eller beroende att ett sätt att förebygga narkotikaanvändning hade varit om man fått stöd med att hitta intressen och meningsfulla aktiviteter som ung. Dessutom framhölls behovet av att ha positiva förebilder som ung.

I våra dialoger med verksamhetsföreträdare anges ofta att generellt narkotikaförebyggande arbete kan bedrivas i den civila sektorn. Den innefattar lokala föreningar som ofta drivs ideellt och som dagligen når många unga genom idrott, kultur eller annan fritidsverksamhet.

Under 2023 fick E-hälsomyndigheten med flera myndigheter ett uppdrag av regeringen att utreda förutsättningarna för att införa ett fritidskort för barn och unga. Fritidskortet syftar till att ge barn och unga ökad tillgång till idrott, kultur, friluftsliv och annat föreningsliv.

[64] Folkhälsomyndigheten. https://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/.

Särskilt barn och unga från socioekonomiskt utsatta hushåll ska få utökade möjligheter att delta i fritidsaktiviteter.[65]

Islandsmodellen är ett förebyggande arbetssätt avseende alkohol, tobak och narkotika som bedrivits på Island i mer än 20 år och som visat goda resultat i uppföljningar. Ett av de centrala momenten i modellen bygger på strukturerad, organiserad fritid, ofta i direkt anslutning till skoldagens slut. Alla barn och unga erbjuds lättillgängliga och i stor utsträckning kostnadsfria fritidsaktiviteter. Tränare och ledare är också utbildade i barnpsykologi eller liknade.[66]

Enligt Folkhälsomyndighetens årliga undersökning om förebyggande arbete uppgav de flesta kommuner att de genomför åtgärder för en aktiv fritid för barn och unga som en del i det hälsofrämjande arbetet. Idrottsföreningar var de vanligaste idéburna organisationer som kommunerna samarbetade med gällande narkotikaförebyggande arbete. Runt en fjärdedel av kommunerna uppgav att de genomförde insatser inom idrotten i syfte att påverka attityder och normer. Enligt samma undersökning uppger knappt hälften av kommunerna att de kräver att idrottsföreningar har en ANDTS-policy för att få kommunala bidrag, och ännu färre kommuner kräver att övriga föreningar har en ANDTS-policy.[67] Vi anser det angeläget att fler kommuner tar den här möjligheten att integrera ett ANDTS-förebyggande perspektiv i det lokala föreningslivet.

14.5.6 Det behövs förebyggande insatser inom hälso- och sjukvården riktade till unga

Bedömning: Personal inom primärvården bör i ökad utsträckning ha kunskap om narkotika, risk- och skyddsfaktorer för narkotikaanvändning samt hälsoeffekter för unga. Vidare bör verksamheterna i ökad grad införa metoder för tidig upptäckt och tidiga insatser samt rutiner för hur patienten vid behov kan lotsas vidare.

[65] Socialdepartementet (2023). *Uppdrag att förbereda och införa ett fritidskort för barn och unga*.
[66] Kristjansson A. m.fl. (2020). *Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use*.
[67] Folkhälsomyndigheten. https://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/.

Skäl för bedömningen

Hälso- och sjukvården har stor potential att arbeta förebyggande eftersom den når de flesta människor i något skede av livet. Primärvården, såsom mödravårdscentraler, barnavårdscentraler, elevhälsa, studenthälsa, företagshälsovård, ungdomsmottagningar och vårdcentraler kan arbeta både hälsofrämjande och för att tidigt uppmärksamma narkotikaanvändning och vid behov hänvisa vidare till adekvat vård och stöd.

I en studie där 1 000 ungdomar tillfrågades om medievanor, om vilka frågor de finner känsliga att diskutera, och hur de skulle söka information, råd och stöd om de behövde det i känsliga frågor, framkom att elevhälsan är viktig för många unga.[68] Samtidigt har tillgången till elevhälsopersonal i svenska skolor bedömts otillräcklig och låg i ett internationellt perspektiv.[69,70,71]

När det gäller att söka råd och stöd i känsliga frågor är det internet och speciella webbplatser som är allra viktigast, liksom att vända sig till en vän, men förälder/vårdnadshavare anges som nästan lika viktiga. Detsamma gäller när det handlar om att fråga om råd och stöd för just narkotika, men där är även skolsköterska och skolkurator lika viktiga som en vän.[72]

Ungdomsmottagningar har stor potential att nå unga människor som är i risk för att utveckla skadligt bruk eller beroende och som kan vara svåra att nå med förebyggande insatser. Läs mer om detta i kapitel 16. Studenthälsan vid folkhögskolor, högskolor och universitet är viktiga aktörer eftersom de möter många unga vuxna, den grupp som använder narkotika mest. Även här finns behov av mer kunskap om bemötande och rutiner samt om hur ett allmänt narkotikaförebyggande arbete kan ske på lärosätet.

För att kunna ställa relevanta frågor om narkotikaanvändning behöver personal inom primärvården ha kunskap om narkotika, risk- och skyddsfaktorer för narkotikaanvändning samt hälsoeffekter av narkotikaanvändning. Det behövs samtalsstöd och rutiner för hur

[68] CAN (2023). *Vem kan man lita på? Undersökning om unga, medier och känsliga frågor*.
[69] Skolinspektionen (2015). *Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser.*
[70] SOU 2017:35. *Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*. Slutbetänkande av 2015 års skolkommission.
[71] SOU 2021:11. *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning*.
[72] CAN (2023). *Vem kan man lita på? Undersökning om unga, medier och känsliga frågor*.

patienten vid behov kan lotsas vidare. Läs mer om våra bedömningar och förslag på detta område i kapitel 16 och 27.

Hälso- och sjukvården behöver också samverka med andra aktörer som polisen och socialtjänsten för att se till att unga som misstänks för narkotikabrott erbjuds vård- och stödinsatser. Samverkan mellan polis och socialtjänst förekommer i någon form i de flesta av kommunerna, men graden av samverkan varierar. Vanligast är att samverkan sker på en övergripande nivå mellan olika aktörer kring barn och ungdomsgruppen i stort men det finns även modeller för samverkan kring individen. Det finns flera likartade modeller och vanligen ingår skola, socialtjänst och polis i samverkan. I några kommuner har samverkansmodellen SMADIT (samverkan mot alkohol och droger i trafiken) utvecklats till att även omfatta misstänkta för ringa narkotikabrott utöver trafiknykterhetsbrott, vilket inkluderar unga som är 18 år och äldre.[73]

En central aktör i de samverkansformer mellan polis och socialtjänst som används för att uppmärksamma barn som använt narkotika är de så kallade Mariamottagningarna (Mini-Maria) eller liknande lokala varianter. Det är specialiserade öppenvårdsmottagningar där behandlingspersonalen ansvarar för kontakten med barnen, det vill säga för utformandet av vårderbjudandet och för genomförandet av vårdinsatsen.

Vi lämnar förslag på hur sådan samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och polis kan stärkas. Se mer i kapitel 16 och 22.

14.5.7 Förebyggande insatser riktade till sårbara grupper och individer kan ge effekt på flera olika problem, däribland narkotika

Bedömning: Det är angeläget att satsa på förebyggande arbete mot identifierade riskgrupper, inklusive utvärdering av de arbetssätt som i dag används i Sverige.

[73] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott. En forskningsstudie om socialtjänstens insatser för barn och unga vuxna 15–20 år som under 2017 lagförts för brott mot narkotikastrafflagen*.

Skäl för bedömningen

Barn och unga som växer upp med hälsomässiga, familjerelaterade, sociala och ekonomiska svårigheter har en ökad risk för senare negativa hälsoutfall inklusive skadligt bruk eller beroende. Dessa problem har ofta uppstått tidigt och ibland även varit kända av myndigheter långt innan det skadliga bruket eller beroendet uppstod. Det finns alltså en potential att förebygga skadligt bruk eller beroende i ett tidigt skede.

Riskfaktorer för skadligt bruk eller beroende, som ofullständiga skolbetyg eller normbrytande beteende, har också samband med flera andra folkhälsoproblem. Det innebär att förebyggande verksamhet riktad till sårbara grupper kan ge effekt på flera olika problem, däribland narkotika.

Det är centralt att barn får det stöd som de behöver för att kunna förebygga till exempel en icke fullgjord skolgång, psykisk ohälsa, normbrytande beteende som narkotikaanvändning och flera andra problem. Det i sin tur förutsätter att skolan, socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt andra aktörer runt barnet har de förutsättningar som krävs för att genomföra sina respektive uppdrag, och i många fall att de samverkar med varandra.

Verksamheter behöver samordnas runt barnet och dess familj i stället för motsatsen. Detta kräver en infrastruktur på lokal nivå som syftar till att tidigt upptäcka och förebygga flera olika problem kopplade till barn och unga. Enskilda verksamheter klarar sällan komplexa områden på egen hand, utan samordningen blir central och den behöver ske på lokal såväl som nationell nivå. Det tar också tid att etablera strukturer för samverkan som fungerar långsiktigt.

Samhället behöver också arbeta för att färre barn ska utsättas för riskfaktorer från första början. Det kan innebära att arbeta för att lyfta socioekonomiskt utsatta områden, att satsa på skolan så att fler barn klarar utbildningsmålen samt att se till att föräldrar får vård och stöd för att komma ur skadligt bruk eller beroende.

Det är viktigt att komma ihåg att ett barn eller en ungdom som växer upp med en eller flera riskfaktorer inte per automatik kommer att utveckla skadligt bruk eller beroende, utan det handlar om en förhöjd risk på gruppnivå. Barn och unga med kända riskfaktorer riskerar att möta stigma kopplat till detta. Det finns till exempel en stigmatisering kring både adhd och annan psykisk ohälsa. Att arbeta för att minska denna kan också vara av vikt för att förhindra risken för fram-

tida sociala eller hälsomässiga problem och för att underlätta sökande av vård när individen uppmärksammar ett eget behov.

Liksom urvalet av vilka universella insatser som bör främjas behöver valet av insatser riktade till riskgrupper föregås av en behovsanalys.

Specifika insatser för barn och unga som är särskilt utsatta för risk att utveckla skadligt bruk eller beroende av narkotika behöver utgå från forskning om identifierade risk- och skyddsfaktorer på området men också från kunskap om effektiva metoder och arbetssätt. Det finns till exempel ett behov av forskning och utvärdering av de arbetssätt som används i Sverige, ofta med inspiration från andra länder, men som inte studerats här. I dagsläget bedrivs många olika utvecklingsprojekt och för att insatserna inte ska bli för olika eller fragmentariskt organiserade i landet krävs tydliga forskningsinitiativ för att utveckla området kunskapsmässigt. Prioriteringar för forskning om arbetssätt och metoder kan med fördel ta stöd i erfarenheter och lärdomar från regeringsuppdraget om tidiga samordnade insatser som har finansierat ett 80-tal utvecklingsprojekt.

Flera goda exempel på insatser för barn och unga som är särskilt utsatta för risk att utveckla skadligt bruk eller beroende av narkotika behöver utvärderas och nya arbetssätt behöver utvecklas

När samhället övertar ansvaret för ett barns eller en ungdoms vårdnad finns det en särskild skyldighet att beakta personens bästa. I Sverige läggs tonvikten på att utreda familjers lämplighet och att utbilda dem, men det är mindre vanligt att erbjuda stödinsatser till familjehemsföräldrar under barnens placering. De bör vara en prioriterad grupp inom ramen för både föräldrastödssatsningar och i forskning om effektiva arbetssätt.

Ur ett etiskt perspektiv är det också viktigt att samhällsplacerade barn och ungdomar får samma möjlighet till stöd inför övergången till ett självständigt liv, som de som växt upp med sina ursprungsföräldrar. Vi anser det angeläget att dels erbjuda stödinsatser för familjehemsföräldrar under barnens placering, dels stärka det samhälleliga stödet för den unga personen i samband med övergången till ett självständigt liv.

Barn som växer upp i familjer där en eller båda föräldrarna har skadligt bruk eller beroende löper ökad risk för bland annat sviktande om-

sorg och brist på säkerhet, men även risk att själva utveckla skadligt bruk, beroende och psykisk ohälsa. Hur barn i dessa familjer påverkas beror på hur omfattande beroendet är, om den andra föräldern eller annan vuxen kan kompensera för en del av problemen och hur många andra skyddsfaktorer som påverkar.

De allra flesta kommuner uppger att de erbjuder stöd till barn med föräldrar som har skadligt bruk eller beroende, men de når en väldigt liten andel av de drabbade barnen. Kommunerna uppger själva att det är svårt att hitta barnen. Det innebär att det inte bara måste finnas en stödverksamhet av god kvalitet, utan det behöver också ske ett aktivt arbete för att upplysa barn om stödet och att få dem att delta. Även de instanser som möter vuxna med skadligt bruk eller beroende, som hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, vuxenutbildning och arbetsförmedling behöver kommunicera med socialtjänsten om att det finns barn som kan vara i behov av stöd. Se vidare kapitel 19.

Barn och unga som inte uppnår utbildningens mål i grundskolan eller gymnasiet har sämre möjligheter inom en rad områden, exempelvis i arbetslivet. Att inte uppnå utbildningens mål är också en riskfaktor för narkotikaanvändning och relaterade skador. Det behövs alltså dels främjande insatser, dels stöd för de barn som ändå slutar grundskolan utan att ha nått utbildningens mål. Detta gäller även barn på institution eller i familjehem eftersom de är extra utsatta.

Det finns flera goda exempel på modeller för samordnade tidiga insatser som används i Sverige i dag. *Skola, socialtjänst, polis och fritid* (SSPF) är en metod som syftar till att genom samverkan förebygga skadligt bruk eller kriminalitet hos unga. Den bygger på en fast struktur och dagordning, återkommande möten och gemensamma åtgärdsplaner. *Samverkan i sociala insatsgrupper* (SIG) är även det en metod som ger en struktur för att samverka runt unga som begår brott eller har annat normbrytande beteende. Det är vanligt att de unga som får en insats har en kombinerad problematik.

I Skolverkets och Socialstyrelsens gemensamma regeringsuppdrag om TSI ligger fokus på att socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola arbetar tillsammans för att identifiera barn och unga som behöver tidigt stöd, och bedöma vilket stöd de behöver. Det bygger på att det finns en gemensam struktur för ett tvärprofessionellt arbete. I uppdraget ingår att identifiera hinder och framgångsfaktorer för samverkan, och att sprida resultaten. Myndigheterna arbetar tillsammans

för att stödja och utveckla detta arbetssätt genom ett 40-tal utvecklingsprojekt runt om i landet, som har olika inriktningar.

En del jobbar enligt *Skottlandsmodellen*, som innebär tvärsektoriella team i förskola och skola som knyter stödet nära barnet i dess vardagsmiljö. Andra jobbar i förstärkt första linje för att fånga upp barn som riskerar ogynnsam utveckling avseende psykisk ohälsa, vilket kan ske genom elevhälsa eller vårdcentral.

Det finns också projekt som jobbar med att förebygga problematisk skolfrånvaro och enligt *Hälsa, lärande och trygghet* (HLT), som också är tvärprofessionell samverkan med en helhetssyn på barn. Det ingår även projekt som har inriktning mot brottsförebyggande arbete i socialt utsatta områden. De olika inriktningarna har mycket gemensamt, bland annat att man jobbar tvärprofessionellt.

Kopplat till flera sådana utvecklingsarbeten finns ett sexårigt forskningsprogram, *Connected Children*, som följer utvecklingen av införandet av modeller inspirerade av GIRFEC (*Getting it right for every child*) i Skottland. Modellen omfattar samtliga preventionsnivåer och kan sägas utgöra ett sätt att skapa en kommunal eller regional infrastruktur som syftar till att tidigt upptäcka och förebygga flera problem kopplade till barn och unga med stöd av särskilda verktyg och utpekade roller för att bättre bedöma och prioritera risk och skydd. Tillsammans med andra reformer i Skottland har den rönt framgång i ett flertal avseenden (även om det vetenskapligt är svårt att knyta just detta ramverk till positiva utfall). Tanken med forskningsprogrammet är att i nära samverkan med praktiken skapa en grund för utveckling av ett kunskapsbaserat preventivt arbete gällande barn och unga.

Eftersom det handlar om att skapa en utökad samverkan finns det en mängd utmaningar förenade med implementeringen av ramverket, vilket också har belysts i några studier. Modellen implementeras i Falun som *Tillsammans för varje barn*, i Kronobergs län som *Kronobarnsmodellen* och i Ystad som *Backa barnet*, och även Lidingö kommun har valt att införa denna modell. Polisen har valt ut Ystads version av *Backa barnet* som ett nationellt exempel på ett preventivt arbetssätt.

Förebygg och behandla psykisk ohälsa tidigt

En annan del som är av stor vikt i att förebygga barns och ungas narkotikaanvändning är att tidigt förebygga och behandla psykisk ohälsa. UNODC:s internationella standarder för prevention betonar vikten av att så tidigt som möjligt behandla olika former av psykisk ohälsa eftersom de utgör riskfaktorer för senare skadligt bruk eller beroende. Adhd-diagnos innebär till exempel en ökad risk för att senare i livet få skadligt bruk eller beroende, även om långt ifrån alla med adhd utvecklar sådana problem.

I många av de dialoger vi haft med verksamhetsföreträdare har det framhållits att det är viktigt att identifiera och stödja barn med NPF-diagnoser. Det framhålls också som viktigt att erbjuda stöd och anpassningar till barn och unga med funktionsnedsättningar utan att förstärka ett befintligt stigma som finns hos gruppen. Barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och deras föräldrar kan behöva mer information om den eventuellt ökade sårbarheten för skadligt bruk eller beroende. Ett ofta uppmärksammat problem är att tillgången till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) behöver förbättras så att fler barn och unga kan få hjälp med sitt psykiska mående.

Det kan även finnas behov av att öka kunskapen om narkotikaanvändning hos personalen på BUP och att i ökad grad införa screening för användning. Se vidare kapitel 16.

14.6 Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att förmedla kunskap om narkotika och hälsoeffekter

Förslag: Regeringen ska ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att analysera och sammanställa aktuell kunskap om hälsoeffekter kopplade till de vanligaste narkotiska substanserna, samt skapa en tillgänglig kanal för att förmedla informationen, i syfte att tillhandahålla en kunskapsbas som grund för flera aktörer i det nationella, regionala och lokala förebyggande arbetet.

14.6.1 Skäl för förslaget

Ett effektivt förebyggande arbete förutsätter att det finns grundläggande information om olika substanser, hälsoeffekter och var man kan söka vård och stöd, även om det inte finns något tydligt stöd för att offentligt producerad kunskap om hälsoeffekter skulle vara en förebyggande faktor i sig själv. Det är viktigt att både föräldrar och de yrkesgrupper som möter barn och unga har tillgång till sådan kunskap för att kommunicera om narkotika på ett trovärdigt och faktabaserat sätt, och för att ge adekvat vidare stöd vid behov. Att många har korrekt kunskap om narkotikaanvändning är också en förutsättning för att minska stigma.

Vi ser ett behov av att stärka tillgången till aktuell och vetenskapligt grundad kunskap om narkotiska substanser för främst ANDTS-samordnare och nationella myndigheter som deltar i genomförandet av ANDTS-strategin. Vi ser att dessa målgrupper har kompetens att, baserat på behov, förmedla informationen på olika sätt och via olika kanaler till lämpliga målgrupper. Det kan till exempel handla om att

- informera föräldrar i en kommun om narkotika
- utbilda yrkesgrupper som arbetar nära barn och unga
- integrera narkotikakunskap i myndigheters verksamhet som körkortsutbildning, föräldrastöd eller skolundervisning.

Forskningen om hälsomässiga effekter av olika narkotiska substanser är ett område under utveckling vilket innebär att resultat ibland tolkas olikartat och riskerar att kommuniceras som skrämselpropaganda. Det kan därför vara svårt att utforma och kommunicera nyanserad information på området. Staten uppfattas generellt som en trovärdig förmedlare av information och har i högre grad resurser att regelbundet analysera evidens (som är föränderlig på narkotikaområdet). Framtagandet av sådan information sker också mer effektivt på ett ställe än flera olika. Därför föreslår vi att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag av regeringen att regelbundet analysera och sammanställa aktuell vetenskap om hälsoeffekter kopplade till de vanligaste narkotiska substanserna. Vidare föreslår vi att de får i uppdrag att skapa en tillgänglig kanal för att förmedla informationen till förebyggande aktörer, men inte direkt till allmänheten. Däremot kan det finnas behov av att informationen målgruppsanpassas av Folkhälsomyndigheten på olika

vis för att underlätta för andra förebyggande aktörer att nå målgrupperna (såsom föräldrar, ungdomar och skolpersonal) med informationen. Folkhälsomyndigheten har en samordnande roll för de 23 myndigheter som stöder genomförandet av ANDTS-strategin, vilket kan underlätta förmedlingen av information. Förslaget relaterar till vårt förslag i kapitel 21 om att utreda hur information om substanser och risker kan förmedlas till personer som använder narkotika i syfte att minska skador till följd av narkotikaanvändning.

Förändringar i användning av narkotika skapar ökat behov av kunskap

För att kunna fatta beslut som rör hälsan har alla individer rätt till relevant och trovärdig information. Undersökningar tyder dock på att unga i dag i hög grad saknar och efterfrågar mer relevant information om narkotika och dess hälsoeffekter från samhället.[74,75]

Det finns indikationer på att narkotikaanvändning och skadligt bruk eller beroende har ökat generellt i Sverige, men problemen är fortfarande i ett internationellt perspektiv små och varierar lokalt. En utförligare beskrivning finns i kapitel 4. Sverige ligger jämförelsevis lågt särskilt avseende cannabisprevalens, men närmare EU-snittet när det gäller kokain, MDMA (ecstasy) och amfetamin.[76]

Det är svårt att få tillförlitlig kunskap om användning av narkotiska substanser i Sverige, men det finns indikationer på att användningen är relativt hög i vissa grupper, till exempel bland restaurang- och krogbesökare.[77] Användningen av narkotikaklassade läkemedel utan förskrivning är antagligen vanligare i dag än tidigare. Det innebär att det utöver cannabis också finns ett behov av kunskap om andra typer av substanser.

Det finns ett generellt ökat behov av att vuxna i barns och ungas närhet, som vårdnadshavare eller i sin yrkesprofession, har tillräckliga kunskaper om cannabis och annan narkotika för att kunna ha trovärdiga dialoger med unga. Stödet ska underlätta en trovärdig riskinformation med en nyanserad retorik som gör skillnad på olika typer

[74] Folkhälsomyndigheten (2023). *Vuxnas attityder till cannabis och annan narkotika*.
[75] Centrum för psykiatriforskning, Region Stockholm (2022). *Ungas uppfattning om cannabis – En intervjustudie bland brukare och icke-brukare*.
[76] EMCDDA (2022). *Årsrapport 2022*.
[77] Elgán T. m.fl. (2021). *Narkotika- och alkoholkonsumtion bland besökare i Stockholms nöjesmiljöer. Självrapportering och biologisk testning*. STAD Rapport 68.

av narkotika, inklusive narkotikaklassade läkemedel. Mot den här bakgrunden ser vi behov av att utveckla tillgången till neutral och faktabaserad information om narkotika som en grund i det förebyggande arbetet.

Kommunikation sker med fördel i nära anslutning till målgruppen

Kunskap behöver finnas tillgänglig direkt för barn och unga via till exempel skolan eller webbsidor som Umo.se eller Drugsmart.se, men också för föräldrar och yrkesgrupper som i sitt arbete möter unga och därför kan behöva diskutera narkotika och dess hälsoeffekter, liksom ha kännedom om vård- och stödmöjligheter.

För föräldrar finns till exempel *Tonårsparlören*, som främst handlar om alkohol men även tar upp cannabis och läkemedel. Den sammanställs och distribueras årligen till tonårsföräldrar av Systembolaget och dess dotterbolag IQ.

Enligt skollagen och läroplaner har alla elever rätt till en hälsofrämjande skolmiljö och undervisning som ger en mer sammansatt bild av alkohol, narkotika, tobak och dopning genom att integrera kunskap om substanserna i olika skolämnen. Det finns också stödmaterial som hjälp för lärare att integrera substanskunskap i undervisningen, som *ANDT på schemat*, vilket förvaltas av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) och kan nås via Skolverkets webbplats.

Skolverket erbjuder för närvarande stödmaterial för ANDTS-arbetet i skolan via två webbstöd: ett som riktar sig till huvudmän och skolledning, och ett som vänder sig till skolans personal. Skolverkets generella stödmaterial kan användas i det hälsofrämjande och förebyggande ANDTS-arbetet samt som stöd för det systematiska kvalitetsarbetet. Detta stöd innehåller material om

- främjande av närvaro och förebyggande av frånvaro
- trygghet och studiero
- stöd i klassrummet för kontroversiella frågor
- *Kvalitetsverkstaden* för det systematiska kvalitetsarbetet.

Ett annat sådant material, *Lärare kan undervisa om cannabis*, har utvecklats på Länsstyrelsen i Norrbottens län.

CAN driver sajten Drugsmart.se, som sammanställer kunskap, artiklar samt frågor och svar om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel. Den har också länkar till insatser där barn och unga kan söka vård och stöd samt ställa frågor. Drugsmart.se har många besökare, cirka 40 000 per månad.

Folkhälsomyndigheten har material om cannabis och hälsoeffekter riktat till främst ANDTS-samordnare.

Västerås stad har utvecklat ett utbildnings- och nätverkskoncept om prevention, kallat *ANDT-coach*, för vuxna som i sin yrkesroll möter barn och unga. Där erbjuds stöd och material, och modellen har spridits till flera län.

Information om vård och stöd kan man hitta på exempelvis 1177, Droghjälpen samt på regioners och kommuners egna webbsidor.

Giftinformationscentralen tillhandahåller information om olika narkotiska substanser och om akuta förgiftningsrisker.

Hälsolitteracitet är ett vanligt begrepp inom hälsokommunikation. Det handlar om personers förmåga att hitta, förstå och tillämpa information om hälsa. Faktorer såsom kön, socioekonomi och ålder har betydelse för hur man söker information.[78] Till exempel visade en utvärdering av en svensk informationssatsning om alkoholskador att det var stora regionala skillnader i vem målgruppen ansåg var mest trovärdig som avsändare för informationen.

Eftersom behoven och förutsättningarna ser olika ut regionalt och lokalt menar vi att kommunikation lämpligen görs nära medborgarna. Förslagsvis kan kommunikationen ske inom kommuner, vilka har god kännedom om målgrupp och lokala förhållanden, och därmed snabbare kan uppmärksamma när det behövs information. Samtidigt har en kommun eller annan mindre aktör inte alltid resurser att på egen hand snabbt analysera och sammanställa vetenskapligt grundad kunskap, varför det behövs en nationell aktör som tydligare ansvarar för en sådan infrastruktur.

Information och utbildning inom ANDTS-området förekommer ofta som insats i svenska kommuner, men behöver utvecklas vidare för att nå fler invånare. Drygt hälften av kommunerna uppgav i Folkhälsomyndighetens årliga undersökning om lokalt förebyggande ar-

[78] Folkhälsomyndigheten (2018). *Hälsokommunikation i det nya medielandskapet. Kartläggning av internationell och svensk forskning 2010–2016*.

bete att de gjort ANDTS-relaterade informationsutskick till föräldrar de senaste åren. Något färre än hälften av kommunerna uppgav att de erbjudit någon form av utbildning till kommunal personal som möter barn och ungdomar, kopplad till tidig upptäckt av ANDTS. Antalet kommuner som genomförde föräldraprogram om alkohol och narkotika för föräldrar till barn i grundskolans år 6 till 9 minskade kraftigt 2011–2021 från 193 till 49 kommuner.[79]

Den forskning som utvärderar hälsokommunikativa insatser är begränsad, och av de studier som finns är det få som är tillförlitliga.[80] Massmediekampanjer (via internet, tv, tryck och radio) som syftar till att förebygga drogbruk och som genomförs enskilt i stället för sammankopplat med annan insats, och som dessutom fokuserar på risker med substanser, har ofta ingen effekt på beteenden.[81]

UNODC sammanfattar i sina standarder för prevention att utvärderingar av mediekampanjer visat på resultat i olika riktningar, men de som haft effekt har innehållit vissa komponenter, till exempel att de har

- kombinerats med andra förebyggande insatser
- riktats till föräldrar
- haft en tydligt inringad målgrupp.[82]

Forskning kring hur hälsokommunikation om narkotika kan ske till olika målgrupper behöver förstärkas och förmedlas på ett lättförståeligt sätt. Det är viktigt att informationen inte bidrar till ett majoritetsmissförstånd om narkotikaanvändning, väcker nyfikenhet att prova narkotika eller bidrar till en norm om att narkotikaanvändning är det normala.

Kommunikation, särskilt från offentliga aktörer, måste ske utifrån kunskap, både vad gäller sakinnehåll och sätt att effektivt nå målgruppen.

Sammanfattningsvis finns information från flera olika aktörer och riktad till olika målgrupper, men det saknas en form för aktuell evidensbaserad kommunikation som kan ligga till grund för kommunikationsinsatser till olika målgrupper. En sådan anser vi kan stärka möjligheten

[79] Folkhälsomyndigheten. https://www.andtuppfoljning.se/indikatorlabbet/.
[80] Folkhälsomyndigheten (2018). *Hälsokommunikation i det nya medielandskapet. Kartläggning av internationell och svensk forskning 2010–2016*.
[81] EMCDDA (2021). *Cannabis: health and social responses*.
[82] UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention*.

att arbeta narkotikaförebyggande på fler arenor och mot fler målgrupper. Behoven av kunskap ser olika ut i landet eftersom narkotikaanvändningen varierar, och det kan även finnas regionala variationer i hur man bäst tillgodogör sig information.

15 Ett särskilt program för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga

Enligt direktivet ska vi lämna förslag på ett särskilt program för att förebygga barns och ungas narkotikaanvändning, vilket vi gör i det här kapitlet. Programmets insatser beskrivs i detalj i betänkandets olika kapitel, särskilt kapitel 14, men samlas här för att ge en mer överskådlig bild.

15.1 Regeringen ska anta ett särskilt program för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga

Förslag: Regeringen ska anta ett särskilt program som omfattar en femårsperiod och som kompletterar gällande ANDTS[1]-strategi, för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga i åldrarna 0–25 år. Programmet ska bidra till att uppnå regeringens övergripande mål, och mål 3 i ANDTS-strategin 2021–2025 om att minska antalet barn och unga som börjar använda narkotika. Programmet ska också bidra till att senarelägga narkotikadebut och att minska skadligt bruk eller beroende hos barn och unga. Genomförandet av programmet ska följas upp regelbundet, och nya åtgärder ska vidtas vid behov.

[1] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.

15.1.1 Skäl för förslaget

Skadligt bruk eller beroende av narkotika är en multifaktoriell fråga. Många av de faktorer som kan kopplas till narkotikaanvändning ligger också bakom andra folkhälsoproblem som våld, annan substansanvändning samt brott. Det är därför lämpligt att samordna förebyggande arbete på både lokal, regional och nationell nivå. Narkotikaförebyggande arbete är därför del av ett bredare ANDTS-förebyggande arbete och ingår i en sådan generell uppbyggd struktur, men är också en del av ett generellt hälsofrämjande arbete och det folkhälsopolitiska ramverket.

Ett särskilt program kommer därför att tangera flera andra aktuella statliga satsningar, utredningar och program, såsom det hälsoprogram för barn och unga som ska utvecklas av Socialstyrelsen, eller lokalt brottsförebyggande arbete som regleras i lag från 2023. Denna typ av förslag, som i allmänhet påverkar samhälleliga förutsättningar för en god hälsa, är en grund även för det narkotikaförebyggande arbetet och kan ge synergieffekter inom fler preventionsområden.

Det faktum att narkotikaförebyggande arbete i första hand bedrivs som en del i ett generellt hälsofrämjande och förebyggande arbete gör att vi har övervägt lämpligheten i att föreslå ett särskilt program för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga. Det kan finnas en risk i att lyfta fram en specifik fråga på bekostnad av andra, men vi anser att det finns särskilda omständigheter som gör att det är motiverat att specifikt stärka det narkotikaförebyggande arbetet. Det sker en global policyutveckling som innebär att flera länder under senare år har valt att avkriminalisera eller legalisera användning och försäljning av narkotika, vilket på olika sätt, oavsett vad vi själva väljer att göra, kan komma att påverka den svenska situationen. Ytterligare en grund för ett särskilt program är att barns och ungas narkotikaanvändning inte haft samma positiva utveckling över tid som ungas alkohol- respektive tobaksanvändning. Narkotikaområdet lider också av många kunskapsluckor både vad gäller förekomst och om effektiva insatser.

Ett särskilt program sätter ljuset på ett allvarligt problem och samlar viktiga aktörer för att åstadkomma förändring, men måste också sättas i ett större sammanhang med ett arbete på samhällsnivå för att på olika sätt bibehålla välfärd samt skapa god och jämlik hälsa i befolkningen. En annan utgångspunkt för programmet är vikten av ett

livsloppsperspektiv i det förebyggande arbetet, och kombinationen av generella och riktade insatser på flera olika arenor. Ett förebyggande arbete som börjar tidigt i barns liv och som kan vända utvecklingen kan vara gynnsamt både för individen och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Ett sådant arbete tar tid, vilket inom folkhälsopolitiken är uttryckt som att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.[2] Det signalerar att arbetet bör vara brett, uthålligt och långsiktigt. Ett effektivt narkotikaförebyggande arbete har potential att också minska behoven av resurser och åtgärder inom andra områden.

För att det förebyggande arbetet ska vara effektivt behöver det vara baserat på kunskap, och åtgärderna måste utgå från systematiska kartläggningar och analyser av aktuella förhållanden och förutsättningar. Eftersom problembilderna skiljer sig åt mellan olika delar av landet[3] kan programmet genomföras på olika sätt och med olika omfattning på olika platser. Vår bedömning är att det inte är möjligt att med säkerhet fastställa att en enskild insats kommer att ge resultat. Snarare handlar det om att utifrån bästa tillgängliga kunskap, praktisk erfarenhet, samt internationella erfarenheter fastställa viktiga områden och insatser för att hantera nutida och framtida situation. Vi föreslår därför att genomförandet av programmet regelbundet ska följas upp för att avgöra om utvecklingen går i rätt riktning samt vid behov vidta nya åtgärder.

Programmet anger en övergripande inriktning och utvecklingsområden. Programmet kompletterar ANDTS-strategin med fokus på *vad* som ska genomföras under en femårsperiod, men inte *hur*. Det anger inte utförande eller tidplaner i detalj utan ger en samlad beskrivning av utvecklingsområden inom narkotikaförebyggande arbete och en inriktning för kunskapsbaserat arbete som ligger i linje med internationella rekommendationer.

Programmet ska bidra till att uppnå regeringens övergripande mål om ett samhälle som är fritt från narkotika, och målen i ANDTS-strategin 2021–2025. Men eftersom olika narkotiska substanser förekommer i samhället, behöver programmet även ha som mål att senarelägga narkotikadebuten och att minska skadligt bruk eller beroende hos barn och unga.

[2] Folkhälsomyndigheten (2023). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023.*
[3] Folkhälsomyndigheten (2020). *Jämlikhetsperspektiv på lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete – En jämförelse av kommunernas arbete mot alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksrelaterad ohälsa*.

15.2 Insatser i programmet för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga

Förslag: Programmet för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga ska innehålla följande delområden:

- ökad likvärdighet mellan kommuners förebyggande verksamhet
- stärkta förutsättningar för ett systematiskt hälsofrämjande och förebyggande arbete
- tillgängligt föräldrastöd för fler föräldrar
- fortsatta satsningar på tidiga samordnade insatser
- fler kontaktytor för att tidigt uppmärksamma narkotikaanvändning hos flickor och unga kvinnor
- information om substanser och deras hälsorisker som grund för det förebyggande arbetet, samt information om var man kan söka vård och stöd
- en tydlig väg in i vård och stöd för skadligt bruk eller beroende av narkotika
- fler samordnade vård- och stödverksamheter för barn och unga
- bättre vård och stöd för unga som misstänks för narkotikabrott.

15.2.1 Skäl för förslaget

Programmets insatser beskrivs i detalj i betänkandets olika kapitel, men samlas här för att ge en mer överskådlig bild. Programmet består av de insatser och utvecklingsområden som vi lämnat som förslag eller bedömningar inom ramen för detta betänkande och som vi menar har störst förutsättningar att kunna minska antalet barn och unga som börjar använda narkotika, senarelägga debuten samt att minska skadligt bruk eller beroende hos barn och unga.

Sammantaget ger programmet uttryck för en ambitionshöjning och syftar till att möjliggöra en sammanhållen inriktning för det långsiktiga arbetet genom att tydliggöra behoven och inriktningen för det förebyggande området. Det är baserat på en analys av forskningsläget, tillgängliga data och kunskaper om förebyggande arbete i Sverige

samt uppgifter som framförts av verksamhetsföreträdare på regional och lokal nivå samt personer som använder narkotika.

Ökad likvärdighet mellan kommuners förebyggande verksamhet

För att minska omotiverade skillnader mellan kommuner i det förebyggande arbetet både avseende strukturen för arbetet och aktiviteter finns det behov av tydligare statligt stöd. Bristande kunskap om effektiva metoder gör att kunskapsstyrningen på området är relativt svagt och att det råder en osäkerhet om organisering av arbetet. Det behövs extra resurser för att främja ett likvärdigt narkotikaförebyggande arbete med utgångspunkt i programmet. Vi föreslår att länsstyrelserna ska få i uppdrag att stärka förutsättningarna för lokalt förebyggande arbete genom utbildningsinsatser, vägledning, utvecklingsprojekt och kunskapsstöd. Se vidare i följande avsnitt. Vi föreslår också att nationella myndigheters kunskapsstöd ska förbättras genom att i ökad grad målgruppsanpassas och tydliggöra struktur och innehåll i ett kvalitativt förebyggande arbete baserat på forskning och erfarenhet, i samverkan mellan relevanta preventionsområden. Vi bedömer också att regeringen bör uppdra åt Folkhälsomyndigheten att testa en samordning av nationell förvaltning av ANDTS-förebyggande metoder under en pilotperiod. Förslagen beskrivs närmare i kapitel 14.

Stärkta förutsättningar för ett systematiskt hälsofrämjande och förebyggande arbete

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet bör bedrivas på relevanta kontaktytor för barn och unga. Förutsättningarna för att detta ska ske på ett systematiskt sätt bör förbättras, bland annat genom att en grundstruktur för förebyggande arbetet i kommunerna främjas. Vi bedömer därför att kommunerna i samband med aktuella förstärkningar av styrningen för till exempel det brottsförebyggande området, bör prioritera att samordna det förebyggande arbetet mellan olika sektorer, och skapa en stabil struktur för detta.

Samhällets hälsofrämjande insatser kan stärka barns och ungas motståndskraft mot, eller minska risken för att utsättas för riskfaktorer.

Satsningar i skolan för att alla ska nå utbildningens mål och att stödja barn som inte gör det är en av de viktigaste narkotikaförebyggande insatserna. Vi ser också behov av förstärkningar inom flera av de prioriterade områden som det förebyggande arbetet bör riktas mot så som förebyggande handlingsplaner i skolan, tillgänglighetsbegränsning, uppföljning av arbetsmodellen *Krogar mot knark* samt utbildning av personal inom hälso- och sjukvården (kapitel 27). Vi beskriver dessa områden i kapitel 14.

Tillgängligt föräldrastöd för fler föräldrar

Föräldrastöd som syftar till att främja hälsa och förebygga ohälsa hos barn och unga är viktigt för att förebygga skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vi anser det angeläget att det sker långsiktiga satsningar för att dels utveckla en jämlik tillgång till stöd i föräldraskapet för fler, dels aktivt verka för att fånga upp de föräldrar som har störst behov av stödet.

Kommuner och regioner bör ta initiativ till att systematisera sitt arbete med föräldraskapsstöd för att det ska bli hållbart och jämlikt. Det nationella hälsoprogrammet för barn och unga vars utveckling nu koordineras av Socialstyrelsen bör inkludera rekommendationer om föräldraskapsstödjande insatser, och hur sådana insatser på universell, selektiv och indikerad nivå kan tillgängliggöras för alla föräldrar. Rekommendationerna bör också kompletteras med information till föräldrar om hur de kan kommunicera om narkotika med sina barn. Se kapitel 14.

Fortsatta satsningar på tidiga samordnade insatser

Det är angeläget att det finns ett livsloppsperspektiv i hur resurser och prioriteringar fördelas i det narkotikaförebyggande arbetet. Bland barn och unga som använder narkotika mer regelbundet är det fler som har haft tecken på en tidig ogynnsam utveckling och kontakter med myndigheter än befolkningen i allmänhet. Därför finns det anledning att betona nyttan av att arbeta generellt med tidiga samordnade insatser för barn och unga som riskerar en ogynnsam utveckling även för att förebygga skadligt bruk eller beroende av narkotika. Mot den bakgrunden bedömer vi i kapitel 14 att regeringen bör ta initiativ för

att skapa en långsiktig struktur för arbetet med tidiga samordnade insatser till barn och unga på nationell, regional och lokal nivå, genom att bygga vidare på kunskapen som framkommit i arbetet med *tidiga samordnade insatser* (TSI).

Fler kontaktytor för att tidigt uppmärksamma narkotikaanvändning hos unga, särskilt flickor och unga kvinnor

Det finns behov av att stödja utvecklingen mot att skapa fler kontaktytor för att nå unga med riskbruk, skadligt bruk eller beroende. Särskilt behöver möjligheten stärkas för flickor och unga kvinnor eftersom kvinnor med skadligt bruk eller beroende av narkotika är en av samhällets mest utsatta grupper. Vi bedömer att ungdomsmottagningarna har goda förutsättningar för tidig upptäckt och att nå unga med tidiga insatser. De når en övervägande del flickor och unga kvinnor men också en utsatt grupp avseende substansanvändning och sexuell utsatthet. Vi bedömer därför att staten bör tydliggöra ungdomsmottagningarnas generella uppdrag, inklusive tidig upptäckt och tidiga insatser vid skadligt bruk eller beroende. Se vidare kapitel 16.

Information om substanser och deras hälsorisker som grund för det förebyggande arbetet, samt information om var man kan söka vård och stöd

Ett effektivt förebyggande arbete förutsätter att det finns tillgång till aktuell och nyanserad kunskap om substanser, hälsoeffekter och var man kan söka vård och stöd. Föräldrar och de yrkesgrupper som möter barn och unga behöver ha tillgång till sådan kunskap för att kommunicera om narkotika på ett trovärdigt och faktabaserat sätt, och för att ge adekvat vidare stöd vid behov. Därför föreslår vi att Folkhälsomyndigheten får i uppdrag av regeringen att regelbundet analysera och sammanställa aktuell vetenskap om hälsoeffekter kopplade till de vanligaste narkotiska substanserna och dessutom skapa en tillgänglig kanal för att förmedla informationen. Se vidare kapitel 14.

En tydlig väg in i vård och stöd för skadligt bruk eller beroende av narkotika

Området vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende är fragmentiserat, och det är otydligt, för både berörda personer och vårdpersonal, var vägen in i vård och stöd börjar och hur personer kan slussas vidare inom systemet. Vi anser att en anonym stödlinje kan öka förutsättningarna att skapa en tydlig väg in i vård och stöd för skadligt bruk eller beroende samt att överbrygga barriärer mot att söka vård och stöd, som till exempel stigma. Se vidare kapitel 16.

Vidare anser vi att regionerna i ökad grad bör tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för att behandla barns och ungas skadliga bruk eller beroende av narkotika. Särskilt barn- och ungdomspsykiatrin bör ta ökat ansvar för utredning och behandling av barns och ungas skadliga bruk eller beroende. Vi lämnar också förslag på hur personal inom den första vårdnivån, så som primärvården, ungdomsmottagningarna och elevhälsan, kan få bättre möjligheter att arbeta med skadligt bruk eller beroende genom kompetenshöjning och styrmedel via regionerna. Se vidare kapitel 27.

Fler samordnade vård- och stödverksamheter för barn och unga

Barn och unga med skadligt bruk eller beroende, men även lättare problem med alkohol eller narkotika, har också i hög grad annan psykiatrisk samsjuklighet och sociala problem kopplade till skolan, familjen eller kriminalitet. Det innebär att vårdinsatser för barn och unga med skadligt bruk eller beroende i hög grad kan behöva samordnas med socialtjänst och annan psykiatri. Stödinsatser för barn och unga behöver ha ett helhetsperspektiv med hänsyn till faktorer i olika livsområden. Vi anser att det är av särskild vikt att regionerna och kommunerna har gemensamma strukturer för en sådan samordning. Vi lämnar därför förslag på hur staten kan främja fler samordnade vård- och stödverksamheter för barn och unga, till exempel integrerade verksamheter som Mariamottagningar. Se vidare kapitel 16.

Bättre vård och stöd för unga som misstänks för narkotikabrott

En förutsättning för att barn och unga som misstänks för narkotikabrott ska få de vård- och stödinsatser de behöver är att samverkan sker mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och Polismyndigheten. För att sådan samverkan ska förbättras föreslår vi i kapitel 22 att berörda myndigheter tar fram en vägledning för hur barn och unga under 21 år som misstänks för narkotikabrott kan erbjudas vård och stöd när det finns ett sådant behov.

15.3 Länsstyrelserna ska få i uppdrag att stödja kommunerna i genomförandet av programmet

Förslag: Regeringen ska ge länsstyrelserna i uppdrag att, i dialog med andra relevanta aktörer, stödja kommunerna i genomförandet av programmet för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga.

15.3.1 Skäl för förslaget

Vi anser att förutsättningarna för det förebyggande arbetet behöver stärkas för att innehållet i programmet ska kunna genomföras. Mot bakgrund av länsstyrelsernas kunskap om de lokala och regionala förutsättningarna, deras pågående arbeten och upparbetade strukturer inom flera områden som har tydlig beröring med narkotikaförebyggande arbete, bedömer vi att det är lämpligt att länsstyrelserna får en central roll i att stödja kommunerna i genomförandet av programmet.

Det har sedan 00-talet byggts upp en infrastruktur från nationell och regional till lokal nivå på ANDTS-området genom flertalet statliga satsningar. De har genererat mycket kunskap till området och en väl utvecklad struktur i kommunerna.[4,5] Under flera år satsades också betydande medel för att stötta olika former av utvecklingsarbete – både utbildningar, implementeringsstöd och, inte minst, forsknings-

[4] Statskontoret (2015) *Utvärdering av regeringens strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*.
[5] Ramboll (2019). *Uppföljning av fyra nationella satsningar för att utveckla lokalt ANDT-förebyggande arbete*.

baserad metodutveckling av såväl specifika program och insatser som lokala interventionsprojekt.

Samtidigt har statsbidragen varit fragmentariska[6] och inte fått tillräckligt långsiktiga effekter, särskilt inte i mindre kommuner som är mer sårbara för resursförändringar.[7] Även generellt syns en försvagning i det lokala förebyggande arbetet. En analys av förebyggande verksamhet i kommunerna visar att omfattningen av det ANDT-förebyggande arbetet har minskat något de senaste åren. Dessutom är skillnaderna mellan kommuner betydande.

Detta kan bero på konkurrens om resurser från nya politiska satsningar lokalt på till exempel brottsförebyggande arbete eller generellt folkhälsoarbete.

Länsstyrelserna har bland annat i uppdrag att stödja genomförandet av den nationella ANDTS-politiken. De har även en viktig samordnande och stödjande roll inom flera områden som har direkt beröring med narkotikaförebyggande arbete som brottsförebyggande arbete och folkhälsoarbete. De bedriver ett strukturerat arbete i nätverk med relevanta aktörer och håller sammankomster för kunskapsstöd i länen. På det viset har de bidragit till implementeringen av nationellt prioriterade insatser inom ANDTS-områdena. Länsstyrelsernas breda uppdrag innebär goda möjligheter att samordna preventionsinsatser. Det kan innebära effektivitetsvinster och möjliggöra att kunskap och lärdomar om framgångsrika metoder och arbetssätt sprids mellan olika preventionsområden.

Som vi beskriver i kapitel 14 är det vetenskapliga underlaget ofta begränsat vad gäller effektiva insatser på det narkotikaförebyggande området, och då bör arbetet utgå från bästa möjliga och tillgängliga kunskap. För att arbetet ska kunskapsbaseras behöver åtgärder identifieras och prioriteras utifrån behovsanalyser, och regelbundet följas upp och utvärderas. Eftersom behoven kan variera bör konkreta metoder för vad som ska genomföras lokalt baseras på lokala, snarare än nationella, behovsanalyser. Regioner och länsstyrelser kan vinna på att samverka i sådana regionala behovsanalyser och i att gemensamt stödja kommuner i motsvarande lokala analyser.

Länsstyrelserna har sammantaget goda förutsättningar för att inom ramen för genomförandet av programmet stödja kommunerna i hur

[6] Riksrevisionen (2010). *Statliga stöd i alkoholpolitiken – Påverkas ungas alkoholkonsumtion?*
[7] Leifman, H. (2023). *Det lokala ANDT-förebyggande arbetet – utveckling och skillnader 2016–2021.*

det narkotikaförebyggande arbetet kan bedrivas, och sprida de goda exempel som finns runtom i landet.

Uppdraget att ansvara för att stödja kommunerna igenomförandet av programmet skulle innebära ansvar för att

- vägleda kommunerna i arbetet med lokala behovsanalyser som en grund för genomförandet av programmet
- genomföra utbildningsinsatser för att stödja och bidra till införandet av effektiva metoder och arbetssätt
- initiera utvecklingsprojekt som utvärderas i syfte att generera ny kunskap om effektivt och kunskapsbaserat arbete
- sammanställa och sprida kunskapsstöd baserat på erfarenheterna som genereras.

För att den kunskap och förstärkning som genereras av programmet ska bibehållas är det viktigt att länsstyrelserna får en central roll i att stödja genomförandet, eftersom de redan har en tydlig roll i att genomföra statens ANDTS-politik, och de har kunskap och strukturer för samverkan och kunskapsstöd.

Tidigare erfarenheter från utvecklingsprojekt kan stödja utvecklingen

Eftersom det finns behov av att utveckla nya arbetssätt på området som följs upp och utvärderas bedömer vi att länsstyrelserna bör få möjlighet att stödja en sådan utveckling genom att initiera utvecklingsprojekt. I detta kan stöd tas av de erfarenheter som framkommit i tidigare utvecklingsbidrag.

Folkhälsomyndigheten har under strategiperioden 2016–2020 fördelat statsbidrag till 22 projekt för utveckling av nya, eller tillämpning av befintliga, metoder och arbetssätt inom ANDT-området. Utvecklingsprojekten har fyllt en viktig funktion i att på lokal nivå verka för ett effektivt och kunskapsbaserat arbete på ANDT-området.

Folkhälsomyndigheten har under föregående strategiperiod verkat för att höja kraven på utvecklingsprojektens vetenskapliga innehåll. Detta har lett till en övergångsperiod där de externa aktörerna behövt tillägna sig ett nytt arbetssätt med praktik och forskning i samverkan. Vi anser det viktigt att man fortsätter på den inslagna

banan inom ramen för det nu föreslagna programmet, och i möjligaste mån säkrar att projekten utgår från, och bidrar till, ett kunskapsbaserat arbete som vilar på vetenskaplig grund.

15.4 Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att leda och följa upp genomförandet av programmet på nationell nivå

Förslag: Regeringen ska ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag, att i dialog med andra relevanta aktörer och om möjligt med koppling till befintliga organisatoriska strukturer, leda genomförandet på nationell nivå samt följa upp genomförandet av programmet.

15.4.1 Skäl för förslaget

Vi bedömer att genomförandet av de komponenter som ingår i programmet behöver stödjas och följas upp regelbundet för att avgöra om utvecklingen går i rätt riktning. Arbetet behöver ske i samverkan mellan flera av de aktörer som är involverade i arbetet med att förebygga barns och ungas narkotikaanvändning som Socialstyrelsen, länsstyrelserna samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). För att stödja detta ska Folkhälsomyndigheten få i uppdrag att leda och följa upp genomförandet av de föreslagna aktiviteterna samt utvecklingen av målen nationellt. Folkhälsomyndigheten bör även regelbundet rapportera till regeringen om utfall samt vid behov föreslå nödvändiga insatser.

Folkhälsomyndigheten har redan ett uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen och i nära dialog med länsstyrelserna och organisationer ansvara för genomförandet av den nationella ANDTS-strategin. Det finns en samverkansgrupp med totalt 23 myndigheter, och Folkhälsomyndigheten har ett ansvar att samordna arbetet mellan dem. Myndigheten har också i uppdrag av regeringen att följa utvecklingen inom ANDTS och att rapportera om utvecklingen på nationell nivå i förhållande till ANDTS-politiken under perioden 2022–2026. Även om flera aktörer behöver samverka vid genomförandet och uppföljningen vad gäller data för uppföljning samt analys av utvecklingen och

förslag på nya insatser bedömer vi att Folkhälsomyndigheten är väl lämpade att leda arbetet.

I arbetet berörs flera myndigheter och samverkan kan ske inom ramen för befintliga organisatoriska strukturer som till exempel den samverkansgrupp med 23 myndigheter som verkar på nationell nivå och som samordnas av Folkhälsomyndigheten.

Uppdraget att ansvara för att stödja genomförande och uppföljning av programmet skulle innebära ansvar för att

- gemensamt med andra analysera genomförda insatser samt trender inom området barns och ungas narkotikaanvändning
- genomföra analysseminarier med relevanta aktörer för att stärka kunskapen om behoven
- årligen avrapportera läget och utvecklingsbehoven till regeringen
- sprida kunskap om erfarenheter från uppföljningen av programmets måluppfyllelse och innehåll.

16 Tillgänglig vård och stöd med god kvalitet

I det här kapitlet föreslår vi övergripande insatser inom vård och stöd med fokus på personer som inte har de mest allvarliga eller komplexa behoven. Vi kompletterar detta med förslag och bedömningar som syftar till att förbättra vård- och stödsituationen för dem med mest komplexa behov i våra kapitel om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), skadereducering och arbetet med att minska dödligheten.

Enligt direktivet ska vi föreslå hur vård- och stödinsatser kan utvecklas för att skapa en god och jämlik kvalitet utifrån brukarnas och patienternas behov och erfarenheter. I denna del ingår även att analysera om en särskild vård- och stödverksamhet ska utformas för barn och unga.

Vidare ska vi föreslå vilka insatser som bör genomföras för att få en god tillgänglighet till vård och stöd. I denna del ingår att analysera om en förstärkt vårdgaranti bör införas för personer med skadligt bruk eller beroende.

16.1 Behov av åtgärder på området vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende

Vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende behöver förbättras på flera olika vis, avseende både tillgänglighet och kvalitet, och inom både regioner och kommuner – det visar bland annat kartläggningen av vård- och stödlandskapet. Se vidare kapitel 6.

Kartläggningen visar att det generellt inte skett några tydliga förbättringar under den redovisade perioden för de övergripande mått som redovisas. Detta kan ställas mot utvecklingen av vårdens utfall för folksjukdomarna, där stora förbättringar har skett under de senaste

decennierna. Det finns också stora skillnader mellan olika regioner och kommuner avseende tillgång till och kvalitet på vård- och stödinsatser för personer med skadligt bruk eller beroende.

Vi tror att vissa förslag som lagts av Samsjuklighetsutredningen bidrar till att samhället bättre kan tillgodose behoven hos personer med mycket allvarliga och komplexa behov. Vi kompletterar Samsjuklighetsutredningens förslag som riktar sig till dem med mest komplexa behov i våra kapitel om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), skadereducering och arbetet med att minska dödligheten men i det här kapitlet föreslår vi övergripande insatser inom vård och stöd med fokus på personer som inte har de mest allvarliga eller komplexa behoven. Fokus ligger på hälso- och sjukvården då vi inte upprepar, utan bygger vidare på Samsjuklighetsutredningens föreslagna reform om att hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende. Socialtjänstens viktiga arbete behövs fortfarande och det har vi beskrivit i flera andra kapitel i detta betänkande.

16.2 Stöd för utveckling mot vård och stöd med bättre tillgänglighet och jämlikhet

Motivation till förändring är en förutsättning för goda behandlingsresultat. Det kräver i sin tur att vården måste vara tillgänglig när vårdsökande har motivation, och att behandling snabbt kan påbörjas. En vanlig synpunkt har varit att det behövs snabbare processer i vårdprogram, lägre trösklar för att påbörja behandling och snabbare tillgång till vård och utan att personen blir hänvisad vidare. Höga trösklar stänger ute dem med störst behov.

I målbilderna vi beskriver i kapitel 7 efterfrågas ett helhetsomhändertagande med en tydlig väg in till vården, och att patienter med skadligt bruk eller beroende ska kunna få hjälp med alla sina besvär på samma ställe. Tillgänglighet till vård och stöd förutsätter även ett icke-stigmatiserande bemötande, vilket kräver anpassning av verksamheten efter målgruppens förutsättningar. I våra dialoger med personer som använder narkotika och med representanter för ideella föreningar har det framkommit ett behov av att socialtjänsten och hälso- och sjukvården är mer tillgänglig och flexibel, till exempel gällande

telefontider eller i ansökningsprocessen, och att den har en mer utåtriktad verksamhet för att bättre tillgodose målgruppens behov.

Många har framfört att det vore önskvärt med en stärkt vårdgaranti för personer med skadligt bruk eller beroende. Vi har övervägt det men vi kommer inte att föreslå en sådan. Detta motiveras nedan. Däremot ser vi ett stort behov hos målgruppen av snabbare tillgång till vård och stöd. Det finns goda exempel på att man lyckats med just detta. Det kan handla om varianter av öppna verksamheter som erbjuder olika typer av stöd och/eller behandling, dit brukare och patienter kan vända sig direkt och få en tid inom några dagar. I Göteborg startades nyligen dels en online-mottagning för lättare tillgänglighet till Mini-Maria för ungdomar, dels en mottagning tillsammans med barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) samt Göteborgs stad för unga vuxna från 18 år och äldre, med en mer komplex problematik.

I Malmö stad utvecklade socialtjänsten ett arbetssätt i projektform som syftar till att förebygga en eskalering av problematiken för unga personer som använder opioider. För att socialsekreterarna bättre skulle kunna hantera upplevd rastlöshet hos målgruppen som innebär korta tidsperspektiv och låg uthållighet i processen ansågs det viktigt att erbjuda klienterna mötestider med kort framförhållning och kort väg från ansökan till insats. För att skapa förutsättningar för det utifrån målgruppens behov och vara mer anpassningsbara genom att till exempel hålla en hög tillgänglighet och kunna erbjuda möten med kort varsel, har socialsekreterarna fått mer tid än vanligt. De har nu ungefär hälften så många klienter per socialsekreterare som i ordinarie verksamhet.

Enligt de anställda i projektet skapar tid, utrymme och flexibilitet hos socialsekreteraren en möjlighet att snabbt fånga upp en klient i motivationsfönstret, samt att anpassa mötenas tider och innehåll till individen, vilket bidrar till relationsskapande. Att ha möjlighet till snabb och aktiv hantering av ärenden, oavsett om dessa är av akut karaktär eller inte, bedöms i flera fall ha lett till att klienten valt att stanna kvar i utredning eller insats, trots stor ambivalens och perioder av sviktande motivation.

Vidare innebär socialsekreterares handlingsutrymme att mindre komplicerade ärenden inte behöver prioriteras bort på grund av mer akuta situationer. Detta bedöms i många fall ha förebyggt en eskalering. Projektet (kallat Piloten) har ännu bara följts upp genom ett

fåtal brukarenkäter, som dock antyder förbättrad kvalitet och tillgänglighet i stödet från socialtjänsten.[1] [2]

Regioner och kommuner bör ta initiativ till att öka efterlevnaden av nationella riktlinjer och kunskapsstyrningen inom vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende för att öka tillgängligheten och jämlikheten. Vi lämnar förslag på flera olika förändringar för att staten ska kunna stödja en sådan utveckling och som vi anser har förutsättningar att snabba upp processen och öka tillgängligheten. De innefattar en anonym stödlinje, fortbildning för relevanta yrkesgrupper samt olika sätt att ytterligare involvera primärvården för målgruppen. Dessa förslag och bedömningar beskrivs i avsnitten nedan.

16.3 En förstärkt vårdgaranti är inte lösningen för god och jämlik vård för målgruppen

Bedömning: En förstärkt vårdgaranti är inte lösningen för god och jämlik vård för målgruppen. Därför föreslår vi inte en sådan.

16.3.1 Skäl för bedömningen

Enligt vårt direktiv ska vi analysera om det bör införas en förstärkt vårdgaranti, som ger personer med skadligt bruk eller beroende rätt till vård och stöd betydligt snabbare än i dag.

Vi har utrett frågan men lämnar inte något sådant förslag. Enligt uppgifter från den nationella väntetidsdatabasen är det för dem som har en diagnos för skadligt bruk eller beroende en högre andel av förstagångsbesöken som genomförs inom 30 dagar än för både psykiatrin och sjukvården som helhet. Detsamma ser vi för den del av vårdgarantin som avser första besök inom 90 dagar.

Det är alltså inte längre väntetider för beroendetillstånd än för andra sjukdomar, och inte heller kan uppgifter från *öppna jämförelser* om väntetid till nybesök inom socialtjänstens missbruks- och beroendevård visa på detta. Bara 2–3 procent av kommunerna uppger att det är 15 dagar eller mer mellan första kontakt och personligt besök.

[1] Möte mars 2023 Malmö stad.
[2] Malmö stad (2023). *Helårssammanfattning Piloten, 2022* (samarbetspilot unga-vuxna, 16–24 år, med opioid riskbruk – missbruk med särskilt fokus på unga användare av tramadol).

Mer uppgifter och data om väntetider och måluppfyllelsen av vårdgarantin finns i kapitel 6.

Detta utesluter inte att det kan finnas orimligt långa väntetider för insatser i enstaka kommuner eller regioner, men utifrån tillgängliga data gör vi bedömningen att det inte föranleder en särskild vårdgaranti för personer med skadligt bruk eller beroende.

Det har tidigare framförts förslag om förstärkt vårdgaranti för personer med skadligt bruk eller beroende, till exempel i Missbruksutredningen. Den föreslog att personer som behöver planerad, specialiserad vård på grund av sitt skadliga bruk eller beroende skulle erbjudas en förstärkt vårdgaranti som medförde en skyldighet att tvärprofessionellt utreda och inleda behandling inom 30 dagar från den dag en patient sökte specialiserad vård eller behovet uppmärksammades på annat sätt. Regeringen gick inte vidare med förslaget.

Tillgänglighetsdelegationen, som haft regeringens uppdrag att utreda vårdgarantier och som lämnade sitt slutbetänkande 2022, gjorde bedömningen att det inte bör införas författningsreglerade differentierade vårdgarantier utifrån diagnos eller vårdområde. De såg flera skäl till detta, varav ett av de främsta var att patienter kan ha mer eller mindre brådskande behov oavsett vilken diagnos de har eller inom vilket vårdområde de får vård.[3]

Vi stöder delegationens bedömning att en differentierad vårdgaranti skulle kräva ett mycket detaljerat regelverk. Det skulle därmed skapa omfattande icke-värdeskapande administration, med tanke på det stora antalet diagnoser och vårdområden.

Vi har också övervägt möjligheten att föreslå en slags icke-formell vårdgaranti, men bedömer inte heller att en sådan skulle vara motiverad. Så är den nationella målsättningen om en förstärkt vårdgaranti som finns för BUP konstruerad. Den är inte lagstadgad utan formulerad i överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Innebörden är att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling.

Vi visar i kapitel 6 hur måluppfyllelsen för BUP ser ut, men i korthet är utvecklingen under den redovisade perioden mycket negativ: andelen påbörjade utredningar och behandlingar minskade från över 80 procent 2015 till 50 procent 2022. Dessutom ökade variationen mellan regionerna kraftigt.

[3] SOU 2022:22. *Vägen till ökad tillgänglighet. Delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram.*

Tillgänglighetsdelegationen hade även i uppdrag att bedöma om den nationella målsättningen inom BUP borde kvarstå och i så fall regleras som en del av en differentierad vårdgaranti. Utredningen bedömde att den nationella målsättningen bör kvarstå i nuläget men att den inte ska regleras i författning som en del av en differentierad vårdgaranti. Utredningen menade att det skulle vara svårt att motivera varför just BUP skulle omfattas av en egen vårdgaranti när det kan finnas både mer och mindre brådskande vårdbehov inom alla vårdområden. Ett annat skäl var att en sådan reglering skulle rikta för stort fokus mot specialiserad vård på bekostnad av tidiga insatser för barn och unga med psykisk ohälsa.

I våra verksamhetsdialoger har vi inte heller funnit stöd för att föreslå en särskild vårdgaranti för målgruppen. En av anledningarna till detta är att om personer med skadligt bruk eller beroende gynnas på bekostnad av andra vårdgrupper, finns en oro att dessa redan utsatta personers stigma förstärks ytterligare.

Ett annat skäl är att en vårdgaranti inte kan antas lösa problematiken med att det finns behov av mer kunskap i hälso- och sjukvården samt socialtjänsten för att i högre grad kunna erbjuda kunskapsbaserad vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende. Vår bedömning är att implementering av en kunskapsbaserad beroendevård har mycket lite med en särskild vårdgaranti att göra. Vi anser att viktiga åtgärder inom hälso- och sjukvården är ökad involvering av primärvården, e-hälsolösningar och exempelvis ökad användning av depåpreparat inom LARO.

Det finns i nuläget inte något vårdförlopp framtaget för skadligt bruk eller beroende. I vårdförlopp beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Vi har också övervägt att lämna förslag om att ta fram vårdförlopp för skadligt bruk eller beroende som helhet, men anser att det är en för heterogen grupp och diagnos för att ett standardiserat förlopp skulle kunna tydliggöra vilken vård eller vilket stöd som ska ges, och när. Det har att göra med att

- beroende av olika substanser kan kräva olika åtgärder
- personer med samsjuklighet kan behöva särskilda insatser
- insatserna kan behöva anpassas efter ålder och allvarlighetsgrad.

Dessutom är alltför många aktörer – såsom Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse (SiS), socialtjänsten – involverade för att ett gene-

rellt vårdförlopp ska fylla någon funktion. Däremot lämnar vi förslag om vårdförlopp för LARO-patienter i kapitel 17.

16.4 Regeringen bör inrätta en stödlinje för personer med skadligt bruk eller beroende

Bedömning: Regeringen bör uppdra till relevant aktör att inrätta en anonym stödlinje i enlighet med Folkhälsomyndighetens förslag. Vidare bör regeringen överväga att uppdra åt stödlinjen att samordna delar av sitt arbete med arbetet som bedrivs inom 1177 avseende skadligt bruk eller beroende, samt att genomföra insatser för att nå personer som i mindre utsträckning söker sig till vård och stöd. Regeringen bör också främja och stötta försök att testa och utvärdera digital vård för personer som använder narkotika.

16.4.1 Skäl för bedömningen

Ett sätt att öka tillgängligheten till vård och stöd brett för alla som använder narkotika är att utveckla verksamheter som attraherar personer som ännu inte har så stora problem av sin narkotikaanvändning. Det kan handla om digitala metoder som erbjuder anonymitet eller tekniska anpassningar av verksamheter, som utökade öppettider, drop-in-möjlighet eller systematiskt arbete för att minska barriärer i form av utsatthet och stigma.

Folkhälsomyndigheten föreslog i mars 2023 att regeringen ska inrätta ett nationellt, kostnadsfritt, tillgängligt och rådgivande stöd till användare av narkotika och dopningsmedel samt deras anhöriga, en så kallad stödlinje. Stödlinjen föreslås ha flera funktioner:

- svara på faktafrågor om substanser och beroende, samt upplysa om hur socialtjänst samt hälso- och sjukvård fungerar, och om individens rättigheter i relation till dessa
- motivera till förändring
- ge råd till anhöriga
- hänvisa vidare till rätt instans vid behov av vård eller mer omfattande stöd.

Vi anser att en anonym stödlinje som inrättas i enlighet med Folkhälsomyndighetens förslag kan överbrygga barriärer mot att söka vård och stöd, samt ha betydelse för liv och hälsa. Det huvudsakliga skälet till att vi bedömer att en stödlinje bör införas är att det finns ett stort behov av att underlätta för både personer med skadligt bruk eller beroende, anhöriga och olika yrkesgrupper att hitta rätt vård och stöd när motivation finns.

Många som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika söker av olika anledningar inte vård eller stöd för det. Det är till exempel bara cirka 40 procent av de personer som dör till följd av narkotikabruk som haft en vårdkontakt relaterad till skadligt bruk eller beroende under året innan de avlider (läs mer i kapitel 6). Som vi beskriver i kapitel 8 är det många som uppger att de avstår från att söka vård och stöd för psykisk ohälsa generellt och skadligt bruk eller beroende specifikt, trots att de känt behov av det. I våra dialoger med yrkesgrupper, civilsamhälle och personer som använder narkotika har det framkommit att stigma och rädsla för konsekvenserna av narkotikaanvändning kan påverka benägenheten att söka vård. Individer som använder narkotika kan vara oroade över eventuella straffrättsliga konsekvenser eftersom det är olagligt att använda narkotika och därför tveka om att söka vård och stöd. Vi anser därför att anonymitet i en stödlinje har ett egenvärde.

Det finns ett stort behov av att agera i det fönster som uppstår när motivation finns och då göra det mycket lätt att komma till vård och stöd. I dialoger med personer som använder narkotika och med verksamhetsföreträdare samt i olika undersökningar framförs att det inte finns tillräckligt med information om hur och var man kan få stöd och vård för narkotikaproblem. Det gäller även för personer som inte har så omfattande problem och som eventuellt inte identifierar sig som rätt målgrupp för missbruksenheter eller beroendemottagningar. Men informationen framstår som bristfällig även för anhöriga, och för olika yrkesgrupper, såsom personal från rättsvårdande myndigheter eller elevhälsa.

En kartläggning av hur kommuner beskriver sin service på webben till allmänheten om tidiga insatser vid alkohol- och narkotikaberoende visade att bara en tredjedel hade tonvikt på råd och stöd. De flesta kommunerna fokuserade på socialtjänstens myndighetsutövning och insatser vid skadligt bruk eller beroende, och många saknade in-

formation riktad till unga personer som söker hjälp för alkohol- eller narkotikarelaterad problematik.[4]

Goda exempel på icke biståndsbedömda insatser som råd och stöd finns dock i flera kommuner. Helsingborgs socialtjänst erbjuder till exempel upp till sju individuella samtal utan biståndsbeslut.

Information om var man kan söka stöd och vård behöver finnas tillgänglig på lokal nivå. Den behöver differentieras så att den upplevs tillgänglig för alla målgrupper – både för personer som har lättare problem och för dem med en mer komplex situation. Det är även av vikt att det tydligt framgår vilka alternativ som finns vid särskild utsatthet, såsom våld eller hot, så att man känner sig trygg att söka vård eller stöd. Många verksamhetsföreträdare har framfört att det fortfarande är ett stort problem att personer inte får den vård och det stöd de behöver förrän till exempel vid en institutionsplacering. Det kan handla om personer som levt länge med ett skadligt bruk eller beroende, men som ändå inte alls fått vård eller stöd för det. Det finns flera faktorer som har betydelse för i vilken utsträckning personer kan hitta, förstå och tillämpa information om hälsa. Möjligheten att få hälso- och sjukvård får inte påverkas av faktorer som ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, ekonomiska förutsättningar, kulturella olikheter eller bostadsort. Trots det finns det fortfarande avsevärda skillnader i tillgängligheten till vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende.

För att i ökad grad fånga upp de personer som systemet annars har svårt att nå är en anonym stödlinje ett bra komplement, men vi ser även ett behov av att tillgängliggöra stödlinjen ytterligare för just dem. Regeringen bör därför uppdra åt den stödlinje som vi föreslår att även närmare utreda hur den kan nå personer som i mindre utsträckning spontant söker sig till vård och stöd. Det kan handla om att till exempel marknadsföra sig i socioekonomiskt utsatta områden, särskilt rikta sig till kvinnor, ha mycket information på webben, på flera olika språk och inte enbart i skrift.

[4] Socialstyrelsen (2020). *Lägesrapport Individ- och familjeomsorg 2020.*

Den föreslagna stödlinjen och 1177 har flera gemensamma uppgifter

Vi anser också att det vore värdefullt om arbetet med stödlinjen samordnades med den del av arbetet inom 1177 som avser skadligt bruk eller beroende, i den del av arbetet som kan erbjuda anonymitet. 1177 bedömer vi är, en viktig resurs när det gäller att tillhandahålla information om var personer kan söka vård. Dess övergripande mål är att främja hälsa, stärka patientens ställning och förenkla kontakten och dialogen med vården. Webbsidorna är lokalt anpassade, vilket innebär att man kan få tillgång till regional information, vårdutbud och e-tjänster i sin region.

1177 ägs och finansieras gemensamt av landets regioner. Det drivs och förvaltas av Inera. 1177 har många besökare och redaktionen tar stöd av experter och faktagranskare i regionen för att tillgodose krav på kvalitet, tillgänglighet och trovärdighet. Med tanke på det stora antalet besökare och att sidan är välkänd för de flesta invånare anser vi att den skulle kunna fylla en större funktion än i dag i att förmedla information om narkotiska substanser och narkotikaklassade läkemedel, om skadligt bruk eller beroende samt om vårdutbud i de olika regionerna. Det är en viktig resurs som kan komma att bli än viktigare om vårdansvaret flyttas från kommunerna till regionerna framöver.

Den föreslagna stödlinjen och 1177 har gemensamma uppgifter avseende att informera om risker med skadligt bruk eller beroende och hänvisa den stödsökande till rätt instans inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Därför anser vi att regeringen bör uppdra åt stödlinjen att samordna delar av sitt arbete med relevanta delar i arbetet inom 1177 för att de upplysningar som delas kompletterar och förstärker varandra, och på det viset ökar genomslaget. 1177 kan själva inte på ordinarie sätt hantera en anonym stödlinje, då man för att logga in behöver uppge personnummer. Det finns dock möjligheter att erbjuda en sådan tjänst utan krav på inloggning.

Digital vård för personer som använder narkotika bör testas

Digitalt baserade interventioner används i allt större utsträckning för att nå människor som använder cannabis, och det finns alltmer evidens för att de kan vara effektiva både för att minska användningen och för att underlätta att delta i konventionell behandling. EU:s nar-

kotikabyrå EMCDDA bedömer dock att det behövs studier av högre kvalitet för att styrka digitala interventioners effektivitet.

Även i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende rekommenderas att webbaserad behandling endast bör erbjudas inom ramen för forskning och utveckling eftersom det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol. Däremot rekommenderas webb- och datorbaserad rådgivning för personer med riskbruk av alkohol i de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Då det finns flera studier som tyder på att webbaserad behandling kan minska även användning av olika narkotiska substanser anser vi att det är motiverat att initiera och främja försök med digital vård till exempel för personer med cannabisbruk, och att en stödlinje eventuellt även ska kunna erbjuda viss vård.[5] Regeringen bör därför främja försök att testa och utvärdera digital vård för personer som använder narkotika, förslagsvis genom överenskommelser med regioner.

16.5 Vården behöver organiseras så att fler snabbare kan få vård för skadligt bruk eller beroende

Bedömning: Vårdområdet *skadligt bruk eller beroende* ingår i omställningen till *god och nära vård*. Primärvårdens roll för basbehandling vid skadligt bruk eller beroende i ett sådant system bör förtydligas i statliga och regionala styrdokument.

16.5.1 Skäl för bedömningen

Samsjuklighetsutredningen föreslår att samla all vård för skadligt bruk eller beroende med regionen som huvudman. Det skulle innebära stora omställningar för regionerna. Ett sätt att möta omställningen är att organisera vården för skadligt bruk eller beroende på samma sätt som beskrivs i utredningen God och nära vård, med fokus på vårdnivåer och med primärvården som en första instans.

[5] Boumparis N. m.fl. (2017). *Internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis*.

Den 1 juli 2021 ändrades definitionen av primärvård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Primärvården ska

- vara navet i vården och underlätta samordning av vårdinsatser
- arbeta hälsofrämjande
- stödja rehabilitering
- motverka försämringar av exempelvis kroniska sjukdomar.

Primärvården ska även ha kapacitet att vara första instans för de flesta vanliga hälsoproblemen, inklusive psykisk ohälsa. Utredningen God och nära vård föreslog att huvudmännen skulle organisera omhändertagandet av psykisk ohälsa i stegvisa och väl sammanhängande insatser där primärvården är basen, och att det skulle finnas en övergripande struktur för detta, beslutad på huvudmannanivå.[6]

Socialstyrelsen fick i april 2022 ett regeringsuppdrag som handlar om att främja, följa och stödja omställningen till *god och nära vård* för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa. Vi anser att en tydlig beskrivning av omhändertagandet vid skadligt bruk eller beroende som en del i utvecklingsarbetet inom ramen för *god och nära vård* skulle tydliggöra roller och ansvar för vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende. Beskrivningen skulle kunna ingå i till exempel överenskommelser och avtal inom regionen.

Roller och ansvar för vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende behöver tydliggöras

Området vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende är fragmentiserat. Det är otydligt, för både berörda personer och vårdpersonal, var vägen in i vård och stöd börjar och hur personer kan slussas vidare inom systemet. Detta har länge varit ett problem. Vi anser att de förslag som Samsjuklighetsutredningen och utredningen God och nära vård har lagt var för sig bidrar med viktiga pusselbitar till att tydliggöra roller och ansvar för omhändertagande av personer med skadligt bruk eller beroende.

Omställningen till *god och nära vård* omfattar även området skadligt bruk eller beroende. Det är viktigt att den utveckling som behö-

[6] SOU 2021:6. *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*.

ver ske inom vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende integreras med den större omställningen. Skadligt bruk eller beroende uppfattas inte alltid som en lika självklar del av övrig primärvård, då delar av ansvaret i dag ligger inom socialtjänsten. Det behöver förtydligas att skadligt bruk eller beroende är en del av helheten inom primärvården. Det är av stor vikt att personer med skadligt bruk eller beroende snabbt får tillgång till vård när de är i behov av det, långa väntetider riskerar leda till en mer komplex ohälsa – såväl att personer med psykisk ohälsa riskerar utveckla skadligt bruk eller beroende.

Utredningen God och nära vård använde begreppet *stegvis vård*. Med det menas att behandlingens intensitet anpassas efter patientens behov, och att man ger vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Om ett behandlingssteg inte ger resultat går man vidare till nästa steg.

Vidare menar utredningen God och nära vård att primärvården bör ha en särskilt viktig roll som den första instans som befolkningen möter, utifrån sin geografiska närhet och möjlighet att arbeta med hög kontinuitet. När det krävs särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens för den psykiska hälsan, är det i stället den specialiserade psykiatriska vården som ska svara för åtgärderna.

Samsjuklighetsutredningen beskriver att begreppet *psykisk ohälsa* inte självklart inkluderar skadligt bruk eller beroende och lämnar förslag som på sikt kan ändra den inställningen. Mot den bakgrunden är det viktigt att betona att sjukdomstillstånden *skadligt bruk* och *beroende* uppmärksammas när regionerna ser över den övergripande strukturen för omhändertagande av psykisk ohälsa som beskriver vilka insatser som erbjuds var och av vem.

Primärvården är en lämplig första vårdnivå för skadligt bruk eller beroende

Primärvården har en potential att ge fler personer hjälp för skadligt bruk eller beroende, då majoriteten av befolkningen någon gång besöker primärvården. Eftersom många människor besöker primärvården för olika typer av besvär, är den en arena för att tidigt identifiera behov och kunna ge insatser. Genom att till exempel screena med DUDIT vid psykisk ohälsa finns en möjlighet att i ökad grad identifiera personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Personer med svårare former av skadligt bruk eller beroende (främst opioidberoende) har en stor somatisk sjukdomsbörda och överdödlighet. Samtidigt visar både internationell och svensk forskning att denna grupp har omfattande akutvårdskonsumtion men bristfällig primärvårdskontakt. Mer än 80 procent av patientgruppen röker, vilket är jämförbart med psykospatienter. Det finns också en utbredd obenägenhet att söka somatisk sjukvård bland personer med opioidberoende, på grund av tidigare dåliga erfarenheter och stigma. Primärvården med sitt helhetsperspektiv är en lämplig aktör, som i ökad utsträckning bör erbjuda insatser till patientgruppen.

Även närhetsprincipen motiverar att primärvården är en lämplig första vårdkontakt men också vårdkontakt för stabila patienter med skadligt bruk eller beroende som kan återremitteras från specialiserad vård och följas i primärvården. Genom sin placering som nav skulle primärvården kunna fungera som en satellitmottagning till specialiserad vård. Det kan exempelvis handla om att

- olika vårdnivåer samverkar med varandra
- specialistsjukvården bemannar i primärvårdens lokaler viss tid i veckan
- primärvårdens personal ger vissa insatser med specialistsjukvården som stöd.

16.6 Statliga ekonomiska styrmedel ska anpassas för att stödja omhändertagandet vid skadligt bruk eller beroende

Förslag: Medel i satsningar för *god och nära vård* ska särskilt avsättas för att stärka vården av personer med skadligt bruk eller beroende. Medlen ska användas för att stödja utvecklingen inom detta vårdområde, särskilt avseende tidig upptäckt, tidiga insatser och effektiva samverkansformer mellan primärvård och specialiserad beroendevård.

Bedömning: Regionerna bör etablera uppsökande verksamheter från primärvården på platser där personer med beroende finns, som sociala verksamheter, härbärgen, sprututbyten eller LARO-mottagningar.

Skäl för förslag och bedömning

Medel för att stödja utvecklingen mot *god och nära vård* fördelas för närvarande till huvudmännen genom årliga överenskommelser med staten. I omställningsarbetet är det angeläget att såväl somatiska som psykiska vårdbehov beaktats, vilket också tydliggjorts i överenskommelsen från 2023.[7] Men vårdområdet *skadligt bruk eller beroende* inkluderas ändå oftast inte som det borde inom området psykisk ohälsa.[8] Samtidigt finns det ett stort behov av att utveckla vårdområdet. Vi har därför övervägt olika förslag för att öka incitament och möjligheter för primärvården att utveckla sitt arbete med patientgruppen. Vi ser ett behov av att öronmärka medel för vårdområdet skadligt bruk eller beroende inom ramen för dessa överenskommelser.

Regionerna styr vårdutbud och -innehåll till exempel genom krav och regelböcker, och det finns en uppbyggd samverkan dem emellan för att utbyta erfarenheter. Det finns också goda exempel på modeller och arbetssätt som kan öka primärvårdens incitament och förmåga att prioritera patientgruppen. Dessa modeller och arbetssätt anser vi bör främjas genom överenskommelser för att bli tillgängliga i hela landet. Vi föreslår att regeringen ska tydliggöra förväntningar och prioriterade områden samt medel för de förbättringsområden som nämns i detta betänkande och som berör huvudmännens ansvar och uppgifter.

För att främja tidig upptäckt och intervention krävs mer kunskap hos personal inom primärvården

Tillgänglig vård och tillgängligt stöd för skadligt bruk eller beroende av narkotika bör inkludera en vårdstruktur med stegvisa och väl sammanhängande insatser. Detta inkluderar en basverksamhet geografiskt nära individen som första vårdnivå som erbjuder samordnade vård- och stödinsatser, samt en specialiststruktur i varje region.

Det kräver att personal inom primärvården, inklusive elevhälsan, ungdomsmottagningar, studenthälsan, företagshälsovården och vård-

[7] Socialdepartementet och SKR (2023). *God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*.
[8] SOU2023:5. *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*.

centraler, får bättre förutsättningar att uppmärksamma narkotikaanvändning och bedöma hjälpbehov.

Socialstyrelsens utvärdering av nationella riktlinjer visar att bara en bråkdel av primärvårdens patienter har uppmärksammats som riskkonsumenter av alkohol av primärvården.[9] Det finns ingen anledning att tro att narkotikabruk uppmärksammats oftare. Missbruksutredningen bedömde att vården endast når cirka en av fem av det totala antalet personer med olika typer av beroendetillstånd relaterade till alkohol, narkotika, läkemedel och dopningsmedel. Samt att personer med riskbruk, vilka sällan har hunnit utveckla hälsomässiga eller sociala skador, nås i än lägre utsträckning.[10]

För att kunna ställa relevanta frågor om narkotikaanvändning behöver personalen ha kunskap om narkotika, risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekter. Det behövs också samtalsstöd och rutiner för samverkan för att personalen ska ha förutsättningar för att tidigt identifiera narkotikaanvändning och vid behov lotsa personerna vidare till familje- eller individinriktade insatser – och vid behov till specialiserad verksamhet.

I målbilderna efterfrågas ett helhetsomhändertagande med en väg in till vården som är tydlig, och att patienter med skadligt bruk eller beroende ska kunna få hjälp med alla sina besvär på samma ställe. Detta kan också kräva tillgång till legitimerade psykologer och psykoterapeuter som kan bistå med individuell bearbetning och läkning av tidigare händelser i livet då majoriteten i denna grupp har genomgått trauman och förluster i livet.

Korta interventioner och motiverande samtal i primärvården med personer som har ett substansbruk men som inte aktivt söker behandling för det har visat sig ha effekt upp till ett år. FN:s världshälsoorganisation WHO rekommenderar korta interventioner i ickespecialiserad vård för personer som använder cannabis eller psykoaktiva stimulanter.[11]

Det finns olika validerade verktyg för screening och korta interventioner vid alkohol-, narkotika- och tobaksbruk. För identifiering, diagnostik och bedömning rekommenderar Socialstyrelsens nationella riktlinjer att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten kan använda *Drug Use Disorders Identification Test* (DUDIT) för identi-

[9] Socialstyrelsen (2023). *Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg*.
[10] SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende*.
[11] UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention*.

fiering av narkotikaproblem, och *Adolescent Drug Abuse Diagnosis* (ADAD) för att bedöma hjälpbehov för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem. Vidare rekommenderar myndigheten att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten använder metoderna ADDIS, SCID-I eller MINI som hjälp för att diagnostisera skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika.[12]

Ett nationellt vård- och insatsprogram (VIP) för missbruk och beroende är framtaget av en nationell arbetsgrupp med deltagare från regioner och kommuner. Det är fastställt av Nationellt programområde psykisk hälsa, och implementering pågår. Programmet, som bygger på de nationella riktlinjerna och vänder sig till personal inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och utbildning, ska öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap. Det handlar bland annat om

- tidiga tecken och tidig upptäckt av alkohol-, narkotika- och spelproblem
- sätt att bedöma hjälpbehov för ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem (ADAD, UngDOK)
- information om insatser för behandling och stöd.[13]

Vi anser att det är angeläget att regionerna prioriterar att implementera programmet inom primärvården (men även på andra vårdnivåer) eftersom befintliga kunskaps- och samtalsstöd om narkotika för hälso- och sjukvårdspersonal inte används i tillräcklig utsträckning. Information och vägledning om narkotikaanvändning riktad till hälso- och sjukvårdspersonal bör också integreras i fler kunskapsstöd för exempelvis elevhälsan och ungdomsmottagningar.

Vi bedömer att det finns behov av fortsatta utbildningsinsatser för att sprida användningen av vård- och insatsprogrammet inklusive bedömningsinstrument (som ADAD och UngDOK) till fler verksamheter. Det skulle förbättra bedömningen av hjälpbehov för både vuxna och ungdomar med alkohol- eller narkotikaproblem.

Medel i satsningar för *god och nära vård* bör därför avsättas för att ge incitament till en sådan utveckling. Vi föreslår också att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie om behov av kunskapsförstärkning inom hälso- och sjukvården, från pri-

[12] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.
[13] Nationella vård- och insatsprogram (vardochinsats.se).

märvård till specialistvård, och vid behov socialtjänsten. Läs mer om detta förslag i kapitel 27.

Regeringen har fördelat medel till regioner och kommuner för verksamheter som har i uppdrag att ta emot barn och unga med psykiska besvär och lindriga psykiatriska tillstånd oavsett orsak genom överenskommelser mellan staten och SKR om insatser inom området psykisk hälsa. Det är av stor betydelse att sådan verksamhet är tillgänglig för tidiga insatser även avseende skadligt bruk eller beroende

Primärvården behöver bli bättre på att hantera somatisk vård för personer med skadligt bruk eller beroende

Primärvården ska kunna ta emot alla patienter, även de med skadligt bruk eller beroende av narkotika, men i de dialoger vi haft med verksamhetsföreträdare och personer som använder narkotika har det framkommit en rädsla för att okunnigt bemötande riskerar att förstärka stigma. Det finns alltså ett behov av kompetensutveckling avseende skadligt bruk eller beroende inom primärvården för att erbjuda målgruppen ett gott bemötande och god vård.

Somatisk sjuklighet och dödlighet är ett stort problem i den grupp som har svårare former av skadligt bruk eller beroende, enligt ett växande svenskt och internationellt forskningsunderlag. I kapitel 21 lägger vi därför fram förslag om att ge möjlighet för huvudmännen, civilsamhälle, forskare samt statliga aktörer att söka statsbidrag för att utveckla ett stärkt samarbete om somatisk vård mellan primärvård, LARO, sprututbyten, sociala verksamheter och boenden för målgruppen.

Primärvården behöver bli bättre på att kartlägga individens hälsotillstånd från ett helhetsperspektiv där eventuella grundorsaker för ohälsan identifieras för att kunna erbjuda rätt vård.

I några regioner, till exempel Skåne, har patienter med vissa psykiatriska tillstånd (bipolär sjukdom, psykossjukdom, intellektuell funktionsnedsättning och flerfunktionshinder) rätt till en årlig hälsoundersökning i primärvården, där fokus ligger på levnadsvanor och det metabola syndromet. För varje sådan hälsoundersökning får primärvården en extra ersättning.

Ett sätt att öka primärvårdens incitament att prioritera patientgruppen, särskilt somatisk samsjuklighet, är att inkludera skadligt bruk

eller beroende bland de psykiatriska diagnoser som ger rätt till en sådan hälsoundersökning.

Eftersom primärvårdskontakten för patientgruppen är så bristfällig trots att behoven är stora, behöver den uppsökande verksamheten öka. Primärvården behöver agera mer uppsökande och samarbeta med beroendemottagningar inom specialistsjukvården.

Primärvård i LARO (PRIO) är en intervention i Malmö med syfte att underlätta primärvårdstillgången för LARO-patienter som inte har möjlighet att etablera och bibehålla en reguljär primärvårdskontakt. PRIO bygger på principen att primärvården ska vara anpassad efter patienternas behov och förutsättningar, i form av

- psykiatrisk samsjuklighet
- perioder av återfall i substansbrukssyndrom
- socioekonomiska begränsningar (till exempel hemlöshet och avsaknad av telefon).

Ett centralt syfte med PRIO är att erbjuda en möjlighet att etablera kontakt med somatisk sjukvård på patientens egna villkor, eftersom stigma och negativa upplevelser av sjukvården är ett känt problem i patientgruppen. Eftersom det tidigare noterades ett stort antal uteblivna besök till läkare på vårdcentraler, trots tätt samarbete mellan LARO-personal och primärvård, utvecklades ett uppsökande arbetssätt där vårdcentralen i nuläget regelbundet besöker fyra av sju LARO-mottagningar i staden[14]

Mot bakgrund av ovanstående bör regionerna etablera uppsökande verksamheter från primärvården på platser där personer med beroende finns, som sociala verksamheter, härbärgen, sprututbyten eller LARO-mottagningar.

Samverkan mellan vårdnivåer

I våra dialoger med företrädare för vårdverksamheter har det framkommit en otydlighet om ansvar mellan specialistnivån och primärvården vad avser vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende av narkotika. För att primärvården ska få rätt förutsättningar att utveckla vården för personer med skadligt bruk eller beroende krävs tydliga

[14] Region Skåne/Dahlman D. (2022). *Interventionen PRIO – Primärvård i LARO*.

uppdrag till psykiatri och specialiserad beroendevård att ta emot patienter som remitteras och att bidra med stöd och konsultation. Men som nämnts tidigare saknas det kompetens inom hälso- och sjukvården på området. Beroendemedicin är till exempel en relativt ny specialitet som det är brist på i flera delar av landet, och de flesta specialisterna finns i storstäderna.

Även om strukturen med olika vårdnivåer som föreslås av *god och nära vård* kan bidra till att tydliggöra ansvarsförhållandena, finns det ett fortsatt behov av att utveckla former för hur primärvården kan konsultera specialist vid behov samt att stärka samverkan mellan vårdnivåer.

Det finns goda erfarenheter från regioner där man försöker minska barriärerna mellan specialist- och primärvårdsnivåerna. Närsjukvårdsteam är ett exempel på detta. Betydelsen för primärvården att ha möjlighet att konsultera specialister lyfts också inom *god och nära vård*.

Ett exempel på hur man arbetat i omställningen till *god och nära vård* för att skapa fler och enklare kontaktvägar mellan primärvården och slutenvården finns i Region Jönköping, där man byggt upp ett system för att konsultera kollegor. Arbetsmetoden inleddes med en inventering av hur behovet av kontakter såg ut. Den visade att det var svårt att kommunicera mellan vårdnivåer: det var besvärligt att hitta varandra via telefon i de stora sjukhussystemen, och tillgängligheten varierade med skilda öppettider hos avdelningarna. Samtidigt hade psykiatrin och primärvården olika uppfattningar om varandras ansvar och roll, och även om rutiner varierade mellan kommunerna så fanns det generellt brister i kommunikationen däremellan.

Inventeringen resulterade i ett nytt system med fyra spår: tre med kontaktvägar från primärvård till slutenvård, och ett spår åt andra hållet, att användas av läkare men också ambulanssjuksköterskor. Dessutom tydliggjordes ansvar och roller i ett gemensamt dokument. De fyra spåren bygger inte på diagnos utan på hur angelägna behoven är.

Det första spåret handlar om att ambulansen alltid ska ha en direkt kontaktväg till primärvården och det andra innebär att en chefssjuksköterska vid behov styr upp planerade konferenser mellan primärvården och specialisterna inne på sjukhuset. Det här anses vara ett mer tidseffektivt sätt att snabbt och enkelt samlas kring komplexa men icke-akuta ärenden utan att patienten bollas fram och tillbaka.

Akutspåret används i de fall som tidigare oftast skickades direkt till akuten. Spåret ger primärvården möjlighet att ringa en dagjours-

koordinator och konsultera så att patienten kan få stöd lokalt eller skickas vidare till rätt instans. På så vis minskar inflödet till akuten.

Ett fjärde spår avser halvakuta ärenden (specialistläkare på begäran). Det innebär att primärvården kan konsultera specialist via telefon i stället för att skicka remiss. Detta möjliggjordes genom att alla ämnesområden ålades att öppna för telefonkontakt klockan 8–16 alla dagar så att primärvården enkelt kan konsultera en specialistläkare i sjukhusvården och man får alltid svar samma dag.

Systemet med de fyra spåren sjösattes i början av 2023 men fungerar fortfarande väl, med möjlighet att skicka avvikelserapport till projektledaren vid problem. Alla specialister är anslutna till systemet.

Majoriteten av samtalen kommer från slutenvården, och cirka 15–20 procent från primärvården. Systemet anses effektivt, säkrare och bättre för patienten, och kostar också mindre när stort ansvar ges till primärvården tillsammans med möjlighet för dem att jobba uppströms.[15]

16.7 Vård- och stödinsatser för barns och ungas skadliga bruk eller beroende av narkotika bör förtydligas

Bedömning: Regionerna bör i ökad grad tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för att behandla barns och ungas skadliga bruk eller beroende av narkotika. Särskilt barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) bör ta ökat ansvar för utredning och behandling av barns och ungas skadliga bruk eller beroende.

Vidare bör strukturen för omhändertagandet samordnas mellan regioner och kommuner, och det bör tydligt specificeras i samverkansöverenskommelser om hur omhändertagandet ska samordnas och vem som ansvarar för vad.

16.7.1 Skäl för bedömningen

En stor del av insatserna vid alkohol- och narkotikaproblem hos barn och unga sker i dag inom socialtjänsten. Där är dock tillgången till rekommenderade och evidensbaserade behandlingsinsatser begrän-

[15] Möte verksamhetschef Region Jönköping 24 mars 2023.

sad. Läs mer om det i kapitel 6. Inom hälso- och sjukvården får barn- och ungdomar med skadligt bruk eller beroende viss behandling, men i vilken verksamhet varierar mellan olika regioner. Det kan ske inom den allmänna vården, psykiatrin eller den specialiserade beroendevården. Flera tidigare utredningar har visat att barn- och ungdomspsykiatrin och andra verksamheter inom hälso- och sjukvården med ansvar för att utreda och behandla psykisk ohälsa hos barn och unga vanligen anser att behandling av skadligt bruk eller beroende är ett ansvar för socialtjänsten.[16,17] Samsjuklighetsutredningens förslag om ett förtydligat behandlingsansvar för personer med skadligt bruk eller beroende hos regioner anser vi kan bidra till att förbättra tillgången på evidensbaserad behandling för utredning och behandling av barn och ungdomar med skadligt bruk eller beroende. Detta förutsätter, vilket förslaget medför, att regionen har ett tydligt utpekat ansvar att stå för sådan behandling, och också avsätter nödvändiga resurser.

Vård- och stödinsatser för barn och unga behöver utformas särskilt utifrån deras behov och erfarenheter. Det kan vara svårt att anpassa specialiserade vuxenverksamheter för att passa barns och ungas behov. Det kan också finnas risker med att vårda barn och ungdomar som nyligen har utvecklat skadligt bruk eller beroende gemensamt med vuxna personer som har ett etablerat skadligt bruk eller beroende. Barn och unga med skadligt bruk, beroende och även lättare problem med alkohol eller narkotika, har också i hög grad annan psykiatrisk samsjuklighet och sociala problem kopplade till skolan, familjen eller kriminalitet. Det innebär att vård- och stödinsatser för barn och unga med skadligt bruk eller beroende i hög grad kan behöva samordnas med socialtjänst och annan psykiatri. Detta förutsätter en liknade, men parallell, vårdstruktur som för vuxna med stegvisa och väl sammanhängande insatser. Det inkluderar en basverksamhet i invånarnas geografiska närhet som första vårdnivå som erbjuder samordnade vård- och stödinsatser, samt en specialiststruktur i varje region.

När det gäller barn och unga har socialtjänsten ett övergripande ansvar att verka för att de växer upp under goda och trygga förhållanden samt att förhindra att de far illa. Även om regionerna får ett förtydligat ansvar för behandling av skadligt bruk eller beroende

[16] SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende*.
[17] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

kommer socialtjänsten även fortsättningsvis ha ansvar för ungdomar med svåra familjeproblem, problematisk skolgång och kriminalitet och ha ett fortsatt ansvar för att placera barn och unga utanför det egna hemmet. Därför behöver regionerna besluta om gemensamma strukturer vid omhändertagande av skadligt bruk eller beroende tillsammans med kommunerna. De behöver också tydligare specificeras i samverkansöverenskommelser hur omhändertagandet ska samordnas och vem som ansvarar för vad. Det finns också ett behov av att tydliggöra hur hälso- och sjukvården ska stödja socialtjänsten, exempelvis genom utredningar, diagnostik och adekvat medicinsk behandling.

På några platser finns ett mer utvecklat samarbete mellan regionernas specialiserade beroendevård och socialtjänsten rörande barn och ungdomar med skadligt bruk eller beroende, till exempel Mariamottagningar på olika orter.

Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) bör ta ökat ansvar för utredning och behandling av barns och ungas skadliga bruk eller beroende

Då många barn och unga som har ett skadligt bruk eller beroende även har psykiatriska problem och det finns en förhöjd risk vid psykisk ohälsa, är barn- och ungdomspsykiatrin en viktig aktör när det gäller att tidigt upptäcka skadligt bruk eller beroende. Av de ungdomar som påbörjar en kontakt med Mariamottagningar uppger 54 procent av flickorna och 35 procent av pojkarna att de tidigare har haft en vårdkontakt med psykiatrin eller BUP.[18]

Vid skadligt bruk eller beroende och samtidig psykisk ohälsa är det viktigt att behandla båda tillstånden samtidigt och samordnat. Det kan krävas längre behandlingstider och ett stödjande, pedagogiskt förhållningssätt. Det är viktigt med realistiska mål som inte bara fokuserar på drogfrihet utan också på att öka personens livskvalitet.[19]

Barn- och ungdomspsykiatrin är till för barn och unga upp till 18 år som behöver psykiatrisk vård. Uppgifter från en enkät som genomfördes 2020 visar att

[18] Anderberg, M. och Dahlberg, M. (2018). *Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden*.
[19] Socialstyrelsen (2019). *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga, öppna jämförelser*.

- sex regioner hade specialiserad beroendevård för barn och unga med uppdrag som omfattade hela regionen
- två regioner hade specialiserad beroendevård för delar av regionen
- sju regioner hade erbjudande om beroendevård som en del i allmänpsykiatrins uppdrag
- sex regioner hade ”annan organisering”, vilket inkluderade hänvisning till socialtjänsten för öppenvård och överenskommelse med vuxenpsykiatrin eller BUP att erbjuda slutenvård vid behov.

I Socialstyrelsens analyser framkommer att trots att 1 750 barn mellan 10 och 17 år för första gången fick vård för intag av beroendeframkallande substanser 2019, var det bara en mycket liten andel av dem (cirka 6 procent) som nydiagnostiserades med huvuddiagnos av barn- och ungdomspsykiatrin. Resultaten indikerar att barn- och ungdomspsykiatrin kan behöva ha arbetssätt för att identifiera fler barn som riskerar att utveckla ett mer omfattande skadligt bruk eller beroende, och att samverka med andra relevanta aktörer för att kunna erbjuda adekvat stöd.[20]

Det finns uppgifter som tyder på att problem med alkohol och narkotika inte alltid uppmärksammas eller behandlas inom den psykiatriska vården, och att regioner har olika rutiner för drogtester. Socialstyrelsen har inom ramen för ett regeringsuppdrag om barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård uppmärksammats på att drogtestning används på olika sätt i regionerna.[21] Det råder också en osäkerhet i regionerna om regelverket och om olika metoders träffsäkerhet.

I våra dialoger med verksamhetsföreträdare och brukarföreträdare återkommer liknande synpunkter om att barn- och ungdomspsykiatrin agerar olika i olika regioner: ibland hänvisas ungdomar med skadligt bruk eller beroende till en Mariamottagning och ibland görs en orosanmälan till socialtjänsten, trots att narkotikaanvändningen inte alltid är patientens mest allvarliga problem. Det kan ha flera olika anledningar, men en kan vara bristande kunskap vad gäller identifiering, diagnostik och bedömning av hjälpbehov för skadligt bruk eller beroende samt tydliga rutiner för vidare vård.

[20] Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*.
[21] Socialstyrelsen (2022). *Årsredovisning 2021*.

Sammanfattningsvis bör den specialiserade psykiatriska vården i större utsträckning uppmärksamma skadligt bruk eller beroende hos de patienter de möter, och ta ökat ansvar för utredning och behandling av barns och ungas skadliga bruk eller beroende. Därför finns det anledning att öka personalens kunskap om skadligt bruk eller beroende och samsjuklighet, och att i högre grad ha rutiner för användning av bedömningsinstrument för skadligt bruk på plats. Barn- och ungdomspsykiatrins ansvar i relation till skadligt bruk eller beroende kan också behöva tydliggöras.

16.8 Samordningen av vård- och stödverksamheter för barn och unga ska utökas

Bedömning: Vi bedömer att Samsjuklighetsutredningens förslag, att vården vid skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård, bör genomföras (8 kap. 11 § HSL).

Förslag: I 8 kap. 11 § HSL ska ett andra stycke läggas till som anger att vården för barn eller unga som inte fyllt 21 år även ska organiseras så att den sker samordnat med socialtjänsten om det finns ett sådant behov.

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd om metoder och organisationsformer för samordning av beroendevården med övrig psykiatri och socialtjänst för barn och unga.

Socialstyrelsen ska få i uppdrag att fördela medel till regioner och kommuner i fyra år för att stärka huvudmännens arbete med implementering av förslaget.

Bedömning: Regeringen bör utreda möjligheterna till gemensam dokumentation och informationsdelning i integrerade verksamheter.

Skäl till bedömningar och förslag

Samsjuklighetsutredningen föreslår att det i 8 kap. 11 § HSL ska införas en ny paragraf som anger att regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård han eller hon behöver. Vården ska samordnas med annan psykiatrisk vård. Vi föreslår att ett andra stycke ska läggas till i den föreslagna bestämmelsen 8 kap. 11 § HSL som anger att vården för barn eller unga som inte fyllt 21 år även ska organiseras så att det sker samordnat med socialtjänsten om det finns ett sådant behov.

Samordning betyder i detta sammanhang att resurser och arbetsinsatser ska koordineras för att förbättra kvaliteten och effektiviteten[22] Eftersom barn och unga med skadligt bruk eller beroende många gånger har särskilt behov av stödinsatser som tar ett helhetsperspektiv med hänsyn till faktorer i olika livsområden anser vi att det är av särskild vikt att regionerna och kommunerna har gemensamma strukturer för en sådan samordning. Det kan till exempel ske genom samordning mellan olika verksamheter och huvudmän eller inom en verksamhet. Genom samordnade insatser till barn och unga finns möjlighet att bryta en negativ utveckling, vilket ger vinster för både enskilda, familjer och samhället i stort.[23] För patienterna kan väl samordnade insatser innebära att det blir *en* väg in i vård och stöd, mer personcentrerade vård- och stödinsatser samt bedömning av behov och insatser utifrån ett helhetsperspektiv.

Vikten av att ha ett helhetsperspektiv där även andra psykiatriska eller sociala problem uppmärksammas i samband med vård och stöd till unga med skadligt bruk eller beroende betonas av internationella organisationer, i forskningsöversikter och i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Flera utredningar och myndighetsrapporter har dock visat att det på många håll brister när det gäller samverkan och samordningen av vårdinsatser för barn och unga.

Vi har utrett om det finns mindre ingripande åtgärder än lagstiftning för att barn och unga med skadligt bruk eller beroende ska få samordnade insatser, men ser inte att det är möjligt att åstadkomma på annat sätt. Redan i nuvarande lagstiftning finns flera bestämmel-

[22] Socialstyrelsens termbank
[23] UNODC och WHO (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders*.

ser som reglerar huvudmännens ansvar för samverkan kring målgruppen. Enligt 16 kap. 3 § HSL ska regionen ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om bland annat personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Motsvarande bestämmelse finns i 5 kap. 9 a § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Samordnad individuell planering (SIP) är ett viktigt verktyg för samverkan mellan huvudmännen, som ålägger dem ett ansvar att planera för vården och omsorgen gemensamt. SIP innebär dock inte ansvar för regionerna och kommunerna att organisera vården så att det sker samordnat. Vi anser att det finns behov av sådan samordning i vissa fall när det gäller barn och unga som har eller riskerar ett skadligt bruk eller beroende. Ur barnets eller den unges perspektiv kan en vård som samordnas innebära att slippa onödiga upprepningar av till exempel information, utredningar och behandlingar, att erbjudas fasta kontakter och personalkontinuitet, en trygghet att vården ser till hela ens behov samt hjälp att ta nästa steg i vårdprocessen.[24]

Kunskapsläget för att samordnade insatser är positivt för målgruppen är tydligt, men trots det erbjuds samordnade insatser i relativt låg utsträckning. Verksamheter som syftar till att öka samverkan eller samordning genomförs många gånger bara i projektform och implementeras sedan inte i ordinarie strukturer. Vi har även utrett mer ingripande åtgärder som inte bara skulle tydliggöra att insatserna ska ges samordnat utan även hur det ska ske, eller till och med att huvudmännen ska bedriva integrerade verksamheter. Den lagstiftning vi föreslår tydliggör endast ett ansvar som både regionerna och kommuner redan har enligt andra bestämmelser i HSL och SoL, och lämnar stora möjligheter för huvudmännen att organisera verksamheten på ett sätt som passar deras förutsättningar och behov. Geografiska avstånd kan till exempel överbryggas genom digitala lösningar och överenskommelser om samverkan med andra vårdenheter, som vårdcentraler eller lokala öppenpsykiatriska mottagningar.

Vårt förslag om att främja fler samordnade vård- och stödverksamheter för barn och unga syftar till att barn och unga som använder narkotika och även andra substanser samt spel om pengar

- tidigt uppmärksammas och får vidare vård och stöd i en lättillgänglig verksamhet

[24] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.

- får sina behov inom olika livsområden kartlagda
- erbjuds sammanhållna vård- och stödinsatser för eventuella parallella problem och tillstånd
- har en väg in i vårdapparaten.

Centrala aktörer för att fånga upp barn och unga som använt narkotika är integrerade öppenvårdsmottagningar för unga med alkohol- och narkotikaanvändning, de så kallade Mariamottagningarna (Mini-Maria) eller liknande lokala varianter.[25] På orter där Mariamottagningar finns fungerar arbetet väl för de barn, unga och unga vuxna som behöver stöd och hjälp.[26,27,28] Vi bedömer att den här typen av integrerade öppenvårdsmottagningar har en stor potential att ta emot ungdomar och unga vuxna med olika typer av skadligt bruk eller beroende. Vi anser att det finns behov av ökad likvärdighet över landet gällande samordningen av den här typen av verksamheter avseende uppdrag och innehåll men med utrymme för olika lokala och regionala variationer på grund av skilda förutsättningar. Det finns inte någon utvärdering gjord av verksamheterna av oberoende aktör.

Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att ta fram kunskapsstöd om metoder och organisationsformer för hur beroendevården kan samordnas med övrig psykiatri och socialtjänst när ett sådant behov finns. Detta kan med fördel utgå från befintliga erfarenheter av den typen av verksamheter med avseende på innehåll och vilken kompetens som behöver finnas i verksamheten samt hur ansvaret kan fördelas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I uppdraget bör även ingå att fördela medel för att stärka regioner och kommuner i implementeringen av förslaget. Medlen bör kunna användas för att förbereda ny eller stärkt samordning mellan kommun och region samt för att utbyta erfarenheter och inspirera till nya arbetssätt. Syftet ska vara att utveckla en mer jämlik vård över hela Sverige, och att utvärdera befintlig samordnad verksamhet.

[25] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott.*
[26] Uppdrag Psykisk Hälsa (2017). *Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige.*
[27] Dahlberg, M. och Anderberg, M. (2021). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö Ungdomar i öppenvård år 2021.*
[28] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott.*

Målgruppens situation och behov av samordnade insatser

Användning av narkotika börjar ofta under tonåren och ibland ännu tidigare. Risken att utveckla skadligt bruk eller beroende ökar ju tidigare användningen inleds. Barn och unga är extra sårbara för narkotikaanvändning, eftersom deras hjärnor fortfarande är under utveckling. Därför är det viktigt att barn och unga som använder narkotika identifieras så tidigt som möjligt och får stöd när det behövs.

Barn och unga som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika har också i högre grad parallella problem såsom psykiatriska diagnoser, familje- och skolproblem, beteendeproblem och kompisar som också använder narkotika, vilket kräver en mer mångfasetterad behovsbedömning och behandling.[29,30] Ungdomar är inte heller fullt biologiskt, mentalt och känslomässigt utvecklade, vilket har stor betydelse för hur unga kan tillgodogöra sig behandling.

Generellt har unga som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika inte hunnit uppleva negativa konsekvenser i någon större utsträckning, utan kan värdera fördelarna med substansanvändning högre än vuxna gör, vilket kan minska motivationen till förändring. Unga tvingas också oftare in i behandling än vuxna, vilket innebär att det är avgörande för behandlingsresultatet att initialt öka motivationen till förändring samt villigheten att gå in i och stanna kvar i behandling.[31,32,33] Detta kan med fördel göras genom motivationshöjande metoder och tekniker. I Danmark har metoder för att höja motivationen utarbetats för barn och unga mellan 15 och 25 år, det så kallade MOVE-programmet. Det innehåller *motiverande samtal* (MI), *kognitiv beteendeterapi* (KBT) och *contingency management* genom till exempel sms-påminnelser och presentkort. Programmet är vetenskapligt utvärderat, och resultaten visar på goda effekter avseende både att stanna kvar i behandling, att minska narkotikaanvändningen och att behålla resultaten på längre sikt.[34]

[29] Dahlberg, M. och Anderberg, M. (2021). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö Ungdomar i öppenvård år 2021.*
[30] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott.*
[31] UNODC och WHO (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders*.
[32] Arve. (2023). *"You get stuck in it": Young people's accounts of attempting to quit non-medical tramadol use*.
[33] Anderberg, M. & Dahlberg, M. (2021). *Between motivation and unwillingness: Young people in outpatient treatment for substance use problems.*
[34] Center for Rusmiddelforskning (2017). *Behandling af unge, der misbruger stoffer: En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt*.

En återkommande berättelse bland personer som använder narkotika och som vi träffat i samband med att vi tagit fram målbilder för gruppen, var att de inte fått stöd från samhället i ett tidigt skede av sin narkotikaanvändning, trots att de efterfrågat det. Flera upplevde också att det krävdes mer omfattande problem för att få hjälp. Majoriteten av användarna betonade vikten av att fångas upp så tidigt som möjligt. Ett annat tydligt behov som uttrycktes av användare, och även av anhöriga är vikten av att olika samhällsaktörer samarbetar och att de olika insatserna koordineras. Att få ett respektfullt bemötande, där någon verkligen lyssnar på en och förstår en anges som värdefullt och centralt för att kunna bli frisk.

I våra dialoger med verksamhetsföreträdare bekräftades behovet av samordnade vårdformer för barn och unga. I dialogerna framkom att det generellt är svårare att nå unga vuxna med insatser mot användning av narkotika. Det beror på att de ofta inte hunnit få konsekvenser av det skadliga bruket eller beroendet och inte är motiverade att få stöd och behandling. Verksamhetsföreträdare bekräftade också bilden av att den här åldersgruppen i högre grad uppfattar stigma kopplat till vårdkontakt än vuxna, och därför har särskilda hinder för att söka vård och stöd. Vidare pekar många på behovet av en särskild vårdform för barn och unga som är mer attraktiv och lättillgänglig. Det framkom också att det ofta brister när det kommer till samverkan mellan olika huvudmän, och att ett av de största hindren är att resurser är uppdelade.

Gemensamma strukturer, arbetssätt och verksamheter mellan kommun och region för vård och stöd för barn och unga kan exempelvis utgöra en del av den överenskommelse som regioner och kommuner ska ingå om samarbete i fråga om personer med skadligt bruk eller beroende, enligt 5 kap. 9 a § SoL respektive 16 kap. 3 § HSL. Det finns också bestämmelser som påtalar att det är nödvändigt för olika aktörer att samverka med fokus på individens behov. Till exempel anges i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att både vårdgivare och de som bedriver omsorgsverksamhet ska identifiera processer där det finns behov av samverkan, och säkerställa att samverkan möjliggörs med bland annat vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten.

Myndighetsrapporter visar att det på många håll brister när det gäller samverkan mellan och samordningen av vårdinsatser för barn

och unga.[35] Detta är särskilt tydligt när det gäller samverkan mellan primärvården, barn- och ungdomspsykiatrin och elevhälsan. Denna stärks dock i samband med nya skollagsförtydligandet som trädde i kraft i juli 2023[36] och förtydligar att elevhälsan vid behov ska samverka med hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Flera olika utredningar har beskrivit specialiserade och integrerade öppenvårdsmottagningar som exempel på en lämplig vårdform för ungdomar med skadligt bruk eller beroende.[37,38,39] Utredningen Börja med barnen ser behov av att samverkan stärks mellan å ena sidan hälso- och sjukvården för barn och unga och å andra sidan socialtjänsten. Utredningen konstaterar att det finns juridiska förutsättningar för samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men att huvudmännen behöver se till att samverkan utvecklas på alla nivåer i systemet i syfte att ändamålsenligt samordna vård- och omsorgsinsatser för barn och unga.

Samsjuklighetsutredningen bedömde att det behöver finnas flera integrerade verksamheter än det gör i dag, och att verksamheternas uppdrag och innehåll kan behöva tydliggöras och bli mer enhetligt.

Sammanfattningsvis bedömer vi att regionerna och kommunerna behöver ha gemensamma, samordnade strukturer för omhändertagandet av barn och unga med skadligt bruk eller beroende. Den gruppen behöver många gånger både behandling för skadligt bruk eller beroende och socialtjänstens helhetsperspektiv och specifika kompetens att arbeta för trygga och goda uppväxtförhållanden. Ett sätt att möta behovet av tvärprofessionella insatser kan vara att organisera vården för barn och unga i form av integrerade verksamheter som uppmärksammar, utreder och åtgärdar såväl medicinska som sociala problem.

Kunskapsstöd för samordnade verksamheter för barn och unga

WHO och FN:s kontor för narkotikakontroll och förebyggande av brott (UNODC) betonar i sina internationella standarder för vård och stöd avseende skadligt bruk eller beroende av narkotika, att personer upp till 19 år har behov av skräddarsydda hälsoverksamheter,

[35] SOU 2021:34. *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.
[36] SFS 2022:1315. *Lag om ändring i skollagen (2010:800)*.
[37] SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*.
[38] SOU 2021:34. *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.
[39] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

då den perioden är en påtaglig utvecklingsfas. Den här åldersgruppen kan också i högre grad uppfatta stigma kopplat till vårdkontakt och har därför särskilda hinder för att söka vård och stöd för narkotikaproblem. Forskningen om vård och stöd för barn och unga är väldigt begränsad, men det finns evidens för att åldersanpassad psykosocial behandling är effektiv för personer mellan 10 och 19 år. För yngre barn är kunskapsläget mer oklart. Vidare framhåller standarderna att barn och unga med ett skadligt bruk av narkotika har en hög prevalens av såväl samsjuklighet som dysfunktionell familjebakgrund, vilket behöver stå i fokus i behandling. Vård och stöd för unga behöver också integrera olika sociala aspekter av livet, som familj, skola, idrotts- och fritidsverksamhet samt kompisrelationer.[40] Integrerade hälso- och sjukvårdssystem är enligt WHO ett tillvägagångssätt för att stärka personcentrerad hälso- och sjukvård.[41] Målet med att integrera vårdtjänster är att förbättra patienters upplevelse av vården samt uppnå ökad jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet, och på så sätt få ut mer av satsade resurser på hälso- och sjukvårdssystemen.[42]

I flera kartläggningar[43,44,45] av grundläggande komponenter i effektiva vård- och stödinsatser för unga vid skadligt bruk eller beroende betonas vikten av att behandlingen är heltäckande och utgår från en integrerad ansats. Detta kan uppnås genom en bred bedömning av hjälpbehov och utvärdering av risk- och skyddsfaktorer i patienternas och deras familjers liv.

Behov finns också av verksamheter som kan såväl erbjuda behandling för skadligt bruk eller beroende som bemöta andra medicinska eller psykiatriska problem, eller problem i familjen eller i skolan. Andra faktorer för effektiv behandling av unga är att familjen involveras, att problem tidigt identifieras och bemöts samt att vården innehåller strategier som motiverar patienten att stanna kvar i behandling.

Metaanalyser av metoder för att behandla barn och ungas substansbruk visade att öppenvårdsbehandling av unga för skadligt bruk eller beroende generellt var effektiva i att reducera användning, och

[40] WHO och UNODC (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders*.
[41] WHO (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*.
[42] Shaw S. mfl. (2011). *What is integrated care?* Research report.
[43] Jacobsson m.fl. (201). *Ungdomar och missbruk – kunskap och praktik. Rapport för Missbruksutredningen*.
[44] Winters K. m.fl. (2018). *Adolescent Substance Abuse Treatment: A Review of Evidence-Based Research*.
[45] Winters K. m.fl. (2011). *Advances in Adolescent Substance Abuse Treatment*.

att familjeterapi var den mest effektiva behandlingen.[46,47] I en kartläggning sammanfattas resultaten med att behandling för unga generellt kan vara effektiv, och än mer effektiv om den integrerar och samtidigt bemöter substansproblem och andra psykiatriska problem när det gäller att reducera både substansbruk och andra problem kopplade till beteende, familj eller andra psykosociala faktorer.[48]

Goda erfarenheter från integrerade verksamheter i Sverige

Ett sätt att tillgodose barns och ungas behov av tidiga tvärprofessionella insatser vid skadligt bruk eller beroende, och att uppmärksamma, utreda och åtgärda både medicinska och sociala problem, är integrerade verksamheter där personal från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten arbetar tillsammans. I några regioner finns det redan etablerade integrerade verksamheter för barn och unga som har alkohol- och narkotikaproblem. Dessa är ibland lokaliserade till ungdomsmottagningar, som vanligen har huvudfokus på sexuell och reproduktiv hälsa, eller till första-linjen-verksamheter för psykisk ohälsa i primärvården, men oftast i så kallade Mariamottagningar.

Mariamottagningarna är specialiserade öppenvårdsenheter som vänder sig till ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem. Dessa började, med Maria Ungdom i Stockholm som förebild, att byggas upp i de tre storstäderna under 2000-talets första decennium, och under senare år har det även tillkommit ett flertal liknande verksamheter i andra större städer.

Öppenvårdsmottagningarna bedrivs i samverkan mellan kommun och region, och här ges behandling av alkohol- och narkotikaproblem samt rådgivning och stöd för ungdomar och/eller anhöriga. Gemensamt för de flesta mottagningarna är att de erbjuder psykosocial och medicinsk bedömning av skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika, drogtester, individuell eller familjeterapeutisk behandling samt manualbaserade behandlingsprogram.

I mottagningarnas uppdrag ingår information och rådgivning till andra verksamheter och yrkesgrupper som kommer i kontakt med

[46] Tanner, Smith E. m.fl. (2013). *The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis*.
[47] Hogue A. m.fl. (2018). *Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014–2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons*.
[48] Morisano D. m.fl. (2014). *Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services*.

ungdomar. Den genomsnittliga vårdtiden är 4–6 månader, och personalen består av socionomer, sjuksköterskor, psykologer och läkare.[49] I vissa fall utförs även psykiatrisk screening. Det ingår alltid hälsosamtal, som berör psykisk hälsa som ett delområde i substansbruksbedömningen. Därmed finns det goda möjligheter att upptäcka en eventuell psykisk ohälsa och att erbjuda adekvat stöd inom verksamheten, alternativt remittera till barn- och ungdomspsykiatrin.[50]

Verksamheterna använder i hög grad arbetssätt med vetenskapligt stöd. I de flesta städer bygger verksamheten på en nära samverkan mellan kommun och region, i vissa större kommuner är de också samlokaliserade.

Socialstyrelsen genomförde 2022 en intervjustudie med Mariamottagningarna i Malmö, Göteborg och Stockholm. Dessa verksamheter har utvecklat ett arbetssätt som syftar till att komma i kontakt med barn som grips av polis, misstänkta för narkotikabrott. Arbetssättet har anpassats för att tillgodose de krav som följer av påföljdssystemet för barn och innefattar substansbruksbedömning och motiverande samtal. Genom intervjustudien framkom att arbetssätten på mottagningarna i de tre städerna i huvudsak är enhetliga, även om det finns skillnader i vissa moment.

UngDOK är en intervjumetod som är utvecklad specifikt för unga med substansbruksproblem och som är validerad.[51] Intervjuerna kartlägger risk- och skyddsfaktorer för flera livsområden hos patienten. Med stöd av den och ett hälsosamtal görs en bedömning om risk för fortsatt substansbruk och en ogynnsam utveckling, samt en bedömning av behov. Den avgör vilka insatser, metoder eller andra resurser som kan behövas och innebär en helhetssyn på patienten och en väg in i vården. Genom denna strukturerade intervju finns också möjligheter för verksamheterna att följa och utveckla sin verksamhet genom individbaserad systematisk uppföljning.

De arbetssätt som har följts upp på befintliga Mariamottagningar motsvarar flera av de målbilder för personer som använder narkotika som vi tagit fram, till exempel när det gäller lättillgängligt stöd, tidigt stöd, respektfullt bemötande och relationsskapande. Verksamheterna har till exempel en hög tillgänglighet och ett icke-dömande och allians-

[49] Dahlberg, M. och Anderberg, M. (2021). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Ungdomar i öppenvård år 2021*.
[50] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott*.
[51] Dahlberg, M., Anderberg, M. & Wennberg, P. (2017). *Psychometric properties of the UngDOK: A structured interview for adolescents with substance-use problems*.

skapande arbetssätt. Familj och anhöriga utgör viktiga samverkanspartners och många i personalen har relevant kompetens. Socialstyrelsens intervjustudie beskriver flexibilitet och snabbhet i organisationen i syfte att väcka och behålla motivation hos patienten som ett centralt moment för verksamheten.[52]

Vi bedömer därför att det finns starka skäl att organisera vården för barn och unga i form av öppenvårdsverksamheter som uppmärksammar, utreder och erbjuder vård och stöd för såväl medicinska som sociala problem. I nuläget finns den här typen av verksamhet endast i nio regioner, men dessa har i uppföljningar visat på goda resultat avseende både nöjdhet och resultat.

Studier av ungdomar som påbörjat vård vid någon Mariamottagning i Stockholm, Göteborg eller Malmö visar att det är en heterogen grupp. Den utgörs generellt av dels unga med en experimentell alkohol- eller narkotikaanvändning och god social förankring, dels unga med en större ansamling av riskfaktorer och med ett skadligt bruk eller beroende. Samtidigt finns det tydliga könsskillnader, där flickor i högre grad rapporterar andra problem som samsjuklighet, problem i skolan, mer omfattande problem i uppväxtmiljön och användning av mer än en drog än pojkar.

En studie av ungdomar som påbörjat vård vid någon Mariamottagning i Stockholm, Göteborg eller Malmö 2016–2020 visade att

- majoriteten rapporterade cannabis som primär drog
- medianåldern var 17 år
- ungefär en fjärdedel av dem som inledde en vårdkontakt var flickor.

Många i gruppen rapporterade också andra problem, som

- besvärliga uppväxtvillkor (44 procent år 2020)
- problem i skolan (60 procent år 2020)
- annan pågående psykiatrisk vård (24 procent år 2020).

Den generella debutåldern som rapporterades för den primära drogen var 15 år, och andelen ungdomar som de senaste tre månaderna hade använt den primära drogen mer än 2–3 gånger i veckan uppgick till

[52] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott*.

cirka 30 procent. Könsskillnaderna är tydliga: andelen flickor som rapporterade en hög användningsfrekvens var större än bland pojkar.[53]

Det finns också indikationer på att det går bra för de flesta ungdomar som inleder en vårdkontakt för alkohol- eller narkotikaproblem. Unga som hade kontakt med en Mariamottagning under 2016 följdes upp ett år senare för att identifiera dem som hade fortsatt kontakt med till exempel socialtjänst, psykiatri eller kriminalvård och majoriteten av dem hade inte det.[54] Liknande mönster syns även vid uppföljning efter tre år: majoriteten av dem som påbörjar en behandlingskontakt har ingen indikation på fortsatt substansproblematik tre år senare.[55]

Behov av nationell samordning och erfarenhetsutbyte

Även om de centrala delarna i verksamheterna är desamma, kan arbetssättet på dessa integrerade öppenvårdsmottagningar variera mellan olika verksamheter och orter. För att arbetssättet med integrerade mottagningar ska kunna utvecklas och spridas till alla delar av landet uttrycks ett behov av samordning och ett nationellt erfarenhetsutbyte, till exempel genom ett gemensamt nätverk och en årlig konferens för integrerade öppenvårdsmottagningar med substansbruksinriktning.[56]

I Socialstyrelsens studie av Mariamottagningarna i tre städer framkom erfarenheter av både framgångsfaktorer och utmaningar för att bedriva integrerad öppenvård. Storstädernas verksamheter har sedan ett drygt decennium ett kontinuerligt erfarenhets- och kunskapsutbyte, där samverkan med forskning också utgör ett naturligt inslag.

Regionerna och kommunerna har olika behov och förutsättningar, och det behövs ett mer systematiskt erfarenhetsutbyte med fler mottagningar för att finna lösningar på problem i verksamheten. Detta kan också kan vara till nytta för nya samordnade verksamheter.[57]

I våra dialoger med verksamhetsföreträdare framkom önskemål om bättre tillgänglighet till Mariamottagningarna, fler satellitmottagningar och mobila verksamheter för små kommuner som ej har

[53] Anderberg, M. och Dahlberg, M. (2022). *Minskad alkohol- och cannabisanvändning bland ungdomar på Mariamottagningar*.
[54] Anderberg, M., Dahlberg, M. & Wennberg, P. (2021). *Adolescents with substance abuse problems in outpatient treatment: A one-year prospective follow-up study*.
[55] Dahlberg, M. m.fl. (2022): *Long-Term Outcomes for Young People With Substance Use Problems in Outpatient Treatment: Gender-Specific Patterns*.
[56] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott*.
[57] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott*.

fysisk verksamhet samt mer digitala möjligheter som komplement till fysiska träffar.

Aktuella utmaningar i den här typen av verksamhet är också att kommuner och regioner styrs av olika författningar och har olika journalsystem för dokumentation, vilket medför dels dubbelarbete vid dokumentation, dels att man inte kan dela all information på grund av regler om sekretess och personuppgiftsbehandling. Det är betydelsefullt för verksamheternas funktion att lösa frågan om hur man inom ramen för integrerade verksamheter kan få möjligheter att ha gemensam dokumentation och dela information inom verksamheten, och med andra aktörer som har koppling till personens vård och omsorg. Vi bedömer därför att regeringen bör ta initiativ till att utreda möjligheterna till gemensam dokumentation och informationsdelning i integrerade verksamheter, och även inkludera vuxna med skadligt bruk eller beroende. I en sådan utredning är det även viktigt att beakta frågor som rör informationssäkerhet, rättssäkerhet och skydd för den personliga integriteten.

Det finns också svårigheter att få patienter att återkomma på uppföljningsbesök tre månader efter avslutad kontakt, och man behöver hitta arbetssätt för att motivera personerna att stanna i behandling. Dessutom behöver samverkan med barn- och ungdomspsykiatrin stärkas så att de patienter som behöver psykiatrisk vård kan få den samtidigt med behandlingen på Mariamottagningen.[58]

16.9 Socialstyrelsen bör få i uppdrag att stödja ungdomsmottagningarnas arbete för tidig upptäckt och tidiga insatser

Bedömning: Regeringen bör överväga att ge Socialstyrelsen i uppdrag att bidra med ett kunskapsstöd till ungdomsmottagningarna, om tidig upptäckt och tidiga insatser vid skadligt bruk eller beroende. Detta för att förtydliga ungdomsmottagningars uppdrag.

[58] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott*.

Skäl för bedömningen

Genom att förtydliga ungdomsmottagningars uppdrag, särskilt med avseende på skadligt bruk eller beroende skapas fler kontaktytor för att nå unga med riskbruk, skadligt bruk eller beroende, särskilt flickor och unga kvinnor. Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att bidra med ett kunskapsstöd om tidig upptäckt och tidiga insatser vid skadligt bruk eller beroende. Det ska ge personalen bättre förutsättningar att uppmärksamma narkotikaanvändning och bedöma hjälpbehov. Det bör innehålla vägledning om tidiga tecken och tidig upptäckt av narkotika, sätt att bedöma hjälpbehov, information om insatser för behandling och stöd samt om hur samordning av olika aktörers insatser kan ske. Det kan handla om rutiner för när ungdomsmottagningar ska kontakta elevhälsan, när en ungdom bör gå i stödbehandling hos en ungdomsmottagning och när ungdomen bör remitteras vidare till en annan vårdnivå. Det kan även innebära rutiner för när och hur kontakt bör tas med föräldrar eller socialtjänst. Vi anser att denna uppgift är i linje med Socialstyrelsens allmänna uppgifter enligt instruktion.

Ungdomsmottagningarna utgör i dag sällan en del av primärvårdens uppdrag men har ändå på vissa håll ett uppdrag att vara en första vårdinstans för barn och unga. Att bedriva ungdomsmottagning är ett frivilligt åtagande för kommuner och regioner, och hur organisationen ser ut varierar. Det finns mer än 250 ungdomsmottagningar i landet. De flesta har regionen som huvudman men det finns ungdomsmottagningar där regionen och kommuner samverkar, och mottagningar som drivs av enbart kommunen.

Uppdraget varierar mellan olika mottagningar bland annat eftersom det inte finns någon nationell vägledning. Mottagningarna har ett uppdrag att arbeta främjande och förebyggande medan andra mottagningar även ska stödja och behandla. Detta innebär att de har goda förutsättningar för tidig upptäckt. Ungdomsmottagningarna kan vara viktiga för att identifiera unga personer med riskbruk, skadligt bruk eller beroende. Det bör ingå i verksamheternas generella uppdrag att uppmärksamma riskbruk av alkohol och narkotika, och att vid behov lotsa vidare eller själva ge kortare interventioner. För att så ska kunna ske behöver personalen ha tillräcklig kunskap inom området. Både elevhälsan och ungdomsmottagningar möter många unga och kan därigenom få kännedom om narkotikaanvändning, skadligt bruk eller

beroende hos ungdomarna. För att vårdnivån ska kunna fungera som en tydlig väg in i vård och stöd samt för att glapp mellan nivåer ska undvikas måste det finnas kompetens och samverkan mellan verksamheter för att lotsa personer vidare till adekvata vård- och stödinsatser vid behov. Men eftersom ungdomsmottagningars uppdrag många gånger är otydligt är det inte alltid definierat när en medarbetare på en ungdomsmottagning bör hänvisa en ungdom vidare till en annan vårdinstans eller socialtjänst, vilket framgår av en kartläggning som SKR gjort. Av kartläggningen framgår även att det varierar i vilken grad ungdomsmottagningarna har upparbetade kontakter med andra aktörer.[59]

Det finns även stora variationer när det gäller tillgänglighet och kvalitet mellan olika mottagningar. Vissa mottagningar har hög tillgänglighet med öppet alla dagar i veckan och möjlighet att arbeta strukturerat med insatser särskilt utformade efter ungas behov. Andra mottagningar har små möjligheter till verksamhet utöver barnmorskans traditionella arbete med preventivmedelsförskrivning och provtagning för könssjukdomar.[60]

Det finns indikationer på att ungdomsmottagningarnas otydliga uppdrag och ansvar gör att deras roll är oklar och/eller svag i vårdkedjan. En del ungdomsmottagningar har utvecklat ett arbete mot riskbruk, skadligt bruk eller beroende medan andra inte har den kompetensen. Eftersom ANDTS-frågor inte generellt ingår i deras uppdrag, prioriteras inte dessa frågor för de ungdomar som besöker deras verksamhet.[61] För att skapa fler kontaktytor för att nå barn och unga med skadligt bruk eller beroende anser vi därför att det finns behov av att förtydliga ungdomsmottagningarnas uppdrag.

Det är en övervikt av flickor och unga kvinnor som besöker ungdomsmottagningar, vilket innebär att ungdomsmottagningarna i högre grad kan nå flickor i ett tidigt skede. Longitudinella studier av patienter på Mariamottagningar i Stockholm, Göteborg och Malmö visar att drygt hälften av ungdomarna haft problematiska uppväxtvillkor. Generellt har flickor haft allvarligare problem under sin uppväxt än pojkar i form av skadligt bruk eller beroende, psykisk ohälsa, våld och ekonomiska svårigheter. Flickor i studien har generellt också allvarligare problem avseende alkohol- och narkotikaanvändning i sam-

[59] SKR (2020). *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa. Nuläge och vägar framåt.*
[60] SKR (2020). *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa. Nuläge och vägar framåt*.
[61] Strandberg, A. m.fl. (2017). *Alkohol, droger och sexuell hälsa. Utveckling av alkohol- och drogförebyggande arbete i samarbete med ungdomsmottagningar*. Stockholm: STAD.

band med påbörjad behandlingskontakt. Flickors narkotikaanvändning uppmärksammas senare än pojkars och andelen flickor som inleder en behandlingskontakt är konstant lägre än andelen pojkar. Sammanfattningsvis har flickor i behandling mer komplexa problem, och det finns alltså ett behov av att nå flickor med relevant stöd i ett tidigare skede.[62] [63]

Här kan ungdomsmottagningarna och även BUP ta en viktig roll genom att ställa frågor om skadligt bruk eller beroende för tidig upptäckt och stöd. STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) har genomfört väntrumsenkäter på ungdomsmottagningar i Stockholms län som visade att ungdomsmottagningar når en utsatt grupp avseende substansanvändning och sexuell utsatthet. Cirka 40 procent hade testat annan drog än alkohol.[64] Tillsammans med Ungdomsmottagningarna i Stockholms län arbetar STAD också med ett forsknings- och utvecklingsprojekt som ska utveckla det alkohol- och narkotikaförebyggande arbetet med fokus på sexuell hälsa. Inom projektet har en e-guide tagits fram som riktar sig till personal som möter unga i sitt dagliga arbete. Guiden ska utgöra ett kompetensstöd vid samtal och rådgivning kring alkohol, narkotika och sexuell hälsa.[65] Detta material bör beaktas inom ramen för det nationella kunskapsstöd som vi bedömer att det finns behov av.

16.10 Främja utvecklingen för en god och jämlik kvalitet utifrån brukarnas och patienternas behov

Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2019 för vård och stöd vid missbruk och beroende riktar rekommendationer främst till beslutsfattare. Ett vård- och insatsprogram (VIP) för missbruk och beroende riktas främst till personal inom socialtjänst samt hälso- och sjukvård. Tillsammans med insatser för att stödja implementeringen ska detta öka användningen av evidens- och erfarenhetsbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ.

[62] Dahlberg M. och Anderberg, M. (2021). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Ungdomar i öppenvård år 2021*.
[63] Dahlberg, M. m.fl. (2022). *Long-Term Outcomes for Young People with Substance Use Problems in Outpatient Treatment: Gender-Specific Patterns*.
[64] Strandberg, A. m.fl. (2017). *Alkohol, droger och sexuell hälsa. Utveckling av alkohol- och drogförebyggande arbete i samarbete med ungdomsmottagningar*. Stockholm: STAD.
[65] https://composer.luvit.se/luvitportal/permalinks/opencourse/5042. Besökt 2023-09-13.

Programmet har tagits fram inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Det praktiska arbetet görs av en nationell arbetsgrupp, och programmet fastställs av Nationellt programområde psykisk hälsa. Innehållet i programmen bygger på nationella riktlinjer och andra kunskapssammanställningar.

16.10.1 Kunskapsbaserade insatser för personer som har adhd samtidigt med skadligt bruk eller beroende

Samsjuklighet mellan skadligt bruk eller beroende och adhd är vanlig, och adhd är också en tydlig riskfaktor för att senare i livet utveckla skadligt bruk eller beroende. Forskning tyder också på ett samband mellan omedicinerad adhd och ökad kriminalitet, och indikerar att korrekt medicinering och dosering skulle kunna minska narkotikaanvändning, förbättra psykosociala förhållanden och minska antalet dagar i heldygnsvård.

År 2022 publicerades nationella riktlinjer för adhd och autism. De innehåller en rekommendation om neuropsykiatrisk utredning med hög prioritet. Där rekommenderas att personer med pågående skadligt bruk eller beroende inte bara får tillgång till utredning utan också prioriteras för utredning på grund av den höga svårighetsgraden. Även om utredningen inte alltid kan slutföras i sin helhet betonar riktlinjerna att man ska erbjuda och utreda det som går, i stället för att rutinmässigt exkludera dessa personer från utredning eller insatser.[66]

Då kunskapsläget länge varit oklart, saknas i Sverige nationella rekommendationer beträffande behandling av personer med adhd och samtidigt skadligt bruk eller beroende, trots att detta är ett vanligt problem i behandlingsarbetet.

Det förekommer stora skillnader mellan regioner och verksamheter avseende förhållningssätt till förskrivning av läkemedel, vilket lett till en ojämlik vård. Det har också visat sig att specialistutredningar för adhd ibland kräver drogtester, och att personer ibland medicinskt omotiverat, utesluts från behandling för adhd på grund av skadligt bruk eller beroende.

Vetenskapliga studier gjorda de senaste åren stöder andra behandlingsstrategier än dem som är etablerade för patienter med adhd utan samtidigt skadligt bruk eller beroende. Studierna indikerar att doser-

[66] Socialstyrelsen (2022). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism*.

ingen av adhd-medicinering kan behöva höjas för personer med skadligt bruk eller beroende för att nå effekt. I våra dialoger med verksamhetsföreträdare har det också framkommit att praktisk erfarenhet bland läkare nationellt och internationellt stöder detta.

Det är inte alltid praktiskt möjligt att genomföra en omfattande neuropsykologisk utredning och inhämta de oberoende uppgifter från anhöriga och lärare som under optimala omständigheter är önskvärda för att på bästa sätt underbygga en adhd-diagnos. Svårigheterna kan orsakas av resursbrist inom vården, av patientens situation, eller av en kombination av dessa faktorer. När det är fallet är det viktigt att väga nyttan med behandlingen mot riskerna med en sådan. Oftast utmynnar en sådan avvägning i att behandlingsförsök görs under väl kontrollerade former, och noga utvärderas. Ett tydligt positivt behandlingssvar stöder då preliminärdiagnosen, och ger en tillräcklig grund för fortsatt behandling.

Mot denna bakgrund har svensk förening för beroendemedicin initierat en process för att ta fram en kunskapsbaserad riktlinje för behandling av samtidig adhd och skadligt bruk eller beroende. Arbetsgruppen består av sex aktiva forskare och kliniker med kunskap inom det aktuella området. Resultatet kommer att sammanställas i en handbok. Vi bedömer att det är viktigt att denna riktlinje tillgängliggörs för relevant hälso- och sjukvårdspersonal i hela landet för att öka kunskapen om beprövad erfarenhet och evidensbaserad behandling, såsom att behandla båda tillstånden parallellt och att medicinera effektivt. Kunskapen belyser vidare att

- drogfrihet inte bör vara ett generellt krav i behandling
- stöd och vård i större utsträckning bör hänga ihop som en helhet
- personer inte bör stängas ute från stöd och vård
- hjälp bör ges mot både beroende och psykisk ohälsa.

Detta borde följaktligen minska ojämlikhet och diskriminering i behandling.

16.10.2 Skadligt bruk eller beroende kan förebyggas genom tidig identifiering och stöd vid adhd

Bedömning: Socialstyrelsen bör inom ramen för det nationella hälsoprogrammet för barn och unga, utreda hur olika aktörer ska kunna identifiera och stödja fler individer med adhd.

Skäl för bedömningen

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen genomfört en förstudie om hur ett nationellt hälsoprogram för barn och unga bör utformas och implementeras. Det nationella hälsoprogrammet för barn och unga upp till 20 år föreslås ha målsättningen att barn och unga lättare får tillgång till de insatser som de behöver för att grundlägga, förbättra eller vidmakthålla sin hälsa, och som implementeras genom hälsobesök, hälsosamtal och föräldraskapsstöd. Socialstyrelsen bedömer att hälsoprogrammet kan bidra till att uppfylla det folkhälsopolitiska målet om en god och jämlik hälsa, samt det jämställdhetspolitiska målet om en jämställd hälsa.

Samsjuklighet mellan adhd och skadligt bruk eller beroende är omfattande, och adhd kan vara en riskfaktor för senare skadligt bruk eller beroende. Det innebär att behandling för adhd i ett tidigt skede kan förebygga skadligt bruk eller beroende. Vi bedömer att det därför är ändamålsenligt att den aktör som får i uppdrag att utveckla ett nationellt hälsoprogram för barn och unga också utreder hur fler individer med adhd kan identifieras och få stöd, i syfte att förebygga utveckling av skadligt bruk eller beroende.

Sambandet mellan adhd och senare skadligt bruk eller beroende tyder på vikten av att etablera strukturer för tidigt uppmärksammande och tidigt stöd vid bland annat adhd. En adhd-diagnos kan innebära behov av extra stöd och hjälp i skolan, men under de senaste trettio åren har andelen av alla elever som fått någon typ av stödåtgärd i grundskolan minskat avsevärt.

I internationell forskning förespråkas att alla med diagnos för skadligt bruk eller beroende borde screenas för adhd, då samsjukligheten är stor och det finns goda verktyg för det.[67]

[67] Crunelle C. m.fl. (2018). *International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity disorder*.

Det är fortfarande oklart om behandling för adhd får effekt i form av minskad förekomst av skadligt bruk eller beroende, även om det finns forskning som tyder på det. Sambandet bör därför utredas vidare.

I nuläget finns screening för autism inom barnhälsovården i Sverige, som är ett betydligt ovanligare tillstånd än adhd. Det finns också snabba och effektiva screeningverktyg för adhd. Samtidigt kan en allmän screening för adhd innebära stora utmaningar och risker. Det skulle kräva omfattande vårdresurser för att omhänderta resultat av screening, där till exempel en stor mängd falskt positiva screeningresultat kan förväntas, och en risk för undanträngning av andra vårdbehov som följd. Instrumenten bör ha en hög grad av specificitet för att screening ska bli effektivt.

Det har skett en stor ökning av adhd-diagnoser senare år och grunden till detta är fortfarande oklar. Det gör att sambandet mellan adhd och skadligt bruk eller beroende är ifrågasatt.

I många av de dialoger vi haft med verksamhetsföreträdare har det framhållits att det är viktigt att identifiera och stödja barn och unga med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), samt om vikten av stöd och anpassningar till barn och unga med funktionsnedsättningar. Samtidigt ska inte befintligt stigma som belastar gruppen förstärkas. Det innebär att det är motiverat med ett tydligt generellt pedagogiskt stöd i skolan.

Trots att majoriteten av barn som har en adhd-diagnos inte kommer att utveckla skadligt bruk eller beroende, kan barn och unga med NPF och deras föräldrar behöva mer information om den eventuellt ökade sårbarheten för skadligt bruk eller beroende. Ett ofta uppmärksammat problem är att tillgången till verksamheter som har i uppdrag att ta emot barn och unga med psykiska besvär och lindriga psykiatriska tillstånd i primärvården behöver förbättras. Detsamma gäller även tillgängligheten till BUP i de fall specialistsjukvård behövs. Samarbetet mellan olika vårdnivåer skulle kunna stärkas för barn och unga med psykisk ohälsa. Flera insatser som man kan ge på primärvårdsnivån är de samma som kan ges på BUP, till exempel psykopedagogiska insatser. Det finns också andra problem kopplade till identifiering och behandling av adhd, till exempel att det är långa väntetider till utredning för adhd och därefter till adekvat behandling. Detta är problem som också behöver lösas men som inte faller inom ramarna för den här utredningens direktiv.

16.10.3 Socialstyrelsen bör få i uppdrag att stödja främjandet av somatisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende

Bedömning: Hälso- och sjukvården behöver utöka sina insatser för att förbättra den somatiska hälsan för personer med skadligt bruk eller beroende. Regeringen bör skapa bättre förutsättningar för detta genom att ge Socialstyrelsen i uppdrag att dels stödja hälso- och sjukvården i implementering av befintliga rekommendationer och riktlinjer avseende rökavvänjning till målgruppen, dels utreda förutsättningarna att främja regelbundna hälsokontroller hos individer med skadligt bruk eller beroende, i hälso- och sjukvårdens regi.

Skäl för bedömningen

Som vi beskrivit tidigare är sjuklighet och dödlighet till följd av somatiska sjukdomar ett stort problem bland personer med svårare former av skadligt bruk eller beroende. Bland annat röker mer än 80 procent av patientgruppen, vilket är jämförbart med psykospatienter och oerhört mycket högre än den genomsnittliga andelen rökare i samhället. En svensk studie visar att risken att dö i två av de vanligaste cancersjukdomarna, bröstcancer och prostatacancer, var ungefär 60 procent högre för personer med skadligt bruk eller beroende.[68] [69] Även risken att dö i hjärt-kärlsjukdom är förhöjd för gruppen. Munhälsan är i Sverige generellt god men varierar mellan olika grupper i samhället, och är sämre bland personer med skadligt bruk eller beroende.

Det finns en betydande tröskel mot att söka vård för somatisk sjukdom bland personer med opioidberoende. Det kan bero på tidigare dåliga erfarenheter, diskriminering och stigma.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd anges att hälso- och sjukvården bör erbjuda individer med schizofreni och liknande tillstånd regelbundna kontroller av metabola riskfaktorer med blodprov och fysisk undersökning. Det finns exempel från regioner där sådana hälsounder-

[68] Dahlman, D. m.fl. (2021). *Drug use disorder and risk of incident and fatal breast cancer: a nationwide epidemiological study*.
[69] Dahlman, D. m.fl. (2022). *Drug use disorder and risk of incident and fatal prostate cancer among Swedish men: a nationwide epidemiological study*.

sökningar utvidgats till fler patienter med vissa psykiatriska tillstånd. De har rätt till en årlig hälsoundersökning i primärvården, där fokus ligger på levnadsvanor och det metabola syndromet. För varje sådan hälsoundersökning får primärvården en särskild ersättning.

Vi anser att det är motiverat att utreda förutsättningarna att främja regelbundna hälsokontroller hos individer med skadligt bruk eller beroende, i hälso- och sjukvårdens regi, eventuellt avgränsat till en grupp med svårt skadligt bruk eller beroende som till exempel patienter inom LARO eller inom specialiserad beroendevård. Detta kan till exempel ske inom ramen för den föreslagna uppdateringen av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende (kapitel 21). Sådana kontroller kan motiveras samhällsekonomiskt med tanke på kostnader för den stora somatiska sjukligheten i gruppen.

Tobaksrökning är en av de främsta riskfaktorerna för sjukdom och för tidig död och som går att förebygga. År 2022 uppgav 6 procent av befolkningen att de röker dagligen, men det är stora skillnader mellan olika grupper, uppdelat på bland annat utbildnings- och inkomstnivå samt sysselsättning.[70]

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor ger rekommendationer om att erbjuda kvalificerade rådgivande samtal till vuxna som löper särskild risk och som röker dagligen. Det finns även andra rekommendationer om samtal med tillägg av nikotinläkemedel eller andra läkemedel för rökavvänjning. Personer med skadligt bruk eller beroende bör kunna omfattas av rekommendationerna för vuxna med särskild risk. Det innebär att man har ett redan sårbart tillstånd (sjukdom eller andra riskfaktorer) som kan vara en följd av eller förvärras av ohälsosamma levnadsvanor.

Rekommendationerna anger vidare att det är särskilt angeläget att hälso- och sjukvården stöder dessa grupper i att förbättra sina levnadsvanor, för att minska riskerna för ytterligare ohälsa och förtida död.[71] Samtidigt har det framkommit att personer med skadligt bruk eller beroende inte får så mycket stöd för att hantera sitt tobaksbruk. Det kan ibland handla om att hälso- och sjukvårdspersonal uppfattar rökavvänjning som en mindre viktig insats för målgruppen. Det här

[70] Folkhälsomyndigheten (2023). *Hälsa på lika villkor* (HLV).
[71] Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*.

är dock en missuppfattning, då problemen snarare med fördel kan behandlas parallellt.

Vi ser därför att det är angeläget att stärka insatser för rökavvänjning till gruppen och vill främja förutsättningarna för det. Det kan göras genom att Socialstyrelsen får ett uppdrag att ge särskilt kunskapsstöd till hälso- och sjukvården om hur den i högre grad kan erbjuda målgruppen rökavvänjning.

16.10.4 Vården och stödet till särskilt utsatta grupper med skadligt bruk eller beroende bör anpassas efter deras behov

Bedömning: Regioner och kommuner bör säkerställa att alla, oavsett könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, ges tillgång till vård och stöd av god kvalitet. Socialstyrelsens pågående uppdrag att inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med skadligt bruk eller beroende kan bidra till nödvändig utveckling inom området. Vidare bör ett hbtqi-perspektiv inkluderas.

Skäl för bedömningen

Som del av personcentrerad vård och omsorg behöver de olika aktörerna och verksamheterna ha kunskap om skillnader i förutsättningar hos olika individer och grupper. Vi redogör nedan för områden som har betydelse i arbetet med att utveckla en mer personcentrerad vård och omsorg som beaktar olika gruppers behov.

Olika sårbarhet hos kvinnor och män

Inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänstens insatser vid skadligt bruk eller beroende är det betydligt vanligare att män får sådana insatser än kvinnor. Behandlingstiden i frivillig institutionsvård är kortare för kvinnor än män.[72] Kvinnor och flickor med skadligt bruk eller beroende av narkotika har ofta en komplex situation med sam-

[72] Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar.*

sjuklighet och social utsatthet. I Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet hade kvinnor (64 procent) i större utsträckning än män (52 procent) en sådan problematik.[73] Samtidigt är det ett faktum att pojkar och män i befolkningsundersökningar i Sverige och internationellt i större utsträckning än kvinnor rapporterar problem relaterade till skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Vad gäller insatser till kvinnor respektive män kan olika utsatthet behöva hanteras. Ett exempel är boendelösningar där exempelvis *Bostad först* inte alltid funkar lika problemfritt för kvinnor som för män. En del kvinnor känner rädsla för att få ett eget bostadskontrakt eftersom hot och risk för utsatthet ökar. Sådana perspektiv behöver hanteras och lösas i dialog med socialtjänsten.

Hbtqi-personer med skadligt bruk eller beroende

Flera olika grupper som är extra utsatta uppmärksammas i för låg utsträckning i vård- och stödinsatser för skadligt bruk eller beroende, till exempel hbtqi[74]-personer. Det finns ökad risk för substansproblem och psykisk hälsa i denna grupp, bland annat på grund av stigmatisering, utsatthet för kränkningar, diskriminering och våld. Det saknas i stor utsträckning kunskap inom detta område.

Kemsex

Under senare år har inte minst fenomenet chemsex eller på svenska kemsex uppmärksammats. Kemsex innebär att man använder narkotika med syftet att det ska förstärka sexuella upplevelser. Fenomenet förekommer i flera olika grupper i samhället. Användning av narkotika i samband med sex kan handla om att släppa hämningar, att förhöja känslan, möjliggöra för vissa typer av sex, eller parera psykisk ohälsa som ofta gör sig påmind i sexuella sammanhang. Även kroppshets och missnöjdhet med den egna kroppen innebär att en del använder narkotika för att slappna av. Kemsex förkommer i olika grupper i samhället och bland både män och kvinnor. I Sverige har dock kemsex mest uppmärksammats i gruppen män som har sex med män.

[73] Socialstyrelsen (2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik.*
[74] Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner samt intersexpersoner.

En utmaning i nuläget är att utveckla insatser och stöd till denna målgrupp som präglas av värderingsfri information och ett icke-normativt synsätt. Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas, transpersoners, queeras och intersexpersoners rättigheter (RFSL) arbetar på flera platser med att ge samtalsstöd i just dessa frågor på ett icke-dömande sätt.

Våldsutsatthet

Olika studier visar att sexuellt utnyttjande och våldsutsatthet är vanligt hos kvinnor med skadligt bruk eller beroende. I en nyligen genomförd studie av Västmanlands länsstyrelse och Mälardalens högskola studerades förekomsten av våld mot kvinnor i skadligt bruk eller beroende. Studien visade att målgruppen är mer utsatt för våld och kränkningar i nära relationer än kvinnor generellt.

Totalt deltog 11 verksamheter och 52 kvinnor i studien. Nära hälften av de deltagande kvinnorna har varit utsatta för grovt våld, och 40 procent hade fått skador som krävt akutvård. Sexuellt våld var vanligt, och nära hälften av kvinnorna uppgav att de hade fått skador vid sexuellt umgänge. Nästan alla, 96 procent av kvinnorna, hade utsatts för verbala kränkningar. Några av kvinnorna hade fått insatser för sin våldsutsatthet, exempelvis stödsamtal. Det förefaller vanligare att man får insatser för sin beroendeproblematik än insatser för våldsutsatthet.[75]

I en svensk studie som publicerades 2015 undersöktes i vilken utsträckning kvinnor med skadligt bruk eller beroende i ett livstidsperspektiv varit utsatta för mäns våld. Studien inkluderade 79 kvinnor. Av dessa hade 72 kvinnor (91 procent) utsatts för olika former av våld från män. I 88 procent av fallen var det en före detta partner som var förövaren. I 26 procent av fallen handlade det om manliga vänner eller bekanta. Av de 72 kvinnorna rapporterade 71 procent ”oräkneliga tillfällen” då de utsatts för våld.[76]

Enligt Socialstyrelsens *öppna jämförelser* använder 82 procent av kommunernas missbruks- och beroendeverksamheter verktyget

[75] Länsstyrelsen i Västmanland (2021). *Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation.*
[76] Beijer, U. m.fl (2015). *Facets of Male Violence Against Women with Substance Abuse Problems: Women With a Residence and Homeless Women.*

FREDA-kortfrågor för att identifiera våldsutsatthet.[77] Våldsutsatthet bör kunna uppmärksammas i många olika verksamheter inom socialtjänsten, men också av andra samhällsaktörer såsom i exempelvis primärvård. I detta arbete kan verktyget vara till hjälp. Det saknas data om hur många av de kvinnor som identifieras och som därefter får en insats där våldsutsattheten beaktats.

Bland dem som 2019 vårdades med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och som besvarade frågor vid inskrivningen (765 individer varav 267 kvinnor och 498 män) rapporterade

- 70 procent av männen och 76 procent kvinnorna att de någon gång blivit utsatta för våld
- 49 procent av männen och 66 procent av kvinnorna att de någon gång blivit utsatta för hot
- 8 procent av männen och 60 procent kvinnorna att de någon gång blivit utsatta för sexuella övergrepp.[78]

En insats som kan beviljas av socialtjänsten vid våldsutsatthet är skyddat boende. I en kartläggning av skyddade boenden som genomfördes av Socialstyrelsen 2019–2020 skickades en enkät till 282 skyddade boenden i Sverige, varav 76 besvarade enkäten. I kartläggningen uppgav endast 22 procent att de kunde ta emot personer med missbruks- eller beroendeproblematik.[79]

Socialstyrelsen bedömde att våldsutsatta kvinnor med missbruks- och beroendeproblematik riskerar att inte få tillgång till stöd och hjälp utifrån sitt skyddsbehov. Socialtjänsten fångar ofta inte upp och erbjuder insatser till dessa personer. Socialstyrelsen bedömde vidare att stöd och insatser till våldsutsatta kvinnor i missbruk och beroende behöver utvecklas.[80]

Kunskap om hbtqi-personers våldsutsatthet och samtidigt skadligt bruk eller beroende saknas i stor utsträckning. Generellt är dessa personer ofta utsatta för våld, inklusive i nära relationer, och kan ha svårt att få tillgång till stöd och hjälp utifrån deras skyddsbehov. Skyddade boenden tar oftast inte emot män, transpersoner och/eller kvin-

[77] Socialstyrelsens hemsida. *Öppna jämförelser 2022*. Besökt 2023-01-05.
[78] Statens institutionsstyrelse (2020). *Personer intagna på SiS LVM-hem.*
[79] Socialstyrelsen (2020). *Kartläggning av skyddade boenden i Sverige*.
[80] Ibid.

nor som har utsatts för våld av en annan kvinna. Det saknas ofta kompetens kring hbtqi-personers våldsutsatthet, och än mindre i kombination med skadligt bruk eller beroende.

Sex mot ersättning

Sex mot ersättning är vanligt hos personer med skadligt bruk eller beroende. Hur vanligt det är i Sverige är dock oklart. Bland dem som vårdades med stöd av LVM år 2019 och som besvarade frågor vid inskrivningen rapporterade 30 procent av kvinnorna och 7 procent av männen att de någon gång utfört en sexuell handling mot ersättning.[81] Även många män med skadligt bruk eller beroende har erfarenhet av sex mot ersättning, Samtidigt kan det vara svårare för män att föra detta på tal i vårdsammanhang eftersom frågan om sex mot ersättning i en svensk kontext ramas in som ett uttryck för könsmaktsordning och mäns väld mot kvinnor, samt stereotypa föreställningar inom området. Ett skäl för kvinnor och män att utföra sex mot ersättning kan vara att finansiera narkotikaanvändning. Det motsatta förhållandet kan också gälla, det vill säga att narkotika används för att stå ut med att ha sex mot ersättning.

Differentierade mottagningar och insatser

Många gånger efterfrågar brukarorganisationer och kvinnor behandling där endast flickor/kvinnor deltar och där personalen är av samma kön. Skälen är behov av traumavänligt bemötande samt att eliminera risken att möta förövare inom samma verksamhet om förövaren varit en man. LVM-vården och ett fåtal HVB-hem är uppdelade på så vis, med specifika enheter för kvinnor. Även öppenvården i kommun och region kan ha en sådan uppdelning, däremot är det mer sällsynt i slutenvården. En nationell överblick över utbudet av evidensbaserade insatser som är könsspecifika saknas. Det finns inte heller några rekommendationer om sådan behandling i de nationella riktlinjerna.

En annan aspekt som kan vara skäl för differentierade mottagningar är att undvika att blanda yngre personer som inte utvecklat fullt så allvarliga problem, med äldre personer som länge haft problem

[81] Statens institutionsstyrelse (2020). *Personer intagna på SiS LVM-hem.*

med skadligt bruk eller beroende. Det gäller både boenden, slutenvård och öppenvård.

Det är en utmaning att erbjuda differentierade mottagningar på små orter eller i specialiserad vård. Samtidigt behöver kunskapen om särskilda sårbarheter för olika grupper finnas överallt och utvecklas än mer för att kunna bedriva en personcentrerad vård och omsorg i Sverige.

Kvinnors särskilda utsatthet har framträtt i arbetet med att ta fram målbilder för samhällets insatser för personer med skadligt bruk eller beroende

Vi har genomfört intervjuer med kvinnor och män som regelbundet använder narkotika, och utifrån dessa också skapat målbilder för samhällets insatser. Där har det blivit tydligt att såväl kunskapen om skadligt bruk eller beroende och annan samtidig problematik som insatserna behöver förbättras. De målbilder vi tagit fram omfattar båda könen, men det är tydligt att det behövs extra stora ansträngningar och kunskapslyft för att utveckla det stöd samhället erbjuder flickor och kvinnor:

- Många kvinnor med skadligt bruk eller beroende har andra underliggande trauman, såsom sexuella övergrepp och våld, vilket innebär att personal behöver ha ett traumavänligt bemötande.
- Vård och behandling för skadligt bruk eller beroende behöver vara personcentrerad, vilket kan innebära att kvinnor vill mötas av personal av samma kön samt kunna ta del av gruppbehandlingar med personer av samma kön.
- Det uppsökande arbetet behöver förstärkas för att etablera relationer, arbeta proaktivt och motivera att våga söka hjälp.
- Samtidig problematik (psykisk ohälsa, suicidrisk, våldsutsatthet, sex mot ersättning) behöver uppmärksammas, och arbetet med dessa behöver integreras.
- Det ska inte ställas krav på att avstå från sex mot ersättning för att ta del av insatser, eftersom samma problem som kring drogfrihetskrav uppkommer i sådana lägen, nämligen att kvinnor riskerar att

inte få hjälp med boendesituation, skadligt bruk eller beroende, eller psykisk problematik.

Det har också av andra framförts att punkterna ovan i lika stor utsträckning kan vara relevanta för hbtqi-personer.

Rädslan stor att förlora sina barn bland kvinnor med skadligt bruk eller beroende samt behov av ökat stöd i föräldraskap

Vi har återkommande tagit del av information om att rädslan att söka vård och stöd för skadligt bruk eller beroende är större bland kvinnor eftersom de befarar att detta kommer innebär att man fråntas sina barn. Om mödravårds- och barnhälsovårdsverksamheter får ökad kunskap om skadligt bruk eller beroende och kan ge målgruppsanpassat stöd ökar det förutsättningarna för mer familjeorienterade arbetssätt som kan gynna barnen.

Behov av mer personcentrerad vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende

Socialstyrelsen har redan ett pågående regeringsuppdrag som ska redovisas den 15 maj 2024.[82] Vi bedömer att det uppdraget kommer kunna bidra med mer kunskap som underlag för insatser som behövs för en jämlik vård och omsorg.

Regioner och kommuner bör säkerställa att alla, oavsett könsidentitet, könsuttryck och sexuell läggning, ges tillgång till vård och stöd av god kvalitet. Vi har ovan belyst några områden och perspektiv som kan behöva beaktas. Ett hbtqi-perspektiv behöver inkluderas i det arbete som nu pågår.

[82] Socialstyrelsens regleringsbrev (2023). *Uppdrag att inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik.*

16.10.5 En rationell läkemedelsförskrivning av narkotikaklassade läkemedel med stöd för nedtrappning

Bedömning: Regionerna bör implementera de kunskapsstöd som finns för att säkerställa en rationell användning av narkotikaklassade läkemedel och en nedtrappning med stöd. Genom regionala riktlinjer, stöd och ersättningsmodeller till vårdgivare bör regionerna styra mot en minskad förskrivning av narkotikaklassade läkemedel och utveckla ändamålsenligt stöd till patienter. Regionerna bör överväga att förskriva naloxon till patienter som behandlas med opioidläkemedel.

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen och Läkemedelsverket i uppdrag att stödja implementering av nationella kunskapsstöd, och stödja lärande inom området läkemedelsberoende genom goda exempel inom området samt ge Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att utreda förutsättningar att främja mindre förpackningsstorlekar av narkotikaklassade läkemedel inom läkemedelsförmånen.

Skäl för bedömning och förslag

Läkemedelsbehandling av smärttillstånd kan i många fall vara nödvändig och narkotikaklassade läkemedel fyller då en viktig funktion. Vården av patienter med långvarig smärta är dock bristfällig och ojämlik inom både primärvård och specialiserad vård, samt mellan olika regioner. Långvarig smärta innebär smärta som är ihållande eller upprepas under en period längre än tre månader. Det är ett omfattande hälsoproblem och medför ofta stort lidande för individen. Vid långvarig smärta har smärtans funktion som varningssignal ofta upphört och behöver då behandlas som ett sjukdomstillstånd i sig snarare än som ett symtom på en bakomliggande orsak. Smärttillstånd kan också kvarstå trots behandlingar mot underliggande sjukdom eller skada.

Det har nyligen tagits fram ett stöd för ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för behandling av långvarig smärta hos vuxna. Vårdförloppet omfattar åtgärder från den första kontakten med vården till dess att patienten kan hantera sin situation utan ytter-

ligare vård. Målet med vårdförloppet är att bidra till att öka eller bibehålla patientens funktion och förmåga, men också att bidra till ökad delaktighet, kontinuitet och trygghet för patienten. Målet är även att minska kostnader för individen, hälso- och sjukvården och samhället samt att bidra till en jämlik vård.[83] Det finns mycket kunskap och tydliga riktlinjer för behandling av långvarig smärta, men behandlande läkare behöver arbeta med ett förändrat förskrivningsmönster.[84] En adekvat smärtutredning behöver göras för att kunna ta ställning till vilken behandling som bör erbjudas. I de flesta fall är icke-farmakologiska behandlingsmetoder och icke opioid- läkemedel förstahandsval enligt gällande rekommendationer.

Även bensodiazepinförskrivning behöver uppmärksammas för att minska risk för negativa konsekvenser och utveckling av skadligt bruk eller beroende hos patienten. Många av dödsfallen i Sverige orsakas av flera substanser i kombination, där bensodiazepiner ofta ingår. Under senare år har inte bara bensodiazepiner utan också sederande antihistaminer (exempelvis prometazin) blivit mer frekvent förekommande i analyser av dödsfall till följd av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar. Det kan vara angeläget att också på sikt följa förskrivningsmönstren av sådana vad gäller gruppen med skadligt bruk eller beroende.

Nationellt stöd och riktlinjer för förskrivning av narkotikaklassade läkemedel har utvecklats inom kunskapsstyrningsorganisationen, och vi bedömer att det i huvudsak är implementeringen i regionerna som behöver förstärkas. Det finns exempel från olika regioner om goda arbetssätt med läkemedelsberoende personer att lära från, både genom minskning av nyförskrivning och genom stöd för nedtrappning. Några exempel:

- Region Västmanland vill minska risken att utveckla ett vårdorsakat läkemedelsberoende, samt förbättra omhändertagandet av de patienter som fastnat i ett sådant beroende. Regionen har därför under flera år arbetat i en process som styrs av regionala riktlinjer som omfattar samtliga vårdnivåer och vårdgivare. De har arbetat aktivt med regionala riktlinjer och implementeringsstöd i kombi-

[83] Nationellt system för kunskapsstyrning, hälso- och sjukvård, Nationellt programområde nervsystemets sjukdomar (2022): *Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp, smärta – långvarig, hos vuxna*.
[84] Lakartidningen.se 2022-01-26 https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/temaartikel/2022/01/lakarens-behandlingsansvar-vid-opioidforskrivning-kan-forbattras. Besökt 2023-08-15.

nation med utbyggnad av en smärtklinik, och därigenom fått ner förskrivningen. I uppföljningar kan ses att regionen minskat antalet förskrivningar av narkotikaklassade läkemedel sedan 2017, exempelvis opioider med 34 procent och bensodiazepiner med 36 procent. En viktig komponent utöver riktlinjerna har varit utbildningsinsatser på samtliga vårdcentraler genom den regionala läkemedelskommittén, och möjlighet för läkare som ska trappa ner eller sätta ut läkemedel att konsultera behörig och medicinskt sakkunnig processledare.[85] Region Västmanland har också information om läkemedelsberoende på den regionala 1177-sidan, vilket saknas centralt på 1177.

- I ett flerårigt projekt i Västra Götalandsregionen är en mobil nedtrappningsenhet för läkemedelsberoende tillgänglig för hela regionen inom primärvård.[86] I verksamheten finns sjuksköterskor, kurator, läkare, medicinsk sekreterare, verksamhetschef och vid behov även fysioterapeut. Verksamheten tar emot patienter som remitteras eller själva söker till mottagningen. Man arbetar efter en nedtrappningsmodell med mycket stöd till patienten, och med eftervård och återfallsprevention. Behandlingen sker delvis på plats (mottagningen, som är mobil, tar då emot på den vårdcentral som finns närmast patienten) men också digitalt.
- I Stockholm bedrivs stöd för läkemedelsberoende inom den specialiserade vården genom Beroendecentrum. Behandlingen bedrivs individanpassat och patienten kan söka själv genom egenanmälan.[87]

Kunskapen om riskerna med att påbörja behandling med narkotikaklassade läkemedel finns men behöver förstärkas på alla vårdnivåer. Kunskap om hur nedtrappning med stöd kan ske finns också, i huvudsak genom erfarenheter vid olika verksamheter inom primärvård och specialiserad vård, men behöver utvecklas i hela landet och övergå från tidsbegränsade projekt till att bli en del av den permanenta verksamheten.

I vårt arbete har vi återkommande hört att patienter som utvecklat läkemedelsberoende inte synliggörs, då de oftast inte har fått

[85] Region Västmanland (2021). *Förskrivning, uppföljning och utsättning av beroendeframkallande läkemedel.*
[86] Möte med Medpro steps, februari 2023.
[87] Region Stockholm. https://www.1177.se/Stockholm/hitta-vard/kontaktkort/Lakemedel-och-Halsa-Beroendecentrum-Stockholm/#aboutus. Besökt 2023-09-01.

en beroendediagnos. Dessutom sker utsättning av läkemedel utan tillräckligt stöd, vilket kan medföra att patienten övergår till illegalt inköpta läkemedel och narkotika. Det förefaller vara en patientgrupp som riskerar att falla mellan stolarna vad avser primärvård, beroendevård, psykiatri och smärtvård. I dag saknas nationell uppföljning om behandling av smärta med narkotikaklassade läkemedel utanför det tidsspann eller den mängd där det finns vetenskapligt stöd.

Vi bedömer att hälso- och sjukvården, på alla vårdnivåer, behöver vara försiktiga att påbörja behandling med narkotikaklassade läkemedel till patienter som inte tidigare haft sådan behandling. Vad gäller patienter som redan har sådan behandling, och som har utvecklat iatrogent läkemedelsberoende, bör primärvården identifiera och med adekvat stöd bidra till nedtrappning och utsättning. Om det inte fungerar behövs också snabb remittering ske till specialiserad beroendevård eller smärtvård, alternativt utveckling av mer omfattande stöd och kompetens vid särskilda verksamheter inom primärvården (liknande exemplet ovan från Västra Götaland).

Vår bedömning är att det på nationell nivå finns tillräckliga kunskapsunderlag inom området, men att sjukvårdshuvudmännen behöver anstränga sig mer med implementeringen. Tillgänglighet till smärtkliniker, psykosocialt stöd eller annat stöd för nedtrappning och utsättning av läkemedel behöver utvecklas. Även tydliga regionala riktlinjer med uppföljning och möjligen ersättning med koppling till implementering behövs. Vi bedömer att huvudmännen behöver arbeta i denna riktning för att kunna erbjuda god och nära vård, men också för att på sikt kunna bidra till minskade förgiftningsdödsfall till följd av narkotika eller läkemedel. Detta skriver vi om i kapitel 24. Opioider såsom exempelvis oxikodon, som är en vanlig substans i smärtbehandling inom hälso- och sjukvård och tandvård, är en av de vanligaste substanserna som identifieras i dödsfall till följd av läkemedel och narkotikaförgiftningar. Regionerna bör också överväga att förskriva naloxon till patienter som behandlas med opioidläkemedel eftersom även patienter utan ett diagnosticerat skadligt bruk eller beroende av opioider kan drabbas av en opioidförgiftning.

Vår bedömning är också att stöd för erfarenhetsutbyte, lärande exempel i arbetssätt och uppföljning kan stödjas av Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Regeringen ska därför ge uppdrag till dessa aktörer.

Regeringen ska ge TLV i uppdrag att utreda och föreslå hur arbetet med att göra mindre förpackningar av narkotikaklassade läkemedel

tillgängliga inom läkemedelsförmånssystemet kan stödjas för att minska risken för användning utanför läkares ordination. I dag är det svårt att förskriva förpackningar som innehåller en mycket begränsad mängd tabletter. Ofta innehåller förpackningar större mängder än vad som är optimalt, vid exempelvis kortvarig behandling. Många verksamheter, exempelvis i primärvården, får inte heller sådana läkemedel som rekvisitionsläkemedel. Risken att patienten tar mer än nödvändigt eller delar med sig till andra av sina läkemedel ökar med större förpackningar. TLV:s regelverk för prisjämförelser mellan förpackningsstorlekar kan medföra att det är svårt att få in små förpackningar i läkemedelsförmånerna. För att främja små förpackningar av narkotikaklassade läkemedel behöver TLV utreda vilka möjligheter myndigheten har att ta särskild hänsyn till förpackningar med narkotika inom ramen för befintliga regelverk och om det krävs ändrad lagstiftning. TLV behöver också utreda vilka åtgärder som är ändamålsenliga och kostnadseffektiva.

Slutligen har vi i kapitel 25 också föreslagit att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett samlat mått som kan indikera antalet personer med beroende av läkemedel förskrivna av hälso- och sjukvården, liksom utvecklingen av detta. Att veta hur många som har ett iatrogent läkemedelsberoende och att kunna följa detta över tid har betydelse för hur hälso- och sjukvården kan förebygga problemen och minska dem, exempelvis genom adekvat uppföljning av förskrivning. Det har vidare betydelse för de förslag vi lämnar för att minska dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar.

16.10.6 Implementeringen av nationella riktlinjer, vård- och insatsprogram samt övrig kunskapsstyrning bör gå snabbare

Bedömning: Myndigheter, regionernas nationella kunskapsstyrning (NPO-strukturen), regioner och kommuner bör ta initiativ till att öka efterlevnaden av nationella riktlinjer och kunskapsstyrningen inom vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende.

Skäl för bedömningen

För att öka kvaliteten och likvärdigheten i vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende behöver efterlevnaden av de nationella riktlinjerna och kunskapsstyrningen inom vård och stöd vid skadligt bruk eller beroenden förbättras.

Vi har övervägt olika sätt för staten att stödja utvecklingen och i högre grad nå ut till de huvudmän som har störst behov av utvecklingsinsatser. Den bristfälliga implementeringen av kunskapsstyrningen på området har uppmärksammats från flera håll, och det finns flera goda initiativ som vi anser kan påverka området mot ökad kvalitet och likvärdighet.

Men vi ser fortsatt ett starkt behov av ett riktat stöd som håller samman och driver på utvecklingen. Därför föreslår vi i kapitel 27 att Socialstyrelsen får ett förtydligat ansvar att agera stödjande och pådrivande i arbetet mot skadligt bruk eller beroende vad gäller vård, stöd och skadereducering till målgrupperna. I viss mån omfattar detta arbete stöd för implementering. Vi bedömer också att huvudmännen behöver stärkas och samordnas i arbetet med kunskapsstyrning inom området. För att stödja detta arbete bedömer vi att SKR har bättre förutsättningar än enskilda myndigheter att nå fram och kunna bidra till samverkan och gemensamma angreppssätt mellan huvudmännen. Därför föreslår vi i avsnitt ovan och i kapitel 27 att regeringen avsätter tillräckliga resurser och tydligt prioriterar området i kommande överenskommelser av betydelse för området.

För området skadligt bruk eller beroende finns det nationella riktlinjer som riktar sig till beslutsfattare. I kapitel 21 föreslår vi att dessa bör uppdateras. När detta är genomfört bör beslutsfattare på alla nivåer vara lyhörda för behov av att ta ytterligare initiativ till att öka följsamheten till kunskapsstyrningen.

Det finns också ett vård- och insatsprogram för missbruk och beroende som riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Regioner och kommuner bör ta initiativ till att implementera detta i relevanta verksamheter.

Flera initiativ och förslag som kan stödja utvecklingen mot ökad kvalitet och likvärdighet

Kunskapsstyrningen är tydlig avseende vilka evidensbaserade metoder som ska finnas på plats i kommuner och regioner. Kunskapsstöden anger också att omotiverade drogfrihetskrav inte får förekomma, och framhåller vikten av ett gott och icke-stigmatiserande bemötande. Ett personcentrerat bemötande betonas även i de överenskommelser som gjorts mellan staten och huvudmännen inom ramen för *god och nära vård*. Trots det visar data och andra uppgifter att tillgången till och kvaliteten på insatserna inte är tillräcklig, samt att det är avsevärda skillnader beroende på bostadsort. Många kommuner är för små för att ha resurser och kompetens att erbjuda ett brett spektrum av insatser, men har heller inte valt att samarbeta med grannkommuner om det. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har också konstaterat att socialtjänsten ibland anpassar sin verksamhet utifrån vad den är bra på att erbjuda snarare än baserat på vad individen behöver.

Från verksamhetsföreträdare och i våra dialoger med personer som använder narkotika framkommer en bild av att kultur- och kunskapsskillnader inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten påverkar de riktlinjer och den kunskapsstyrning som finns regionalt och lokalt. Flera har framhållit att det fortfarande är vanligt att äldre och mer repressiva system och tänkesätt står i vägen för införandet av den nya kunskap som riktlinjer och kunskapsstyrningen förmedlar.

Samsjuklighetsutredningen har uppmärksammat behovet av en kulturförändring i ledning och styrning av verksamheterna på alla nivåer. Den föreslår därför en reform som bland annat ska främja en styrning som tydligare utgår från målgruppens behov, resurser och beteenden, med insatser som präglas av en helhetssyn och har andra mål än enbart drogfrihet. Reformen innefattar även ett samlat ansvar för behandling hos regionernas hälso- och sjukvård.

Det pågår arbete med att införa vård- och insatsprogrammet, som också får förmodas bidra till höjd kvalitet och likvärdighet. Vi anser även att flera förslag i utredningen Framtidens socialtjänst har möjlighet att förbättra socialtjänstens insatser, se nedan.

Strukturerade dialoger är ett styrverktyg som regeringen har börjat använda mer under senare år. Det innebär att staten regelbundet för dialog med kommuner och regioner, i syfte att skapa bättre förut-

sättningar för att nå målen för verksamheterna. Skolverket och Specialpedagogiska skolmyndigheten har fått dialoguppdrag på skolområdet, medan Socialstyrelsen har fått uppdrag som rör hälso- och sjukvården.

Ett syfte med uppdragen har varit att öka kvalitet och likvärdighet. I dialog möts människor för att lyssna på varandra, ta del av olika perspektiv, respektera olikheter och kanske till och med pröva om det går att ändra sin egen uppfattning om sådant som man redan bildat sig en bestämd åsikt om. Dialog kan också utmana traditionella modeller och främja nya former för samarbete.

Socialstyrelsen har enligt instruktionen i uppdrag att genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Mellan 2023 och 2025 har myndigheten också i uppdrag att vidta insatser för att inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst sprida och implementera nationella riktlinjer för bland annat skadligt bruk eller beroende. Uppdraget innefattar att föra dialog med berörda myndigheter och organisationer.

Enligt verksamhetsföreträdare är tillgången till en väl fungerande vårdkedja och samordningen av insatserna en stor utmaning, inte minst när många aktörer är inblandade. Flera utredningar, myndighetsrapporter och verksamhetsföreträdare har påpekat att en stor andel av brukarna och patienterna inom den specialiserade vården för skadligt bruk eller beroende har behov av insatser från flera olika huvudmän, inom både det sociala och det medicinska området. Samtidigt är vården i allmänhet uppbyggd så att patienten eller brukaren själv ska initiera de kontakter som behövs. Enskildas förutsättningar för att vara delaktiga och själva ansvara för samordningen av insatser varierar dock. Även om det sker förändringar avseende huvudmannaskapet för skadligt bruk eller beroende i enlighet med Samsjuklighetsutredningens förslag kommer insatser även i fortsättningen att behöva samordnas mellan regioner och kommuner, särskilt för personer med samsjuklighet.

Kommunernas ansvar att aktivt sörja för att personer med skadligt bruk eller beroende får den hjälp och vård de behöver måste utvecklas

Skadligt bruk eller beroende innebär ofta en komplex problematik som kräver en bredd av samordnade insatser – från avgiftning och beroendebehandling, till psykosocialt stöd, möjlighet till arbetspraktik, väg till

ordnat boende och så vidare. Kontinuitet och fasta vårdkontakter är också viktigt.

Fler kommuner och regioner behöver erbjuda evidensbaserade insatser, och det måste finnas möjlighet att välja insats utifrån vad som passar individen. För att mindre kommuner ska kunna tillhandahålla detta behöver bättre samarbetsformer utvecklas.

I våra dialoger med verksamhetsföreträdare har det framkommit att det oftast saknas ett brett utbud av insatser med möjlighet för individen och behandlaren att tillsammans välja, där särskilt små kommuner har svårt att tillhandahålla alla relevanta stödalternativ. Tolvstegsbehandling är ofta det enda alternativet inom många kommuner och på vissa håll får inte personer som behandlas med LARO eller läkemedelsbehandling för adhd tillgång till denna behandling. Detta reflekteras också i SKR:s kartläggning av socialtjänstens insatser – se kapitel 6.

Sysselsättning och ett stabilt boende kan bidra till att personer med skadligt bruk eller beroende fullföljer och lyckas med sin behandling. Men det är fortfarande för få kommuner som arbetar med brukarinflytande och som erbjuder viktiga stödinsatser inom socialtjänsten, såsom arbetslivsinriktad rehabilitering, olika boendelösningar som till exempel *Bostad först*, samordning genom olika stödmodeller som till exempel *case management* samt anhörigstöd.[88]

Utredningen Framtidens socialtjänst har lämnat flera förslag som kan få stor inverkan på kvalitet och kunskapsbasering inom socialtjänsten. Vi bedömer att dessa kommer ge en ökad tillgänglighet till insatser och en större möjlighet för personer att välja insatser. Bland annat föreslår utredningen att det i SoL införs ett krav på att socialtjänsten ska bygga sin verksamhet på bästa tillgängliga kunskap i syfte att skapa långsiktiga och stabila förutsättningar för utveckling av en kunskapsbaserad socialtjänst. I dagsläget ställs inget uttryckligt lagkrav på att verksamheten ska baseras på kunskap. Ett sådant krav på vetenskap och beprövad erfarenhet för socialtjänsten kommer att kunna påverka tillgången till evidensbaserade insatser positivt.

Samma utredning vill också skapa förutsättningar för en god kvalitet och en kunskapsbaserad socialtjänst genom en fungerande kunskapsstyrning. Den föreslår därför att regeringen tillsätter en utredning kring hur en fungerande och effektiv kunskapsstyrning som

[88] Socialstyrelsen (2023). *Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg.*

stöder samarbete mellan kommunerna respektive mellan kommunerna och staten kan säkerställas. Vidare föreslår utredningen att det i SoL ska anges att enskilda ska bemötas på ett respektfullt sätt utifrån sina förutsättningar och behov.[89]

Vi bedömer att det sociala arbetet fortsatt är mycket viktigt för målgruppen och föreslår i olika kapitel insatser som riktar sig till socialtjänsten.

[89] SOU 202:47. *Hållbar socialtjänst En ny socialtjänstlag*.

17 Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

I detta kapitel beskriver vi läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Vi beskriver hur behandlingsformen är reglerad och analyserar tillgång till insatsen, kvalitet i insatsen, utmaningar och möjligheter. Vi ger också förslag på förbättringar för att göra insatsen mer tillgänglig över hela Sverige och mer likvärdig vad avser kvalitet och innehåll.

17.1 Varför ett eget kapitel om LARO?

LARO utlästes tidigare som *läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidmissbruk*, men definieras numera bredare som en behandling där läkemedel är en central del av behandlingsinsatsen. Även andra medicinska, psykosociala och sociala insatser kan och bör ges inom ramen för behandlingen. LARO som behandlingsform riktar sig till personer som har ett opioidberoende. Personer med skadligt bruk eller beroende av andra substanser, exempelvis centralstimulerande substanser, saknar i dag motsvarande behandlingsform. Vi redogör för andra insatser och behandlingar i kapitel 6.

I våra direktiv har LARO beskrivits främst som skadereducerande, men vi vill också framhålla att det samtidigt är en behandlingsinsats inom hälso- och sjukvården med ett rehabiliterande syfte. Vår definition av skadereducering återfinns i kapitel 21. En betydande andel av dagens LARO-patienter har egen försörjning, familj, fast bostad och ingen kontakt med narkotika i övrigt. Eftersom dödsfall där opioider ingått, enskilt eller i kombination med andra substanser, utgör en stor andel av förgiftningsdödsfallen till följd av narkotika och läkemedel,

framför allt för män, är LARO en central insats för att förhindra sådana dödsfall. Därför har vi valt att beskriva LARO i ett eget kapitel och tydliggöra insatsens betydelse för att minska dödlighet och skador samt bidra till rehabilitering. Detta kapitel bör därför också läsas i ljuset av det program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar som vi presenterar i kapitel 24 liksom bakgrundskapitlet om dödlighet kapitel 13.

17.1.1 Historiken om LARO

LARO[1] har haft en lång och initialt trevande utveckling innan insatsen infördes brett i Sverige.[2] Den första tillämpningen av LARO var metadonbehandling, som utvecklades vid Rockefeller University i New York. Sverige var först utanför USA med att prova behandlingen redan på 1960-talet vid Ulleråkers sjukhus i Uppsala. Där drevs den som ett försöksprojekt 1966–1983. Verksamheten blev starkt ifrågasatt, främst från praktiserande yrkesgrupper, som bland annat menade att ett narkotikaberoende på detta sätt kom att ersättas av ett annat drogberoende.[3] Verksamheten utvecklades och tog snart emot patienter från hela Sverige, men programmet slutade ta emot nya patienter 1979. Efter en utvärdering av Socialstyrelsen godkändes programmet som reguljär sjukvård baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet 1981. I införandet av LARO som reguljär hälso- och sjukvård var verksamheten initialt en detaljstyrd behandlingsform. Höga krav ställdes på patienten för att få delta i behandlingen, och det fanns ett nationellt tak som infördes 1983 för antalet personer som fick tillgång till den. 1988 infördes målet att patienterna på sikt inte skulle behöva metadonbehandlingen, ett mål som med tiden tagits bort.[4] Behandlingsformen har successivt ökat i omfattning, bland annat genom godkännande av ytterligare ett LARO-läkemedel, buprenorfin, i början på 2000-talet.

[1] Ursprungligen kallades insatsen metadonunderhållsbehandling, därefter har namn som läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatberoende, läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende, läkemedelsassisterad rehabilitering (R i LARO står för rehabilitering) men i nuvarande föreskrifter är ordet rehabilitering ersatt med behandling.
[2] Johnson, B. (2003). *Policyspridning som översättning. Den politiska översättningen av metadonbehandling och husläkare i Sverige.*
[3] Socialstyrelsen (2015). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende – Slutsatser och förslag.*
[4] Johnson, B. (2013). *Vetenskap och beprövad erfarenhet eller ett blött finger i luften?* Ingår i antologin Med narkotikan som följeslagare.

Tillgängligheten har ökat över hela landet, även om betydande ojämlikheter kvarstår. Länge har det funnits olika åsikter om LARO som inte varit vetenskapligt eller kunskapsmässigt grundade, och det gäller delvis fortfarande 2023. Det handlar exempelvis om att motståndare till behandlingen menar att beroendet kvarstår när man byter ut en substans mot en annan, exempelvis heroin mot metadon, och att det därför inte är en lämplig behandlingsform för den patient som vill leva utan beroende av substanser, vare sig de relaterar till läkemedel eller narkotika. Detta har också synliggjorts genom att personer i LARO länge inte varit välkomna att dela med sig av erfarenheter i gruppbehandling, exempelvis inom tolvstegsrörelsen. Inom rörelsen har läkemedelsbehandlingen betraktats som narkotikaanvändning, även om de olika grupperna inom rörelsen är självstyrande och hanterat frågan på olika sätt.

Vi redogör i kapitel 6 för de olika behandlingsformer som i dag erbjuds i Sverige, både psykosociala och läkemedelsorienterade. Det är värdefullt att det finns olika behandlingsformer för patienter att välja emellan, då det ökar möjligheterna att bedriva individanpassad vård och omsorg.

17.1.2 LARO-läkemedlens effekter och funktion

LARO har positiva effekter på ett flertal kliniskt meningsfulla utfall. Behandlingen medför enligt samlad evidens

- minskad dödlighet för patienter i behandling
- minskad användning av illegala substanser
- minskade infektioner och andra somatiska komplikationer
- minskad kriminalitet
- förbättrad social funktion.

LARO-läkemedlen fungerar genom aktivering av opioidreceptorer i hjärnan som därmed minskar opioidsuget och återfallsrisken. Buprenorfin ger en mer fullständig blockad av receptorerna än metadon. Det innebär att patienter med buprenorfinbehandling inte kan uppleva effekt av exempelvis heroin vid samtidigt intag. När naloxon tillsätts förhindras också andningsstillestånd som annars kan uppstå till

följd av opioidförgiftningar. Poängen med tillsatsen naloxon är att om läkemedlet som är avsett att intas sublingualt (under tungan) i stället injiceras så utlöses en abstinensreaktion. Detta minskar efterfrågan på läkemedlet för att kunna användas utanför LARO och som ”narkotika”. Metadon och buprenorfin utan naloxon (mono-buprenorfin) saknar sådan effekt och är därför mer efterfrågade på den illegala marknaden än buprenorfin med tillsatt naloxon.

17.1.3 Metadon och mono-buprenorfin används mest i Sverige

I kapitel 6 har vi redogjort för utvecklingen av vilka läkemedel som oftast används i behandlingen baserat på dygnsdoser. Vår beräkning avseende LARO visar att antalet patienter har ökat kontinuerligt från drygt 2 000 patienter år 2006 till cirka 7 500 patienter år 2022. För LARO ses också en stor skillnad i antalet patienter per invånare i olika regioner. Den region med flest patienter i behandling rapporterar 112 patienter per 100 000 invånare och den med lägst 21 patienter per 100 000 invånare. Mängden metadon i behandling har varit konstant de senaste 10 åren i Sverige och mono buprenorfin har ökat mest under perioden. De senaste tre åren ses även ökningar i kombinationspreparat med buprenorfin och naloxon och buprenorfin i depåform. Andelen buprenorfin skiljer sig stort mellan regionerna, från 46 till 83 procent. Vad gäller buprenorfin i depåform, eller i kombination med naloxon, skiljer sig andelen ännu mer i olika regioner, från 18 till 60 procent. Se mer i kapitel 6.

17.1.4 Reglering och styrning av LARO

LARO regleras genom särskilda föreskrifter utfärdade av Socialstyrelsen, med grund i ett bemyndigande i 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) om att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda. Socialstyrelsens föreskrifter

> ska tillämpas av de vårdgivare som bedriver sådan verksamhet som erbjuder behandling med läkemedel som utgör narkotika och som har godkänts för behandling av opioidberoende (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende).[5]

Detta omfattar i dag olika beredningar av läkemedlen metadon och buprenorfin.[6] Socialstyrelsen har vid flera tillfällen reviderat den föreskrift som reglerar insatsen genom att

- inkludera andra läkemedel än metadon
- ta bort kravet att patienten först ska ha misslyckats med andra behandlingsformer
- ta bort taket för hur många patienter som kan få ta del av behandlingen i Sverige
- ta bort kravet på samråd med socialtjänsten när en patient ska påbörja behandling
- ta bort den tidigare spärrtiden som innebar att patienter som utestängts från behandlingen inte kunde återinskrivas förrän tidigast efter tre månader
- ersätta kravet att personer som ska ta del av behandlingen behöver 2–4 års dokumenterat *opiatmissbruk* som gradvis justerats till den nu gällande regleringen om klinisk bedömning om att *opioidberoende*[7] förelegat i minst ett år
- inte utesluta personer från behandlingen om de exempelvis återfaller.

Socialstyrelsen gjorde senast 2016 en omfattande förändring av föreskriften om läkemedelsassisterad behandling.[8] I korthet innebär Socialstyrelsens föreskrift följande:

[5] Se 1 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.
[6] Vår bedömning är att behandling med diacetylmorfin vid heroinberoende skulle kunna omfattas av föreskriften om läkemedlet vore godkänt i Sverige. Se vidare kapitel 21.
[7] Opioider är starkt smärtstillande och ångestlösande substanser som omfattar opiater som är naturligt extraherade från opium, till exempel morfin och heroin. Men opioider är ett bredare begrepp som också inkluderar olika syntetiska analoger, exempelvis oxikodon och fentanyl samt buprenorfin.
[8] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

- Vårdgivare som vill starta en LARO-verksamhet ska anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), liksom anmäla om verksamheten läggs ner.
- LARO kan ordineras till den som bedömts ha haft ett opioidberoende i minst ett år och har fyllt 20 år, om inte särskilda skäl föreligger.
- Den läkare som ordinerar ska vara verksam vid anmäld verksamhet och ha specialistkompetens i psykiatri eller beroendemedicin[9].
- Behandlingen ska bestå av läkemedelsbehandling samt psykologisk eller psykosocial behandling. Psykosociala stödinsatser kan också ske vid verksamhet eller genom överenskommelse med kommun eller annan vårdenhet.
- Före ordination ska läkare göra en sammanvägd bedömning av patientens beroende, hälsotillstånd och sociala situation samt upprätta en plan för behandlingen.
- Läkemedlen ska de första tre månaderna av behandlingen iordningställas och överlämnas vid vårdenheten där behandlingen inletts och under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal (om inte särskilda skäl föreligger), varefter besöken kan glesas ut.

Baserat på evidensläget räknas LARO som behandlingsåtgärd med högsta prioritet enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.[10] Ett kunskapsstöd för LARO, *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende – Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst*, har tagits fram för att öka kunskapen om LARO och göra behandlingens tillgänglighet och kvalitet likvärdig i hela Sverige.[11] I riktlinjerna (som anger prioritet från 1 till 10 för olika insatser, där 1 innebär högsta prioritet) framgår att hälso- och sjukvården och socialtjänsten[12] bör

[9] I praktiken är specialister i beroendemedicin också först specialister i psykiatri eftersom beroendespecialist är en tilläggsspecialstutbildning.
[10] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.*
[11] Socialstyrelsen (2020). *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst.*
[12] Riktlinjerna delar inte upp vilka insatser som specifikt får ges av vilken huvudman, varför båda huvudmännen finns beskrivna vid varje insats. Läkemedelsdelen av LARO kan dock endast bedrivas av hälso- och sjukvården.

- erbjuda personer med opioidberoende läkemedelsassisterad behandling med kombinationen buprenorfin-naloxon (prioritet 1)[13]
- erbjuda personer med opioidberoende läkemedelsassisterad behandling med metadon (prioritet 2)
- erbjuda läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin- naloxon till personer med opioidberoende (analgetika[14]) (prioritet 3).

Hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan

- erbjuda personer med opioidberoende läkemedelsassisterad behandling med buprenorfin utan naloxontillsats, så kallat mono-buprenorfin (prioritet 4).[15]

De nationella riktlinjerna omfattar inte i nuläget specifika rekommendationer om depåberedningar av buprenorfin som godkänts och blivit tillgängliga på den svenska marknaden först efter att nuvarande riktlinjer utgavs 2019. Beredningsformen innebär att behandling med långtidsverkande buprenorfin ges genom injektion veckovis eller månadsvis. Depåbuprenorfin innehåller också en receptorantagonist som skyddar mot andningsstillestånd till följd av förgiftning.[16] Det är anmärkningsvärt att mono-buprenorfin är den beredningsform som är vanligast för LARO-behandling i regionerna vilket vi redogör för i kapitel 6, trots att riktlinjerna endast ger den rekommendationsnivå 4.

Socialstyrelsen har också tagit fram ett kunskapsstöd avseende LARO. Kunskapsstödet beskriver bland annat

- hur LARO kan bedrivas personcentrerat
- olika faser i behandlingen som har att göra med patientens remissions- eller rehabiliteringsnivå

[13] I denna kombinationsberedning syftar naloxontillsatsen till att minimera risken för icke-medicinsk intravenös användning.
[14] Med analgetika avses läkemedel, det vill säga beroende av opioidläkemedel och inte narkotika som i stället omfattas av den första punkten.
[15] Läkemedlen fungerar som en aktivering av receptorerna i hjärnan, vilket dämpar suget hos den som har beroendeproblemen. Buprenorfinpreparat som innehåller naloxon medför också en relativ blockering av receptorerna från effekter av eventuellt intaget heroin, fentanyl eller liknande, och kan därmed förhindra förgiftningsdödsfall till följd av opioidanvändning. Mono-buprenorfin har inte sådan effekt.
[16] Effekten är densamma som för buprenorfinpreparat som innehåller naloxon, vare sig de ges i sublingual eller depåform.

- samverkan med exempelvis primärvård och somatisk eller psykiatrisk vård
- anhörigperspektiv.

I våra dialoger har många uttryckt att kännedomen om kunskapsstödet är otillräcklig, vilket kan ha att göra med att materialet publicerades under pandemin våren 2020. Kunskapsstödet saknar också tydlig anvisning om när naloxon i form av nässprej ska förskrivas till patienter i LARO.

17.1.5 Regionala vårdprogram för LARO

Många regioner har upprättat regionala vårdprogram för LARO som kan inkludera rutiner, checklistor och vårdkontrakt med patienten. Vi har tagit del av sådant material som samlades in genom Samsjuklighetsutredningen.[17] Dessa dokument kan dock ha flera år på nacken och kan sedan dess ha uppdaterats. I dessa dokument framgår att olika regioner tolkar föreskriften på olika sätt. Detta är också något som återkommande lyfts vid dialoger och samtal.[18]

En vanlig tolkning av föreskriften som syns i de regionala vårdprogrammen innebär att patienter de första tre månaderna av behandlingen måste inta läkemedlen övervakat på mottagningen och att provtagning (oftast genom övervakade urinprov för att identifiera om sidoanvändning sker) ofta förekommer i behandlingen. Därefter tydliggör de regionala programmen att det kan vara möjligt att glesa ut besöken, med besök fem dagar i veckan under några månader och därefter med ännu glesare intervall.

Trösklarna för att komma in i behandlingen och balansen mellan kontroll, patientsäkerhetsfrågor och individanpassning varierar så mycket mellan regionerna att den behandling de ger inte kan sägas vara likartad. Det kan exempelvis handla om att vissa regioner inte påbörjar behandling om sidoanvändning av annan narkotika förekommer, eller att återfall per automatik innebär att patienten behöver

[17] Diariefört material Komm2022/00311/S2022:01–10.
[18] Workshop november 2022 med representanter från kommuner, regioner och andra aktörer inom området vård, stöd och skadereducering, hearing genomförd med representanter från civila samhället, verksamhetsbesök, expertgrupp och vetenskaplig referensgrupp, dialog med SKR:s nätverk för beroende och missbruk i region och kommun (BIRK), med mera.

återgå till dagligt och övervakat intag, som är behandlingens första fas, och att ingen individuell bedömning görs i sådana fall.

Ofta innehåller de regionala programmen tidsangivelser mellan olika moment och faser, vilka då varierar beroende på regionens organisation och tolkning av föreskriften.

De regionala vårdprogrammen innehåller i varierande grad vägledning om hur depåbuprenorfin kan användas, samt vårdprocesser och krav i samband med sådan behandling. Rekommendationer om näsprej med naloxon som överdospreventiv insats saknas också i de flesta regionala vårdprogram som vi tagit del av.

17.1.6 Samsjuklighetsutredningens förslag om LARO

Samsjuklighetsutredningen uppmärksammade LARO i delbetänkandet *Från delar till helhet*.[19] Utredningen föreslog att regeringen skulle uppdra åt Socialstyrelsen att

- stödja implementering av kunskap om LARO
- ansvara för regelbunden uppföljning
- minska riskerna med behandlingen genom att förbättra efterlevnaden av nationella riktlinjerna inom området, bland annat genom att minska användningen av mono-buprenorfin
- utreda om fler läkarspecialiteter ska tillåtas ordinera LARO.

Socialstyrelsen har ännu inte fått ett sådant uppdrag, men har på eget initiativ enligt uppgift påbörjat en förstudie inom området, och samlar under 2023 landets LARO-verksamheter till en nationell LARO-konferens. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har påbörjat ett gemensamt arbete för att tillsammans utveckla ett nationellt LARO-nätverk.

[19] SOU (2021:93). *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

17.2 LARO är både en skadereducerande insats och en behandling med rehabilitering som mål

LARO kan reducera skador och framför allt minska risken att dö. Särskilt vid val av buprenorfinpreparat med naloxon som skyddar mot andningsstillestånd.[20] Att skydda mot andningsdepression är inte det primära syftet med tillägget av naloxonet, utan att minska risken för illegal handel med preparatet och att minska risken för att det injiceras i stället för att det tas sublingualt. Insatsen minskar drogsuget och det drogsökande beteendet vilket resulterar i att personens situation och hälsa kan stabiliseras.

För att till fullo tillvarata potentialen i LARO behöver behandlingen ges så att inte de svårast sjuka patienterna utestängs. De har initialt omfattande psykiatrisk och somatisk samsjuklighet samt social marginalisering. I en sådan situation är ett skadereducerande mål oftast till en början det rimligaste. Det bör vara lätt att komma in i LARO utan höga trösklar i form av exempelvis krav på fast bostad, kontakt med socialtjänst, total avhållsamhet från sidoanvändning av annan narkotika eller genomgången abstinensbehandling.

Enligt Socialstyrelsens kunskapsstöd kan behandlingen delas in i flera faser, med olika mål och insatser. Behandlingen sträcker sig från bedömning och intag till eventuell frivillig utskrivning.[21] Det saknas dock i kunskapsstödet en tydlig vägledning om det skadereducerande perspektivet.

För en person i aktivt substansbruk eller tidig remission, det vill säga avtagande symptom och tillfällig förbättring, kan målet med LARO definieras som överlevnad, minskat risktagande och minskad sjuklighet. Nästa steg eller nivå i behandlingsprocessen med LARO, efter tidig remission, kan vara att arbeta för kvarstannande i behandling och insatser som ger meningsfull klinisk nytta för patienten, såsom exempelvis somatisk vård, samt att påbörja motivationsarbete som på sikt kan ge förbättrad social funktion (bostad, sysselsättning, socialt nätverk). Om en vårdplan upprättas kan denna förändras utifrån de behov patienten har av stöd i de olika faserna av remissionen.

[20] Naloxon är en opioidantagonist som konkurrerar med buprenorfin, metadon och andra opioidagonister om att binda till receptorer på celler i nervsystemet. Det gör att risken för att opioiden ska upphäva andningen påtagligt minskar.
[21] Socialstyrelsen (2020). *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

LARO som en skadereducerande insats utgör en kontaktyta som kan bidra till att minska dödlighet, kriminalitet och utsatthet snarare än att behandlingen från start ska leda till att patienten upphör med all illegal substansanvändning (narkotika) samt legala substanser (alkohol eller läkemedel utanför ordination) utanför den medicinska behandlingen.

Att kräva total avhållsamhet från andra illegala substanser, avspeglar inte nödvändigtvis meningsfull klinisk nytta, i synnerhet inte om det resulterar i att patienten avbryter behandlingen och på nytt exponeras för den höga dödlighet och sjuklighet som är associerad med fortsatt och obehandlat opioidberoende. Drogfrihet är oftast heller inte en realistisk målsättning för patienter i tidig remission och gynnar därför i det skedet heller inte behandlingen.

I den föreskrift som reglerar området framgår att behandlingen ska innehålla två komponenter; dels den medicinska med själva läkemedlet, dels den psykosociala eller psykologiska behandlingen. Vad den psykosociala delen innebär är inte tydligt angivet och innehållet kan därför anpassas till den vårdnivå patienten behöver. Alla patienter behöver inte allt i den psykosociala komponenten av behandlingen. I tidiga faser av behandlingsprocessen är centrala delar av det psykosociala arbetet relationsskapande och förtroendebyggande, vilket är en förutsättning för att patienten ska stanna kvar i behandling.

I många länder betecknas LARO med detta mål som *lågtröskel-LARO*. Oftast definieras låga trösklar som att det ska vara enkelt att ta del av insatsen och svårt att skrivas ut från insatsen om inte patienten själv vill det Lågtröskel säger ingenting om insatsens kvalitet, bara att det ska vara enkelt att ta del av den och att den bedrivs så att den är tillgänglig utifrån patientens perspektiv, vilket kan handla om placering, öppettider, kostnadsfrihet och liknande. I Danmark finns en behandlingsgaranti för LARO som innebär att insatsen ska påbörjas inom två veckor, vilket i praktiken inneburit att det är svårt att stänga av eller skriva ut patienter som har rätt att få ta del av insatsen igen inom två veckor.[22]

[22] Möte med Socialdepartementet i Danmark, mars 2023.

17.2.1 Rehabilitering med frihet från illegala substanser som mål

På lång sikt kan LARO också vara en rehabiliterande insats där behandlingen leder mot mål som

- inga återfall eller sidoanvändning
- fast boende
- arbete eller studier
- goda sociala nätverk och relationer.

Det är dock inte alltid eller för samtliga patienter som detta är vare sig det kortsiktiga eller ens långsiktiga målet. Målet med behandlingen och svaret på om den ger tillräckliga resultat varierar från patient till patient och över tid. När LARO tolkas som rehabilitering har det ofta i praktiken inneburit höga trösklar för deltagare (såsom krav på fast bostad, kontakt med socialtjänst, och samtidiga rehabiliterande insatser såsom psykosocial verksamhet) för att ens kunna påbörja behandlingen. En stabil bostadssituation, exempelvis genom *Bostad först* eller annat boende med stöd vilket också rekommenderas i de nationella riktlinjerna, är ofta en förutsättning för att rehabilitering på sikt ska kunna ske. Ett sådant krav bör dock inte hindra patienten från att ta del av behandlingen utan är ett krav som bör riktas gentemot socialtjänsten.

För patienter som stabiliserats efter de första stegen i den behandling som beskrivs i Socialstyrelsens kunskapsstöd kan ett mål vara att användningen av illegala substanser eller användning av narkotikaklassade läkemedel utanför ordination helt upphör. Insatsen anpassas på så vis till de kriterier som enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 kallas för *aktivt bruk*, *tidig remission* eller *full remission*. Ytterligare ett mål för vissa patienter skulle kunna vara att frivilligt avsluta LARO, exempelvis för att känna sig fria eller ha ytterligare förutsättningar att förbättra sina sociala nätverk, eller vid beslut om att vilja bli gravid.[23] Det är möjligt att bli gravid och att fortsätta behandling under graviditeten vid behandling med metadon eller monobuprenorfin, dock ej med buprenorfin i kombination med naloxon.

[23] Socialstyrelsen (2020). *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Kunskapsstöd – i hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

17.3 Förslag och bedömningar om ökad tillgänglighet till och förbättrad kvalitet i LARO

Nedan gör vi bedömningar och lämnar förslag som vi menar kan leda till en ökad tillgänglighet och likvärdighet vid LARO-behandling i Sverige. Förlagen grundar sig också i hur vidareförmedling från LARO kan minska. Vi skriver mer om vidareförmedling och risker med detta på samhällsnivå i kapitel 13.

17.3.1 Det behövs fortsatt en egen föreskrift för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

Bedömning: En föreskrift för att bedriva läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) bör även fortsatt finnas för att främja god, jämlik, tillgänglig och säker vård. Att LARO är såväl skadereducering, behandling och rehabilitering bör tydligt framgå av föreskriften.

Skäl för bedömningen

I våra dialoger har olika uppfattningar framkommit om vad LARO är och hur innehåll och krav i behandlingen behöver utvecklas. Vissa menar att en särskild föreskrift för LARO egentligen inte behövs. Utvecklingen har alltmer rört sig bort från tidigare syn, där LARO var en ifrågasatt behandlingsform som var kontrollerande och hade stränga regler, till en behandlingsform som normaliserats och uppnått acceptans i hälso- och sjukvården. Varför behövs, menar vissa, då en särskild föreskrift med krav på hur behandlingen ska bedrivas och anmälas i särskild ordning till IVO? Borde inte föreskriften upphävas och vården i stället inrymmas i de allmänt styrande lagarna och föreskrifterna för hälso- och sjukvård?

De uppenbara utmaningarna om hur olika behandlingen bedrivs i skilda delar av landet talar för att föreskriften och kunskapsstödet fortsatt behövs. En relevant nationell aktör behöver ännu tydligare stödja implementering, kvalitetsutveckling och uppföljning inom området. Vi bedömer att föreskriften bör finnas kvar, men uppdateras

för att bättre avspegla rådande medicinska kunskapsläge. Eftersom kunskapsutvecklingen inom området sker snabbt, behöver beredskap finnas för att på nytt revidera föreskriften.

I dialog med praktiserande yrkesgrupper både i socialtjänst och i sjukvård har synpunkter framförts om att LARO behöver ges mer likvärdigt i hela landet och bygga på det aktuella kunskapsläget. Även patient- och brukarföreträdare har framfört att de ser brister i LARO, att det sociala och psykosociala behandlingsinnehållet försvagats över tid och att behandlingen i många delar enbart har fokus på läkemedelsbehandling. Vissa patienter önskar mer psykosocialt och rehabiliterande innehåll av LARO. En eventuell huvudmannaskapsförändring inom området kommer innebära att hälso- och sjukvården får ett utökat ansvar för även psykosocial behandling och stärker ytterligare behovet av en uppdatering av föreskriften.

Vi menar att föreskriften och tillhörande kunskapsstöd fortsatt fyller en viktig funktion i att bidra till jämlik och evidensbaserad hälso- och sjukvård.

17.3.2 Olika vårdnivåer behöver samverka för att öka tillgänglighet till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

Bedömning: Fler patienter i Sverige bör få tillgång till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Genom att arbeta kunskapsbaserat och samverka mellan olika vårdnivåer kan tillgängligheten till insatsen förbättras hos huvudmännen.

Skäl för bedömningen

LARO är en evidensbaserad behandlingsmetod som förebygger återfall, förbättrar social funktion samt minskar medicinska komplikationer, smittspridning och dödlighet. Antalet patienter i LARO har ökat under senare år, vilket är positivt. Samtidigt verkar insatsen i stora delar av landet inte vara tillräckligt utbyggd i förhållande till behoven och stora skillnader vad gäller val av beredningsformer för läkemedlen föreligger. I internationella jämförelser inkluderar Sverige

dessutom färre patienter än våra grannländer och andra jämförbara länder.

Vi anser att det finns omotiverade skillnader i tillgången till behandling över landet, och att fler personer behöver denna tillgång till LARO. Den bör bedrivas utifrån patientens mål och förutsättningar, vara lättillgänglig och ha ett innehåll med hög kvalitet.

Tillgängligheten till insatsen brister fortfarande. Väntetiderna till LARO är ibland långa och patienter nekas av olika skäl att komma in i eller gå kvar i behandling. Det hänvisas i många fall till att det saknas personal, exempelvis sjuksköterskor eller specialistläkare, som gör att det i praktiken uppstår tak för hur många patienter verksamheten kan ta emot. En anledning är också att kraven på att få påbörja och fortsätta behandling ser olika ut i landet, vilket medför att det kan bli köer på orter som har lägre krav ställda på patienten eller att det även lokalt kan finnas en överetablering av LARO-verksamheter. Vidare förekommer det att patienter flyttar till regioner och orter där LARO bedrivs på ett sådant sätt som patienten önskar för att få den vård de föredrar. Regioner som inte erbjuder tillräcklig kapacitet i LARO i förhållande till behoven lämpar därmed över patienter på angränsande regioner. Det är varje regions uppgift att erbjuda tillräcklig behandling efter behov. Avvägningen mellan å ena sidan kvalitet i verksamheten och å andra sidan god tillgänglighet behöver ske mer likartat över hela landet.

De stora geografiska avstånden i delar av Sverige utgör ett bekymmer för patienter som enligt gällande föreskrift åtminstone de första tre månaderna oftast ska inta behandlingen övervakat och vid den verksamhet som har ordinerat den. Även efter dessa tre månader besöker patienten verksamheten flera gånger i veckan inklusive helger. Stabila patienter som kommit längre i behandlingen besöker verksamheten någon gång i veckan eller månaden beroende på beredningsform.[24] Vissa patienter kommer dagligen i hela sitt liv, andra mycket sällan. Om det föreligger särskilda skäl får läkaren besluta att vården kan ges vid någon annan vårdenhet.[25]

[24] När en läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende påbörjas ska läkemedlen som huvudprincip under de tre första månaderna av behandlingen iordningställas och överlämnas av hälso- och sjukvårdspersonal på den vårdenhet där behandlingen inletts. Patienten ska inta läkemedlen under uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal på samma enhet.

[25] Se 5 kap 1 § andra stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

Att kräva att patienter med långa avstånd till specialistvård dagligen ska lägga flera timmar på transport till mottagningen innebär hinder för den rehabilitering man samtidigt arbetar på att främja, och skapar barriärer som behöver åtgärdas utan att äventyra kraven om säker vård. I Socialstyrelsens kunskapsstöd uttrycks tydligt att bristande tillgänglighet på grund av geografiska avstånd i den mån det är möjligt ska avhjälpas genom överenskommelser om samverkan med andra vårdenheter, exempelvis vårdcentraler, lokala öppenpsykiatriska mottagningar eller beroendemottagningar närmare patienten. Vi bedömer att sådana former behöver utvecklas i högre utsträckning.

Det har framförts att den behandling som sker inom den specialiserade vården rent geografiskt behöver anpassas för att komma närmare patienten. Vi ser stora fördelar med den pågående omställningen till en god och nära vård för att patienter över hela landet ska kunna få bättre tillgänglighet till insatser. Vi har erfarit att många regioner inkluderar LARO i samverkan mellan olika vårdnivåer eller aktörer, vilket medger att LARO-behandling som ordineras vid en verksamhet ändå i tät dialog kan bedrivas vid behandlingshem och vårdcentraler samt av personal som provtagning och medicinutdelning delegerats till. Regionen kan också upprätta avtal om servicepunkter, såsom vårdcentraler och kommunala boenden, dit patienten kommer i stället för att resa långt till en specialiserad mottagning. Vi har också hört om regioner där man kommit överens med apotek eller vårdcentraler om övervakade intag med eller utan kombination av övervakade urinprov, att patienten tillfälligt beviljas boende genom socialtjänsten nära den specialiserade mottagningen för att kunna ta del av behandling eller liknande. Nyligen startade exempelvis Västra Götalandsregionen en mobil lågtröskelmottagning som också inkluderar LARO-behandling.[26]

Glesare befolkade delar av landet behöver kunna organisera vården annorlunda än mer tättbefolkade. Genom flexiblare arbetssätt, samverkan, mobila verksamheter, samarbete med hemsjukvård eller liknande, eller genom val av beredningsform kan den personcentrerade vården och tillgänglighet till behandling förbättras. Detta behöver tydliggöras i arbetet för att stödja med kunskap, och goda exempel behöver lyftas.

[26] Sahlgrenska Universitetssjukhuset. www.sahlgrenskaliv.se https://sahlgrenskaliv.se/sahlgrenska-universitetssjukhuset-startar-mobilt-beroendeteam. Besökt 2023-06-02.

I kapitel 21 lämnar vi också förslag på hur samverkan och metod- och verksamhetsutveckling för att bedriva skadereducerande insatser kan utvecklas genom möjligheten att söka statsbidrag.

17.3.3 Personcentrerade vård- och insatsförlopp vid opioidberoende behöver utvecklas

Bedömning: Regionernas nationella programområde för psykisk hälsa (NPO) bör utveckla ett personcentrerat vårdförlopp för skadligt bruk eller beroende av opioider med fokus på läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) som kan ersätta de regionala vårdprogrammen och komplettera *Vård- och Insatsprogrammet för missbruk och beroende*. Vårdförloppet bör gälla oavsett om behandling påbörjas vid institution, fängelse, rättspsykiatrisk vårdenhet, slutenvård eller öppenvård. Vårdförloppet bör utgå från bästa tillgängliga kunskap och nationella riktlinjer.

Förslag: Regeringen ska överväga lämpliga former att stödja ett sådant arbete exempelvis genom att avsätta medel i någon av de överenskommelser som tecknas mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

Skäl för bedömningen och förslaget

Vi har i de dialoger och samtal vi genomfört återkommande fått höra att regionala och lokala regler kring LARO innebär olika tolkningar av föreskriften. I vissa av dessa riktlinjer finns en nolltolerans mot sidoanvändning av narkotika och narkotikaklassade läkemedel utanför ordination, eller alkohol, vilket innebär att patienter i LARO som återfaller straffas och återigen behöver genomgå LARO-behandlingen övervakat och dagligen (utan att den kliniska nyttan för det kunnat påvisas), samt i vissa fall skrivs ut från insatsen. Sådana riktlinjer saknar evidens och är kontraproduktiva genom att de ökar risken för återfall eller i värsta fall död. Genom att arbeta med den vårdplan som upprättats för patienten finns förutsättningar att säkerställa att behandlingen är medicinskt säker för patienten, men också för samhället i stort. Kunskapsläget visar att LARO-behandling har förut-

sättningar att minska narkotikaorsakade förgiftningar.[27] Samtidigt vet vi att de flesta dödsfall av förgiftningar till följd av narkotika eller läkemedel innehåller en kombination av substanser där olika typer av opioidläkemedel är vanliga. Vi skriver mer om detta i kapitel 13.

I de målbilder vi har utvecklat framgår att tillgängligheten till LARO behöver öka. Se exempelvis i målbilderna *Tillgång till behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig* och *Att bli välkomnad till stöd och vård* och *Få hjälp trots återfall eller fortsatt användning av narkotika*.[28] Vi bedömer att den nationella kunskapsstyrningen skulle behöva utveckla ett personcentrerat vårdförlopp för opioidberoende med fokus på LARO som bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer och kunskapsstöd, samt som kan ligga till grund för att ersätta de regionala vårdprogrammen för LARO-verksamheter. Vår bedömning är att ett sådant vårdförlopp behöver förtydliga

- när olika saker bör ske och inom vilken tid
- vilka beredningsformer som fungerar bäst i olika situationer och vilka förutsättningar som behöver vara uppfyllda beroende på vilken beredningsform som väljs
- hur vården kan fortsätta oavsett om den påbörjats inom beroendevård, psykiatri, rättspsykiatri, vid fängelse, institution driven av Statens institutionsstyrelse (SiS) eller placering på hem för vård och boende (HVB), eller om personen flyttar till ett annat sammanhang
- hur vården ska kunna ges så geografiskt nära patienten som möjligt.

Regeringen bör tillsammans med SKR och nationellt programområde (NPO) för psykisk hälsa komma överens om var och i vilken process ett personcentrerat vårdförlopp bör utvecklas. Ett vårdförlopp för insatser vid opioidberoende med fokus på LARO har potential att stärka patientens ställning och bidra till minskad dödlighet och skador i samhället. Det skulle exempelvis kunna ske inom ramen för någon av överenskommelserna *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention* och *Sammanhållen, jämlik och säker vård* där personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp ingår. Kunskapssprid-

[27] Santo, T. m.fl. (2021). *Association of Opioid Agonist Treatment with All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People with Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis*.
[28] Se målbilder i kapitel 7.

ning och implementering av ett sådant vårdförlopp behöver bedrivas i tät dialog mellan Socialstyrelsen, SKR, nationellt programområde (NPO) psykisk hälsa och relevanta professionsföreningar.

17.3.4 Socialstyrelsen ska få i uppdrag att revidera relevanta vägledande dokument och stödja området med kunskap

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att revidera de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, samt kunskapsstödet om LARO och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Syftet ska vara att tydliggöra även det skadereducerande perspektivet av behandlingen, samt att ge vägledning också om differentierade krav på verksamheter vid behandling beroende på beredningsform, vilka som ska få ordinera behandlingen, hur uppföljningen kan stärkas och hur vårdkedjor bättre ska kunna fullföljas. Socialstyrelsen ska också ges i uppdrag att stödja likvärdig implementering utifrån bästa tillgängliga kunskap.

Skäl för förslaget

Socialstyrelsen har ännu inte fått ett sådant uppdrag som Samsjuklighetsutredningen föreslog och som vi beskrivit tidigare i detta kapitel, men har enligt uppgift på eget initiativ påbörjat en förstudie inom området. Socialstyrelsen planerar att under 2023 samla landets LARO-verksamheter till en nationell LARO-konferens. Socialstyrelsen och SKR har påbörjat ett gemensamt arbete för att utveckla ett nationellt LARO-nätverk.

Vi anser det ändå vara angeläget att förslag inom området inte avvaktar eventuella resultat av förstudien. Ett av skälen till detta är att vi bedömer att LARO är en mycket viktig insats för att minska förgiftningsdödsfall till följd av läkemedel eller narkotika, och därför ingår den i det program vi föreslår i kapitel 24. För att LARO ska utvecklas till sin fulla potential bedömer vi att fortsatta och intensifierade stödjande och vägledande insatser behövs.

Vår bedömning är att Socialstyrelsen inom ramen för sin instruktion vid behov, och närhelst behov finns, ska revidera sina föreskrifter.[29] Att vi i detta fall föreslår ett särskilt uppdrag för att så ska ske beror på angelägenheten i frågorna och ska inte tolkas som att Socialstyrelsen framöver eller inom andra områden ska avvakta regeringsuppdrag innan föreskrifter revideras. Detsamma gäller uppdatering av nationella riktlinjer och kunskapsstöd.

Vi bedömer att flera förändringar och ny forskning, exempelvis om depå-läkemedel, har tillkommit sedan föreskrifterna och riktlinjerna reviderades. Dessa förändringar kan i mycket stor utsträckning bidra till ökad tillgänglighet till kunskapsbaserad, säker och jämlik vård. Även andra frågor som vi beskriver nedan motiverar ett utvecklingsarbete kring LARO vid Socialstyrelsen. Vår bedömning är att arbetet bör ske skyndsamt för att kunna bidra i det nationella programmet för att minska dödsfall till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar som vi föreslår i kapitel 24.

Nya beredningsformer som inte ur medicinsk synpunkt kräver dagligt övervakat intag har tillkommit

LARO-behandlingen innehåller läkemedelsbehandling som en central komponent utöver psykosocial- eller psykologisk behandling. Huruvida läkemedelsinsatsen har god effekt beror på

- beredningsform, det vill säga depåinjektion (buprenorfin), oral lösning (metadon) eller sublingualt/film (buprenorfin)
- doser
- beredningens eventuella innehåll av opioidantagonister såsom naloxon.

Med hjälp av depåberedningar kan behandling för opioidberoende erbjudas utan risk för vidareförmedling och icke-medicinsk användning utanför verksamheten. Detta kan också bidra till minskade dödsfall till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar. Dessa faktorer lyfts fram som en möjlighet att kraftigt öka effekten av den medicinska

[29] Se 4 § 1 förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen, som säger att Socialstyrelsen ska genom kunskapsstöd och föreskrifter bidra till att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

delen av LARO eftersom det kan ge patienterna större frihet och egenmakt över sitt vardagsliv då de behöver besöka verksamheten mer sällan. Samtidigt finns det patienter som vill och behöver komma ofta för andra insatser eller för att fortsatt vara en del i ett sammanhang.[30] Alla patienter ser inte depå-beredning som ett attraktivt läkemedelsval.[31] Det kräver att LARO-verksamheter som ordinerar depå-buprenorfin hittar personcentrerad hantering som inte nödvändigtvis, om inte patienten eller verksamheten ser sådana behov, förutsätter dagligt övervakat intag i kombination med urinprov.

Att inta opioider utanför läkares ordination är förenat med stora risker. Statistik om dödsfall till följd av opioidförgiftningar har visat att metadon och buprenorfin är vanliga bidragande orsaker till förgiftning och dödsfall i Sverige. Riskerna är lägst med buprenorfin med tillsatt naloxon.[32] Vår bedömning är att verksamheterna behöver tillämpa de säkraste alternativen och i detta beakta

- patientens behov
- risker för andra utanför LARO om LARO-patienter säljer eller delar med sig av substanserna.

Vi har uppfattat att regioner eller LARO-verksamheter dröjer i att erbjuda depå-buprenorfin av ekonomiska skäl, trots att vetenskap och beprövad erfarenhet talar för användningen av den beredningsformen.[33] Det kan handla om att upphandlingsrutiner och ekonomistyrning inte heller beaktar beredningsformens uppenbara positiva effekter för både individ och samhälle. I reviderade riktlinjer bör också insatsens kostnadseffektivitet beaktas ur detta perspektiv där hela samhällskostnaden ur ett etiskt och ekonomiskt perspektiv beaktas, såsom möjligheten att minska dödlighet på samhällsnivå.

[30] Farrell, M. m.fl. (2022). *Outcomes of a single-arm implementation trial of extended-release subcutaneous buprenorphine depot injections in people with opioid dependence.*
[31] Johnson, B. m.fl. (2022). *Patient perspectives on depot buprenorphine treatment for opioid addiction – a qualitative interview study.*
[32] Risken för förgiftning är allra högst för metadon (”full agonist”, det vill säga en högre dos ger alltid mer effekt på bland annat andning, så att höga doser kan leda till andningsdepression). Risken för förgiftning är mycket lägre för buprenorfin (”partiell agonist” där högre dos ger högre effekt bara upp till en viss taknivå, och därefter ger högre dos inte mer effekt och mycket sällan en signifikant andningsdepression). Buprenorfin med tillsats naloxon har en säkerhetsprofil som minskar risken för injektion och vidareförmedling från patienter till andra som använder narkotika.
[33] Vid Linköpings Universitet pågår för närvarande en studie som bland annat beaktar kostnadseffektivitet vad avser behandling med depåberedningar som beräknar publiceras under 2024.

Naloxonutdelning genom LARO behöver byggas ut ytterligare

Det har framkommit att utbildning och utdelning av naloxon i dag inte är tillräckligt utbredd. Insatsen har högsta prioritet enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk eller beroende. Vi föreslår att Socialstyrelsen bör överväga om ansvaret för att erbjuda utbildning och naloxon till patienter inom LARO också kan förtydligas i en reviderad version av föreskriften, riktlinjerna och kunskapsstödet. I exempelvis Frankrike och Danmark föreskrivs att samtliga patienter i LARO-behandling ska erbjudas utbildning om överdoser och läkemedlet naloxon.[34]

Personal är en nyckelfaktor i tillgänglighetsarbetet och fler kompetenser behöver kunna utföra delar av LARO-behandlingen

Enligt gällande föreskrift kan endast specialister i beroendemedicin eller psykiatri ordinera LARO-behandling. Efter en utredningsfas och beslut om behandling sker dock den huvudsakliga läkemedelshanteringen av sjuksköterskor och undersköterskor vid beroendeenheterna eller inom den specialiserade psykiatrin. Läkare med specialistkompetens i beroendemedicin är en ny yrkesgrupp som främst finns i storstäderna och tillgången på sådan specialistkompetens är låg i stora delar av landet. Bristen på undersköterskor och sjuksköterskor kan också, enligt verksamhetsföreträdare, i vissa delar av Sverige vara skälet till köer och väntetider innan LARO-behandling kan erbjudas patienten.

Med nya beredningsformer kan besök vid mottagningarna om det är ändamålsenligt för patienten, glesas ut för en del patienter, varvid personal kan frigöras för att kunna ta emot fler men också stärka behandlingens psykosociala innehåll. Samtidigt som besök kan glesas ut, behöver patienter olika stöd och sammanhang.

Socialstyrelsen bör överväga om det är möjligt och ändamålsenligt att utvidga rätten att ordinera LARO till andra specialister – exempelvis inom infektionssjukdomar eller allmänmedicin – som skaffat sig erforderlig kompetens för att ordinera och handha dessa läkemedel. Hur det kan säkerställas att erforderligtillämpa kompetens har uppnåtts behöver också övervägas. Möjligen bör rätten att ordinera

[34] SOU 2022:54. *Naloxon kan rädda liv. Bedömningar av nuläget och nästa steg.*

utvidgas för vissa läkemedel eller beredningsformer som är mer lätthanterliga och med lägre risker för enskilda och samhället.

Implementering och nätverkande avseende goda exempel inom LARO

Vi anser Samsjuklighetsutredningens förslag vara välmotiverat vad gäller att Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i nära samverkan med forskning och praktiserande yrkesgrupper stödja implementeringen av tillgänglig kunskap inom LARO och sprida goda exempel för att motverka varierande praxis. Ett sådant arbete kan påbörjas redan i väntan på att ett personcentrerat vårdförlopp utvecklats.

Uppföljning av patienterna och verksamheterna inom LARO

Vi föreslår i kapitel 18 hur uppföljning av LARO bör möjliggöras. Socialstyrelsen bör överväga om förutsättningar för LARO-uppföljning och betydelsen av en sådan kan framgå av en reviderad föreskrift inom området liksom vad som åligger verksamheterna i rapporteringssammanhang.

Socialstyrelsen bör också överväga om den skyldighet vårdgivare har att anmäla verksamhet till IVO vid start och nedläggning av LARO bör revideras. Med nuvarande ordning har IVO inte prioriterat att hålla ett aktuellt vårdgivarregister för LARO-mottagningar. Ett sådant register är i andra fall till hjälp i den nationella kommunikationen med verksamheter, liksom i internationell rapportering om antalet vårdenheter som bedriver viss verksamhet. Föreskriften bör om så är möjligt anmoda vårdgivaren att årligen inkomma med uppdaterade uppgifter för att IVO ska kunna hålla vårdgivarregistret aktuellt. Även andra uppföljningsfrågor kan med fördel synliggöras i föreskriften om så är möjligt.

Samordnade lågtröskelverksamheter som innehåller LARO kan övervägas

I många andra länder ser vi att skadereducerande insatser, dit även LARO hör, utformas för att passa patientens behov snarare än att organiseras stereotypt utifrån verksamhetsgränser och lagstiftning.

De kallas ofta för hälsocentraler eller lågtröskelverksamheter, med låga trösklar in till insatsen och flera olika insatser samlade under samma tak. Vid våra studiebesök i Sydney fanns exempelvis avgiftningsplatser, LARO, heroinassisterad behandling, somatisk vård, naloxon och automater med sprutor och kanyler inom samma verksamhet.[35]

För en patient tidigt i LARO-behandlingen är det inte ovanligt med sidoanvändning av andra substanser eller återfall, innan situationen stabiliseras. En del patienter tar del av både sprututbytesverksamheter och LARO samtidigt. Vår bedömning är att verksamheterna delvis har olika målgrupper (sprututbytesverksamheternas deltagare utgörs till cirka 60 procent av personer som injicerar centralstimulantia), men också målgrupper som delvis överlappar och använder opioider. På grund av stigma och oro för att exkluderas från behandling kan patienten ibland undanhålla sådan information från personal. För personalen kan frågor om patientsekretess bli ett bekymmer. Det kan övervägas om en verksamhet som erbjuder samlade insatser är önskvärd. Detta kan ske förutsatt att verksamheten följer de föreskrifter som gäller för området.

Vår bedömning är att LARO i egenskap av skadereducerande insats behöver arbeta med att minska stigma och främja hälsa, oavsett om sidoanvändning och injicering fortsätter under en period. Av det skälet kan det vara viktigt för patientens hälsa att också kunna få sterila kanyler och sprutor genom LARO. Sådan lågtröskelverksamhet kan redan i dag bedrivas om den följer gällande föreskrifter. LARO-verksamheter kan också samverka med somatisk sjukvård, exempelvis infektionssjukvård och allmänmedicin, för att motverka ohälsa som särskilt hårt drabbar den här gruppen av patienter. Sådana insatser beskrivs i kapitel 21. Det har också framförts önskemål om att kunna anpassa insatsen i LARO efter den heterogena målgruppen. Personer som vill uppnå drogfrihet, är stabila och arbetar för att stå emot olika typer av triggers för återfall kan påverkas negativt av att vistas i väntrum eller i anslutning till lokaler där personer är påverkade eller där narkotikaförsäljning sker i närområdet. Det kan därför finnas anledning att om möjligt dela upp verksamheter utifrån behandlingsmål och funktionsnivå hos den enskilda patienten för att bättre kunna arbeta individanpassat.

[35] St Vincents hospital. https://www.svhs.org.au/our-services/list-of-services/alcohol-and-drug-service. Besökt 2023-06-15.

Socialstyrelsen kan inom ramen för det regeringsuppdrag vi föreslår också överväga metoder att främja lågtröskelperspektiv och stärkt hälsa i förhållande till gällande föreskrifter eller vid behov utveckla sådana föreskrifter.

Utred möjligheten att genom föreskriften förtydliga vårdkedjor för LARO som inleds under anstaltsvistelse, LVM[36]-vård eller rättspsykiatrisk slutenvård

I avsnitt 17.3.7 föreslår vi insatser för att öka tillgängligheten till LARO på anstalt och genom förslag på uppdrag till Kriminalvården. Vi bedömer att parallellt med detta kan Socialstyrelsen också överväga ett utökat ansvar för regionerna att fullfölja den LARO som påbörjats vid rättspsykiatrisk sluten vård, anstalt eller LVM-vård.

17.3.5 Ökad tillgänglighet till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) ska ingå i ett nationellt program för att minska narkotika- och läkemedelsorsakade förgiftningar

Förslag: Ökad tillgänglighet till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) ska ingå i ett nationellt program för att minska narkotika- och läkemedelsorsakade förgiftningar. Val av beredningsform har stor betydelse för riskerna på samhällsnivå, vilket bör beaktas av regionerna.

Bedömning: Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Läkemedelsverket och andra relevanta aktörer bör noggrant följa utvecklingen inom området och bidra till en säker och ändamålsenlig styrning vad gäller rekommendation och subvention av beredningsform i LARO.

[36] Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Skäl för förslag och bedömning

De största riskerna för skador och död på samhällsnivå om de används utanför ordination har metadon och mono-buprenorfin, det vill säga beredning av buprenorfin utan naloxontillsats. Det är anmärkningsvärt att följsamheten till nationella riktlinjer brister vad gäller valet av beredningsform som rekommenderas och att mono-buprenorfin fortsatt används i hög utsträckning. Risken för död hos personer som är beroende av opioder är hög, och en väl fungerande behandling minskar sådana risker. Att vidareförmedling och icke-medicinsk användning förekommer bör därför rimligen inte leda till slutsatsen att tillgången till behandling ska begränsas eller att det ska bli svårare att inleda eller kvarstanna i behandling. Behandlingen bör i stället vara organiserad så att riskerna för vidareförmedling minimeras. Det kan handla om att

- trösklarna in i vården måste vara låga och ofrivillig utskrivning bör undvikas
- mono-buprenorfin i tablettform bör undvikas
- patienter med omfattande sidoanvändning (av alkohol, narkotika eller läkemedel) bör inte få med sig läkemedel hem
- vid misstankar om vidareförmedling bör särskilda riktade kontrollåtgärder sättas in
- välfungerande patienter som är yrkesarbetande bör inte utsättas för onödiga kontroller
- depåbuprenorfin har en mycket stor potential för att kunna reducera problemet med vidareförmedling.

Vad gäller val av beredningsform bör regionerna beakta de samhällsekonomiska vinsterna utanför den direkta nyttan med behandlingen för den enskilde vid valet av beredningsform. Det avser exempelvis den potentiella vinsten i att genom minskad vidareförmedling minskar risken för död och skador även för andra än patienten. I dagsläget är behandling med depåberedning mer kostsamt per patient än behandling med metadon eller buprenorfin sublingualt.[37]

[37] Vid Linköpings Universitet pågår för närvarande en studie som bland annat beaktar kostnadseffektivitet vad avser behandling med depotberedningar som beräknar publiceras under 2024.

För att läkemedel ska omfattas av läkemedelsförmånen sätter TLV upp olika krav. Beslut om att läkemedel ska ingå i läkemedelsförmånerna fattas i enlighet med lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Lagen ger möjlighet för TLV att fatta beslut om att begränsa subventionen i vissa fall. Förmånsbegränsningar möjliggör att många olika behandlingsalternativ kan finnas i förmånerna, vilket gör att för patienter där ett förstahandsalternativ inte är lämpligt kan det vara aktuellt med en dyrare behandling. Vad gäller de krav som i dag gäller injektioner, med de godkända läkemedlen Buvidal eller Subutex som är dyrare än behandling i sublingual form, subventioneras dessa enligt kraven för läkemedelsförmånen när behandling med sublingual läkemedelsbehandling inte bedöms lämplig eller inte har gett avsedd effekt. Detta skulle kunna medföra en begränsning. Det är upp till förskrivaren att bedöma om patienten uppfyller de förutsättningar som beskrivs i en begränsningstext. Det kan alltså vara aktuellt för förskrivare att förskriva injektionsbehandling, om bedömning görs att det är olämpligt med sublingual läkemedelsbehandling. Om sådan bedömning görs finns det i nuläget ingenting som hindrar att depåbehandling förskrivs inom förmånerna. De nationella riktlinjerna om vård och stöd vid missbruk och beroende samt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. har potential att bidra till utvecklingen vid val av beredningsform. TLV kan om det finns skäl att tro att förutsättningar som påverkar denna bedömning av läkemedlets kostnadseffektivitet ändrats sedan subventionsbeslutet starta en omprövning för att utreda om läkemedlet ska kvarstå inom förmånerna. TLV kan inte utifrån andra skäl ta bort ett läkemedel från läkemedelsförmånerna.

Socialstyrelsen, TLV, Läkemedelsverket och andra relevanta aktörer bör noggrant följa utvecklingen inom området och bidra till en säker och ändamålsenlig styrning vad gäller rekommendation och subvention av beredningsform i LARO.

17.3.6 Barriärer, såsom egenavgifter, mot läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) bör minska

Bedömning: Regionerna bör eftersträva möjlighet till egenremiss för LARO samt utreda om patient- och egenavgifter för LARO under behandlingens första år kan avvecklas för att bedriva LARO med lägre trösklar. Vi bedömer att Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan stödja och ge regionerna tillräcklig vägledning i frågan.

Skäl för bedömningen

I kapitel 8 har vi beskrivit olika barriärer mot vård eller skäl till att personer avstår från att söka vård eller inte påbörjar vård. I vårt målbildsarbete har det tydligt framkommit att vården måste komma i gång snabbt när motivationen hos den enskilde finns.

En faktor som belysts är andra barriärer mot vård, som att många LARO-verksamheter bedömer att personen fordrar ha en stabil bostadslösning innan behandling kan påbörjas och därmed fordrar stöd från socialtjänsten. Om socialtjänsten kräver att substansbruket ska upphöra för att bostad ska erbjudas (drogfrihetskrav), försätts patienten i en omöjlig situation. Sådana barriärer bör undvikas, och en individuell bedömning bör prioriteras framför generella regler. Ett annat hinder är om det krävs remiss från primärvård eller annan specialist för att LARO-behandling ska kunna utredas och erbjudas. Regionerna bör överväga möjligheterna till egenremiss som ett komplement till andra vägar in i behandlingen.

Om patienten inte själv kan stå för egenavgifter för vårdbesök upp till högkostnadsskyddet eller för uttag av läkemedel om det sker på recept, kan det bli svårare att komma i gång med behandlingen. I dagsläget behöver i sådana fall oftast en överenskommelse med socialtjänsten vara på plats för att behandlingen ska kunna starta. Det är angeläget att behandling kan påbörjas när patienten är motiverad. Tunga administrativa processer riskerar att försena insatsen.

Regionerna bör därför överväga om kostnadsfrihet under den första tiden i behandling kan erbjudas genom att avveckla patient- och egenavgifter under behandlingens första år. Patientavgifternas storlek

beslutas av regionerna och varierar över landet. En patient betalar under en tolvmånadersperiod från och med den 1 januari 2023 högst 1 300 kronor för öppen hälso- och sjukvård.[38,39] Beloppet är ett högkostnadsskydd som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. HSL reglerar att öppenvård är avgiftsfri för personer som är 85 år eller äldre. Nästan samtliga regioner har beslutat att barn och ungdom under 20 år inte betalar någon avgift i öppen hälso- och sjukvård. Gotland har avgiftsfria besök vid alla psykiatriska mottagningar till och med 23-årsdagen. Regionerna erbjuder även kostnadsfri mammografi, rådgivning vad gäller preventivmedel och abortfrågor liksom vård enligt smittskyddslagen (2004:168). Samma princip som ovanstående för att ta bort barriärer till vård bör kunna tillämpas för LARO. I kapitel 8 har vi också beskrivit att kostnader kan vara en barriär mot att söka vård. När patientens stabiliserats, eller då tillräcklig tid funnits för att etablera betalningsåtaganden från annan part, bör regionen kunna återinföra en patientavgift för behandlingen.

Även egenavgifter för läkemedel kan utgöra en barriär för den enskilde att ta del av hälso- och sjukvård. Särskilt för patienter som precis ska påbörja LARO-behandling eller är i tidig remission. För de flesta regioner är det vanligast att patienter i början av behandlingen får läkemedlen vid mottagning och att de inte ordineras med recept och uthämtas på apotek. Inom exempelvis Region Stockholm, Gävleborg, Gotland och Halland får dock patienter som påbörjar LARO behandling läkemedlen individuellt förskrivna, även om de hämtas på mottagning. Detta medför också egenavgifter för patienten vad gäller själva läkemedlet utöver patientavgifter. Region Stockholm har dock fattat beslut att från och med oktober 2023 börja med rekvisitionsläkemedel, vilket är vanligast i andra regioner.

Egenavgift för läkemedel inom ramen för läkemedelsförmånssystemet reglerar vilka läkemedel som ingår i förmånen och vilket tak som gäller för patientens egenavgifter för läkemedel. Här gäller som princip samma nivå och ordning i hela Sverige och att göra förändringar i systemet för läkemedelsförmånerna är i de flesta fall en fråga för staten. Exempelvis framgår att staten beslutat att preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna, exempelvis p-piller, från och med den 1 januari 2017 ska vara avgiftsfria för unga under 21 år. Detta

[38] Sveriges Kommuner och Regioner. skr.se https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/ patientavgifter.14668.html. Besökt 2023-08-20.
[39] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/hogkostnadsskyddet/sa-fungerar-hogkostnadsskyddet.html. Besökt 2023-08-20.

regleras i lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. En möjlighet är att genom tillägg till lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. införa särskild reglering för kostnadsfrihet för LARO-läkemedel under behandlingens första år, på samma sätt som gjorts för läkemedel för barn och för preventivmedel. Det kan dock finnas praktiska svårigheter kring reglering som bygger på att betalning för samma läkemedel ska hanteras olika i olika delar av behandlingsperioden. Vi bedömer därför att en bättre ordning vad avser eventuell kostnadsfrihet även för läkemedlen i LARO-behandling under behandlingens första tid är att SKR ser vidare på denna fråga. Utöver den statliga regleringen för läkemedelskostnader omfattas frågan om avgifter i en SKR-rekommendation och SKR följer också upp och redovisar hur rekommendationen tillämpas i olika regioner. Vad gäller exempelvis subventionering av preventivmedel inom läkemedelsförmånerna för kvinnor till och med 25 år innebär rekommendationen från SKR att den enskildes kostnad under ett år inte ska överstiga 100 kronor vid köp av preventivmedel. Tillämpningen av rekommendationen förtydligas av SKR i ett vägledande dokument.[40]

Vi bedömer att SKR bör utreda hur kostnadsfrihet för LARO-läkemedel under behandlingens första 365 dagar kan införas och ge regionerna tillräcklig vägledning i frågan. När patienten stabiliserats, eller då tillräcklig tid funnits för att etablera betalningsåtaganden från annan part, bör en patientavgift för läkemedelskostnaden åter kunna införas. Att begränsa egenavgifter för behandlingen bedöms vara ett led att minska barriärer mot vård och öka tillgängligheten till LARO.

[40]Sveriges Kommuner och Regioner. https://skr.se/download/18.465f0ebe1876f020038c449/1681296369585/Patientavgifter_oppen_slutenvard_2023_SKR.pdf. Besökt 2023-09-01.

17.3.7 Fler klienter inom Kriminalvården ska få tillgång till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

Förslag: Regeringen ska uppdra åt Kriminalvården att, i samverkan med Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt Socialstyrelsen, utreda formerna för hur specialiserad vård, med fokus på läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), ska kunna erbjudas fler klienter under anstaltsvistelse och häkte, samt säkerställa fungerande vårdkedjor för att behandling ska kunna fortsätta vid utslussning från Kriminalvården.

Skäl för förslaget

I vårt arbete har framförts att behovet är stort av att fortsätta behandling även i samband med att individen avtjänar straff i kriminalvården, eller att påbörja behandling på anstalt för personer som inte redan har påbörjat LARO-behandling. FN:s ekonomiska och sociala kommitté har i sin granskning uppmanat Sverige, som ratificerat ESK[41]-konventionen, att intensifiera insatserna för att personer på anstalt ska kunna ta del av LARO.[42]

LARO kan i dag endast påbörjas av verksamheter som regleras av den föreskrift om LARO som Socialstyrelsen utfärdar, vilket innebär specialiserad vård med kompetens inom psykiatri eller beroendemedicin. Enligt regelverket kan detta överlåtas till annan hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I dagsläget kan endast ett av fängelserna i Sverige, Fosieanstalten, ordinera LARO då det finns specialiserad LARO-vård på anstalten som anmälts till IVO. Vid alla andra anstalter är Kriminalvården beroende av att den region där anstalten finns (vistelseregionen), eller klientens hemregion, tar ansvar för att ordinera behandlingen så att den kan fortsatta under anstaltsvistelsen. LARO med metadon eller buprenorfin förutsätter, som vi tidigare redovisat, dagligt övervakat intag de första tre månaderna och därefter dagliga, men inte alltid övervakade, intag och provtagningar.

[41] Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter.
[42] United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2016). *Concluding observations on the sixth periodic report of Sweden, E/C.12/SWE/CO/6, (2016)*. Punkt 42.

För Kriminalvården innebär nuvarande ordning en stor ojämlikhet. Två patienter som finns på samma avdelning och som har samma behov av LARO riskerar att inte få likvärdig behandling eftersom det i dag inte finns någon skyldighet för sjukvårdsregionerna att fullfölja den LARO som eventuellt inleds vid Fosieanstalten. Detsamma gäller om det är vistelseregionen som initierat behandlingen och inte hemregionen. Det är också oklart för vistelseregionen där anstalten är placerad, när den kan påbörja vård som ska bekostas av hemregionen enligt riksavtalet.

Kriminalvården bedömer, utifrån myndighetens eget journalsystem för hälso- och sjukvård, att under perioden januari 2022 till juni 2023 hade 400 klienter ordination för LARO-preparat (buprenorfin, suboxon och metadon).[43] Under samma period vistades cirka 5 700 klienter i häkte och cirka 5 300 klienter i fängelse. Myndigheten uppskattar dock att det årligen skulle kunna finnas cirka 1 000 klienter i behov av LARO, vanligen på klass 2 anstalter. Intagna vid landets anstalter kan komma från en helt annan del av Sverige och ha en hemregion som geografiskt är långt ifrån anstalten. Myndigheten har hittills själv finansierat kostnader för läkemedlen eftersom myndigheten inte har ett hälso- och sjukvårdsansvar och heller inte omfattas av överenskommelsen mellan stat och SKR vad gäller läkemedelskostnader.

Tillgänglighet till LARO-behandling kompliceras också av riskerna för vidareförmedling i anstaltsmiljö.[44,45] Transporter av intagna utanför fängelser är både resurskrävande och logistiskt utmanande. Sammantaget har detta gjort att det varit praktiskt komplicerat att ge LARO-behandling på anstalter. Detta är inte jämlik vård enligt normaliseringsprincipen.

Kriminalvården bedriver i dag, på eget initiativ och utan ett egentligt sådant uppdrag, viss hälso- och sjukvård. Detta sker genom att de själva anlitar konsultläkare och sjuksköterskor. Det pågår en diskussion om huruvida Kriminalvården ska få ett hälso- och sjukvårdsansvar. Även om så sker framgent så är det troligt att ett sådant utökat ansvar i så fall kommer att omfatta motsvarande primärvårdsnivå, men inte specialiserad vård. Se också vidare förslag i kapitel 22. Samverkan med specialiserad vård kommer då, precis som nu, att behövas

[43] Bedömningen är ungefärlig eftersom vissa rapporteringssvårigheter finns.
[44] Kolind, T. (2016). *Drugs in prisons: Exploring use, control, treatment and policy.*
[45] Kolind, T. m.fl. (2016). *Three enactments of drugs in Danish prison drug treatment: Illegal drugs, medicine and constrainers.*

och inte minst avseende LARO. Vi bedömer därför att frågan om Kriminalvårdens eventuella skyldighet vad gäller vård motsvarande primärvårdsnivå i nuläget inte har betydelse för att öka tillgängligheten till LARO för personer på anstalt och efter anstaltsvistelse.

Kriminalvården menar att om patienter som är intagna vid anstalt ska kunna få god och jämlik vård över hela Sverige så behöver det finnas ett åtagande för hemregionen att fullfölja den LARO-behandling som eventuellt påbörjas under anstaltsvistelsen. Eftersom riskerna för exempelvis läkemedels- eller narkotikaorsakad förgiftning är stor vid övergångar mellan olika boendeformer och vårdformer, är behovet av välfungerande vårdkedjor extra angelägna vad gäller just LARO-behandling. Riskerna vid utskrivning från fängelse eller LVM utan behandling eller naloxonläkemedel är stora. Forskning visar att risken att dö är kraftigt förhöjd under den första månaden efter frigivning eller utskrivning från anstaltsvård och institutionsvård.[46] I kapitel 20 beskriver vi därför också att naloxon ska kunna delas ut inför utskrivning från anstalt eller häkte och i kapitel 22 om en samordnad verkställighetsplanering för att samplanera utslussning från anstalt tillsammans med region och kommun.

Vi bedömer att LARO i högre utsträckning bör kunna initieras eller fortsätta för patienter på anstalt eller i häkte. För att så ska kunna ske föreslår vi att Kriminalvården ska få ett uppdrag att, i samverkan med SKR, utreda formerna för hur specialiserad vård, med fokus på LARO-behandling, ska kunna erbjudas fler klienter under anstaltsvistelse och i häkte, samt säkerställa fungerande vårdkedjor för att behandling ska kunna fortsätta vid utslussning efter anstaltsvistelse. Vi bedömer att våra förslag i kapitel 22 om möjlighet för Kriminalvården att kalla till samordnad individuell planering (SIP) också stärker förutsättningarna för att vårdkedjor ska kunna förbättras. Frågan om att påbörja LARO, om patienter som kommer till anstalt inte redan har LARO, behöver dock lösas genom att vistelseregionen i större uträckning initierar LARO-behandling. Vi bedömer att Kriminalvården bör vara drivande i arbetet med att hitta former i förhållande till regionerna (vistelseregion och hemregion) för LARO-behandling som påbörjas vid anstalt och att detta arbete bör bedrivas i tät dialog med SKR och Socialstyrelsen.

[46] Scarpa, S. m.fl. (2023). *Compulsory care of individuals with severe substance use disorders and alcohol- and drug-related mortality: A Swedish registry study.*

18 Att säkra grundläggande data om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) på nationell nivå

I det här kapitlet ger vi förslag på hur grundläggande uppgifter om LARO ska kunna säkras på nationell nivå så snart som möjligt. Det gäller i första hand patienter som är i LARO och de läkemedel som patienterna har.

18.1 Det saknas grundläggande uppgifter om LARO

Det saknas grundläggande nationellt täckande uppgifter om LARO. Att exempelvis veta hur många patienter som får del av LARO kräver i dag kompletterande insamling av data och skattningar.

Det är inte möjligt att följa upp personer i LARO och de läkemedel som ordineras, vilket har varit en stor brist i våra förutsättningar för att bland annat analysera och lämna förslag för att minska dödlighet på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Det gäller exempelvis att avgöra i vilken grad oavsiktliga förgiftningar där LARO-läkemedel förekommer drabbar personer som varit i LARO-behandling eller personer som inte tagit del av LARO.

Det är viktigt att dessa uppgifter kan göras tillgängliga så snart som möjligt. På längre sikt kan ambitionen sedan höjas vad gäller exempelvis exakta tidpunkter för start och avslut av behandling och mer detaljerade uppgifter om läkemedelsbehandling eller psykosocial behandling.

Vi ser det som ett nationellt intresse att kunna identifiera personer i LARO för att kunna visa basala uppgifter om

- köns- och åldersfördelning
- utvecklingen av antalet patienter
- regional fördelning.

Vid identifiering av populationen i hälsodataregister finns även förutsättningar att kombinera uppgifter för att bland annat följa

- dödlighet via dödsorsaksregistret
- kontinuitet i behandlingen
- personernas övriga vårdkontakter
- sysselsättningsgrad eller andra parametrar i andra personnummerbaserade register.

Utöver att identifiera populationen i LARO är uppgifter om läkemedelsanvändning i behandlingsformen viktiga. Läkemedlen skiljer sig åt exempelvis vad gäller risk för förgiftning och överdos samt vilket värde de har på narkotikamarknaden och för att användas utanför avsedd behandling, så kallad vidareförmedling.[1] Se vidare motiveringar i kapitel 17.

Fokus är i första hand på att tillgodose det nationella behovet av grundläggande uppföljning och analys, inte det mer verksamhetsnära behovet av uppföljning – där finns anslutning till kvalitetsregister som alternativ. Nationellt täckande, grundläggande uppgifter om LARO är dock även av nytta för de enskilda verksamheterna och huvudmännen, eftersom de möjliggör rikstäckande jämförelser.

Vi konstaterar att mycket tid förlorats genom att olika aktörer förordat olika lösningar medan nationell samordning har saknats. Vi har övervägt följande förslag till lösningar för att följa LARO-populationen nationellt:

- nytt separat hälsodataregister för LARO
- obligatorisk rapportering till kvalitetsregister
- identifiering av populationen via läkemedelsregistret
- lösning inom gällande förordning för det nationella patientregistret

[1] I viss mån kan läkemedel följas i form definierade dygnsdoser (DDD) utifrån försäljningsstatistik från E-hälsomyndigheten. DDD kan dock avvika stort från doseringen i praktiken för olika läkemedel och skilja stort mellan olika patienter.

- inrapportering av in- och utskrivning från LARO till patientregistret.

Vi har också övervägt hur styrningen av rapporteringen i så fall ska ske och i vilken mån olika vägar innebär en ökad administrativ börda som kan påverka rapporteringen.

18.2 Nytt hälsodataregister för LARO?

Eftersom uppgifterna på nationell nivå inte har kunnat användas för att följa patienter i LARO kan det finnas anledning att inrätta ett nytt hälsodataregister speciellt för denna verksamhet. En motivering för ett separat register är möjligheten att specificera och ta in andra uppgifter än vad som ingår i de mer generella registren för sjukvården. Detta skulle emellertid föra med sig en ökad administrativ börda för såväl staten som vårdens huvudmän och utförare.

Vi bedömer dock att ett sådant förslag har små chanser att bli framgångsrikt. Den främsta orsaken är att tillgången till de uppgifter som är viktigast att följa nationellt redan i dag regleras av lagen (1998:543) om hälsodataregister samt förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen och föreskrifter om detta. Inte minst gäller det efter den förändring som nu skett vad gäller möjligheten att ta in uppgifter om andra personalkategorier än läkare inom den specialiserade psykiatriska vården och som ska samlas in från och med januari 2024.[2] Dock behöver implementeringen inom detta regelverk utvecklas vad gäller rapporteringen av LARO.

Vi bedömer dessutom att uppbyggnaden av ett nytt hälsodataregister tar mer tid och resurser än att utveckla kvaliteten och innehållet i dem som redan finns.

[2] https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/patientregistret/nya-foreskrifter-om-uppgiftsskyldighet-till-patientregistret-trader-i-kraft-den-1-januari-2024/. Besökt 2023-09-04.

18.3 Obligatorisk rapportering till kvalitetsregister?

I kvalitetsregistret Bättre Beroendevård tas i dag in uppgifter om bland annat patienter i LARO. Som för andra kvalitetsregister är anslutning och rapportering frivillig för vårdgivarna såväl som för patienterna.[3] Patientregistret, däremot, är obligatoriskt för patienter och vårdgivare.[4] Registret Bättre Beroendevård bedöms vara till stor nytta för de verksamheter som ingår och tillgodoser behovet av den verksamhetsnära uppföljningen. Om alla, eller nästan alla LARO-verksamheter, rapporterade till registret skulle det innebära en möjlighet att också få en nationell bild av patienter i LARO och detaljerade uppgifter om bland annat läkemedelsanvändning. I dag registreras dock merparten av LARO-patienterna inte i registret.

Enligt registrets senaste egenskattning av täckningsgraden för LARO ingick 38 procent av LARO-patienterna 2021.[5] En anledning till att täckningsgraden är låg är att det i de flesta regioner saknas förutsättningar för direktöverföring från vårdenheter till registret.

Det har på grund av den låga täckningen framförts att vi bör föreslå att göra rapportering till registret obligatorisk. Vi bedömer dock att det inte finns stöd inom rådande reglering för kvalitetsregister att från statens sida införa obligatorisk rapportering.[6] Vi ser vidare inte att det är motiverat att ändra den lagstiftningen för att bryta ut kvalitetsregistret Bättre Beroendevård från hantering av övriga kvalitetsregister när det gäller rapporteringsskyldighet. Data av stort nationellt intresse dessutom finnas i hälsodataregister eller på annat sätt vara åtkomliga för nationella aktörer på ett effektivt sätt. Att den nationella uppföljningen av vården inte bör göras beroende av självständiga kvalitetsregister har också betonats i bland annat uppdrag till Socialstyrelsen utifrån bedömningar från Riksrevisionen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA).[7]

Vi ser dock inte någon motsättning mellan våra bedömningar och ett fortsatt arbete med att nå en hög täckningsgrad till kvalitetsregistret Bättre Beroendevård. I kapitel 25 lämnar vi också bedömningen att:

[3] 7 kap § 2 patientdatalagen (2008:355).
[4] 6 § förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.
[5] Bättre Beroendevård (2022). *Bättre Beroendevård. Årsrapport 2021.*
[6] Patientdatalagen (2008:355).
[7] Socialdepartementet (2021). S2021/05369 *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet*.

Huvudmännen bör arbeta för att verksamheterna i högre grad följer kvaliteten i verksamheterna och rapporterar till kvalitetsregister. Mer data för kvalitetsmått från registren bör redovisas öppet, exempelvis via *Vården i siffror*.

Vi ser mycket positivt på att regionerna själva agerar för att öka rapporteringsgraden till Bättre Beroendevård för de LARO-verksamheter som de finansierar och på så vis kan nå en mer komplett täckning av verksamheterna. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och huvudmännen har stora möjligheter att själva bedriva ett sådant utvecklingsarbete. Vi bedömer att regionerna behöver prioritera de tekniska förutsättningarna för direktöverföring utifrån de journalsystem som används och när så är gjort kan man besluta om obligatorisk rapportering till Bättre Beroendevård för de LARO-verksamheter man finansierar.

Vi ser på sikt att LARO ska kunna sättas in och bedrivas även inom andra medicinska verksamhetsområden än beroendevård, eller i tät samverkan med beroendevården, särskilt vad gäller depåläkemedel. Se vidare kapitel 17. En sådan utveckling kan också innebära ytterligare utmaningar för register som bygger på anslutning av enheter, såsom Bättre Beroendevård, när det gäller att nå en hög eller helst komplett täckningsgrad. I dag är täckningsgraden för beroendevården som helhet ännu lägre än den är för LARO.[8]

18.4 Kan populationen i LARO identifieras via läkemedelsregistret?

Ett sätt att följa vilka personer som ingår i LARO är att identifiera personer och verksamheter genom vilka patienter som får LARO-läkemedel. För den som går till en mottagning och tar sina läkemedel under övervakning innebär det i vissa fall att läkemedlen är förskrivna till patienten och i andra fall att de rekvirerats av vården. I de fall de utlämnade läkemedlen har förskrivits går personerna och läkemedlen i dag att identifiera via läkemedelsregistret. I läkemedelsregistret finns även uppgifter för personer som hämtar ut sina förskrivna LARO-läkemedel på apotek, vilket blir vanligare ju längre i rehabiliteringen en patient kommit. I jämförelse med den totala försäljningen av LARO-läkemedel har dock en allt mindre andel av läkemedlen

[8] Bättre beroendevård (2022). *Bättre beroendevård. Årsrapport 2021.*

gått att följa i läkemedelsregistret då en allt större del rekvireras av vården.[9]

Vår bedömning är att enbart läkemedelsregistret i dag inte erbjuder en framkomlig väg för att ge en tillräckligt god bild av populationen i LARO. Dock bör uppgifter från läkemedelsregistret kunna komplettera information från patientregistret.

18.5 Populationen bör kunna identifieras genom nuvarande regelverk om rapportering till patientregistret

Genom en strukturerad och enhetlig registrering av KVÅ[10]- och ATC[11]-koder för LARO skulle både individer i LARO och vilka läkemedel som används kunna identifieras. Förutsättningarna för att göra detta har förbättrats först under senare tid.

År 2022 infördes en ny KVÅ-kod AW007, *Upprättande av plan för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO).* Denna kod ska inte enbart anges när planen först skapas utan även när den omprövas. Enligt Socialstyrelsens föreskrift för LARO ska planen fortlöpande följas upp och omprövas minst en gång per år i samråd med patienten.[12] Detta innebär alltså att vid vård enligt den föreskrift som gäller och registrering av denna KVÅ-kod bör de flesta patienter i LARO kunna identifieras i patientregistret under ett år. I praktiken kan det dock vara så att planen inte ses över på detta sätt. Om exempelvis patienten uteblir från vårdkontakterna kan det hända att planen ses över utan koppling till en specifik vårdkontakt.

Dessutom kan det vara så att AW007 inte alltid registreras vid dessa vårdkontakter. Generellt finns en variation i rapportering av KVÅ-koder, och det kommer troligtvis gälla även denna nya kod. Det finns även flera andra åtgärder med existerande KVÅ-koder som är vanliga inom LARO. Andra KVÅ-koder är dock mer generella

[9] Socialstyrelsen (2017). *Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO).*
[10] KVÅ står för *Klassifikation av Vårdåtgärder.* Se även: https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/klassifikationer-och-koder/kva/
[11] ATC står för Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification och är en internationell klassificering av läkemedel som förvaltas av WHO: https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit/atc-classification. Besökt 2023-09-12.
[12] Se 4 kap. 11 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

och kan användas inom olika vårdområden, så ensamt kan de inte indikera att vårdkontakten har skett inom LARO. I dessa fall behöver KVÅ-koden kompletteras med en ATC-kod för LARO-läkemedel. Att ATC-koder tillsammans med KVÅ-koder registreras och rapporteras till patientregistret för LARO är också en förutsättning för att det där ska framgå hur många patienter som har de olika läkemedlen.

Generellt rapporteras i dag få ATC-koder till patientregistret och enligt våra kontakter med LARO-verksamheter registreras också inom LARO i få fall ATC-koder som komplement till KVÅ-koder. Det beror på att det kräver manuellt arbete, och att nyttan i ett verksamhetsperspektiv inte är uppenbar.

I jämförelse med att registrera ATC-koder generellt för andra verksamhetsområden, så som allmänpsykiatri eller primärvård, bör det manuella arbetet med att registrera ATC-koder för LARO-läkemedel vara avsevärt lägre eftersom det är mycket färre koder att hantera. Samtidigt är läkemedel den mest centrala delen i LARO, vilket gör det till viktig information som skulle vara av stor nytta att ha en nationell bild av.

Även om rapportering av ATC-koder enligt föreskriften[13] för patientregistret formellt sett ska göras för ”kliniskt relevant läkemedelstillförsel” bedömer vi att det i praktiken behövs en rapporteringsanvisning för LARO. Den bör

- visa på hur en enhetlig registrering ska göras för att säkerställa att relevant information kan tas ut
- minimera det manuella arbetet
- ge vägledning om vilka KVÅ-koder som bör registreras och när
- ange i vilka fall är det nödvändigt att komplettera KVÅ-koderna med ATC-koder.

18.5.1 Nya uppgifter om andra personalkategorier

När läkemedel ges på mottagningen har det inte gått att identifiera vilka personer som fått dessa läkemedel och på så sätt identifiera att de får vård inom LARO i patientregistret. En orsak till det är att vårdkontakter med utdelning av läkemedel i de flesta fall sker av någon

[13] Se bilaga 1 och 2 till Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

annan personalkategori än läkare. Dessa vårdkontakter har hittills inte ingått i rapporteringen till det nationella patientregistret.

Genom ändrad förordning och föreskrift ska dock även dessa vårdkontakter (inom specialiserad psykiatrisk vård) rapporteras till Socialstyrelsen från och med januari 2024. Framöver finns alltså förbättrade förutsättningar att via patientregistret identifiera vårdkontakter då personer får LARO-läkemedel på rekvisition (förutsatt att LARO sker inom psykiatrin som i dag). Det är oklart vilken kvalitet rapporteringen av dessa vårdkontakter kommer att ha då Socialstyrelsen ännu inte tagit in och publicerat sådana uppgifter. Vid tidigare utvidgning av rapporteringen för att ta in läkarbesök var täckningsgraden bristfällig under flera år.

Information om dessa vårdkontakter kan spela en viktig roll och inkluderas i den instruktion för rapportering av LARO som vi nedan bedömer behöver tas fram.

18.5.2 Kodning av åtgärder och läkemedel

Nedan visas vanliga aktiviteter och åtgärder som vi har identifierat sker inom LARO-verksamheter. I utredningens kontakter uppges typiskt sett att KVÅ-kodning sker vid alla dessa kontakter men att det i dag inte sker någon komplettering med ATC-koder.[14]

Vi har även beställt uppgifter från Socialstyrelsen om hur många patienter som dels har en opioiddiagnos (F11), dels har en ATC-kod för LARO-läkemedel (N07BC) i patientregistrets öppenvårdsdel – vilket hittills enbart avser läkarbesök. Förekomsten av ATC-koder för LARO-läkemedel är låg, vilket är i linje med hur ATC-koder rapporteras generellt till registret.

För de flesta regioner saknades helt patienter med sådana registrerade ATC-koder för år 2021. Västra Götaland rapporterade 78 patienter och Värmland 53. Enligt vår skattning av antalet patienter i LARO motsvarar Värmlands uppgifter cirka hälften av LARO-patienterna i regionen. Även om en betydande underrapportering sker visar detta att det trots allt finns möjlighet ur ett verksamhetsperspektiv att rapportera dessa ATC-koder till patientregistret.

[14] Att de LARO-verksamheter som svarat oss uppger sig ha en hög registrering av KVÅ-koder behöver inte spegla hur det ser ut totalt sett då de med bättre rapportering kan vara mer benägna att svara och engagera sig i utredningens arbete, och det inte heller är ett slumpmässigt urval.

Ordination och bedömning av gällande ordination

Ordination av LARO-läkemedel görs av läkare. Enligt de kontakter vi haft med LARO-verksamheter sker nya och förändrade ordinationer ofta i början av behandlingen. Men en översyn av ordinationen sker oftast minst en gång per år även för patienter som kommit längre i behandlingen. Det kan i enstaka fall vara så att ingen vårdkontakt med en ny ordination eller monitorering av gällande ordination sker under ett år. Detta skulle kunna innebära att vissa patienter inte identifieras i patientregistret under ett år, givet att de inte hämtar ut läkemedel på kliniken – utan på apotek. I de fall där alla dessa omständigheter råder, vilka vi bedömer är få, skulle dock dessa patienter kunna identifieras utifrån läkemedelsregistret, där de förekommer redan i dag. Vid ordination av läkemedel samt monitorering av pågående läkemedelsbehandling har vi fått uppgift om att dessa KVÅ-koder används:

- *AW007* Upprättande av plan för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
  Beskrivning: Upprättande/omprövande av plan enligt 4 kap. 10–11 §§ Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, HSLF-FS 2016:1.
- *DT026* Ordination av läkemedel
  Beskrivning: Åtgärder i samband med insättning, utvärdering och utsättning av läkemedel. Innefattar t.ex. överväganden tillsammans med patienten, receptförskrivning, skriftliga instruktioner samt utvärdering av effekt och biverkningar. Aktuellt läkemedel kan anges med ATC-kod.
- *AV027* Monitorering av pågående läkemedelsbehandling
  Beskrivning: Fortlöpande, frekvent återkommande, kontroll av läkemedlets effekt, t.ex. antikoagulantiakontroll inklusive ordination. Läkemedel kan anges genom tillägg av ATC-kod.
- *QV006* Information/undervisning om medicinering
  Beskrivning: Information och undervisning om användning av läkemedel inklusive beskrivning av dess effekter.

Övervakat läkemedelsintag eller injektion med depåläkemedel

Övervakat läkemedelsintag är en stor del av verksamheten i LARO och vårdkontakter där detta sker ges typiskt sett av sjuksköterskor. Vid dessa kontakter uppges att denna KVÅ-kod används:

- *AU116* Övervakning av läkemedelsintag
  Beskrivning: Övervakning av patient i samband med läkemedelsintag (peroralt eller sublingualt) för att kontrollera att ordinerade läkemedel intages i enlighet med ordination. Givet läkemedel kan anges med ATC-kod.

För patienter som ges depåinjektioner sker inte övervakat intag men då kan denna KVÅ-kod anges:

- *DT021* Läkemedelstillförsel, subkutan
  Beskrivning: Läkemedel kan anges genom tillägg av ATC-kod.

Utdelning av läkemedel

Läkemedel kan delas ut vid ett besök där inte övervakat läkemedelsintag sker samtidigt, vilket gäller för patienter som kommit längre i rehabiliteringen. Även för dessa besök uppges att det förekommer att KVÅ-kod registreras:

- *DV046* Läkemedelsbehandling, utdelning av dosett eller enstaka dos.

18.5.3 Rapportering av in- och utskrivning för LARO till patientregistret?

LARO bedrivs i normalfallet som öppenvård. Ett förslag som vi övervägt är att in- och utskrivningsdatum för patienter som är ordinerade LARO skulle kunna rapporteras till patientregistret vad gäller in- och utskrivningsdatum, på samma vis som i dag görs för patienter i slutenvård.[15] Alternativt skulle LARO-behandling kunna rapporteras på likartat sätt som ska göras för öppen psykiatrisk tvångsvård från

[15] Se 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

och med 2024.[16] Bedömningen är att detta kräver en relativt omfattande ändring i föreskriften för patientregistret, vilket kan ta tid och eventuellt även ha konsekvenser som talar emot en sådan förändring. Fördelen skulle vara att tidpunkten för behandlingens början och slut kan anges och inte behöva kopplas till en vårdkontakt. Sådan information kan vara värdefull för olika typer av analyser och uppföljningar. Men andra åtgärder, så som att ta fram en rapporteringsanvisning för LARO avseende KVÅ- och ATC-koder bör inte fördröjas i väntan på en sådan eventuell ändring i föreskriften för patientregistret.

18.6 Förslag för att säkra grundläggande nationella uppgifter om LARO

Bedömning: Det är viktigt att populationen i LARO och vilka läkemedel som används kan identifieras och följas nationellt. Detta behöver kunna göras genom patientregistret. Vi ser att en rapporteringsanvisning bör tas fram för LARO. Dessutom behövs informationsinsatser för att så snabbt som möjligt nå en enhetlig och effektiv rapportering.

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra nödvändiga åtgärder för att genom patientregistret kunna identifiera och följa vilka patienter som är ordinerade LARO samt vilka läkemedel som används. Uppdraget ska genomföras i dialog med dels den nationella kunskapsstyrningens *nationella arbetsgrupp för skadligt bruk och beroende*, dels den så kallade *Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret*. Uppdraget ska innehålla delmålet om att senast tre år efter uppdragets början ska antalet LARO-patienter som kan identifieras genom patientregistret uppgå till minst 90 procent av en uppdaterad skattning av antalet LARO-patienter lik den vi nu gjort fram till 2022.

Till dess att förutsättningarna för att följa LARO har förbättrats, ska Socialstyrelsen genomföra och publicera årliga skattningar av antal patienter i LARO samt utveckling och fördelning av LARO-läkemedel (efter Definierade Dygnsdoser [DDD]).

[16] Se Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2023:33) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

18.6.1 Skäl för förslaget och bedömningen

För att det ska gå att i patientregistret identifiera LARO-patienter och de läkemedel som används, behöver det förtydligas hur en enhetlig och effektiv rapportering ska göras.

Om KVÅ- och ATC-koder registreras på ett effektivt vis, där även frågor rörande personalens arbetsbelastning vägs in, vid utformande av rekommendationen, kan populationen avgränsas och följas på nationell nivå, och uppgifterna kan användas för rapportering och jämförelser på såväl nationell som internationell nivå. Det är viktigt att dessa grundläggande uppgifter finns tillgängliga så snart som möjligt, och eventuella vidare steg för att utveckla uppföljningen kan tas när dessa uppgifter är på plats.

Vi ser dock inte att detta kommer att ske automatiskt utan det behövs en nationell pådrivande motor. Nedan ges exempel på möjliga aktiviteter för Socialstyrelsen för att få en adekvat rapportering på plats.

Tills att förutsättningarna för att följa patienterna i LARO har förbättrats ska Socialstyrelsen årligen uppdaterar uppgifter om LARO likt dem som har tagits fram och redovisats av oss:

- Skattning av antal patienter i LARO, vilket också ska rapporteras till EMCDDA.[17]
- Utveckling och fördelning av LARO-läkemedel (efter Definierade Dygnsdoser [DDD]).

Socialstyrelsen bör fastställa en rapporteringsanvisning för LARO

Vi bedömer att en effektiv väg för att på kort sikt nå de nationella uppgifter som i första hand behöver tillföras är att ta fram en separat rapporteringsanvisning för LARO i ett dokument som publiceras på Socialstyrelsens webbplats. Socialstyrelsen bör vara ansvarig för arbetet och att fastställa rapporteringsanvisningen och driva på genomförandet.

Arbetet bör genomföras tillsammans med befintliga grupperingar som sedan tidigare är engagerade i regionernas rapportering av psy-

[17] Beräkningsunderlag för vår skattning är diarieförd och kan begäras ut. Dnr Komm 2022/00311/S 2022:01-85.

kiatri till patientregistret. Det finns inom SKR:s nätverk för styrning och ledning inom psykiatrin ett stort engagemang i rapporteringen till patientregistret. Det visas bland annat genom att man tillsatt Beredningsgruppen för samordnad rapportering till patientregistret.[18] Gruppen har bland annat arbetat med att ta fram baslistor för KVÅ-koder och anvisningar för KVÅ- och ATC-kodning inom andra områden av psykiatrin. Beredningsgruppen bedöms ha verksamhetsförankring och kompetens för att ta fram anvisningar, men inte formellt mandat att fastställa att en anvisning är korrekt. Det kan bara Socialstyrelsen. Genom sin nära verksamhetsförankring kan gruppen också pilottesta anvisningarna i vården och bidra till att arbetet når ut.[19]

Varje åtgärd som ingår i anvisningen bör beskrivas tydligt i kliniska termer. Avgränsningen av åtgärden bör förtydligas genom att det konkretiseras och ges exempel på situationer som ingår respektive inte ingår. Därefter ges en konkret anvisning av vilka ICD-[20] respektive KVÅ-koder inklusive ATC-koder som ska anges. I dokumentet bör även finnas en motivering av varför just dessa åtgärder ska rapporteras på ett specifikt sätt.

I arbetet kan även utredas om nya KVÅ-koder ska tas fram exempelvis för att rapportera ordination av läkemedel mer specifikt än vad som är möjligt i dag. Arbetet bör dock inte försenas i väntan på eventuella nya KVÅ-koder. Nya koder kan i så fall tas med i en uppdatering av anvisningen.

Andra tänkbara åtgärder för att förbättra rapporteringen och data

Utöver att ta fram en rapporteringsanvisning behövs andra åtgärder för att förbättra rapportering och tillgången till data så snart som möjligt, det kan till exempel vara att Socialstyrelsen:

- I föreskriften om LARO lägger till information om den rapporteringsanvisning som vi bedömer bör tas fram. Här kan även syftet och nyttan med att registrera enligt anvisningen framgå.

[18] Tidigare med namnet: Svensk interprofessionell grupp för åtgärdsregistrering vid psykiska hälsoproblem (SwInG CHIP).
[19] Uppgifter från företrädare för nationella psykiatrinätverkets Beredningsgrupp för samordnad rapportering till patientregistret, 2023-08-04.
[20] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, internationell standard för klassifikation av sjukdomar.

- Analyserar täckningsgraden för de nya uppgifterna om vårdkontakter med andra personalkategorier än läkare. Jämförelser kan göras för den totala volymen med SKR:s verksamhetsstatistik. På diagnosnivå, för opioidberoende, kan det göras mot SKR:s väntetidsdatabas.[21]
- Gör jämförelser av hur rapporteringsanvisningen följs nedbrutet på regionnivå, större differenser bör då återrapporteras till regionerna med önskemål om kommentarer eller justeringar i rapporteringarna.
- Publicerar utvalda mått för kvalitet i rapporteringen nedbrutet på regioner. Det kan exempelvis göras i Socialstyrelsens lägesbild för ANDTS[22]-strategin.
- Så snart som möjligt publicerar rapporterade data för LARO på enhetsnivå på Socialstyrelsens webbplats, även om det existerar brister i rapporteringen.
- Informerar om kvaliteten i rapporteringen om LARO också till dem som ansvarar för den generella rapporteringen av uppgifter till patientregistret. Om sådan kontaktperson saknas kontakta central controller eller, om sådan saknas kontakta ekonomidirektör och/eller hälso- och sjukvårdsdirektör.
- Gör analyser för de enheter eller regioner där rapporteringen i olika avseenden brister för att se var i kedjan det finns brister.
- Gör riktade insatser till de enheter och regioner där analyserna tyder på större och kvarhängande brister. Till exempel bilaterala möten mellan Socialstyrelsen och regionen eller verksamheterna. Nyttan med nationell uppföljning kan behöva tydliggöras på verksamhetsnivå.

[21] Detta kan höja kvaliteten i båda patientregistret och väntetidsdatabasen. I vissa fall kan även enhets- och kliniknivå vara relevant analysnivå – men innebär mer handpåläggning då indelningen inte antas vara enhetlig mellan dessa databaser.
[22] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.

Pågående arbete hos Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har i uppdrag från regering att förstärka insamlingen av uppgifter om rekvisitionsläkemedel till patientregistret.[23] Frågan om att kunna följa rekvisitionsläkemedel i patientregistret gäller mycket mer än enbart LARO. Men i uppdraget som Socialstyrelsen har bör det ingå att förutsättningarna för att följa upp LARO ska beaktas vid alla eventuella insatser eller förslag. I rapporten *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport* har Socialstyrelsen tidigare givit sin syn på möjlig tidshorisont, på två år, för den generella frågan om rekvisitionsläkemedel i patientregistret:

> Socialstyrelsen bedömer att förslaget om att förstärka insamling av data om rekvisitionsläkemedel i enlighet med nuvarande förordning om patientregister hos Socialstyrelsen, inklusive en föreskriftsförändring, är genomförbart på kort sikt, uppskattningsvis inom 2 år. Vissa regioner kommer att kunna skicka in dessa uppgifter till Socialstyrelsen så snart en ny föreskrift finns på plats, andra behöver längre tid.[24]

Inom ramen för regeringsuppdraget att stödja ANDTS-politiken har Socialstyrelsen också initierat en förstudie om hur man kan följa upp LARO och syftet med sådan uppföljning. I kontakter med Socialstyrelsen framgår att förstudien har en bred ingång till frågorna där olika alternativ kan beaktas för vad som är viktigt att följa och hur det ska göras. Vår bedömning är att vårt förslag är i linje med vad en förstudie bör komma fram till vad gäller centrala uppgifter att följa på nationell nivå och vad som behöver tillkomma för att det ska bli möjligt, i alla fall på kort sikt (cirka 1–3 år).

18.6.2 Inkludera rekvisitionsläkemedel i den Nationella läkemedelslistan?

En möjlig utveckling på längre sikt är att ta in rekvisitionsläkemedel i den nationella läkemedelslistan och läkemedelsregistret. Denna fråga finns angiven i kommittédirektivet för utredningen *Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården*:

[23] Regeringen S2023/02343 *Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Socialstyrelsen.*
[24] Socialstyrelsen (2023). *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport.* S. 10.

> … analysera regelverket för hälsodataregister och föreslå regler för behandling av personuppgifter som avser rekvisitionsläkemedel och särskilt bedöma om uppgifterna kan samlas in via registret nationell läkemedelslista […].[25]

Om uppgifter om rekvisitionsläkemedel tas in i läkemedelsregistret kan det även positivt påverka möjligheterna att följa LARO-patienter och deras läkemedelsförskrivning. Vi gör dock bedömningen att denna utveckling är möjlig först på längre sikt, om ens då. Denna bedömning gör även Socialstyrelsen i rapporten *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet*.[26]

18.6.3 LARO utanför specialiserad psykiatrisk vård

Det är troligt att LARO i framtiden kan bedrivas mer integrerat mellan specialiserad vård och primärvård eller somatisk vård i form av infektionssjukvård. Det kan påverka möjligheterna att följa verksamheten och patienterna framöver. Att basera den nationella uppföljningen på i första hand breda nationella register som inte är verksamhetsavgränsade bör dock vara en bra utgångspunkt att bygga vidare på också vid en sådan utveckling.

[25] Kommittédirektiv 2023:48. *Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården.*
[26] Socialstyrelsen (2023). *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport.*

19 Vård och stöd till anhöriga

Vi har fått i uppdrag att lämna förslag på hur tillgängligheten och kvaliteten i närstående- och anhöriginsatser kan förbättras. I detta kapitel beskriver vi vem som har ansvar, vilka insatser som erbjuds och lämnar förslag och bedömningar som kan förbättra samhällets stöd till anhöriga inom området skadligt bruk eller beroende av narkotika.

19.1 Termerna anhöriga och närstående tolkas olika och insatser till målgruppen har olika syften

Termerna *anhöriga* och *närstående* används i dag olika inom kommun respektive region. Vi väljer i detta kapitel att använda termen *anhöriga* när vi menar exempelvis syskon, partner, föräldrar, barn, familj eller andra i nätverket, såsom granne, kollega eller vän, som står nära en person med skadligt bruk eller beroende. I förslag till lagstiftning behöver dock respektive organisations terminologi beaktas.

Anhöriginsatser kan vara inriktade till anhöriga som ett led i behandling och rehabilitering till den person som har skadligt bruk eller beroende. Det sociala nätverket involveras i flera av de psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder som rekommenderas vid skadligt bruk eller beroende.[1] Vi har valt att tolka direktivet så att huvudfokus för insatser som avses i detta kapitel är att stödja anhöriga i det de har behov av för egen hälsa och eget välbefinnande. Ofta är det dock inte helt enkelt att urskilja vad som är en del av en familjeorienterad och psykosocial behandling som primärt syftar till att behandla den som har ett skadligt bruk eller beroende, från det som är behandling och stöd riktad till de anhöriga.

[1] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.*

19.2 Hur påverkas anhöriga av en persons skadliga bruk eller beroende av narkotika?

Att vara anhörig till en person som använder, eller har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika är en påfrestande situation i många fall. Att många anhöriga lider med exempelvis sina syskon, föräldrar, partners eller barn som har narkotikaproblem är oomtvistat, precis som fallet är för många anhöriga till personer med långvariga svåra sjukdomar. Området är förenat med mycket stigma och skuld där olika samhällsaktörer behöver bli bättre på att våga fråga, prata och stödja utan att skuldbelägga.

Enligt tillgängliga underlag som bygger på enkäter har uppemot 14 procent av alla vuxna i Sverige angett att de har någon i sitt liv som använder narkotika, och 7 procent anger att de har någon i sitt liv som använder icke-förskrivna narkotikaklassade läkemedel.[2] Anhöriga påverkas genom oro, att tid och kraft läggs på att stödja, bistå och koordinera vård och stödkontakter samt att egna relationer påverkas negativt. Detta har tydliggjorts inte minst genom flera av de målbilder vi tagit fram, såsom behov av

- stöd och vård som hänger ihop som en helhet, samt uppföljning och fortsatt stöd efter avslutade insatser
- tillitsfulla relationer och långvariga kontakter inom vård, stöd och behandling
- vård- och stödaktörer som lyssnar på, involverar och ger stöd till anhöriga.

Anhöriga är en sårbar grupp som ofta upplever svårigheter i kontakter med myndigheter.[3] En anhöriggrupp som ofta glöms bort är syskon. Det är inte heller ovanligt att anhöriga drabbas av fysisk eller psykisk ohälsa, vilket exempelvis kan leda till sjukskrivning eller ekonomisk utsatthet. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) har studerat den självskattade ohälsan hos personer som har någon i sitt liv som använder narkotika (inklusive läke-

[2] Sundin, E., Landberg, J. m.fl. (2018). *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017.*
[3] Richert, T. m.fl. (2021). *Experiences of Swedish Parents Seeking Social Services Support for Their Adult Children with Drug Addiction.*

medel) i rapporten *Skillnader i hälsa*.[4] Sammanfattningsvis upplever de en sämre allmän, psykisk och fysisk hälsa än befolkningen i övrigt. När ytterligare skillnader i de svarandes socioekonomiska situation och egna substansvanor beaktas, kvarstår skillnaderna generellt.[5] Bland de anhöriga som sökt professionell hjälp hade de flesta sökt hjälp inom sjukvården. Det var dubbelt så vanligt som att ha sökt hjälp inom kommunens socialtjänst. Erfarenheter från anhörigstöd i kommun och region visar att det är en övervägande andel kvinnor som söker stöd.

Vi har i dialoger med anhöriga och anhörigorganisationer tagit del av de brister och behov man upplever. Det bästa stödet till anhöriga vore om samhällets vård och stöd till de personer som använder narkotika eller har utvecklat skadligt bruk eller beroende fungerar så väl att anhöriga slipper agera koordinatorer, bistå i överklaganden av insatser som uteblir, med mera. På så vis kan anhöriga avlastas.

I arbetet med att utveckla målbilder har många anhöriga beskrivit att det behövs mer stöd för att

- förstå systemet
- veta vart man kan vända sig för hjälp
- veta vem som ansvarar för vad när det kommer till vård, stöd och behandling för skadligt bruk eller beroende.

Man har också beskrivit behov av att få bättre kunskap om vad skadligt bruk eller beroende innebär, inte minst utifrån senaste forskning om beroendesjukdom som ett biopsykosocialt problem. De anhöriga behöver få kunskap om hur både den närstående och det sociala nätverket påverkas av sjukdomen och förloppet, exempelvis risken för återfall och de sociala faktorerna.

Stöd till anhöriga varierar stort mellan olika delar av Sverige, samt anpassas inte alltid efter individernas önskemål eller behov. Exempelvis kan det upplevas som känsligt med gruppbehandlingar, och även enskilt stöd behöver utvecklas, inte minst på mindre orter och på grund av stigma. Trots detta är gruppsamtal och behandling den in-

[4] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN (2021). *Skillnader i hälsa? Självskattad hälsa hos personer som har någon i sitt liv som använder narkotika, jämfört med befolkningen i övrigt.*
[5] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN (2021). *Skillnader i hälsa? Självskattad hälsa hos personer som har någon i sitt liv som använder narkotika, jämfört med befolkningen i övrigt.*

sats många kommuner erbjuder, eftersom man anser att det ger bäst effekt.

För anhöriga som söker stöd inom hälso- och sjukvården varierar också insatserna, alltifrån information som en generell stödinsats till mer strukturerade program. Ofta behöver dock den som har skadligt bruk eller beroende vara inskriven i verksamheten för att anhöriga ska kunna ta del av sådana insatser. Många har också lyft behovet av att primärvården behöver bli bättre på att fånga upp anhöriga och ta reda på om särskilt stöd kan behövas.

19.2.1 Termen *medberoende* är problematisk

Användningen av begreppet *medberoende* har under senare år alltmer kommit att problematiseras. En sådan term skulle kunna tolkas som att anhöriga har ett ansvar som möjliggörare av ett destruktivt beteende hos den som har ett skadligt bruk eller beroende och att anhöriga därmed skuldbeläggs. Eller, ibland, att anhöriga skulle ha en viss personlighetsprofil som gör dem benägna att söka sig till personer med beroendeproblem. Många menar att den typen av påståenden saknar grund.[6] Vi har valt att undvika terminologi som riskerar att stigmatisera och skuldbelägga.

19.3 Inriktningar för anhörigarbetet i Sverige

Socialstyrelsen lämnade 2020 underlag till regeringen för framtagandet av en anhörigstrategi.[7] Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende inkluderades i det underlaget. I april 2022 presenterade Socialdepartementet *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg.* I strategin framgår att eftersom regeringen tar ett samlat grepp kring detta specifika politikområde i den nyligen beslutade ANDTS[8]-strategin, ingår inte anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende i den ännu aktuella anhörigstrategin. Däremot omnämns det regeringsuppdrag om att stärka och utveckla stödet till

[6] Hammarberg, A. m.fl. (2018). *Medberoende bör inte bli diagnos.*
[7] Socialstyrelsen (2020). *Anhöriga som vårdar eller stöder närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi.*
[8] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.

barn i familjer med skadligt bruk, missbruk som Socialstyrelsen har för åren 2021–2025.[9,10]

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med flera regeringsuppdrag som kopplar till den nationella anhörigstrategin, men de omfattar inte anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Dessa uppdrag ska slutrapporteras hösten 2023.

I regeringens ANDTS-strategi framgår att regeringen fäster stor vikt vid att stödet till anhöriga stärks. Anhörigas inflytande bör stärkas, och stigmatiseringen av personer med skadligt bruk eller beroende bör minska.[11]

I juni 2023 beslutade regeringen att tillsätta utredningen Ett stärkt stöd till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka (Dir. 2023:77). Utredningens uppdrag är att

- analysera behovet av och lämna ändamålsenliga och effektiva förslag på hur stöd i form av kontaktperson till anhöriga till personer som är långvarigt sjuka och till anhöriga till personer som är kortvarigt allvarligt sjuka ska utformas och tillhandahållas
- analysera och vid behov lämna förslag på åtgärder som säkerställer ett ändamålsenligt stöd till anhöriga som är barn
- lämna effektiva förslag på åtgärder som säkerställer att relevant personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård har en ändamålsenlig kompetens för att kunna ge stöd av god kvalitet till anhöriga som är barn
- analysera behovet av och lämna ändamålsenliga samt effektiva förslag på hur en nationell anhöriglinje som ger tillgängligt stöd av god kvalitet till anhöriga dygnet runt kan erbjudas
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) arbetar aktivt med uppdraget att utgöra en samarbetsresurs i att utveckla framtidens anhörigstöd. Nka har framför allt fokus på arbetet med barn som anhöriga, samt anhöriga inom området psykisk hälsa.[12]

[9] Missbruk är den term som används i uppdraget, i övrigt skriver vi skadligt bruk eller beroende.
[10] Socialdepartementet (2022). *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg, S2022/02134.*
[11] Socialdepartementet (2022). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025.*
[12] Nationellt kompetenscentrum anhöriga. www.anhoriga.se. Besökt 2022-12-20.

19.3.1 Rekommenderade metoder och insatser till anhöriga

Socialstyrelsen har i sina *nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende* utfärdat rekommendationer om insatser riktade till anhöriga.[13] Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten bör erbjuda anhöriga

- socialt stöd i form av *Al-* eller *Nar-Anon*-inspirerade stödprogram (prioritet 2)
- socialt stöd i form av *coping skills training* (prioritet 3)
- stöd i form av metoden CRAFT[14] för dem som vill motivera personer med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika till behandling (prioritet 3).

Även psykosociala behandlingsinsatser rekommenderas i nationella riktlinjer, såsom nätverks- och familjeinriktade behandlingsinsatser, som inkluderar de anhöriga i syfte att ge bättre hjälp till personen med skadligt bruk eller beroende.

Socialstyrelsen publicerar årligen *öppna jämförelser* av socialtjänstens insatser inom området skadligt bruk eller beroende. Cirka 65 procent av de svarande stadsdelarna och kommunerna uppgav att de erbjuder minst ett stödprogram för anhöriga.[15] Sedan 2019 ingår även CRAFT i Socialstyrelsens indikator, vilket förklarar ökningen från 2018, då 37 procent av kommunerna uppgav att de erbjöd minst ett stödprogram, till dagens cirka 65 procent.[16]

Det är ändå anmärkningsvärt att cirka 30 procent av kommunerna fortsatt saknar sådant stöd som rekommenderas nationellt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Andra uppföljningar av kvalitet i anhöriginsatser saknas på nationell nivå.

[13] Prioritering 1 är den starkaste rekommendationen på en skala 1–10.
[14] Community Reinforcement Approach and Family Training.
[15] Socialstyrelsen (2022). *Öppna jämförelser missbruk och beroende, 2022, resultatbilaga.* Socialstyrelsens hemsida. Besökt 2022-12-20.
[16] Socialstyrelsen (2021). *Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2021.*

19.3.2 Såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst har ansvar för anhörigstöd

Såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten har i dag ett ansvar för att erbjuda stöd till anhöriga. Hälso- och sjukvården har dock inte på samma sätt som socialtjänsten ett uttalat ansvar för att ge stöd till anhöriga, även om det generella ansvaret att förebygga ohälsa enligt 3 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, inte exkluderar att stödja anhöriga som riskerar att drabbas av ohälsa på grund av att de vårdar eller stöder en person med skadligt bruk eller beroende.[17]

Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende omfattas redan i dag av bestämmelsen i 5 kap. 10 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I samband med att regeringen beslutade om propositionen *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående* utgick också kompensation till kommuner om 105 miljoner kronor.[18] På exempelvis Kunskapsguiden, som ger vägledning till kommuner och regioner, framgår tydligt att arbetet med stöd till anhöriga omfattar socialtjänstens alla verksamheter, och ett område som särskilt räknas upp är missbruks- eller beroendeproblem.[19] För att ytterligare tydliggöra socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende föreslår Samsjuklighetsutredningen att det ska tydliggöras i 5 kap. 10 § SoL.

19.3.3 Exempel på anhörigstöd till vuxna, och utmaningar i socialtjänstens insatser

I de dialoger som vi har genomfört tillsammans med Nka för att inhämta kunskap om anhörigstöd i landet, har det framkommit att såväl organisationen för stöd till anhöriga som innehållet i stöd skiljer sig avsevärt mellan olika kommuner. I de flesta kommuner finns minst en person, ofta flera, som arbetar med anhörigstöd. De kallas vanligen anhörigkonsulent, anhörigombud eller anhörigsamordnare. De arbetar både strategiskt och operativt med anhörigfrågor inom olika politikområden, men inte specifikt med fokus på området skadligt bruk eller beroende.

[17] SOU 2021:93. *Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*
[18] Prop. 2008/09:82. *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående.*
[19] Kunskapsguiden. https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/stod-till-anhoriga/om-stod-till-anhoriga. Besökt 2023-03-05.

Funktionerna kan organisatoriskt vara placerade inom ledningsstaber, individ- och familjeomsorgen, äldre- och omsorgsförvaltningen eller liknande. I vissa kommuner är det också anhörigkonsulenter som utför individuella råd- och stödsamtal eller leder grupper.

Vissa kommuner använder strukturerade program såsom CRAFT, medan andra bygger stödet på material från civilsamhället[20] eller för icke-strukturerade individuella stödsamtal. I vissa kommuner krävs biståndsbedömning, särskilt för strukturerade insatser, medan andra erbjuder upp till sju enskilda stödsamtal utan biståndsbeslut. Vår bild är att inte alla som vill ha stöd får det och att innehållet i stödet varierar.

Anhörigkonsulenternas kunskap om att vara anhörig till en person med skadligt bruk eller beroende kan variera eftersom anhörigstödet hanterar frågor om exempelvis att vara anhörig till en person med funktionsnedsättning, eller anhörig till en person som vårdar en person som är äldre. Man önskar därför både att anhörigstödet hade mer kunskap om skadligt bruk eller beroende och att de som arbetar inom individ- och familjeomsorgens myndighetsutövning vad gäller skadligt bruk eller beroende får ökad kunskap om hur det är att vara anhörig.

Även Maria-mottagningar för unga som använder narkotika, erbjuder anhörigstöd i olika former, både individuellt och i grupp. Detta utöver det faktum att föräldrar är viktigt i behandlingen eftersom de utgör systemet runt ungdomen. Familjen ses som central i behandlingen eftersom man strävar efter att stärka skyddsfaktorerna med varma familjerelationer.[21]

Några exempel på lärande exempel som har nämnts och som skulle kunna användas av fler kommuner är att

- öppet intag utan biståndsbeslut finns för stöd i kommunen eller vid behandlingshem utan krav på att den som har ett skadligt bruk eller beroende ska vara i behandling vid verksamheten
- det finns ett strukturerat anhörigprogram utvecklat inom kommunen med 10–12 träffar att erbjuda anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende

[20] Exempelvis har materialet *Du är inte ensam* utvecklat av Bräcke Diakoni och riktat till anhöriga inom området psykisk ohälsa använts som kunskapsunderlag för gruppledda anhöriginsatser vad gäller skadligt bruk eller beroende.
[21] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott. En forskningsstudie om socialtjänstens insatser för barn och unga vuxna 15–20 år som under 2017 lagförts för brott mot narkotikastrafflagen.*

- anhörigstödet sker på neutral plats och frikopplat från beroendemottagning för att kunna fokusera på de anhörigas situation samtidigt som den professionelle har god kunskap om narkotikaproblematik
- anhörigkonsulenter föreläser för grupper om ett familjeorienterat arbetssätt i förhållande till skadligt bruk eller beroende vid regionens eller kommunens öppenvårdsbehandlingar
- fler digitala gruppmöten med samverkan över kommungränserna genomförs då digitala gruppmöten fungerar bra och kan genomföras med hög känsla av tillit och samhörighet samt uppfattas som tidsbesparande
- det sker tät samverkan med självhjälpsgrupper inom civilsamhället och att det finns uppdaterad information om var detta sker, vem som kan kontaktas med mera.

I de dialoger som vi har haft efterfrågades att tillgången till anhöriginsatser förbättras och kunskapen inom området anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende samt samsjuklighet förbättras. Det har också framförts att

- anhörigstöd behöver bli mer jämlikt över landet avseende resurser, organisering och insatser
- det bör anges vad som förväntas av kommunerna vad avser anhörigstöd
- det behövs nationell styrning och att området behöver omfattas av den nationella anhörigstrategin, som ju för närvarande exkluderar anhöriga till dem med skadligt bruk eller beroende.

Vidare efterfrågar man mer av e-tjänster, möjlighet att organisera anhörighelger och en tätare samverkan med regionen i frågorna.

19.3.4 Exempel på anhörigstöd till vuxna och utmaningar i hälso-och sjukvårdens insatser

Inom regionen finns ofta någon utsedd person som ansvarar för stödet till barn som anhöriga, en barnrättssamordnare eller liknande. Dock saknas motsvarande funktion för stöd till vuxna anhöriga. Ansvaret

för stöd till anhöriga kan inrymmas i en förebyggande insats inom hälso- och sjukvården, men bedömningarna varierar vilket gör att det även här finns ojämlikheter över landet.

När en person erbjuds insatser i hälso- och sjukvården så innebär det som regel att personen anses vara patient och att det ställs krav på journalföring med mera. Att vara anhörig behöver inte leda till sjukdom eller svårare ohälsa, men kan göra det.[22] Det kan ändå vara så att en anhörig behöver information om skadligt bruk eller beroende, nätverkets betydelse eller hur man kan agera för att själv må bättre eller bidra till att skapa förändring. Detsamma gäller anhöriga till personer med psykiatriska tillstånd.

Många beroendeverksamheter erbjuder i dag inte särskilda insatser för anhöriga, men informerar anhöriga om att de kan få stöd av kommunen eller civilsamhällets aktörer inom området. Det har framkommit i dialoger att det är en utmaning för hälso- och sjukvården att erbjuda stöd till vuxna anhöriga om de inte själva är patienter i verksamheten.

Vissa beroendevårdsverksamheter ger i dag eget stöd till anhöriga om den som har skadligt bruk eller beroende samtidigt är inskriven vid verksamheten. Ett sådant exempel är Beroendecentrum Stockholm, som använder *eCraft*. Det är ett internetbaserat stöd för anhöriga som erbjuds den som är över 18 år och är anhörig till någon som är patient inom Beroendecentrum Stockholm. Programmet ges under elva veckor och ger stöd för att må bättre och skapa förändring. Innehållet består av olika kapitel med text, filmer och övningar, och varje deltagare blir tilldelad en rådgivare som kan kontaktas för stöd och återkoppling under programmets gång.[23]

19.3.5 Exempel på anhörigstöd till vuxna i civilsamhällets regi

I Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid missbruk eller beroende rekommenderas socialt stöd till anhöriga i form av *Al-* eller *Nar-Anon*-inspirerade stödprogram. I de flesta fall är det civilsamhällets organisationer som erbjuder denna typ av stödprogram.

I Sverige bidrar till exempel Föräldraföreningen mot narkotika (FMN), Brukaranhörigas riksorganisation (BARO) och *Nar-Anon-*

[22] Hammarberg, A. m.fl. (2018). *Medberoende bör inte bli diagnos.*
[23] Beroendecentrums webbsida. https://www.beroendecentrum.se/vard-hos-oss/narstaende/stod-via-natet-for-narstaende. Besökt 2023-01-09.

familjegrupper med sådant stöd till anhöriga, vilket är ett mycket betydelsefullt arbete som många gånger utförs på frivillig basis och utan avtal eller uppdrag åt det allmänna. Dessa organisationer kan söka stöd hos Socialstyrelsen för sin verksamhet genom statsbidrag till vissa organisationer inom det sociala området.[24] Bidraget finns i syfte att stödja utvecklingen av ett civilt samhälle som bidrar till att människor som befinner sig i, eller riskerar att befinna sig i, en utsatt levnadssituation kan förbättra sina levnadsvillkor. Även kommunala och regionala föreningsbidrag kan finnas.

Ett problem som dessa organisationer påpekat är kortsiktigheten i bidrag, vilket kan påverka möjligheten att organisera och erbjuda stöd. En annan utmaning är också att förhålla sig till aktuellt kunskapsläge och erbjuda evidensbaserat stöd. I brist på nationellt stödmaterial tar organisationer många gånger fram egna. Det är angeläget att stödmaterial är kunskapsbaserade, oavsett vilken aktör som tar fram dem. Det förekommer att idéburen verksamhet tecknar avtal med kommun eller region, varvid kunskapen enklare kan systematiseras eller utvärderas.

Det är värdefullt med utvärderingar och systematisk uppföljning av stödgrupper och verksamheter organiserade av civilsamhället.[25] Deras anhörigstöd är ett komplement till det som erbjuds av offentliga aktörer, men ansvaret för stöd till anhöriga är enligt lag socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens.

19.4 Barn som anhöriga

Att vara barn och växa upp med en vuxen med skadligt bruk eller beroende kan vara en mycket utsatt situation som fordrar stöd till såväl barnet och familjen som nätverket. Kommunen har ansvar för att ge stöd till dessa barn, med det skulle behöva förtydligas. I den senast gjorda undersökningen besvarades en enkät av 271 av landets 290 kommuner. 97 procent av dem uppgav att de hänvisar till någon typ av stödverksamhet. Sju kommuner uppgav att de inte hänvisar till någon stödverksamhet alls för dessa barn. Även om det finns rutiner för att hänvisa vidare är det enligt denna studie mycket få barn av dem som har behoven som får insatser.

[24] Socialstyrelsen. https://statsbidrag.socialstyrelsen.se/organisationer/vissa-organisationer-inom-det-sociala-omradet. Besökt 2023-06-02.
[25] Inkommet material från Nationellt kompetenscentrum anhöriga dnr KOMM2022/00311/S2022:01–70.

Den vanligaste stödformen som erbjöds under 2021 var stödsamtal, därefter familjeinsatser, och sedan stödgrupper. Ökad samverkan inom kommunen anses vara den viktigaste åtgärden för att utveckla stödverksamheten för barn bland dem som besvarade enkäten.[26] Närmare 75 procent av gruppen barn och anhöriga i åldern 15–17 år var också unga omsorgsgivare.[27]

19.5 Förslag för att öka tillgänglighet och kvalitet i stöd till anhöriga

I nedanstående avsnitt redovisar vi bedömningar och förslag som kan stärka stödet till anhöriga till en person med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

19.5.1 Socialtjänstens skyldighet att erbjuda stöd till anhöriga bör tydliggöras

Bedömning: I likhet med Samsjuklighetsutredningen bedömer vi att socialtjänstlagen (2001:453) bör kompletteras i 5 kap. 10 § för att tydliggöra socialnämndens ansvar för stöd till anhöriga till en person med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende bör omfattas av de regionala överenskommelserna inom området skadligt bruk eller beroende.

Skäl för bedömningen

Vi bedömer att tillgängligheten till, och kvaliteten i, insatser till anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende behöver förbättras, och att arbetet kan gynnas av tydligare lagstiftning inom området. Vi menar i likhet med Samsjuklighetsutredningen att det finns behov av att förtydliga SoL vad avser stöd till anhöriga inom området skadligt bruk eller beroende av narkotika.

[26] Junis (2023). *Plats för barnen. Om kommunernas stöd till barn som växer upp i familjer med missbruk.*
[27] Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2022). *Unga omsorgsgivare – Svensk kartläggning – delstudie i det europeiska ME-WE-projektet.*

I de dialoger vi haft har framförts att om förslaget att flytta ansvaret för beroendevården till en huvudman, regionen, går igenom, kan det tyckas ologiskt att ansvaret för stöd till anhöriga inte flyttar med. Om en person med skadligt bruk eller beroende exempelvis erhåller behandling inom hälso- och sjukvården, men inte har andra insatser från socialtjänsten, kan det tyckas ologiskt att vårdverksamheten hänvisar en anhörig till socialtjänsten för eget stöd. Det kan även innebära problem för anhöriga till personer som inte själva vill ha hjälp av hälso- och sjukvården eller tar del av behandling, men där de anhöriga har ett behov av stöd.

Samtidigt gäller detsamma alla de sjukdomar som hanteras inom hälso- och sjukvården. Information och stöd till anhöriga kan inrymmas i hälso- och sjukvårdens uppdrag, vilket det redan gör för barn, men ansvaret för mer specifikt anhörigstöd åligger kommunen. Det är mycket viktigt att betona det ansvar som åligger kommunerna så att uppdraget fullgörs och bidrar till att minska lokala och regionala skillnader i anhörigas möjlighet till stöd.

Vi menar att ansvaret för stöd till anhöriga bör omfattas av regionala överenskommelser avseende skadligt bruk eller beroende, och att det behöver finnas tydlighet om vart anhöriga kan hänvisas vid behov av stöd. Genom att region och kommun kommer överens också om anhöriginsatser och inte bara insatser till den som har ett skadligt bruk eller beroende, ökar förutsättningarna för att insatserna på sikt ska vara lätt tillgängliga och av god kvalitet.

Lagstiftningen inom området bör förstärka detta.

19.5.2 Hälso- och sjukvården bör erbjuda utbildning om sjukdomstillstånd till enskilda och deras anhöriga

Bedömning: Hälso- och sjukvårdens ansvar och möjlighet för att stödja anhöriga inom området skadligt bruk eller beroende bör tydliggöras. Regeringen bör ge den pågående utredningen Ett stärkt stöd till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka (Dir. 2023:77) i tilläggsdirektiv att överväga om det är ändamålsenligt och vad de ekonomiska konsekvenserna skulle bli av att ändra patientlagen (2014:821) så att hälso- och sjukvården blir skyldig att erbjuda utbildning till enskilda och anhöriga om bland annat beroendesjukdomar.

Skäl för bedömningen

Om Samsjuklighetsutredningens förslag genomförs kommer hälso- och sjukvården att vara huvudansvarig för behandling av skadligt bruk eller beroende. I och med att hälso- och sjukvården i så fall kommer att ansvara för vård och behandling, är det rimligt att också regionen får ansvar för att erbjuda kunskap om sjukdomstillståndet till både patienter och deras anhöriga.

Även om socialtjänsten enligt vår bedömning bör ha huvudansvaret för stöd till anhöriga så hindrar det inte att hälso- och sjukvården också ger sådana insatser. Det handlar om stöd för att

- få ökad kunskap om skadligt bruk eller beroende
- förebygga eventuell framtida ohälsa
- stärka copingmekanismer
- genom ökad kunskap och information kunna hantera sin egen livssituation som anhörig
- om man vill, utgöra ett fortsatt nätverk för den närstående utifrån kunskap om sjukdomen.

Anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende är en riskgrupp för att utveckla egen ohälsa. Vi bedömer därför att hälso- och sjukvårdens ansvar och möjlighet för att stödja anhöriga inom området skadligt bruk eller beroende bör tydliggöras.

Det är angeläget att hälso- och sjukvården tydligare uppmärksammar anhörigperspektivet och exempelvis arbetar stigmareducerande på olika sätt. Stigma kan också påverka anhöriga, så kallad stigma by association. Vi beskriver detta i kapitel 8. Särskilda stigmaprogram, såsom exempelvis *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy* (NECT) som använts för personer med psykisk sjukdom och deras anhöriga[28], skulle kunna övervägas.

I våra dialoger med anhöriga har framkommit att kunskapen behöver stärkas om hur anhöriga påverkas av sjukdomen och förloppet, exempelvis risken för återfall, liksom av de sociala faktorerna kopplade till skadligt bruk eller beroende. För vårdnadshavare finns

[28] Sahlgrenska Universitetssjukhuset. https://www.sahlgrenska.se/forskning-utbildning-innovation/kompetenscentrum-for-schizofreni/arbetsmetoder/nect---en-metod-for-att-handskas-med-sjalvstigma. Webbsida besökt 2023-06-02.

redan i dag vissa sådana kunskapshöjande åtgärder. Exempelvis erbjuds ofta utbildning om psykiska tillstånd (psykoedukativt stöd) till vårdnadshavare som har barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF). Utbildningsinsatser består i detta fall av muntlig och skriftlig information om NPF-diagnoser, om behandling och om samhällets stöd och råd för hur den berörda individen kan hantera och lösa problem och svårigheter i vardagen. Insatsen riktas till patienten och de anhöriga.

Vår samlade bedömning är att det finns ett behov av liknande stödinsatser för anhöriga till personer med ett skadligt bruk eller beroende eller andra psykiatriska tillstånd. Kunskap om sjukdomen kan bidra till bättre hälsa och välmående hos både patienter och deras anhöriga. När det gäller skadligt bruk eller beroende kan exempelvis kunskap behövas om hur sjukdomen yttrar sig och att återfall är vanligt.

Redan i dag finns möjligheten för regionerna att genomföra sådana insatser, och vissa gör det också redan. Information och utbildning till patienter eller deras anhöriga om deras hälsotillstånd är enligt vår bedömning en del av HSL:s grundläggande uppgifter. Samtidigt bedömer vi att skyldigheten för hälso- och sjukvården att ge sådan information och utbildning som vi beskrivit ovan skulle behöva stärkas. Om detta ansvar ytterligare ska lagstadgas skulle ett sätt att stärka patientens delaktighet i hälso- och sjukvården kunna vara att förstärka patientlagen med en skyldighet för sjukvårdshuvudmannen att erbjuda patienten utbildning om sin sjukdom eller sitt hälsotillstånd när ett sådant behov bedöms finnas. Även patientens anhöriga skulle, om det finns en sådant behov, kunna erbjudas utbildning i patientens sjukdom eller hälsotillstånd, om bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta. Det kan handla om gemensamma informationsträffar eller stöd i grupp vid beroendemottagningar, eller insatser till enskilda som i sådant fall behöver dokumenteras i journalen.

Det kan dock vara svårt att begränsa ansvaret för sådana insatser till enbart psykiatriska sjukdomar, inklusive skadligt bruk eller beroende, utan att också överväga andra sjukdomstillstånd. Vi bedömer därför att regeringen bör ge utredningen Ett stärkt stöd till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka (Dir. 2023:77), som nyligen beslutats, ett tilläggsuppdrag att överväga om det är ändamålsenligt att ytterligare förtydliga hälso- och sjukvårdens uppgift vad gäller utbildning

till anhöriga exempelvis genom förändringar i patientlagen samt ekonomiska konsekvenser för en sådan lösning.

19.5.3 Socialtjänsten bör ge information till barn som är anhöriga och stärka stödet

Bedömning: Regeringen bör ge den pågående utredningen Ett stärkt stöd till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka (Dir. 2023:77) i tilläggsdirektiv att överväga om Socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ska kompletteras med en bestämmelse om att ett barns behov av information särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor varaktigt med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, eller
2. har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Skäl för bedömningen

Av 5 kap. 7 § HSL framgår att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor varaktigt med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller
4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

I Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande framfördes att det finns vissa särskilt sårbara grupper. Dessa riskgrupper utgjordes av barn till föräldrar med skadligt bruk eller beroende, barn till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning och i vissa fall barn till föräldrar med

en allvarlig sjukdom.[29] Barnpsykiatrikommittén menade att samhället inte tagit sitt fulla ansvar för att tidigt identifiera dessa barn och tillse att de får det stöd och hjälp de behöver av olika myndigheter.

För att stärka barnens ställning och påskynda utvecklingen föreslog Barnpsykiatrikommittén en skyldighet för vuxenpsykiatrin att underrätta sig om barnets situation och behov, samt att ta ansvar för att barnet får information om förälderns sjukdom eller funktionsnedsättning och i förekommande fall adekvat stöd. Förslagen ledde dock inte till lagstiftning.

År 2006 framförde Nationell psykiatrisamordning i sitt slutbetänkande förslag att tydliga rutiner borde finnas i all hälso- och sjukvård för att tillgodose behovet av stöd till barn och syskon till personer med psykisk sjukdom.[30] I prop. 2008/09 framförde regeringen att de insatser som är prioriterade är de som riktar sig till

- barn som själva riskerar att utveckla eller som har en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning
- barn som tydligt påverkas av att någon förälder har en psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.

Vidare påpekade regeringen att det är varje barns rättighet att bli uppmärksammat och få det stöd det är i behov av i en sådan utsatt situation.

Med anledning av att bland andra Nationell psykiatrisamordning visade att det förelåg brister i hur barnens behov i dessa situationer uppmärksammades, föreslog regeringen att lagstiftningen skulle förtydligas. En sådan bestämmelse lades till i HSL, men inte i SoL. Skälen till detta kan vara att det bedömdes att barnets behov som regel ändå kan uppmärksammas inom socialtjänstens ansvar att verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden. Socialtjänsten har en omfattande skyldighet att ge barn stöd på olika sätt. I de dialoger vi haft med bland annat anhörigorganisationer framkommer dock behov av att barn som är anhöriga uppmärksammas särskilt och att befintlig ordning behöver förstärkas. Detta har inte minst framkommit från professioner som arbetar med barn som anhöriga på olika sätt.

[29] SOU 1998:31. *Det gäller livet – Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem.*
[30] SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.*

Vi anser att argumenten som framförts ovan gällande införandet av bestämmelsen i HSL är tillämpbara även för barn som är anhöriga till personer som får stöd av socialtjänsten. Barn som är anhöriga befinner sig i en utsatt situation. Det är inte rimligt att bara den ena huvudmannen ska säkerställa att barn som är anhöriga får den information de behöver. Vi bedömer därför att en motsvarande informationsplikt till barn som är anhöriga som hälso- och sjukvården har, kan övervägas gälla även för socialtjänsten om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet bor varaktigt med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, eller har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar. Det handlar i huvudsak om information om vad ett sådant tillstånd kan leda till för barnet och om vilket råd och stöd barnet kan erbjudas. Det kan också handla om utbildningsinsatser, exempelvis psykoedukativt stöd som kan bestå av muntlig och skriftlig information om tillståndet, om behandling och om samhällets stöd och råd för hur barnet kan hantera och lösa problem och svårigheter i vardagen. Det handlar inte om att socialtjänsten ska bedriva ett uppsökande arbete, utan informationsskyldigheten skulle kunna övervägas gälla om föräldern, eller den person barnet varaktigt bor med, får insatser av socialtjänsten. I och med att barnkonventionen blivit svensk lag är förslaget också ett sätt att förstärka barns rätt till information.

Regeringen bör ge den pågående utredningen Ett stärkt stöd till anhöriga till långvarigt eller allvarligt sjuka (Dir. 2023:77) i tilläggsdirektiv att överväga om det är ändamålsenlig att ändra SoL i enlighet med ovanstående. Utredningen har bland annat till uppgift att analysera och vid behov lämna förslag på åtgärder som säkerställer ett ändamålsenligt stöd till anhöriga som är barn, och de frågor vi belyst ovan ligger nära ett sådant uppdrag.

19.5.4 Anhörigperspektivet ska stärkas i nationellt strategiskt arbete

Förslag: Regeringen ska inkludera anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende i den nationella anhörigstrategin samt se över hur anhörigfrågor kan stärkas i olika strategier och statsbidrag som riktas till huvudmännen inom områden som *god och nära vård*, *psykisk hälsa och suicidprevention och ANDTS-strategin*.

Skäl för förslaget

Många aktörer har till oss påtalat behov av att den nationella anhörigstrategin utvecklas för att omfatta alla anhöriga, inklusive anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende. Syftet med den nationella anhörigstrategin är att stärka anhörigperspektivet inom vård och omsorg samt att göra stödet till anhöriga mer likvärdigt, flexibelt och individualiserat, varför även anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende behöver omfattas.[31] Vår bedömning är att anhörigstrategin och ANDTS-strategin på sikt behöver förstås som delar i samma helhet och vara tydliga vad gäller behoven och stödet avseende anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende. Ett sätt att göra detta är att inkludera målgruppen anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende i *Anhörigstrategin*. Likaså bör regeringen se över hur anhörigfrågor kan stärkas i strategier och statsbidrag till kommuner, regioner och civilsamhälle inom exempelvis områden som *god och nära vård* samt *psykisk hälsa och suicidprevention*.

19.5.5 Det behövs en nationell aktör som driver på arbetet för anhöriga inom området

Förslag: Regeringen ska ge Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ett särskilt uppdrag att bygga upp kunskap om anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende och/eller samsjuklighet.

[31] Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga, synpunkter på Narkotikautredningen 2023-03-26, Komm2022/00311/S 2022:01–70.

Skäl för förslaget

Vi bedömer det som prioriterat att samla kunskap om insatser och utöka kvalitativt stöd till anhöriga i hela landet. Socialstyrelsen har haft flera regeringsuppdrag under senare år vad gäller anhöriga, varav de flesta är slutrapporterade. Vi bedömer att regeringen bör uppdra åt Nka att bygga upp kunskapsområdet *anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende och/eller samsjuklighet*. Nka har haft liknande uppdrag avseende anhöriga till personer med psykisk ohälsa, barn som anhöriga och anhöriga till personer med flerfunktionsnedsättning. Uppdraget kan hanteras på liknande sätt som andra uppdrag där medel till Nka fördelats via Socialstyrelsen. Genom att samla det kunskapsutvecklande och pådrivande arbetet om anhörigfrågor hos en aktör finns möjlighet till synergier inom området.

Uppdraget ska syfta till att överbrygga gapet mellan teori och praktik samt att i samverkan med myndigheter, verksamheter och idéburna organisationer inom området

- kartlägga insatser och stödprogram som erbjuds anhöriga, som ett komplement till kartläggningar genomförda av Socialstyrelsen genom *öppna jämförelser*
- göra nationella kartläggningar av stöd till anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst, som komplement till Socialstyrelsens uppföljning av nationella riktlinjer och *öppna jämförelser*
- genomföra systematiska kunskapsöversikter och registerstudier av effektivt stöd till anhöriga inom området skadligt bruk eller beroende
- utveckla och systematiskt följa upp metoder och verktyg för stöd till anhöriga inom området skadligt bruk eller beroende
- utveckla och genomföra utbildningar om anhörigstöd för personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst och för nätverk och aktörer som har en betydande roll för arbetet med ANDTS eller anhöriga i Sverige
- skapa och leda lärande nätverk med personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

19.5.6 Det bör bli lättare för anhöriga att få enklare stöd på telefon eller digitalt

Bedömning: Regeringen bör genomföra Folkhälsomyndighetens förslag om att inrätta en nationell stödlinje med kostnadsfritt och tillgängligt rådgivande stöd riktat till bland annat anhöriga. Huvudmännen bör också överväga att utveckla digitalt stöd till anhöriga.

Skäl för bedömningen

Folkhälsomyndigheten har föreslagit att en nationell stödlinje för narkotikafrågor ska inrättas.[32] Befintligt stöd ska utökas genom inrättandet av en stödlinje som

- är nationell, kostnadsfri och tillgänglig
- erbjuder rådgivande stöd
- vänder sig till narkotikaanvändare och deras anhöriga.

Personer som kontaktar stödlinjen ska kunna vara anonyma. Stödlinjen ska bemannas av yrkesprofessionell personal men insatsen ska inte utgöra hälso- och sjukvård med krav på dokumentation med mera. Stödlinjen ska erbjuda flera kontaktkanaler, såsom webb, chatt och telefon samt kunna ta emot meddelanden.

Vi delar Folkhälsomyndighetens bedömning att befintligt stöd inte är tillräckligt, och att en sådan linje bör inrättas. Vi bedömer att den skulle tillgodose flera av de behov som framförts till oss i vårt målbildsarbete om behoven av information, tidigt stöd och möjlighet att hänvisas till rätt aktör och insats.

Vi bedömer också att fler digitala stöd bör erbjudas bredare inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst, exempelvis *eCraft* eller digitala stödgrupper utan biståndsbedömning, så att anhöriga som begränsas av exempelvis att de bor på en liten ort kan delta i en annan kommuns samtalsgrupp eller liknande.

[32] Folkhälsomyndigheten (2023). *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att genomföra en kartläggning av rådgivning och stöd via telefon och webb inom narkotika och dopningsområdet m.m.*

20 Hantering av naloxon och andra opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården

I detta kapitel föreslår vi att en ny om lag om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården ska införas, samt beskriver varför en sådan lag behövs och hur den ska tillämpas. Vi lämnande den 14 oktober 2022 delbetänkandet *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg.*[1] I de delar där det är nödvändigt för resonemanget kan texter återupprepas från delbetänkandet, men i övrigt hänvisas till delbetänkandet för bakgrund och information.

När det gäller internationella jämförelser hänvisar vi i sin helhet till kapitel 3 i delbetänkandet. Utgångspunkten för våra förslag i detta avsnitt är att naloxon ska tillgängliggöras brett i syfte att rädda liv. Skälen till detta framgår både i utredningens direktiv och i delbetänkandet.

I kommittédirektivet framgår att vi ska analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidförgiftningar. Vid behov ska författningsförslag för hur detta bör regleras lämnas.

Vi har valt att för denna punkt i direktivet bredda vårt uppdrag till att i stället för yrkesgrupper titta på vilka verksamheter som bör kunna få hantera naloxon och under vilka förutsättningar. Med hantering avses rekvisition, förvaring, administrering och överlämning av läkemedel. Vi återkommer närmare till hur vi resonerat kring lagens tillämpningsområde och vilka verksamheter som ska omfattas i avsnitt 1.4.

I kapitlet används både begreppet naloxon och läkemedel som verkar som opioidantagonister. Skälet till det är att naloxon är den substans som finns i de läkemedel som används i dag men vi föreslår

[1] SOU 2022:54. *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg.*

att det i lagen ska benämnas läkemedel som verkar som opioidantagonister för att täcka in eventuella framtida läkemedel som verkar på motsvarande sätt. Det ska alltså inte läsas som vi gör en värdering mellan olika substanser och läkemedel.

I kapitlet beskrivs endast hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården. Det är dock viktigt att påpeka att det inte minskar hälso- och sjukvårdens ansvar att vid behov tillhandahålla naloxon inom sina verksamheter, utan detta förslag ska ses som ett komplement till hälso- och sjukvårdens insatser.

20.1 Bakgrund och inledning

Vårt uppdrag

Inledningsvis kan vi konstatera att utgångspunkten för vårt uppdrag och våra förslag i denna del är att det varje år dör flera hundra personer i Sverige kopplat till förgiftningar där personen hade heroin, metadon och andra opioider i blodet. Naloxon är ett effektivt läkemedel för att häva förgiftningar orsakade av opioider och därför en viktig insats för att kunna rädda fler liv.

Socialutskottet har i ett tillkännagivande till regeringen i mars 2021 pekat på att fler insatser krävs för att öka tillgängligheten till naloxon. Utskottet anser också att det bör utredas om fler grupper utanför hälso- och sjukvården ska kunna ge naloxon mot opioidförgiftningar. Ett enigt utskott stod bakom förslaget.[2]

Socialstyrelsen fick i juni 2021 i uppdrag att aktivt stödja arbetet med att i ökad grad tillgängliggöra naloxon inom nuvarande regelverk. Uppdraget ska slutredovisas mars 2024.[3] Socialstyrelsen har i samarbete med bland annat Läkemedelsverket konstaterat att det inom nuvarande regelverk inte är möjligt att låta verksamheter eller professioner utanför hälso- och sjukvården hantera naloxon.[4] I våra direktiv beskrivs att naloxon är en viktig skadereducerande insats och att regeringen därför har initierat flera nationella åtgärder för att öka tillgängligheten till naloxon.

[2] Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU20.
[3] Regeringen (2021). *Uppdrag om att aktivt stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon S2021/04973.*
[4] Socialstyrelsen (2023). *Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon.*

Fler grupper utanför hälso- och sjukvården behöver få tillgång till naloxon

I vårt delbetänkande drar vi slutsatsen att naloxon behöver tillgängliggöras till fler och att fler grupper bör få hantera läkemedlet. Skälen till detta går att läsa i delbetänkandet. I delbetänkandet beskrev vi fyra yrkesgrupper som kan ha behov av att få administrera och överlämna naloxon:

1. Personal i verksamheter där personer som använder narkotika bor en längre tid till exempel Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS),
2. Personal i sociala eller behandlande verksamheter som till del eller helt riktar sig till personer som använder narkotika till exempel häkte eller socialpsykiatrin,
3. Personal och verksamhet som kan tillkallas av 112 vid eventuell opioidförgiftning, eller som fungerar som insatspersonal på något vis (till exempel polis och väktare),
4. Personal i övriga verksamheter till exempel tågvärdar eller städpersonal på offentliga platser.

Grupp 1 är högst prioriterat och grupp 4 lägst. Vi bedömde i delbetänkandet att de yrkesgrupper som ska kunna administrera naloxon borde ha en rättslig koppling till hälso- och sjukvårdslagstiftningen men konstaterade samtidigt att vi då inte hade haft tillräcklig tid för att göra fullständiga analyser. Vi har nu av skälen som vi redovisar i nästa avsnitt, bedömt att denna väg inte är möjlig. Vårt förslag är därför en särskild lag som reglerar hantering av naloxon utanför hälso- och sjukvården. Vi har även bedömt att det är mer lämpligt att reglera vilka verksamheter som ska få hantera naloxon, i stället för att reglera per yrkesgrupp. Dock har vi haft med oss samma prioritetsordning som ovan och lagen som vi föreslår syftar till att så många som möjligt av de yrkesgrupperna vi identifierade i delbetänkandet, ska få möjlighet att hantera naloxon och andra opioidantagonister.

Hur fungerar opioider

Opioider är ett effektivt läkemedel vid smärta, särskilt vid kortvarig behandling av akuta smärtor. Heroin och andra opioider påverkar kroppens opioidreceptorer som finns i hela det centrala nervsystemet. Det är på grund av den här påverkan på nervsystemet som opioider är väldigt effektiva mot smärta. Alla opioider är starkt beroendeframkallande, både på grund av det kraftiga ruset och på grund av en snabb toleransökning. Toleransökningen innebär att personen måste ta allt större mängder för att få samma effekt. En förgiftning med opioider karaktäriseras bland annat av medvetandesänkning, andningsdepression och cirkulationskollaps. Livshotande förgiftningar kan uppträda såväl efter injektion, oralt intag, som efter rökning men är betydligt vanligare och inträffar lättare efter injektioner. Andningsdepression och vakenhetssänkning är det allvarligaste symtomet vid förgiftningar som snabbt kan bli livshotande.

Naloxon motverkar andningsstillestånd och saknar biverkningar

Naloxon är ett motgift mot heroin och andra opioider som tillfälligt kan ta bort effekten av opioider och häva en förgiftning. Naloxon är ofarligt, har i princip inga biverkningar och verkar endast om man har opioider i kroppen. Det motverkar andningsdepression som uppstår vid förgiftningar med opioider. Naloxon är ett godkänt läkemedel som är receptbelagt. Naloxon kan enligt gällande regelverk endast förskrivas eller ordineras inom hälso- och sjukvården. Naloxon kan i dag antingen förskrivas på recept till en enskild individ eller genom att hälso- och sjukvården rekvirerar läkemedlet till sin verksamhet för att sedan ordinera läkemedlet till en enskild individ. Naloxon är möjligt att skriva ut som egenvård, trots att personen som regel behöver hjälp från andra att ta läkemedlet.

Förslagen syftar till att rädda liv

Det övergripande syftet med vårt uppdrag och förslagen i denna del är att rädda liv. Vi har utrett olika möjliga lösningar för att åstadkomma detta och har inte kunnat hitta någon lösning som inte har några nack-

delar. Eftersom syftet är så angeläget har vi valt att gå vidare med det förslag som vi anser har minst nackdelar.

20.2 Hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården ska regleras i en särskild lag

Förslag: Hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården ska regleras i en särskild lag.

Skäl för förslaget

Hanteringen av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården behöver regleras i en särskild lag

Som framgår nedan har vi övervägt flera alternativ för att möjliggöra att opioidantagonister blir tillgängligt för fler. Vi har till exempel utrett möjligheten att genom förtydliganden i nuvarande hälso- och sjukvårdsreglering möjliggöra att fler verksamheter kan tillhandahålla opioidantagonister. Det skulle i så fall krävas undantag bland annat från bestämmelser i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL samt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård och Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

Vi övervägde också att reglera hur fler yrkesgrupper kan få hantera opioidantagonister genom bestämmelser i bland annat följande lagar:

- socialtjänstlagen (2001:453), SoL
- fängelselagen (2010:610), FäL
- polislagen (1984:387).

Hantering av opioidantagonister skulle då vara möjligt för vissa utpekade statliga myndigheter och vissa socialtjänstverksamheter men det skulle inte kunna tillämpas för verksamheter som bedrivs ideellt. Vi har bedömt att det är viktigt att även ideella verksamheter kan hantera opioidantagonister, eftersom det många gånger är de som möter och ger stöd till målgruppen. Vi har även bedömt att det be-

hövs särskilda regler kring anmälan och register med mera, vilket också talar för att reglering i särskild lag är mer lämpligt. Slutsatserna som vi dragit, och som vi redogör i detta avsnitt, är alltså att det krävs en särskild reglering för att opioidantagonister ska bli tillgängligt för fler i syfte att skydda liv och att den regleringen ska ske i en särskild lag. Vi bedömer också att en särskild lag underlättar när verksamheter som verkar utanför hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hantera opioidantagonister, eftersom de då endast behöver förhålla sig till det särskilda regelverket i stället för hälso- och sjukvårdens betydligt mer komplexa regelverk.

Sveriges skyldighet enligt Europakonventionen

I artikel 2 av den Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna (EKMR) regleras rätten till liv. Sedan den 1 januari 1995 gäller Europakonventionen som lag i Sverige. I 2 kap. 23 § regeringsformen stadgas att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Europakonventionen, vilket ger den en författningsmässigt starkare ställning än en vanlig lag.

Artikel 2 EKMR består av två paragrafer och är formulerad enligt följande:

1. Envars rätt till liv skall skyddas genom lag. Ingen skall avsiktligen berövas livet utom för att verkställa domstols dom i det fall då han dömts för ett brott som enligt lag är belagt med sådant straff.
2. Ingen skall anses ha berövats livet i strid med denna artikel, när detta är en följd av våld som var absolut nödvändigt
   a) för att försvara någon mot olaglig våldsgärning,
   b) för att verkställa en laglig arrestering eller för att hindra någon som lagligen är berövad friheten att undkomma,
   c) för att i laglig ordning stävja upplopp eller uppror.

Artikel 2 ålägger staterna en positiv skyldighet som innebär att staten har en skyldighet att skydda liv hos människor inom sin jurisdiktion. Den materiella delen av statens ansvar handlar framför allt om effektiv och tillfredställande lagstiftning och administrativa ramverk som skyddar individer mot hot mot rätten till liv. Vi kan konstatera att Sverige

och andra stater har en relativt långtgående skyldighet enligt EKMR att skydda liv. Europadomstolens avgörande i ärendet Fernandes de Oliveira mot Portugal 2019 rörde suicid i samband med vård på en psykiatrisk klinik. Patienten hade en omfattande psykiatrisk problematik och hade under många år varit frivilligt inlagd på en psykiatrisk klinik under åtta omgångar. Patienten suiciderade när han var inlagd för övervakning men lämnande området. Domstolen konstaterar att suicidfallet aktualiserar två positiva förpliktelser enligt artikel 2. För det första formulerar domstolen kravet på ett regelverk som tvingar sjukhus att vidta lämpliga åtgärder för att skydda patienters liv. För det andra uttrycker domstolen ett krav enligt artikeln att vidta preventiva åtgärder i form av faktiskt handlande för att skydda en patient från en annan eller från sig själv. I fallet Osman mot Storbritannien fastslår domstolen att de myndigheter som vet eller borde veta om en reell och omedelbar risk för någons liv måste göra allt som rimligen kan krävas av dem för att undvika risken.

När det gäller personer med ett skadligt bruk eller beroende av opioider föreligger förhöjd risk för allvarlig sjukdom och död jämfört med övrig befolkning. Socialstyrelsens rapport *Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning* visade att dödsfall var vanligt inom ett år efter att en person vårdats akut för narkotikarelaterad förgiftning.[5] 1,5 procent avled med narkotikarelaterad underliggande eller bidragande dödsorsak. Ansvaret omfattar inte endast hälso- och sjukvården, utan även andra ansvarsområden som är ett offentligt ansvar såsom verksamhet som lyder under SoL eller polisen. Det kan argumenteras för att statens ansvar att upprätta ett effektivt regelverk för att skydda liv, inte upprätthålls med nuvarande reglering och ett brett tillgängliggörande av naloxon ingår i medlemsstaternas ansvar. Vi anser att det finns goda skäl att med stöd av artikel 2 och på etiska grunder, som också redovisades i delbetänkandet, instifta en särlagstiftning på området för att tillgängliggöra naloxon så brett som möjligt.

[5] Socialstyrelsen (2021). *Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning.*

Alternativ som har utretts och övervägts

Följande alternativ har övervägts och redogörs för nedan:

1. Om det finns stöd i nuvarande regelverk för läkare och sjuksköterskor för att delegera hanteringen av opioidantagonister till icke legitimerad personal som till exempel arbetar på härbärge,
2. Om generella direktiv kan möjliggöra att fler yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården kan administrera opioidantagonister,
3. Om det är möjligt att införa undantag i hälso- och sjukvårdslagstiftningen som möjliggör för hälso- och sjukvårdspersonal att delegera uppgiften till icke legitimerad personal,
4. Om opioidantagonister kan hanteras av personal utanför hälso- och sjukvården utan särskild reglering. Gränserna för vad som är tillåtet anges då i nödrätts- och övriga straffrättsliga bestämmelser,
5. Om det är möjligt att reglera hanteringen i lagstiftning för respektive verksamhetsområde, såsom SoL,
6. Om det är möjligt och i så fall tillräckligt att läkemedlet erbjuds receptfritt,
7. Om det är möjligt och i så fall tillräckligt att staten bekostar ett omfattande naloxonprogram inom hälso- och sjukvården.

Om det finns stöd i nuvarande regelverk för läkare och sjuksköterskor för att delegera hanteringen av opioidantagonister till icke legitimerad personal som till exempel arbetar på härbärge

Naloxon är ett godkänt läkemedel som är förenat med villkor kring förskrivning, rekvirering och utlämnande. Enligt godkännandet för läkemedlet får det administreras av annan person än patienten. Naloxon är ett receptbelagt läkemedel. Det förutsätter därför att patienten förskrivs eller ordineras läkemedlet inom hälso- och sjukvården. Undantag finns för personal inom räddningstjänsten och icke-legitimerad ambulanspersonal, som sedan 2018 har en möjlighet att administrera naloxon.[6]

[6] 7 kap. 8 § HSLF-FS 2017:37 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården*.

Socialstyrelsen har i rapport *Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon*, dragit slutsatsen att det krävs en ny reglering för att kunna tillgängliggöra naloxon för behandling av opioidförgiftningar utanför hälso- och sjukvården. Inget alternativ gör det i nuläget möjligt att genom Socialstyrelsens föreskrifter reglera eller medge undantag till någon fristående aktör utanför hälso- och sjukvården (så som polis, socialtjänst eller utvalda organisationer). Vi gör samma bedömning av rättsläget som Socialstyrelsen.

Enligt 6 kap. 3 § PSL får den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal delegera arbetsuppgifter endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Vidare har den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ett ansvar för att personen som den delegerar till har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården anges förutsättningarna för när delegering av iordningställande och administration får göras. Av föreskrifterna framgår bland annat att den som fått en sådan uppgift delegerad till sig ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen. Vårdgivaren ska ha rutiner för i vilka situationer och under vilka förutsättningar som det är förenligt med god och säker vård att delegera iordningsställande och överlämnande av läkemedel. Regelverket om delegering inom hälso- och sjukvården innebär inget direkt hinder mot delegering över organisationsgränser. Delegering över organisationsgränser kan endast ske om mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra arbetsuppgiften. Den som tar emot delegeringen behöver ge sitt samtycke och den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonal som delegerar ansvarar för att personen som ska utföra uppgiften har tillräckliga förutsättningar. Den som förskriver eller ordinerar ett läkemedel för behandling måste också göra en individuell medicinsk bedömning av en viss utpekad patient inför förskrivning, ordinering eller administrering. Det innebär även att de som delegerar har kvar ansvaret för fortlöpande uppföljning av patientens medicinska status och övriga förhållanden när det är aktuellt. Delegeringen av medicinska åtgärder finns i journalen, vilket gör det möjligt att följa behandlingen. Om delegering sker till en verksamhet och person som inte omfattas av hälso- och sjukvårdens regelverk, är det svårt för den som delegerar att säkerställa att åtgärden är förenlig med god och säker vård. Den som tar emot delegeringen betraktas dessutom som hälso-

och sjukvårdspersonal. Det skulle till exempel innebära att medicinska insatser ska nedtecknas i en patientjournal. Det är praktiskt svårt för verksamheter som inte verkar inom hälso- och sjukvården. Delegering över organisationsgränser är framför allt aktuellt för situationen då legitimerad personal inom regionens hälso- och sjukvård delegerar uppgifter till personal som arbetar inom kommunen eller på uppdrag av kommunen. Personen som tar emot delegeringen har då ofta någon form av hälso- och sjukvårdskompetens såsom en undersköterskeutbildning. I en sådan situation kan den som delegerar säkerställa att personen som tar emot delegeringen har rätt kompetens och att vården för patienten kan följas upp. Regelverket för delegering är inte avsett för situationen då en delegering sker till en aktör och person som inte har hälso- och sjukvårdskompetens eller på annat sätt är kopplad till hälso- och sjukvårdens område.

Om fler yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården ska kunna administrera läkemedel genom generella direktiv

Regler om generella direktiv finns i Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården. Generella direktiv är undantag från principen om individuell förskrivning och ordination. Läkare får utfärda generella direktiv om läkemedelsbehandling. Det betyder att läkemedel kan ges till patienter utan att en individuell ordination behövs. Av det generella direktivet ska det framgå bland annat vilka läkemedel det gäller, indikationer och kontraindikationer. Innan ett läkemedel ges till en patient med stöd av ett generellt direktiv ska en sjuksköterska ha gjort en bedömning av behovet och kontrollerat läkemedlets indikation och kontraindikationer. Generella direktiv om läkemedelsbehandling ska utfärdas restriktivt och omprövas återkommande.[7] Enligt 7 kap 8 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården får icke-legitimerad personal i ambulanssjukvården och räddningstjänsten med stöd av ett generellt direktiv om läkemedelsbehandling iordningställa och administrera läkemedel som innehåller naloxon till en patient och som enligt dess godkännande kan administreras av andra personer än hälso- och sjukvårdspersonal.

[7] Socialstyrelsens material *Vem får ordinera läkemedel? (särskilt reglerad). För hälso- och sjukvården och tandvården.* Besökt 2023-06-25

Socialstyrelsens föreskrift om ambulanssjukvård (SOSFS 2009:10) reglerar bland annat vad ett avtal om första hjälpen i väntan på ambulans ska säkerställa och vilken behandling som omfattas av avtalet. Möjligheten att teckna ett IVPA-avtal finns i 3 kap. 2 § lagen (2009:47) om vissa kommunala befogenheter. Av IVPA[8]-avtal ska framgå om personalen får ge behandling med läkemedel som innehåller naloxon. Det innebär att den personal som utfört uppgiften ska betraktas som hälso- och sjukvårdspersonal och står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det undantag som finns för räddningstjänst och icke legitimerad ambulanspersonal håller sig ändå inom hälso- och sjukvården och personalen blir hälso- och sjukvårdspersonal när de utför uppgiften. Vårt förslag behöver innefatta tillgängliggörande av opioidantagonister i en verksamhet utan koppling till hälso- och sjukvården och där personalen inte anses vara hälso- och sjukvårdspersonal. Ett liknande undantag som för räddningstjänst och icke legitimerad ambulanspersonal, bedömer vi därför inte vara lämpligt för ett brett tillgängliggörande av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården.

Undantag i hälso- och sjukvårdslagstiftningen för att möjliggöra vidaredelegering till icke legitimerad personal i andra verksamheter

Som vi beskrivit ovan får den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal delegera en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kraven på god och säker vård. Den som delegerar uppgiften har ansvaret för att den som den delegerar uppgiften till har förutsättningar för att utföra uppgiften. Även om det teoretiskt skulle vara möjligt att reglera ett undantag från kraven på delegering, så bedömer vi inte att det är lämpligt. Regleringen blir svåröverskådlig och det riskerar att bli oklart för den enskilde yrkesutövaren i vilka situationer kraven på god och säker vård är tillämpliga och när de inte är det. Vi har utrett möjligheten att med ny reglering ge läkare och sjuksköterskor tillåtelse att rekvirera naloxon och delegera uppgiften att administrera och dela ut läkemedel till verksamheter och yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården. En viss läkare eller sjuksköterska är då knuten till, till exempel ett härbärge men tar inget aktivt ansvar vid administration eller ordination av läkemedel. Vi bedömer att det med stor

[8] I väntan på ambulans.

sannolikhet inte är möjligt att uppfylla hälso- och sjukvårdens regelverk om en läkare eller sjuksköterska delegerar till personal som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och verkar utanför hälso- och sjukvården. För att det skulle vara möjligt skulle det krävas ändringar i flera författningar som styr hälso- och sjukvårdens område och Läkemedelsverket och Socialstyrelsen skulle behöva instifta undantag i ett flertal föreskrifter. Det medför en svåröverskådlig reglering, där undantag skulle behöva göras i grundläggande principer om vad som kan anses vara förenligt med en god och säker vård. Vår slutsats är därför att det inte är ändamålsenligt att reglera ett brett tillgängliggörande av naloxon utanför hälso- och sjukvården genom undantag i HSL och tillhörande författningar. Socialstyrelsen har i rapport *Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande naloxon (2023*) kommit fram till motsvarande slutsats.

Om opioidantagonister kan hanteras av personal utanför hälso- och sjukvården med stöd av nödrätten

Vi har vidare övervägt att enbart konstatera att en misstänkt opioidförgiftning kan klassificeras som en nödsituation, där reglering kring ansvarsfrihet från straff kan tillämpas. I 24 kap brottsbalken , BrB finns bestämmelser om ansvarsfrihet för handlingar som företagits i nödvärn och nöd. Det innebär i korthet att den som handlar i nöd när fara hotar liv, hälsa, egendom eller annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse under vissa förutsättningar kan vara fri från ansvar. Nödrätten får dock endast tillämpas i undantagsfall och får inte ligga till grund för rutinmässiga arbetssätt och ingripanden. Det kan alltså inte ligga till grund för en reglering. Nödrätten förutsätter såsom alla nödhandlingar att en definierad nödsituation föreligger. Nödsituationer har av sin natur en tidsaspekt, som innebär att situationen måste prövas kontinuerligt och så snart situationen inte längre uppfyller kraven på nöd har handlingsutrymmet för lagöverträdelser upphört. Vanligtvis är nödsituationer snabbt övergående. Att bli befriad från ansvar på grund av nöd kan även gälla disciplinärt ansvar såväl enligt patientsäkerhetslagen som i arbetsrättslig ordning. För verksamheter utanför hälso- och sjukvården som möter personer vid till exempel misstänkta opioidförgiftningar finns inte lika tydligt utarbetad praxis avseende nödrätten som inom hälso- och sjukvårdens område. Vi kan konstatera att nödbestämmelserna ska användas i undantags-

fall och inte systematiskt för en viss typ av yrkesgrupp eller situation. Det går därför inte heller att reglera nödrätt, utan frågan om när en nödsituation föreligger måste avgöras i det unika fallet.

Även om det i teorin är möjligt att administrera naloxon med stöd av nödrätten så innebär det inte att verksamheterna skulle ha någon möjlighet till rekvisition av läkemedlet. För att de ska få tillgång till läkemedlet krävs då antingen att en legitimerad läkare eller sjuksköterska är knuten till verksamheten och rekvirerar läkemedlet eller att Läkemedelsverket bedömer att det är möjligt och lämpligt att utöka de undantag som finns för vilka som får rekvirera läkemedel i Läkemedelsverkets föreskrift (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit. Läkemedelsverket gör bedömningen att det inte är lämpligt att reglera ett brett undantag, som riktar sig till många verksamheter och yrkesgrupper, i föreskriften utan att det bör göras undantag i lag. Vi anser att det dessutom skulle vara problematiskt i det avseendet att personen som ska hantera läkemedlet, inte får den utbildning i hanterandet av läkemedel som behövs. Vi ser även svårigheter med att ideella verksamheter, som i övrigt inte bedriver hälso- och sjukvård, kan komma att behöva uppfylla ett omfattande regelverk kring bland annat journalföring och att det i praktiken kommer innebära att ideella verksamheter inte kommer erbjuda naloxon.

Om det är möjligt att reglera hanteringen i lagstiftning för respektive verksamhetsområde

Vi har även utrett om det skulle vara möjligt att reglera hanteringen av naloxon i de lagar som styr verksamheter som ofta kommer i kontakt med målgruppen. Lagstiftning som skulle vara aktuell är då till exempel

- Polislagen
- FäL
- SoL
- lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Detta är en möjlig väg för att reglera dessa verksamheter eller specifika yrkesgrupper som arbetar inom verksamheterna men som vi beskrivit ovan så löser det inte hantering av opioidantagonister i ideella verksamheter. Lagarna som nämns ovan styr myndighetens verksamhet. I praktiken kan sådana bestämmelser innebära att det blir oklart om och i så fall när myndigheten har ett ansvar för att hantera naloxon. En sådan lösning riskerar också att väcka arbetsrättsliga frågor kring om detta blir en ny arbetsuppgift för de yrkesgrupper som räknas upp och om det då är en uppgift som personen kan åläggas att utföra. Vi bedömer att det är mer lämpligt att de olika verksamheterna får en möjlighet att hantera opioidantagonister, i stället för att reglera en skyldighet för verksamheterna eller de anställda att utföra en viss uppgift.

Villkor för att naloxon ska bli receptfritt

Läkemedelsverket utredde, som en del av ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, möjligheten att omklassificera naloxon från receptbelagt till receptfri försäljning via apotek.[9] Läkemedelsverket bedömer i rapporten att det inte finns stöd i gällande regelverk för att omklassificera naloxon i form av nässprej till receptfritt läkemedel. Detta eftersom det ställs krav på riskminimerande åtgärder avseende utbildningsinsatser som ställs i samtliga villkor för godkännande av naloxon. Myndigheten ansåg att dessa villkor inte är möjliga att bortse ifrån vid en omklassificering. För att naloxon ska kunna godkännas som ett receptfritt läkemedel behöver

1. läkemedelsföretagen ansöka om receptfrihet för naloxon nässprej,
2. ytterligare effekt- och säkerhetsstudier genomföras, och
3. en ordning tas fram för hur utbildning i användandet av naloxon ska ske på ett tillfredsställande sätt även om man köper nässprejen receptfritt på apoteket.

I juni 2023 har Läkemedelsverket gjort en förnyad juridisk analys av möjligheterna att klassificera naloxon nässprej som receptfritt. Enligt deras nya analys är att möjligt under förutsättning att den kliniska bedömningen också landar i det. Någon klinisk bedömning är inte gjord

[9] Receptfrihetsstatus för naloxon i nasal beredning.

ännu och inget företag har ännu ansökt om receptfrihet. Frågan om receptfrihet för naloxon kommer att utredas vidare på Läkemedelsverket.

Om läkemedel som verkar som opioidantagonister erbjuds receptfrihet skulle behovet av särlagstiftning för hantering utanför hälso- och sjukvården till viss del minska. Om naloxon skulle bli receptfritt så skulle det bidra till ett bredare tillgängliggörande av naloxon eftersom personer som har en hög risk för opioidförgiftningar och deras närstående själva skulle kunna köpa naloxon på apotek. Även om naloxon skulle bli receptfritt så finns det dock flera skäl till att vi inte anser att det skulle vara tillräckligt för ett brett tillgängliggörande av opioidantagonister. Att läkemedlet blir receptfritt löser exempelvis inte frågan om hur verksamheter utanför hälso- och sjukvården ska få hantera läkemedlet. Det är endast privatpersoner som får handla receptfria läkemedel på apotek. Detta innebär att även om läkemedlet blir receptfritt, behövs en särskild reglering för rekvisition.

Att det saknas ett uttryckligt stöd för administrering kan även innebära att offentliga verksamheter inte systematiskt kommer erbjuda naloxon, eftersom det blir oklart om det är en arbetsuppgift respektive myndighet eller verksamhet ska eller bör utföra. Dessutom blir kostnadsfrågan avgörande för i vilken utsträckning enskilda kan få tillgång till läkemedlet.

Införande av ett statligt naloxonprogram

Ett alternativ till reglering skulle vara att genom statlig finansiering möjliggöra att hälso- och sjukvården utökar och breddar naloxonprogrammen till att nå fler. I de flesta regioner i dag finns så kallade naloxonprogram, som kombinerar förskrivning och utdelning av naloxon med utbildning.

Det är långt ifrån alla personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika som har en kontinuerlig kontakt med hälso- och sjukvården. Vissa får stöd och behandling i socialtjänsten, är intagna på en anstalt eller besöker endast ideella verksamheter såsom härbärgen. Naloxonprogram inom hälso- och sjukvården är viktiga, men vi ser inte att det är tillräckligt för att naloxon ska kunna finnas tillgängligt för personer som riskerar opioidförgiftningar. Naloxon och andra opioidantagonister behöver också finnas tillgängligt i andra verk-

samheter som möter målgruppen ofta såsom härbärgen samt hem för vård eller boenden (HVB-hem). Ett naloxonprogram kan dock vara en viktig del i hur ett brett tillgängliggörande av naloxon kan säkerställas och hur staten kan bidra till en implementering och spridning av naloxon.

I kapitel 28 om konsekvenser kommer vi beskriva hur vi anser att kostnaden ska fördelas mellan stat, regioner och verksamheterna som föreslås få hantera naloxon utanför hälso- och sjukvården.

20.3 Syftet med en lag om hantering av opioidantagonister

Förslag: Syftet med lagen är att rädda liv genom ökad tillgänglighet till läkemedel som verkar som opioidantagonister vid opioidförgiftning.

Skäl för förslaget

Den primära utgångspunkten för den föreslagna lagen är att rädda liv. Syftet ska uppnås genom en ökad tillgänglighet till läkemedel som verkar som opioidantagonister, vilket i sin tur leder till att färre människor riskerar att dö av opioidförgiftningar. Genom den föreslagna lagen får fler yrkesgrupper och verksamheter förvara, rekvirera, administrera och överlämna naloxon och andra opioidantagonister. Lagens syfte att rädda liv måste ställas mot riskerna med ett brett tillgängliggörande av administrering och överlämning av läkemedel för personal som inte har en hälso- och sjukvårdsutbildning. Vi har identifierat följande risker att:

- Effekten av läkemedlet medför att en person som är beroende kan hamna i abstinens från opioderna som ledde till förgiftningen, vilket kan kräva medicinsk vård eller beredskap för hur en person i det tillståndet beter sig,
- Läkemedlets effekt kan upphöra innan hälso- och sjukvårdspersonal är på plats vilket kan kräva ytterligare en dos,

- Naloxon används som ersättning för andra livräddande åtgärder i stället för som ett komplement. Hjärt-lungräddning (HLR) behöver helst utföras parallellt med naloxonbehandling för att undvika syrebrist tills läkemedlet verkar.

Vi gör bedömningen att nyttan med ett brett tillgängliggörande av naloxon och andra opioidantagonister tydligt överväger eventuella nackdelar. Användning av naloxon har mycket begränsade risker och läkemedlet saknar i princip biverkningar. Det ger inget rus och är inte beroendeframkallande. Tidigare erfarenheter från andra länder när naloxon gjorts tillgängligt för fler tycks inte lett till ökad användning av opioider eller ökat risktagande hos personer som använder det. Naloxon är ofarligt och saknar effekt på personer som inte tagit opioider. Att ge opioidantagonister till en person vid en opioidförgiftning, kan inte sätta personen i ett sämre läge än om läkemedel inte hade getts. Det innebär att det är ett läkemedel som alltid ökar chansen för överlevnad vid en opioidförgiftning, även om HLR inte kommer till stånd eller sjukvården inte kontaktats. När det gäller punkten om abstinens så handlar det enbart om abstinens från opioderna som ledde till förgiftningen. Naloxon är inte beroendeframkallande och ger inte abstinensbesvär i sig. En ytterligare konsekvens av givande av naloxon är att personens rus försvinner. Vi föreslår att det av lagen ska framgå att administrering av läkemedel som verkar som opioidantagonister till en person som inte lämnat sitt samtycke endast får ges avvärja fara som akut och allvarligt hotar någons liv vid en misstänkt opioidförgiftning. Vi beskriver detta närmare under avsnitt 20.6.

20.4 Lagen ska gälla statliga, kommunala, enskilda och ideella verksamheter

Förslag: Följande verksamheter får, om de tillhandahåller stöd eller hjälp till enskilda med skadligt bruk eller beroende, eller på annat sätt i sin ordinarie verksamhet möter enskilda som riskerar opioidförgiftning, hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården:

- statliga myndigheter,
- kommunala verksamheter,
- enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst, och
- ideella verksamheter.

Skäl för förslaget

För att uppnå syftet att rädda liv hos personer som riskerar opioidförgiftningar har vi valt att föreslå ett relativt brett tillämpningsområde för lagen.

Lagen omfattar rekvisition, förvaring, administrering och överlämning av läkemedel för att verksamheterna som får tillämpa lagen både ska kunna använda läkemedlet för att rädda liv vid misstänkta förgiftningar när utbildad personal är på plats men även för att kunna utbilda enskilda personer som själva använder opioder eller deras närstående och överlämna läkemedlet till dem.

Vi föreslår att statliga myndigheter, kommunala verksamheter, enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst och ideella verksamheter ska omfattas av lagen. För att en verksamhet ska få hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister ska de i sin ordinarie verksamhet möta enskilda som riskerar opioidförgiftningar. Det är verksamheterna själva som får avgöra om de har behov av att hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister i sin verksamhet. Risken med detta kan vara att fler verksamheter än nödvändigt väljer att hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister. Det gäller framför allt ideella och privata verksamheter som bedriver socialtjänst. I praktiken tror vi inte att det är en betydande risk, mycket beroende på att det inte finns ett vinstintresse i hanteringen. Det innebär inte

heller i sig någon betydande risk att ytterligare verksamheter än vad vi avsett får tillgång till läkemedel som verkar som opioidantagonister, eftersom det i princip är ett läkemedel utan biverkningar och risker. Det kan dock bli problematiskt om det skulle uppstå en brist på doser av läkemedel som verkar som opioidantagonister och det då inte finns tillräckligt med läkemedel i verksamheter där de gör bäst nytta. Ur ett ekonomiskt perspektiv är det så klart önskvärt att tillgång till opioidantagonister enbart finns hos de verksamheter där de gör stor nytta. Vi har därför övervägt att föreslå en tillståndsplikt kopplad till lagen, som skulle innebära en kontroll över att verksamheterna bedriver den verksamhet som lagen omfattar samt uppfyller övriga förutsättningar för hantering av opioidantagonister. Vi anser dock att det skulle riskera en allt för stor administrativ börda, särskilt för mindre ideella verksamheter. Då skulle lagen i praktiken riskera att få ett begränsat användningsområde. Vid en samlad bedömning har vi därför ansett att syftet med ett brett tillgängliggörande av opioidantagonister i syfte att skydda liv och hälsa väger över riskerna.

I avsnitt 20.11 beskriver vi även att rekvisition ska ske i den utsträckning som är proportionerligt med behovet för att undvika att en brist på läkemedel uppstår.

Med statliga myndigheter avses till exempel delar av SiS och Kriminalvården som inte bedriver hälso- och sjukvård och Migrationsverket. Till exempel skulle frivården kunna hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt lagen. Polismyndigheten omfattas också genom att poliser i yttre tjänst i sin ordinarie verksamhet möter personer som riskerar opioidförgiftningar. Det kan även vara aktuellt i till exempel polisens arrestlokaler.

Vi ser även ett behov av att verksamheter som bedrivs enligt SoL i både offentlig och privat regi, ska få hantera naloxon även om det är sådan verksamhet som inte omfattas av kommunens hälso- och sjukvårdsansvar. Det kan till exempel röra sig om kommunens uppsökande verksamhet, ett stödboende eller hem för vård eller boende (HVB).

En inte obetydlig andel av verksamheterna på området skadligt bruk eller beroende drivs av ideella aktörer. För vissa som har ett skadligt bruk eller beroende kan kontakten med en ideell verksamhet vara den enda stödkontakten de har i perioder. Till exempel bedrivs många härbärgen i ideell regi. Det är viktigt att de verksamheter som

möter målgruppen och som de enskilda känner förtroende för ges möjlighet att hantera naloxon i syfte att skydda liv och hälsa.

En verksamhet enligt den föreslagna lagen kan vara en juridisk person eller en organisatorisk enhet inom en juridisk person som bedriver verksamhet som tillhandahåller stöd eller hjälp till enskilda med skadligt bruk eller beroende eller på annat sätt i sin ordinarie verksamhet möter enskilda som riskerar opioidförgiftning.

20.5 Lagens tillämpningsområde och definitioner av begrepp

Förslag: Under de förutsättningar som anges i lagen får verksamheterna rekvirera, förvara, administrera och överlämna läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Vid hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt den föreslagna lagen gäller inte hälso- och sjukvårdslagen.

I lagen regleras att det avser hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister. Något specifikt läkemedel eller administrationsform regleras inte i lagen.

Skäl för förslaget

Vi föreslår att med hantering avses rekvisition, förvaring, administrering och överlämnande till enskild av läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Rekvisition av läkemedel som verkar som opioidantagonister

I den föreslagna lagen föreslås regler för rekvisition från apotek. Lagen möjliggör för andra än läkare och sjuksköterskor att kunna rekvirera läkemedel som verkar som opioidantagonister. Det är den särskilt utsedde personen, den hanteringsansvarige, i verksamheten som har rätt att få ut läkemedel på rekvisition. I läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit kan läkemedel lämnas ut utan recept på rekvisition. Rekvisition av läkemedel får i princip bara göras av den som är behö-

rig att förskriva läkemedlet, med några få undantag enlig läkemedelsverkets föreskrifter. Lagar har företräde framför föreskrifter. Det innebär att Läkemedelsverket kan behöva se över föreskrift (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit för att anpassa föreskriften efter lagen om opioidantagonister. En rekvisition ska enligt lagen göras skriftligt och innehålla vissa utpekade uppgifter. Läkemedel som beställs enligt lagen ska begäras i mängder som står i proportion till det förväntade behovet. Om en verksamhet har svårt att bedöma behovet kan den hanteringsansvarige rekvirera läkemedlet ofta men i mindre mängder i stället. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får föreskriva om ytterligare föreskrifter för rekvisition.

Administrering av läkemedel som verkar som opioidantagonister

Med administrering avses i den föreslagna lagen att en ansvarig person eller någon som den ansvarige har delegerat uppgiften till får administrera läkemedel som verkar som opioidantagonister till en enskild vid misstanke om akut opioidförgiftning. Administrering av läkemedel enligt den föreslagna lagen får endast ske för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar en persons liv och om dennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utrönas. Denna bestämmelse motsvarar 4 kap. 4 § patientlagen (2014:821), PL och syftar till att skydda den enskilde mot påtvingande kroppsliga ingrepp. Bestämmelsen beskrivs närmare i avsnitt 20.6.

Överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister till enskild

Vid överlämning av läkemedel enligt den föreslagna lagen ska det säkerställas att den som tar emot läkemedlet har tillräcklig kunskap om hur läkemedlet fungerar, hur det administreras och vilka övriga åtgärder som behöver vidtas vid en misstänkt opioidförgiftning Förutom hur läkemedlet ska ges vid en misstänkt opioidförgiftning kan den enskilde behöva ha kunskaper om hur man känner igen en förgiftning, de få risker som finns med användningen, att det kan behövas genomföra andra livräddande åtgärder parallellt med att naloxon ges, att en ytterligare dos kan behöva ges samt att hälso- och sjukvården

alltid ska kontaktas vid en misstänkt förgiftning. Läkemedel som verkar som opioidantagonister får delas ut till en enskild som riskerar opioidförgiftning och till dennes närstående. Om det finns särskilda skäl kan läkemedel även delas ut till andra enskilda. Det kan till exempel röra sig om ett familjehem eller en lärare vid en skola där det finns elever med ett skadligt bruk eller beroende av opioider.

Överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister ska vara utan kostnad för den enskilde som tar emot läkemedel. Detta innebär att överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister inte får ske i vinstsyfte eller medföra kostnader för enskilda.

När hantering sker enligt lagen ska inte hälso- och sjukvårdslagen gälla

Vi föreslår att när hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister sker enligt den föreslagna lagen så gäller inte HSL. Detta innebär till exempel att verksamheterna inte ska föra journal över administreringen och överlämningen av läkemedel enligt lagen. Det finns flera skäl till att vi har valt en sådan reglering. Utgångspunkten för lagen är att den ska medföra ett brett tillgängliggörande av naloxon. Lagen behöver därför vara enkel att tillämpa för både ideella verksamheter och myndigheter. Av detta skäl har vi valt att minimera de administrativa uppgifter som åläggs verksamheter som ska verka enligt denna lag. Om motsvarande krav skulle ställas som för hälso- och sjukvården, skulle det vara många verksamheter som inte skulle kunna uppnå de kraven. Dessutom är det redan i dag möjligt att bedriva naloxonverksamhet i en ideell verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen, om det finns en läkare eller sjuksköterska i verksamheten. Det går därför att ifrågasätta om ett sådant regelverk ökar tillgängligheten till naloxon. Ett annat skäl till att vi valt att undanta hantering av opioidantagonister enligt den föreslagna lagen från hälso- och sjukvårdslagstiftningen är den stora nyttan naloxon har, ställt mot de näst intill obefintliga risker som finns. Nyttan av att kunna rädda liv bör därför i detta fall väga tyngre, än riskerna med att undanta regelverket från bestämmelserna i till exempel PSL.

Att HSL inte gäller för hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister, innebär även att verksamheten inte står under tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO). I avsnitt 20.9 före-

slår vi att Läkemedelsverket ska ha ett visst tillsynsansvar över apotekens kontroll av rekvisitioner.

Det finns andra lagar än HSL som gäller när hälso- och sjukvård bedrivs. Dessa lagar är inte heller är tillämpliga för hanteringen enligt den föreslagna lagen. Bestämmelsen innehåller inte någon uttömmande uppräkning av sådana lagar. Att endast HSL anges i bestämmelsen ska således inte tolkas motsatsvis. Sättet att reglera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen inte ska vara tillämplig för hantering enligt lagen, motsvarar hur det till exempel har reglerats i lagen (2022:1250) om egenvård.

Förhållandet till lagen om handel med läkemedel

I lagen (2009:366) om handel med läkemedel regleras bland annat bestämmelser som rör detaljhandel med läkemedel till konsument. Av 2 kap. 1 § framgår bland annat att endast den som fått Läkemedelsverket tillstånd får bedriva detaljhandel med läkemedel till konsument. Vi föreslår att det i lagen om handel med läkemedel läggs till en bestämmelse som anger att den föreslagna lagen om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården, ska ha företräde framför lagen om handel med läkemedel.

Läkemedelsförsäkringen

Den som anser sig ha blivit skadad av ett läkemedel har rätt att vända sig till Svenska Läkemedelsförsäkringen AB för att få sin sak prövad. För att en skada ska kunna ersättas gäller i första hand alltid att det med övervägande sannolikhet ska finnas ett samband mellan läkemedlet och den skada som anmäls. Försäkringen gäller läkemedelsanvändning, inom, av Läkemedelsverket, godkänd indikation. Vid administrering och överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt den föreslagna lagen sker läkemedelsanvändningen inom godkänd indikation. Vi bedömer därför att läkemedelsförsäkringen är tillämplig för skador som uppstått vid administrering av läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt det föreslagna lagen oavsett om det sker av personal i verksamheterna eller av någon närstående eller annan enskild efter överlämning av läkemedel.

I lagen regleras inte ett specifikt läkemedel eller administrationsform

I nuläget är det framför allt naloxon nässprej som är aktuellt att hantera i syfte att skydda liv och hälsa vid misstänkta opioidförgiftningar. Utvecklingen på läkemedelsområdet går många gånger fort framåt och för att ta höjd för att nya läkemedel som har bättre effekt, är enklare att administrera eller är mer samhällsekonomiskt lönsamt kan utvecklas så har vi i valt att i lagtexten inte ange naloxon nässprej. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får ett bemyndigande att besluta vilka substanser, läkemedel samt vilka administrationssätt och beredningsformer som ska omfattas av lagen.

20.6 Administrering av läkemedel utan samtycke när det föreligger hot mot liv

Förslag: Administrering av läkemedel som verkar som opioidantagonister till en person som inte lämnat sitt samtycke till åtgärden får enligt den föreslagna lagen endast ske för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar en persons liv vid en misstänkt opioidförgiftning och om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Skäl för förslaget

Personer över 16 år anses ha samtyckeskompetens om inte annat särskilt följer av lag eller åtgärdens art.[10] Det legala stöd som finns för att administrera läkemedel till en person som inte samtyckt utanför hälso- och sjukvårdens område kan möjligen hittas i 24 kap. 4 § brottsbalken, som reglerar under vilka förutsättningar ett handlande i en nödsituation kan vara fritt från straffrättsligt ansvar. Det anser vi inte är tillräckligt för den administrering av opioidantagonister som vi föreslår ska kunna få ske. Om det finns risk för ett straffrättsligt förfarande för personer som administrerar opioidantagonister är risken stor att lagen inte kommer tillämpas i den utsträckning som är avsett. Vid förgiftning av opioider påverkas andningen vilket kan leda

[10] SOU 2013:2. *Patientlag.*

till medvetslöshet. Personer med misstänkt opioidförgiftning kommer som regel därför inte kunna samtycka till administreringen av läkemedel som verkar som opioidantagonister. Bestämmelsen vi föreslår motsvarar 4 kap. 4 § patientlagen och innebär att administrering av läkemedel som verkar som opioidantagonister kan ske med stöd av bestämmelsen i en nödsituation till en person som inte är i stånd att samtycka till det. Det handlar följaktligen om sådana nödvändiga insatser som inte kan anstå tills personen eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden.

20.7 Ansvar för rekvisition, förvaring, administrering och överlämning

Förslag: Verksamheter som ska hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister ska utse en ansvarig person, som kallas hanteringsansvarig. Den hanteringsansvarige ska ha genomgått en godkänd utbildning och ansvara för rekvisition, förvaring, administrering och överlämning av läkemedel enligt lagen. Den hanteringsansvarige får delegera uppgiften att administrera och överlämna läkemedel till annan personal som genomgått godkänd utbildning.

Skäl för förslaget

Verksamheten ska utse en hanteringsansvarig person

Verksamheten ska utse en person som ansvarar för rekvisition förvaring, administrering och överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister. Den som har detta ansvar ska kallas hanteringsansvarig. Även om det finns få eller inga risker med användning av naloxon, så rör det sig ändå om ett läkemedel som enligt detta förslag till undantagslagstiftning får hanteras av andra än hälso- och sjukvårdspersonal. Det är till exempel viktigt att personer som administrerar och överlämnar läkemedel som verkar som opioidantagonister har kännedom om hur man känner igen opioidförgiftning, hur läkemedlet ges för att det ska få effekt samt att administrering av läkemedlet behöver kombineras med andra livräddande åtgärder. Vi har därför bedömt att det är viktigt att det finns en ansvarig person i

verksamheten, som har rätt kompetens för uppgiften. Den ansvarige personen ska ha god kunskap om hur läkemedlet förvaras och administreras och ska ta ansvar för att läkemedlet förvaras på ett korrekt sätt i verksamheten. Den ansvarige personen får delegera uppgiften att förvara, administrera och överlämna läkemedel som verkar som opioidantagonister till annan personal som har genomgått en godkänd utbildning. Möjligheten till delegering regleras i lagen. Rekvisition får inte delegeras. Skälet till detta är att det underlättar för registerhållningen och öppenvårdsapotekens kontroll vid rekvisition om det endast finns en person per verksamhet som är behörig att rekvirera. Med personal avses alla som arbetar i verksamheten oavsett anställningsform eller om det rör sig om frivilligt och oavlönat arbete.

Krav på godkänd utbildning

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta om kraven på utbildning och vilken eller vilka myndigheter som ska ansvara för att ta fram en sådan utbildning. Myndigheten behöver inte själv ta fram utbildningen, utan kan upphandla en sådan tjänst. Det ska dock vara myndigheten som ansvarar för att utbildningen finns tillgänglig. Den som ska hantera opioidantagonister enligt den föreslagna lagen ska genomgå en godkänd utbildning om administrering, förvaring och överlämning av läkemedel. Genom utbildningen ska denne bland annat få kunskap om hur man känner igen opioidförgiftning, hur naloxon eller andra opioidantagonister fungerar och att en dos kan behöva upprepas. Personen behöver även kunskap om hur man ska agera när någon får en misstänkt förgiftning, exempelvis att det är viktigt att hjärt- och lungräddning (HLR) utförs samtidigt som naloxon administreras och att 112 larmas. Även vid överlämning till enskilda och närstående är det viktigt med utbildning i motsvarande frågor. Utbildningen som den ansvarige personen ska ha genomgått enligt den föreslagna lagen ska omfatta både kunskap som är riktad till den ansvarige personen själv, gällande bland annat förvaring och administrering av läkemedlet, men även kunskap som behöver vidareförmedlas till de enskilda för att dessa ska få läkemedlet överlämnat till sig.

Den myndighet som ansvarar för utbildningen, ska även tillhandahålla någon form av elektroniskt godkännande för dem som genom-

gått utbildningen. De närmare förutsättningarna för utbildningen regleras lämpligen i förordning eller föreskrift.

20.8 Läkemedlet ska vara kostnadsfritt för mottagaren

Förslag: Överlämning enligt den föreslagna lagen av läkemedel som verkar som opioidantagonister ska vara kostnadsfria för den enskilde.

Skäl för förslaget

De läkemedel som administreras enligt den föreslagna lagen ska vara kostnadsfria för den enskilde, eftersom denne inte har möjlighet att samtycka till insatsen i en akutsituation. För att säkerställa att personer som har behov av opioidantagonister har tillgång till läkemedel vid opioidförgiftningar var de än befinner sig, så bedömer vi att även mottagande av läkemedel ska vara kostnadsfritt för den enskilde. Alla delar av överlämnandet ska vara kostnadsfritt vilket innebär att verksamheterna inte heller kan ta betalt för den information som ges vid överlämnande.

20.9 Läkemedelsverket ska ha tillsynsansvar

Förslag: Läkemedelsverket ska ha ett begränsat tillsynsansvar över lagens efterlevnad. Tillsynsansvaret ska endast omfatta öppenvårdsapotekens hantering och kontroll av rekvisitioner.

Läkemedelsverket ska få meddela de förelägganden och förbud som behövs vid tillsynen. Beslut om föreläggande eller förbud ska få förenas med vite.

Skäl för förslaget

Eftersom det i princip inte finns några risker med hanteringen av naloxon eller andra läkemedel som verkar som opioidantagonister bedömer vi att det inte behövs någon omfattande eller genomgrip-

ande tillsyn över lagens efterlevnad. En omfattande tillsyn får kostnadsmässigt och resursmässigt vägas mot riskerna för enskilda om en verksamhet eller ansvarig person inte följer regelverket. Vi ser att riskerna för att en verksamhet ska tillämpa lagen i fel syfte eller på ett felaktigt sätt är relativt små. Det finns inte heller några ekonomiska vinster att göra, eftersom verksamheterna inte får ta betalt för hanteringen av läkemedel enligt lagen. Vi anser därför att en begränsad tillsyn som sträcker sig till att öppenvårdsapotekens kontroll av rekvisitionerna sker på rätt sätt, är tillräcklig.

Vi har övervägt om IVO eller Läkemedelsverket är bäst lämpad att utföra en sådan begränsad tillsyn. Eftersom hantering av läkemedel enligt lagen inte ska anses vara hälso- och sjukvård och inte heller kommer ha legitimerad personal i verksamheterna, har vi kommit fram till att IVO inte ska vara ansvarig tillsynsmyndighet.[11] Vi föreslår därför att Läkemedelsverket ska få ett tillsynsansvar över öppenvårdsapotekens hantering och kontroll av rekvisitioner. Myndigheten har redan idag tillsynsansvar över öppenvårdsapoteken och det är därför lämpligt att de även får ansvar för tillsyn enligt den nya lagen. Enligt lagen (2009:366) om handel med läkemedel får Läkemedelsverket ta ut en avgift för tillsynen. Vi bedömer att det inte ska införas någon ytterligare avgift för tillsynen enligt denna lag.

Administrering av läkemedel som verkar som opioidantagonister och överlämning av läkemedel skulle ha omfattats av IVO:s tillsyn om det varit en verksamhet som bedrev hälso- och sjukvård. I och med att vi föreslår att verksamhet enligt den förslagna lagen inte ska omfattas av hälso- och sjukvårdslagstiftningen så är det inte rimligt att den ska omfattas av IVO:s tillsyn. Eftersom riskerna med administrering är i princip obefintliga ser vi inte heller ett behov av tillsyn i dessa delar. En person som ges en dos naloxon kan inte hamna i ett sämre läge än om läkemedlet inte hade givits personen.

[11] I de fall verksamheterna bedriver socialtjänst, så kommer IVO dock ha tillsyn över verksamheterna.

20.10 Upprättande av och anmälan till register över verksamheterna

Förslag: Verksamheten ska anmäla hanteringen av läkemedel som verkar som opioidantagonister till E-hälsomyndigheten senast en månad innan hanteringen påbörjas. En anmälan ska innehålla uppgifter om namn på verksamheten, var verksamheten ska bedrivas och vem som är hanteringsansvarig. Vidare ska anmälaren ge in underlag som stöder att verksamheten är en sådan verksamhet som omfattas av lagen och dokumentation på genomgången utbildning samt en uppskattning av det förväntade årliga behovet av doser.

E-hälsomyndigheten ska föra register över verksamheterna. Registret får användas för kontroll vid rekvisition, tillsyn, uppföljning och framställning av statistik. E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för registret.

Skäl för förslaget

Anmälan av hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister

En verksamhet utanför hälso- och sjukvården som avser att hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister ska senast en månad innan påbörjad hantering anmäla detta till E-hälsomyndigheten. En anmälan ska innehålla uppgifter om namn på verksamheten, var verksamheten ska bedrivas och vem som är hanteringsansvarig. Vidare ska anmälaren ge in underlag som stöder att verksamheten är en sådan verksamhet som omfattas av lagen och dokumentation på genomgången utbildning samt en uppskattning av det förväntade årliga behovet av doser. Personuppgifter får inte registreras om andra än den som utsetts som hanteringsansvarig enligt den föreslagna lagen.

För att kunna hålla registret uppdaterat ska även väsentliga förändringar i verksamheten anmälas till E-hälsomyndigheten. Exempel på sådana förändringar är om verksamheten läggs ned eller om avbrott görs i den. En anmälan till E-hälsomyndigheten är en förutsättning för att ett öppenvårdsapotek ska kunna godkänna en rekvisition. Expedierande personal vid öppenvårdsapoteken föreslås få ha direktåtkomst till uppgifterna i registret och E-hälsomyndigheten föreslås ha

en uppgiftsskyldighet gentemot personalen på öppenvårdsapoteken. Vi anser att direktåtkomst möjliggör säkrare utlämnande av uppgifter och höjer kvaliteten på uppgifterna som ligger till grund för kontrollen av rekvisitioner.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska få besluta ytterligare föreskrifter om hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras.

Register över verksamheter som hanterar läkemedel som verkar som opioidantagonister

E-hälsomyndigheten ska med hjälp av automatiserad behandling ansvara för register över verksamheter som har anmält till myndigheten att de hanterar läkemedel som verkar som opioidantagonister. Uppgifterna som en anmälan ska innehålla är av grundläggande karaktär och syftar främst till att ge öppenvårdsapoteken information om vilka verksamheter och personer som är behöriga att rekvirera läkemedel.

Ett register kan också användas som informationsbas vid Läkemedelsverkets tillsyn. Genom att skapa ett centralt register ges Läkemedelsverket förutsättning att utöva en effektiv tillsyn över öppenvårdsapotekens kontroll av rekvisitioner. Med hänsyn till att registret föreslås få innehålla personuppgifter ska det regleras i lag. Registret får användas för att öppenvårdsapoteken ska kunna kontrollera att det rör sig om en verksamhet som har anmält sin hantering till registret och att den hanteringesansvarige har genomgått en utbildning. Registret ska också få användas för Läkemedelsverkets tillsyn och för statistik. Statistik från registret kan även användas för uppföljning i form av redovisning av rekvirerade doser och kostnader i enlighet med vårt förslag i kapitel 23.

20.11 Rekvisition av läkemedel ska ske i en mängd som är proportionerlig mot behovet

Förslag: Rekvisition av läkemedel som verkar som opioidantagonister ska ske i en mängd som motsvarar verksamhetens behov.

Ett öppenvårdsapotek får neka behörig beställare helt eller delvis expediering om mängden är oskälig, det finns risk för brist på läkemedlet eller om det finns andra särskilda skäl.

Skäl för förslaget

För att undvika en situation där det riskerar att bli brist på naloxon och andra opioidantagonister är det viktigt att rekvisition sker i en mängd som motsvarar behovet i den aktuella verksamheten. Om en verksamhet är osäker på behovet kan rekvisition i stället ske ofta men i mindre mängder. Enligt uppgifter från Läkemedelsverket till utredningen, så har det under de två senaste åren inte förekommit någon restsituation när det gäller naloxon. Läkemedelsverket bedömer att det inte är troligt att en något ökad efterfrågan skulle orsaka en brist på opioidantagonister i Sverige.

Vi gör bedömningen att trots att risken för en brist är liten, är det viktigt att det finns möjlighet för öppenvårdsapoteken att neka att lämna ut för stora rekvireringar. Vi föreslår därför att öppenvårdsapoteken får neka beställd mängd om den är uppenbart oskälig eller om det finns risk för att det uppstår brist på läkemedlet i bland annat hälso- och sjukvården.

Läkemedelsverkets tillsynsansvar ska omfatta även denna bestämmelse. Vad som ska anses vara oskäligt kan preciseras i föreskrift. Med oskäligt menas till exempel att rekvisitionen avser ett oskäligt antal i relation till storleken på verksamhetens målgrupp och utifrån hållbarheten på läkemedlet. Ett öppenvårdsapotek får även neka expediering av det antalet doser som framgår av rekvisitionen om det finns andra särskilda skäl. Det kan till exempel vara om det kommit till apotekets kännedom att verksamheten fått ett föreläggande att vidta rättelser avseende allvarliga brister inom någon annan myndighets tillsyn.

20.12 Kostnadsfri rekvisition och statlig finansiering

Förslag: Rekvisition av läkemedel ska vara utan kostnad för kommunala verksamheter, enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst och ideella verksamheter.

Regionen där den rekvirerande verksamheten är belägen har kostnadsansvar för läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt den föreslagna lagen. Statlig ersättning till regionerna för kostnaderna ska ske genom statsbidrag.

Statliga myndigheters kostnad för läkemedel enligt den förslagna lagen ska regleras genom ökade anslag.

Närmare om förslaget

I detta avsnitt beskrivs endast hur kostnaderna ska fördelas och hur lagen reglerar kostnaderna. För närmare beskrivningar och beräkningar kring kostnader se kapitel 28.

Ersättningsmodell för läkemedel

Ansvaret för kostnaderna för läkemedelsförmånerna flyttades från staten till regionerna 1998. Avsikten var att staten efter en övergångsperiod i enlighet med finansieringsprincipen skulle kompensera regionerna via det generella statsbidraget till kommuner och regioner. Den slutliga regleringen av finansieringsövergången har ännu inte skett utan regionerna kompenseras alltjämt för kostnaderna för läkemedelsförmånerna genom ett särskilt statsbidrag. Under många år har staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) därför ingått överenskommelser om hur det särskilda statsbidraget till regionerna för kostnaderna för läkemedel ska hanteras.

I 2016 års överenskommelse var parterna eniga om att det finns ett behov av en genomgripande översyn av ersättningsmodellen för läkemedel som omfattas av överenskommelsen samt att en sådan översyn bör ske genom en statlig utredning. Parterna enades också om behovet av att, för såväl stat som region, hitta en mer långsiktig

och förutsägbar finansieringsmodell som skapar förutsättningar att bedriva en modern och effektiv hälso- och sjukvård.[12]

2016 fick en särskild utredare i uppdrag att föreslå en förbättrad finansieringsmodell. Utredningen lämnade sitt betänkande den 1 januari 2019.[13] Utredningen föreslog att statens nuvarande särskilda bidrag för regionens läkemedelskostnader i sin helhet förs över till det generella statsbidraget. Utredningen bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Skäl för förslaget

Vanligtvis hämtar en enskild patient ut ett läkemedel som omfattas av högkostnadsskyddet eller så sker en rekvisition från hälso- och sjukvården. Enligt den lag vi föreslår kommer rekvisition ske av en verksamhet utanför hälso- och sjukvården. Rekvisition av läkemedel ska vara utan kostnad för alla verksamheter utom de statliga. Regionen föreslås ha kostnadsansvaret för läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt den föreslagna lagen. Detta följer principerna för hur kostnadsansvaret är fördelat för andra läkemedel.

Vi föreslår att regionerna ska få bidrag till läkemedelskostnaderna som rekvireras enligt denna lag inom samma system som för förmånsläkemedel och läkemedel enligt smittskyddslagen (2004:168). Det innebär att regionerna ska ersättas genom statsbidrag. Som beskrivs ovan ersätts regionerna i nuläget med särskilda statsbidrag genom en överenskommelse mellan staten och SKR för förmånsläkemedel och smittskyddsläkemedel.

[12] Överenskommelse mellan regeringen och SKR (2016). *Om statens bidrag till landstingen för kostnader för läkemedelsförmånerna m.m.*
[13] SOU 2018:89. *Tydligare ansvar och regler för läkemedel.*

20.13 Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter

Förslag: Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om rekvisition, förvaring, anmälningsskyldighetens fullgörande och tillsyn.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om

1. vilka läkemedel som verkar som opioidantagonister som ska omfattas av lagen, och
2. innehållet i och omfattningen av sådan utbildning som avses i 10 § samt kraven för godkännande av deltagare.

Skäl för förslaget

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer föreslås få meddela ytterligare föreskrifter om rekvisition, förvaring, anmälningsskyldighetens fullgörande och tillsyn. Vidare föreslås regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bemyndigas att meddela föreskrifter angående vilka läkemedel som ska omfattas av lagen och innehållet i och omfattningen av sådan utbildning som den hanteringsansvarige ska genomgå.

20.14 Överklagande

Förslag: Läkemedelsverkets beslut enligt denna lag eller anslutande föreskrifter får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Skäl för förslaget

Beslut om förbud eller vite mot öppenvårdsapoteken ska kunna överklagas. I sin tillsyn över öppenvårdsapoteken får Läkemedelsverket besluta om de förelägganden och förbud som behövs för att regelverket ska efterlevas. Dessa beslut ska kunna överklagas hos allmän

förvaltningsdomstol. Det bör krävas prövningstillstånd för överklagande till kammarrätten.

Öppenvårdsapotekens beslut att helt eller delvis neka expediering av det antalet doser som framgår av rekvisitionen kan inte överklagas.

20.15 Uppföljning och eventuell ytterligare kontroll

Förslag: Regeringen ska ge lämplig myndighet i uppdrag att årligen följa hur lagen tillämpas. Om uppföljningen visar att det finns risk för att rekvisitioner sker i fel syfte eller i för stora mängder, bör regeringen överväga att införa ytterligare kontrollmöjligheter i lagen.

Skäl för förslaget

Som vi konstaterat tidigare i detta kapitel så ser vi inte skäl att införa tillsyn över verksamheterna eller någon ytterligare kontroll över att rätt verksamheter rekvirerar och så vidare. Det beror dels på att vi anser att värdet av att få ett snabbt och brett tillgängliggörande väger tyngre än risken att vissa verksamheter rekvirerar för stora mängder, dels på att vi ser att risken för annan felaktig tillämpning är låg. Men även om riskerna är låga, så bör tillämpningen av lagen följas årligen för att följa upp konsekvenser av införandet av lagen och om avsedd effekt av lagen uppnås. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skulle till exempel kunna vara en lämplig myndighet för ett sådant uppdrag.

21 Förslag om skadereducering och lågtröskelverksamheter

I kapitel 12 redogjorde vi för området skadereducering i Sverige och internationellt samt analyserade utveckling och behov. I detta kapitel redogör vi för de förslag och bedömningar vi menar kan bidra till att skadereducerande insatser kan göras mer jämlika, jämställda och tillgängliga liksom hur lågtröskelverksamheter kan utvecklas i Sverige. Enligt direktiven ska vi

- definiera vad som i Sverige ska anses vara en skadereducerande insats som kan utgöra utgångspunkt för kunskapsbaserat arbete
- undersöka hur befintliga skadereducerande insatser, inklusive LARO och sprututbyte, kan utvecklas och införas i större utsträckning samt bli mer jämlika, jämställda och tillgängliga i hela landet
- föreslå hur lågtröskelverksamhet kan införas i större utsträckning, utvecklas och följas upp
- vid behov lämna förslag på nya insatser som bör vidtas i Sverige för att reducera skador till följd av narkotikaanvändning.[1]

21.1 Skadereducering är en viktig utgångspunkt för förslag och bedömningar

Skadereducerande insatser syftar inte primärt till drogfrihet, utan fokuserar på att förbättra livet och hälsan för individerna, samt att minska negativa konsekvenser i samhället, trots narkotikaanvändning. Det skadereducerande arbetet kan dock många gånger vara starten på en

[1] I direktivet står det *medicinska och sociala skadeverkningar*, men eftersom vi också har till uppgift att definiera skadereducering/skademinskning har vi valt att använda begreppet *skadereducering*.

behandlingsprocess och rehabilitering samt öka villigheten att ta del av vård och stöd.

Vår bedömning är att det inte är tillräckligt tydligt på vilket sätt skadereducering ingår i den svenska narkotikastrategin som en del av ANDTS[2]-politiken i dag. Det finns också begränsat med vägledning från myndigheter genom exempelvis nationella riktlinjer, vägledningar, handböcker eller liknande för att stödja kommuner och regioner i detta arbete. Det behövs tydlighet på nationell nivå om de skadereducerande insatserna och lågtröskelperspektivet ska nå ut i Sverige.

Beslutsfattare och professionella är inte eniga i synen på värdet av att arbeta med sådana insatser när det nationella målet är ett samhälle fritt från narkotika. Det finns dock enligt vår bedömning inget motsatsförhållande mellan en folkhälsopolitisk ansats att förebygga användning av narkotika och att samtidigt begränsa de skador som uppkommer till följd av narkotikaanvändning. Skadereducering är en logisk del av en evidensbaserad och människorättsbaserad narkotikapolitik.

Utifrån exemplet sprututbyten visar vi på betydelsen av nationell styrning och vägledning i de skadereducerande frågorna. Utbyggnaden av sprututbyten i Sverige påbörjades på allvar när regeringen avskaffade kommunernas vetorätt 2016. Först när det blev tydligt att åsikter och värderingar inte längre skulle styra om insatsen kunde införas, ökade antalet startbeslut i regioner. Det har medfört att verksamheterna nu finns på 27 platser i Sverige, jämfört med 9 platser 2016. Alla regioner har fattat politiska beslut om att ha minst ett sprututbyte, en utveckling som tagit 35 år sedan det första sprututbytet i Sverige öppnade.

Perspektivet skadereducering saknas oftast i de verksamheter och hos de yrkesgrupper som möter personer som använder narkotika och dessutom råder det brist på skadereducerande insatser. Det innebär att dessa inte är jämlika och tillgängliga över hela landet. Vår bedömning är att dessa faktorer leder till ohälsa och utsatthet som kan förebyggas. Både ur samhällsekonomiskt perspektiv, hälsoperspektiv och ur ett människorättsperspektiv är insatserna viktiga. Vi har i vårt delbetänkande *Naloxon kan rädda liv* beskrivit den etiska plattform som utgör grunden för förslag om skadereducering. Andra länder har längre erfarenheter och fler verksamheter som är viktiga att lära av när forskning saknas. Vi har därför specifikt inhämtat kunskap genom studiebesök vid sådana verksamheter och detta finns redovisat i kapitel 12.

[2] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks-och nikotinprodukter samt spel om pengar.

I vårt kvalitativa underlag lyfts behoven av fler skadereducerande insatser av företrädare för yrkesgrupper och användare. Det handlar till stor utsträckning om målbilden *Att bli välkomnad till stöd och vård och få hjälp trots återfall eller fortsatt användning av narkotika*. Se mer i kapitel 7 om målbilder.

Vår samlade bedömning är att det behövs ett kraftigare fokus och en ökad statlig tydlighet i dessa frågor, som en delkomponent i narkotikaarbetet nationellt. Vi har identifierat följande hinder som behöver övervinnas och som vi återkommer till i våra förslag och bedömningar:

- Policy och nationell vägledning bör revideras för att inkludera perspektivet skadereducering, så att det ingår som en naturlig del av både svensk narkotikapolitik och god vård och omsorg.
- Regler (lagar och föreskrifter) behöver justeras för att möjliggöra detta.
- Kunskapen behöver öka hos aktörer som arbetar med personer som använder narkotika för att utvecklingen ska gå i ovan nämnd inriktning och attityderna förändras. Det värderingsmässiga motstånd som återfinns behöver hanteras och bemötas med utgångspunkt i människovärdet.
- Stöd, både kunskapsmässigt och genom incitament för pilotutveckling, kan behövas för att huvudmän ska kunna utveckla sådana insatser.

21.2 Förslag till förändring av policy och nationell vägledning

Nedan beskriver vi de förslag och bedömningar som avser förstärka skadereducering vad gäller policy och nationell vägledning.

21.2.1 Förslag till definition av skadereducering inom narkotikaområdet som bör antas av riksdagen

Förslag: Definitionen av skadereducering vad avser narkotika i Sverige ska vara: Skadereducering inom narkotikapolitiken omfattar insatser, program och policyer som utan krav på drogfrihet syftar till att minska de hälsomässiga, sociala och ekonomiska skadorna av narkotikaanvändning för individer och samhället samt öka livskvaliteten för enskilda.

Bedömning: Denna definition bör bli fastställd av riksdagen och kopplas till det riksdagsbundna nationella målet och andra vägledande dokument för narkotikapolitiken.

Skäl för bedömning och förslag

Regeringen har i våra direktiv bett oss föreslå en definition för skadereducering. Vi har i kapitel 12 beskrivit områdets utveckling för insatser i Sverige och internationellt samt de definitioner för området som finns inom internationella organisationer. Vi föreslår en definition som tydligt anger att inriktningen inte förutsätter drogfrihet samt att skadereducerande insatser, program och policy har fokus på att minska skador för individer och samhället. Begreppet skadereducering kan på det medicinska området inrymmas i termen behandling som ju ofta sker i ett flöde och som ett vårdförlopp. Skadereducering är dock en ansats som är bredare än bara individen; insatserna kan också delvis motiveras utifrån skador för andra eller samhället. Exempelvis har störningsproblem i offentliga miljöer eller önskemål om minskad kriminalitet ibland föranlett utveckling av skadereducerande insatser. Dessutom kan även sociala och psykologiska insatser ingå, liksom insatser som sker av polis och rättsväsende för att minska skadorna av narkotikaanvändning för enskilda.

Vi visar i kapitel 12 att det fortfarande är otydligt om den svenska narkotikapolitiken omfattar detta perspektiv, trots att ANDTS-strategierna under de två senaste perioderna har innehållit underrubriker om skadereducering. Vi bedömer att genom en definition som antas av riksdagen skapas bättre förutsättningar för långsiktigt skadereducerande arbete lokalt, regionalt och nationellt.

21.2.2 Målet för narkotikapolitiken kan behöva förändras

Bedömning: Regeringen bör föreslå för riksdagen att målet för narkotikapolitiken som helhet ändras från *ett samhälle fritt från narkotika* till *ett samhälle med minskade skador av narkotika*.

Skäl för bedömningen

Som följd av att vi föreslår att en definition för skadereducering bör antas av riksdagen för att tydliggöra området och dess betydelse i en långsiktigt narkotikapolitisk strategi, menar vi också att regeringen bör överväga att föreslå en ändring av det av riksdagen antagna målet för narkotikapolitiken. Vi bedömer att målet i sig har haft både möjliga positiva och negativa konsekvenser för enskilda människor och samhälle. Vårt uppdrag har varit att fokusera på att förbättra hälsan och livet för dem som använder narkotika. I detta bedömer vi att målet verkat menligt för målgruppen och inte främjat överlevnad och hälsa. Även om skadereducering är en del av ANDTS-strategin för 2022–2025, bedömer vi att perspektivet bättre behöver synliggöras i det nationella målet för narkotikapolitiken på motsvarande sätt som tidigare gjorts för alkohol.

En invändning man kan ha handlar om huruvida det är förenligt med en restriktiv narkotikapolitik att inkludera skadereducering i ett riksdagsbundet mål? Är detta förenligt med att narkotikaanvändning är straffbart i Sverige? Vi bedömer att det inte finns något motsatsförhållande mellan å ena sidan en restriktiv och folkhälsobaserad narkotikapolitik och å andra sidan en politik för att minska skador till följd av narkotikaanvändning. Andra länder har anammat sådana mål, exempelvis Australien, Danmark och Norge, samtidigt som användning och/eller innehav för användning är fortsatt straffbart i ett bredare samhällsperspektiv och i samhället utanför de skadereducerande verksamheterna. Att det i många länder finns en *de facto* avkriminalisering, det vill säga att lagstiftningen kriminaliserar bruk och innehav för eget bruk utan att kontrollinsatserna har detta fokus, är ett sätt att närma sig skadereducering. Även i en svensk kontext framförs av poliser att

lagföring och straff inte är verkningsfullt för att minska användning av narkotika hos personer som utvecklat skadligt bruk eller beroende.[3]

Dessutom har vi decennier av alkoholpolitik bakom oss baserad på samma princip, en restriktiv och folkhälsobaserad ansats där målet för politikområdet är att minska skador. Det innebär att en totalkonsumtionsmodell medför att det finns regleringar inom alkoholområdet för att begränsa tillgängligheten, vilka påverkar enskilda genom monopol, åldersgränser, serveringstillstånd och liknande. Sådana begränsningar påverkar enlig modellen därmed den totala användningen och associerade risker i befolkningen. Vi menar att mycket talar för att det är möjligt att överföra sådana resonemang till narkotikaområdet.

En folkhälsobaserad narkotikapolitik syftar till att förhindra användning av narkotika, och kombineras med en human narkotikapolitik som också syftar till att begränsa skador som uppkommer till följd av narkotikaanvändning. Vi anser *inte* att det faktum att narkotikaanvändning är olaglig kan användas som argument mot att skadereducering förstärks. Ett exempel för att visa på ett liknande resonemang är att trots att det är olagligt att köra för fort, fortsätter samhället att förbättra mitträcken, förbättra säkerhet på bilar och vårda dem som drabbats av trafikolyckor på grund av fortkörning.

Genom att tydliggöra skadereducering som en del av flera delar (tillsammans med kontrollbegränsning, förebyggande och andra vård- och stödformer) av en folkhälsobaserad och långsiktig narkotikapolitik, förordar vi att framtida insatser utvecklas baserat på gällande kunskapsläge och beprövad erfarenhet. Att arbeta för att reducera skador innebär inte att möjligheten att slussas vidare till andra insatser med andra mål uteblir. Målet kan fortsatt vara att individer på lång sikt slutar att använda narkotika men det förutsätter att samhället skyddar deras liv och hälsa tills det är möjligt att uppnå.

Att arbeta stödjande och motiverande är en viktig del av en fungerande vårdkedja utifrån individens process. Förtydligande av det skadereducerande synsättet i det nationella målet innebär ett perspektivskifte som bör ingå i social, psykologisk och medicinsk verksamhet liksom bland rättsvårdande aktörer.

Ett argument som framförts är att en eventuell förändring av målet skulle göra det svårare för aktörer inom det preventiva området att vara tydliga, exempelvis gentemot ungdomar vad gäller skadeverkningar av

[3] Norgren, J. m.fl. (2022). *Police officers' attitudes and practices toward harm reduction services in Sweden – a qualitative study.*

narkotika. Vi menar att det preventiva arbetet inte behöver påverkas av ett förändrat mål som syftar till att minska skador, där mycket talar för att det är effektivt på samhällsnivå att förebygga användning, både enstaka användning och mer regelbunden användning. Vårt fokus är en folkhälsobaserad ansats och vi gör ingen bedömning av det nationella målet utifrån ett kriminalpolitiskt perspektiv. Vid genomförandet av ett nytt mål för narkotikapolitiken är det angeläget att fokusera på de konsekvenser narkotika har för enskilda, men också för anhöriga och för samhället. Hur frågan hanterats i andra länder har vi redovisat i kapitel 12.

21.2.3 Skadereducering ska inkluderas i riktlinjer och vägledningar på nationell nivå

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att uppdatera de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende med insatser, metoder eller arbetssätt som syftar till skadereducering enligt den föreslagna definitionen av begreppet skadereducering avseende narkotika.

Bedömning: De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende bör utvidgas till att omfatta fler aktörer än regioner och kommuner.

Skäl för förslaget och bedömningen

Vi föreslår att insatser för skadereducering och den föreslagna definitionen omfattas av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Vi bedömer att utfallsmåtten för de insatser som beskrivs i riktlinjerna behöver breddas för att också göra det möjligt att rekommendera insatser som syftar till smittskydd, minskad narkotikaanvändning, minskat risktagande i samband med narkotikaanvändning, överlevnad, livskvalitet eller liknande.

Riktlinjerna behöver tydliggöra insatser, verksamheter och arbetssätt som främjar målet inom området, vilket inte enbart eller genast är drogfrihet. Utveckling av riktlinjer, vägledningar eller liknande behöver ske i tät dialog mellan myndigheterna om det påverkar såväl vård

och stöd vid skadligt bruk eller beroende som smittskydd eller sjukdomsförebyggande insatser.

Vi föreslår i kapitel 22 att Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) också ska ges möjlighet att initiera en samordnad individuell planering (SIP) respektive samordnad verkställighetsplanering i syfte att underlätta för utslussning från institutions- eller anstaltsvistelse till samhället. Det är angeläget att de aktörer som samverkar kring en individ har samma kunskapsbas för insatser, varför riktlinjerna också bör utvidgas till att rikta sig till Kriminalvården, SiS och om möjligt civilsamhällets aktörer. Detta kan underlätta vård- och stödkedjor.

21.2.4 Lågtröskelperspektiv kan förstärkas och omotiverade krav på drogfrihet ska kartläggas

Förslag: Regeringen ska ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA) i uppdrag att systematiskt kartlägga huruvida omotiverade krav på drogfrihet, eller krav kopplade till påbörjad behandling för att ta del av andra insatser, finns i vård- och stödverksamheter till personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Bedömning: Lågtröskel som ett perspektiv inom ramen för begreppet god vård och omsorg bör anammas genom hela vårdkedjan och inte uteslutande kopplas till skadereducerande insatser.

Skäl för bedömningen och förslaget

I våra dialoger med främst personer som använder narkotika men även med verksamhetsföreträdare och forskare så får vi indikationer på att det fortfarande är vanligt förekommande med krav på drogfrihet. Detta gäller även i de fall där det inte är motiverat av medicinska eller andra skäl. Detta får konsekvenser för personer som har skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga. Tillsammans med andra faktorer kan olika uppfattningar om drogfrihet skapa variationer över landet och skapa trösklar för att komma in i eller få stanna kvar i behandling. Vi har också hört att många känner skam när de återfaller i an-

vändning av narkotika och att det hänger samman med att många insatser villkoras med drogfrihet. Att det i kontakter med socialtjänst och hälso- och sjukvård är vanligt att ha en känsla av att bli bestraffad om man inte kan leva upp till förväntningarna, som att exempelvis dyka upp nykter till ett möte på utsatt tid. Bestraffningen är både emotionell och i form av bestraffande påföljder. Att inte dyka upp vid utsatta tider för möten kan leda till en förlorad chans till bostad, och därmed också indirekt en förlorad chans till behandling som förutsätter bostad. Drogfrihet framställs som ett oflexibelt begrepp. Tillfrisknande från skadligt bruk eller beroende sker ofta i en ojämn kurva, vilket gör det svårt att prata om drogfrihet. Man behöver jobba med att stärka vårdpersonalens kunskap om att förstå och acceptera att återfall är en del av processen för tillfrisknande.

Det har även visat sig att det kan finnas barriärer i de olika systemen för försörjning; exempelvis för ekonomiskt bistånd eller de statliga stöden vid sjukdom eller arbetsmarknadsinsatser. Regelverk som styr ersättning vid sjukdom liksom bedömningar om en individ efter sjukskrivning kan stå till arbetsmarknadens förfogande är svårtolkade. Det kan uppkomma indirekta krav på drogfrihet där individen förutsätts medverka i behandling för att ta del av olika förmåner. I tillämpningen av regelverket för ekonomiskt bistånd har dock tydliggjorts att personer med skadligt bruk eller beroende inte kan få förmåner indragna på grund av att hen inte fullgör uppgjorda behandlingsplaner eller godtar eller fullföljer viss planering. Detta innebär en sanktion som socialtjänstlagen (2001:453), SoL, inte ger utrymme för.[4]

Genom våra kvalitativa underlag uppfattar vi att det är relevant att analysera förekomsten av omotiverade krav på drogfrihet vidare. Detta anser vi bör genomföras systematiskt av MyVA i syfte att få en objektiv bild av omfattningen liksom underlag för vidare åtgärder. Uppdraget bör genomföras i dialog med myndigheter, såsom Socialstyrelsen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Vi bedömer med anledning av ovanstående att lågtröskel som ett perspektiv inom ramen för begreppet god vård och omsorg som kan anammas genom hela vårdkedjan och inte uteslutande kopplas till skadereducerande insatser.

[4] Socialstyrelsen (2021). *Ekonomiskt bistånd. Handbok för socialtjänsten.*

21.3 Justering av lagstiftning, förordningar och föreskrifter för att möjliggöra skadereducerande insatser

I kommande avsnitt beskriver vi de regulatoriska förändringar vi anser vara nödvändiga för att förstärka det skadereducerande perspektivet i Sverige.

21.3.1 Sprututbytesverksamheter ska få ett bredare syfte och genom lagförändringar nå fler som injicerar narkotika

Bedömning: Utbudet av lågtröskelverksamheter som kan erbjuda flera skadereducerande och hälsofrämjande insatser samtidigt bör utökas. Sprututbytesverksamheter kan fylla en sådan funktion.

Förslag: Lag (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ska ändras så att syftet utvidgas till att även omfatta uppgiften att främja psykisk och fysisk hälsa. Tillståndskravet för verksamheten tas bort och ersätts med en anmälningsplikt. Även fortsatt gäller att åldersgränsen för verksamheten är 18 år, men även yngre personer ska, om särskilda skäl föreligger, undantagsvis kunna ta del av verksamheten. Krav på återlämning av sprutor och kanyler tas bort och ersätts med skrivningar om att verksamheten ska främja återlämning av sprutor och kanyler.

Skäl för förslaget och bedömningen

Förslag om obligatoriska sprututbyten som lågtröskelmottagningar i varje region, med en skyldighet att arbeta för att främja både psykisk och fysisk hälsa, lades fram av Samsjuklighetsutredningen.[5] Vi anser liksom Samsjuklighetsutredningen att lagens syfte ska utvidgas utöver att förebygga spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer som använder narkotika samt bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan motiveras för vård och behandling. Lagens och verksamheternas syfte ska vara att främja psykisk

[5] SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

och fysisk hälsa för att också kunna fungera som en lågtröskelverksamhet för personer som injicerar narkotika utifrån deras samlade behov. Eftersom 20 av 21 regioner redan har startat sprututbytesverksamhet på minst en plats och en region avser öppna under 2023 bedömer vi att det i dagsläget inte är nödvändigt att införa ett obligatoriskt krav för sprututbytesverksamhet då det redan i praktiken finns över hela landet. Däremot behöver arbete fortsätta för att följa insatsen och verka för att den bedrivs utifrån det delvis förändrade syftet vi föreslår ska gälla. Vi bedömer att Socialstyrelsen vid en förändrad lagstiftning bör revidera den föreskrift som gäller för området, också vad gäller dess namn, för att bättre överensstämma med lagens syfte och gällande språkbruk.[6]

Vi menar, i likhet med Samsjuklighetsutredningens förslag, att verksamheten inte ska vara tillståndspliktig, men däremot anmälningspliktig, till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Det motsvarar vad som gäller för andra sjukvårdsinsatser, exempelvis LARO-verksamheter, där anmälan ska göras till IVO. Vi menar att insatsen nu, till skillnad från när lagen tillkom 2006, är en del av ordinarie hälso- och sjukvård och att särskilda tillstånd inte längre är befogade eller motiverade.

Vi föreslår att åldersgränsen för att ta del av verksamheten fortsatt är 18 år, men kompletteras med en bestämmelse om att när särskilda skäl finns, kan även personer under 18 år ta del av verksamheten. Med särskilda skäl menas att bestämmelsen ska användas i undantagsfall och då det uppenbart är för barnets bästa att sprutor eller kanyler lämnas ut. Studier har visat att debuten för att injicera ofta sker innan 18 års ålder. Många smittas också av blodburna smittor, innan 18 års ålder.[7] En nyligen publicerad studie visar att gruppen unga som injicerar är en grupp med omfattande social och medicinsk problematik.[8] Vårt intryck är att olika typer av barriärer, såsom åldersgränser, kan försvåra för verksamheterna att utgöra en lågtröskelyta för målgruppen och kunna fungera som kontaktyta för andra insatser. Att inte ha en absolut åldersgräns påverkar enligt vår bedömning inte heller gällande rätt vad gäller barn och unga. Vi bedömer att sprututbytesverksamheterna i landet förutsätts ha kunskap om och när de behöver

[6] SOSFS 2007:2. *Socialstyrelsens föreskrifter om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika.*
[7] Prop. 2016/17:15. *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige.*
[8] Turner, R. m.fl. (2023). *Legal Minors Who Inject: Differences in Socio-Demographics and Treatment Needs Compared to Adults in a Swedish National Sample of People with Injecting Drug Use.*

aktualisera sin skyldighet att anmäla enligt lagen (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, samt SoL, för det fall personen är under 18 år (exempelvis om inskrivna vid sprututbytet tar med barn eller om en ung person under 18 år söker sig till verksamheten). Av detta följer att personal i sprututbytesverksamheten normalt sett är skyldiga att anmäla till socialnämnden om en person under 18 år vill delta i verksamheten.

Med nu gällande regelverk styrs sprututbytena så att den som får steril injektionsutrustning också behöver återlämna använda sprutor och kanyler. Intentionen med bestämmelsen var att förhindra att sprutor och kanyler lämnas ute i samhället och bidrar till nedskräpning och ökad smittspridning. FN:s världshälsoorganisations (WHO) riktlinjer handlar om ett mål med 300 utdelade kanyler och sprutor per år och per individ som injicerar. WHO:s rekommendation innehåller inte krav på återlämning. Under de senaste åren har återlämningsfrekvensen vid verksamheterna i Sverige sjunkit, från cirka 80 procent år 2018 till cirka 70 procent år 2021. Det har i dialoger framkommit att allt fler verksamheter, exempelvis inom det sociala området, i dag erbjuder behållare där personer som bor på eller besöker verksamheten kan lämna använda kanyler. Vi har inte fått information att sprutor och kanyler i omfattande utsträckning sprids ute i samhället. Däremot finns vittnesmål om att kravet försvårar för verksamheter att nå ut med rena sprutor och kanyler och därmed nå upp till WHO:s mål. Kravet blir en tröskel till en verksamhet som behöver präglas av låga trösklar.

Det är fortsatt angeläget att försöka samla in sprutor och kanyler vid sprututbytena för att förhindra att sådana lämnas i offentliga miljöer, men också för att förhindra att osterila kanyler och sprutor används med de risker detta medför i ett smittskyddsperspektiv. Insamlade sprutor och kanyler kan också bidra till att vid framtida behov analysera narkotikatrender och smittspridning genom de använda kanylerna. Vi bedömer dock inte att kravet ska kvarstå då det riskerar att bli en barriär som är kontraproduktiv.[9] Däremot behöver verksamheterna fortsatt på olika sätt underlätta och stimulera till återlämning av använda sprutor och kanyler genom att uppmuntra till frivillig återlämning. Att främja inlämning av begagnade sprutor och

[9] Redan vid lagändringen 2016 togs kravet bort avseende att sprutor och kanyler som delades ut vid verksamheterna skulle ha en särskild märkning, eftersom det var svårt för verksamheterna att bedriva insatser på så vis.

kanyler kan exempelvis innebära att erbjuda behållare för återlämning vid verksamheten, att fråga patienten om det finns sprutor och kanyler som patienten vill lämna in, att uppmuntra till att vid nästa tillfälle ta med begagnade sprutor eller kanyler eller på annat sätt använda belöningsmekanismer (contingency management) kopplade till att återlämna kanyler och sprutor, exempelvis erbjuda en bonuscheck, presentkort eller liknande vid ett visst antal återlämnade sprutor eller kanyler.[10] Vi föreslår därför att lagen förtydligar att verksamheterna bör arbeta för att stimulera till återlämning av kanyler och sprutor.

Slutligen kan de förändringar vi föreslår i lag och som följd också i tillhörande föreskrift om sprututbyte innebära vissa begränsningar avseende Socialstyrelsens möjligheter att följa upp verksamheten. Detta sker i dag genom årlig verksamhetsrapportering till IVO och genom att verksamheterna fyller i en av myndigheterna gemensamt framtagen blankett. Att kunna ha en nationell bild av antalet verksamheter, deltagare, substanser som används, fördelning i åldrar och kön bland deltagarna i verksamheterna är angeläget ur ett nationellt perspektiv, för analyser om gruppen som injicerar och för internationell rapportering. Vi bedömer att sådan grundläggande information om gruppen kan erhållas genom att samtliga verksamheter använder den specifika KVÅ[11]-kod som finns för sprututbyte och som medför att data om gruppen kan inhämtas genom patientregistret. Detta förutsätter dock att informationen rapporteras av läkare. Vårdkontakter och insatser utförda av sjuksköterskor inom somatisk vård registreras inte i Patientregistret. Vad gäller psykiatrisk vård kommer dock fler personalkategorier kunna rapportera till patientregistret genom en föreskriftsändring som träder i kraft 1 januari 2024. Användningen av en KVÅ-kod kommer kunna möjliggöra analyser av vård, stöd och dödlighet kopplad till personer som injicerar och en förbättrad internationell rapportering. Avseende mer detaljerad information om substanser, debutålder och antalet verksamheter, finns kvalitetsregistret Inf Care Sprututbyte. Registret har hög täckningsgrad, men i dagsläget är region Jämtland Härjedalen, Kronoberg respektive Västernorrland inte anknutna till registret. Vår bedömning är därför att resterande regioner bör ansluta sig. Om registret hade full täckningsgrad skulle

[10] Contingency management är en beteendeterapeutisk metod som används för att stimulera förändring i en individs beteende. Den går i korthet ut på att dela ut belöning som passar den specifika individen och det individuellt satta målet. Belöningen ska förstärka inlärning, främja beteendeförändring och stärka individens engagemang i behandlingen.
[11] KVÅ står för *Klassifikation av Vårdåtgärder.*

det motsvara behoven av aggregerad information för nationell och internationell rapportering och uppföljning om personer som injicerar narkotika, förutsatt att kvalitetsregistret också delade dessa underlag med nationella myndigheter som ansvarar för analys och rapportering inom området. Detta register tillsammans med LARO och uppföljning av patienter i LARO på nationell nivå, är viktiga underlag för ett arbete med att öka kunskapen om dödsfall till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar.

De förändringar vi föreslår syftar till att öka tillgängligheten till lågtröskelverksamheter i Sverige.

21.3.2 Sprutor och kanyler ska kunna köpas på apotek som komplement till sprututbytesverksamheter

Förslag: Förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler ska ändras för att möjliggöra köp av sprutor och kanyler på apotek.

Skäl för förslaget

Kunskapen om betydelsen av sprututbytesprogram för att förbättra hälsan hos personer som injicerar narkotika är välgrundad. Starkast evidens har program som inte enbart innebär att sprutor och kanyler tillhandahålls eller kan köpas, utan verksamheter där också andra hälsofrämjande insatser görs. Samtidigt är det i många länder möjligt att köpa kanyler och sprutor. I exempelvis Australien kan sprutor och kanyler dels tillhandahållas kostnadsfritt genom automater i anslutning till mottagningar som besöks av personer som injicerar narkotika, dels köpas på apotek och dels tillhandahållas genom sprututbyten.

Sprututbyten i Sverige bedrivs i många fall redan i dag, och än mer om de förslag vi lägger går igenom, som program med bredare insatser än enbart att tillhandahålla sterila injektionsverktyg. Samtidigt är det olyckligt om den som vill och har möjlighet att förbättra sin hälsa i dag inte får göra så eftersom köp på apotek är förbjudet, om syftet är att använda kanylen eller sprutan för att injicera narkotika. Detta regleras i lag (2012:595) om införsel av och handel med sprutor och kanyler samt förordning (2012:596) om införsel av och handel

med sprutor och kanyler.[12] Det finns ett viktigt värde i att göra det möjligt för den som vill att köpa sprutor och kanyler och att kunna skydda sig och andra mot sjukdomar. Vi föreslår därför att regelverket ändras för att möjliggöra detta.

De apotek som vill ta in produkten och göra det möjligt att köpa sprutor och kanyler för enskilda som en del av det receptfria sortimentet kan om förordningen ändras göra så. Sprutor och kanyler bör dock förvaras bakom disk och apotek bör också vid behov tillhandahålla återlämningskärl för använda sprutor och kanyler i verksamheten. Det finns normalt sett ingen åldersgräns för att få köpa receptfria läkemedel på apotek. I detta fall regleras i 4 § lag (2012:595) om införsel av och handel med sprutor och kanyler genom att försäljning av sprutor eller kanyler till den som inte har fyllt 20 år endast får ske om köparen kan styrka att produkterna behövs för köparens eget eller familjemedlems medicinska bruk. Vi bedömer att nuvarande åldersgräns, 20 år, bör bibehållas. Vi menar att det är rimligt att ha kvar denna åldersgräns i regelverket eftersom det är särskilt angeläget att kunna fånga upp unga som använder narkotika, vilket bäst kan göras om de får sprutor eller kanyler vid någon av de sprututbytesverksamheter som finns och där åldersgränsen, om inte särskilda skäl föreligger, är satt till 18 år.

Förslaget om att det ska vara möjligt att köpa sprutor och kanyler på apotek innebär att så länge sprutor och kanyler säljs utan recept omfattas de inte av högkostnadsskyddet och den enskilda personen får betala för dem. Om beroendemottagningar, sprututbyten eller annan hälso- och sjukvård för att underlätta för dem som injicerar att få sprutor och kanyler, exempelvis om de bor långt ifrån specialiserad vård, skriver recept på sprutor och kanyler blir det i stället en expedition på apotek. Sådana produkter som sker med expedition ingår i läkemedelsförmånerna med generell subvention av högkostnadsskyddet.

Kan detta förslag riskera att underminera det viktiga smittskyddsarbete och behandlingsarbete kring blodburna smittor som sprututbytena i dag bedriver? Vår bedömning är att det trots allt kommer vara en liten del av dem som injicerar som väljer att köpa på apotek, dels eftersom det är gratis vid sprututbytesverksamheter, dels för att de flesta ändå vill ha och behöver den kontakt och övriga verksamhet

[12] 3 § Den som bedriver handel med sprutor eller kanyler ska iaktta att försäljning inte sker när omständigheter ger anledning till misstanke att varan kan komma till användning vid missbruk av narkotika eller dopningsmedel.

som sprututbytena i dag erbjuder eller lotsar vidare till, såsom somatisk vård och infektionsvård. Vidare föreslår vi också att nuvarande åldersgräns 20 år, för att köpa sprutor och kanyler för medicinskt bruk vid öppenvårdsapoteken, bibehålles.

21.3.3 Brukarrum inom ramen för gällande straffrätt ej möjliga

Bedömning: Vi bedömer att det krävs ett undantag från gällande straffrätt för att möjliggöra införande av brukarrum som reguljär verksamhet. Utan ett sådant undantag kan inte verksamhet bedrivas på ett sådant sätt att den patient som besöker verksamheten kan försäkras straffrihet. Värdet av insatsen bör beaktas inom ramen för den översyn av narkotikastrafflagen som vi lämnar som bedömning i kapitel 22.

Skäl för bedömningen

Vi har i kapitel 12 redogjort för kunskapsläget och forskningen inom området. Brukarrum är en insats som funnits länge och som utvecklats vidare i många länder.

Vi tar inte ställning till om det finns behov av att införa denna insats i dagsläget. För det fall att behov finns eller uppkommer lokalt eller regionalt, eller om exempelvis narkotikamarknaden förändras, kan dock behov uppkomma som behöver hanteras skyndsamt, inte minst för att kunna utveckla nödvändiga kontaktytor eller hantera oavsiktliga förgiftningar.

Inom den nationella kunskapsstyrningsorganisationen utvecklar huvudmännen insatser som är kunskapsbaserade utifrån stöd i nationella riktlinjer och om insatsen möter behov utifrån regionala och lokala förutsättningar. I dagsläget är vår bedömning att det inte är möjligt inom ramen för reguljär hälso- och sjukvård att införa brukarrum även om kunskapsläget skulle ge stöd för insatsen. Om sådana insatser ska startas i dagsläget så bedömer vi att de behöver bedrivas som en etikgodkänd försöksverksamhet kopplad till forskning och utifrån gällande strafflagstiftning. Ett nära samarbete med Polismyndigheten är då nödvändigt och att rutiner tas fram för hur rapporteftergift kan tillämpas för personer som deltar i verksamheten.

Om verksamheten ska kunna bedrivas som ordinarie verksamhet, och inte som projekt eller försöksverksamhet, krävs att det införs undantag i straffrätten. För att underlätta för lagstiftaren framöver har vi tagit fram några punkter som en eventuell lagstiftning behöver inkludera för att möjliggöra ett införande av den skadereducerande insatsen hälsocentraler som inkluderar brukarrum. Att göra det möjligt med brukarrum i Sverige är inte detsamma som att de införs. Om behov och resurser finns för detta avgörs av respektive region utifrån bästa tillgängliga kunskap och andra faktorer. Genom lagstiftning inom området, snarare än som enskilda forskningsprojekt, finns större förutsättningar för möjlighet till god och jämlik vård.

Personer som besöker brukarrum har med narkotika, men får sprutor, kanyler och eller annan utrustning som behövs för att injicera eller inta narkotika. Utrustning för att exempelvis inhalera kan i vissa fall också tillhandahållas. För det fall oavsiktliga förgiftningar inträffar, eller skador uppstår till följd av narkotikaanvändning, så bör personalen befrias från ansvar enligt bestämmelser som i övrigt gäller inom hälso- och sjukvård. Förutom straffrättsliga förändringar så kan det även behöva utredas hur insatserna ska förhålla sig hälso- och sjukvårdslagstiftningen samt vilka försäkringar som gäller för både de som besöker verksamheterna och personalen.

Vi är dock av våra direktiv förhindrade att lämna förslag inom straffrättens område. I kapitel 22 lämnar vi en bedömning att regeringen bör initiera en översyn av narkotikastrafflagen och påföljderna vid narkotikabrott för att bland annat utreda hur lagen påverkar de medicinska och sociala skadeverkningarna och om personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds vård- och omsorgsinsatser i tillräcklig omfattning. Värdet av brukarrum kan enligt vår bedömning inrymmas i en sådan översyn.

21.3.4 *Drug checking* är inom gällande straffrätt ej möjligt

Bedömning: Vi bedömer att det krävs ett undantag från gällande straffrätt för att möjliggöra införande av *drug checking* som reguljär verksamhet. Utan ett sådant undantag kan inte verksamhet bedrivas på ett sådant sätt att den patient som besöker verksamheten kan försäkras straffrihet. Värdet av insatsen bör beaktas inom ramen för den översyn av narkotikastrafflagen som vi lämnar som bedömning i kapitel 22.

Skäl för bedömningen

Vad gäller *drug checking*, en plats dit användare kan komma för att testa innehållet i den narkotika de köpt, krävs även andra förändringar än de nämnda ovan som avser brukarrum. Vi har i kapitel 12 beskrivit länder som infört sådan verksamhet och det aktuella forskningsläget. Sådan verksamhet bedrivs oftast inte som hälso- och sjukvård utan mer som någon form av laboratorieverksamhet. När det gäller personal som hypotetiskt skulle kunna arbeta med *drug checking* eller liknande krävs ytterligare undantag för att säkerställa att personalen kan hantera narkotikan på ett lagligt sätt. Vi bedömer att det behövs ett tillägg i lagen (1992:860) om kontroll av narkotika i sådana fall. I 7 § 7 p. bör då införas en ny bestämmelse som tillåter innehav av narkotika för dem som arbetar inom en sådan verksamhet. Möjligheten att bedriva en verksamhet som tillhandahåller *drug checking* bedömer vi bör regleras i en särskild lag om verksamheten ska införas i Sverige. *Drug checking* kan vara allt ifrån att dela ut material för att en brukare själv ska kunna snabbtesta en substans, till avancerade tester på plats eller att prover skickas in via post. I en lag som reglerar *drug checking* skulle det även behöva regleras vilket ansvar personal och verksamheterna har för ett test som visar ett felaktigt resultat eller inte fullt ut tillförlitligt resultat.

Vi har inte närmare utrett möjligheten eller behovet av att införa *drug checking* i Sverige eftersom vi inte ska lämna förslag som påverkar straffrätten. I kapitel 22 lämnar vi en bedömning att regeringen bör initiera en översyn av narkotikastrafflagen och påföljderna vid narkotikabrott för att bland annat utreda hur lagen påverkar de medicinska och sociala skadeverkningarna och om personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds vård- och omsorgsinsatser i tillräcklig omfattning. Värdet av *drug checking* verksamhet kan enligt vår bedömning inrymmas i en sådan översyn.

21.3.5 Komponenter som behöver hanteras i eventuell reglering av brukarrum respektive *drug checking*

Kunskapen och forskningen inom området, liksom de undantagslagstiftningar från straffrättsliga regleringar som har gjorts i exempelvis Danmark och Norge, redovisas i kapitel 12. Vi tar inte ställning till de förslag och bedömningar som lagts av myndigheter och utredningar inom detta område. Detta då vi av direktiven är förhindrade att lämna

förslag inom straffrättens område. Vi vill dock bidra med mer kunskap i frågan.

En eventuell reglering skulle kunna utformas så att fler skadereducerande insatser kan ingå (såsom också exempelvis *drug checking* eller andra verksamheter). Lagens uppbyggnad kan lämpligen till viss del likna lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, med de ändringar vi föreslår av syftet i detta betänkande. Följande skulle kunna ingå i en lag om brukarrum, eller en lag om andra skadereducerande insatser som bedrivs som insatser för att främja liv och hälsa, om dessa skulle införas framöver

- syftet med verksamheten
- vem som får bedriva verksamheten
- målgruppen för verksamheten
- om verksamheten endast ska rikta sig till brukare som injicerar eller om narkotika ska kunna intas på annat sätt
- hur det ska avgöras vem som tillhör målgruppen
- krav på personer som besöker verksamheten
- regler om ansvarsfrihet för dem som besöker verksamheten.

21.4 Kunskapen om skadereducering behöver stärkas

Nedan redovisar vi de förslag och bedömningar som kan stärka kunskapen om skadereducering i Sverige.

21.4.1 Den nationella kunskapsstyrningen behöver beakta skadereducering

Bedömning: Huvudmännen bör inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen, för såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst, arbeta för att sprida kunskap om definitionen för skadereducering och hur den påverkar det professionella utövandet. Genom att inkludera området i överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kan detta arbete stärkas.

Skäl för bedömningen

Vår bedömning är att kunskapsnivån om vad skadereducering innebär och ett förhållningssätt som möter människan där hen är utan höga trösklar behöver stärkas på olika nivåer för att förslag inom området ska kunna genomföras och få effekt. Vi bedömer att kunskapshöjande insatser som utgår från ett skadereducerande perspektiv behöver inkluderas i pågående arbeten och processer som exempelvis *Yrkesresan* inom socialtjänsten. Vård- och insatsprogram för missbruk och beroende, eller andra närliggande områden, kan behöva kompletteras. Genom att kunskapsstyrningen anammar ett skadereducerande angreppssätt stärks förutsättningarna för att personer som använder narkotika ska få en mer jämlik och kvalitativ vård och omsorg. I kapitel 27 redogör vi för sådant arbete och hur medel kan komma huvudmännen till del.

21.4.2 Incitament kan bidra till metod- och pilotutveckling inom området skadereducering och lågtröskelperspektiv

Förslag: Regeringen ska avsätta medel för att stimulera kunskapsutveckling inom området skadereducering och lågtröskelverksamheter. Syftet med medlen är att möjliggöra för kommuner och regioner, samt om möjligt även statliga aktörer, forskningsaktörer och civilsamhälle, att genomföra och utvärdera pilotverksamheter och samverkansformer för att stärka det skadereducerande arbetet. Sådana medel ska kunna utgå efter ett ansökningsförfarande. Socialstyrelsen bedöms vara en lämplig aktör för att bedöma och fördela sådana medel.

Skäl för förslaget

På grund av de värdegrundade och åsiktsmässiga synpunkter om skadereducering som länge förekommit i Sverige har utvecklingen gått långsamt. I flera nationella rapporter och under en lång period har exempelvis förslagen om mobila verksamheter lyfts fram som angelägna, men trots detta är sådana verksamheter och initiativ sällsynta. Vi bedömer att en flerårig satsning med statsbidrag som delas ut efter ansökningsförfarande ska införas. Vi föreslår att Socialstyrelsen ska han-

tera och bedöma sådana ansökningar och förslaget är ett sätt stimulera innovation inom området. Liknande satsningar har genomförts i exempelvis Storbritannien som bidragit till innovationer inom området skadereducering.

Vi menar att det kan behövas pilotverksamheter för att prova och testa insatser som är innovativa för en svensk kontext och att detta behöver kopplas till forskning och utvärderingskrav.

Inom området hälsofrämjande levnadsvanor fördelar Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, årligen 5 miljoner kronor för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer. Vi förespråkar en liknande ordning för en eventuell satsning inom skadereducering. En förutsättning för statsbidragen bör vara att de kopplas till forsknings- och utvärderingsstrukturer. Vi anser att statsbidragen bör syfta till att utveckla

- mobila verksamheter och samverkan för att minska skador till följd av narkotikaanvändning och stimulera till god och nära vård över hela landet (exempelvis uppsökande sjukvård och socialt arbete tillsammans)
- insatser och samverkan för att erbjuda tandvård med låga trösklar till personer med skadligt bruk eller beroende
- digitala verktyg och metoder inom det skadereducerande området
- insatser och metoder för att stärka ett lågtröskelperspektiv
- metoder, verktyg och insatser som berör både skadereducering och somatisk respektive psykiatrisk samsjuklighet
- integration, samlokalisering eller förtätad samverkan mellan LARO och sprututbyten
- stärkt samarbete om somatisk vård mellan primärvård, LARO, sprututbyten, sociala verksamheter och boenden för målgruppen
- insatser för att nå ut med naloxon, inklusive utbildning, och överdosprevention
- insatser för att utveckla skadereducerande arbetssätt vid akutmottagningar i samband med narkotikarelaterade förgiftningar
- insatser inom polismyndigheten eller mellan polis och hälso- och sjukvård respektive socialtjänst för att stärka det skadereducerande arbetet

- pilotutveckling av nya insatser i en forskningskontext såsom brukarrum, *drug checking* eller liknande.

21.5 Vilka insatser behöver införas i Sverige?

I utredningsdirektiven framgår att vi vid behov ska lämna förslag på nya insatser som bör införas i Sverige för att reducera skador till följd av narkotikaanvändning. Vi har i kapitel 12 redogjort för befintliga insatser, forskningsläget samt andra länders erfarenheter.

Vår huvudsakliga bedömning är att Sverige behöver ett perspektivskifte och en tydlighet vad gäller skadereducering. Vi har för detta ändamål lämnat en rad förslag och bedömningar.

Vad gäller konkreta insatser är det relativt sällsynt att staten styr i detalj, då det är upp till huvudmän att tolka innebörden av lagar och regler och införa de insatser som är kunskapsbaserade och utgår från behov. Samtidigt bedömer vi att en ännu tydligare styrning från staten än vad som är brukligt kan vara motiverad, eftersom skadereducering delvis har blivit en värderingsbaserad fråga.

Vår bedömning är att det framför allt är i förhållande till straffrätten som det kan behövas förtydliganden som gör det möjligt att, vid behov, utveckla nya insatser. I övrigt bedömer vi att kunskapsstyrningsorganisationen och de nationella riktlinjerna kommer att medge tillräcklig flexibilitet för att anpassa kommuners och regioners insatser utifrån bästa tillgängliga kunskap samt lokala behov och förutsättningar.

21.5.1 Heroinassisterad behandling är en del av läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

Bedömning: Vi bedömer att heroinassisterad behandling kan bedrivas av hälso- och sjukvården som en läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Detta förutsätter att det finns ett godkänt läkemedel i Sverige som kan användas i behandlingen. När och om så är fallet kan den hälso- och sjukvårdsverksamhet som enligt gällande föreskrift vill bedriva verksamheten anmäla detta till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Skäl för bedömningen

Vi har i ett helt kapitel 17 beskrivit hur betydelsefull LARO-behandling är för personer med opioidberoende och för att minska dödsfall till följd av förgiftningar med opioider. Vår bedömning är att tillgängligheten till LARO behöver öka över hela landet och vårdkedjorna förbättras i samband med sårbara övergångar för att på sikt kunna minska dödlighet till följd av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar. Det finns dock patienter där LARO-behandling med buprenorfin eller metadon inte ger tillräcklig effekt, eller leder till kvarstannande i behandling. I sådana lägen kan behandling med läkemedlet diacetylmorfin eller hydromorfon vara alternativ. Vi har beskrivit forskningsläget för insatsen i kapitel 12.

LARO-behandling regleras genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. I dessa framgår i 1 § att föreskrifterna ska tillämpas av de vårdgivare som bedriver sådan verksamhet som erbjuder behandling med läkemedel som utgör narkotika och som har godkänts för behandling av opioidberoende (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende).

I dag finns inte diacetylmorfin godkänt för behandling i Sverige, däremot hydromorfon. För att ett läkemedel ska bli godkänt behöver ett företag ansöka om godkännande. Ett annat alternativ är att bedriva verksamhet och läkemedelsbehandling som forskningsstudier, förutsatt att processen för insatsen följer gängse regler och rutiner för sådana.

Vi bedömer att tillgängligheten till LARO med buprenorfin respektive metadon behöver förbättras ytterligare i Sverige och ser inte i dagsläget behov av att rikta ett särskilt uppdrag till Socialstyrelsen att inkludera heroinassisterad behandling i de nationella riktlinjerna inom området. När och om läkemedlet för behandlingen finns tillgänglig i Sverige kan frågan hanteras inom kunskapsstyrningen precis som andra kunskapsbaserade metoder och verksamheter.

21.5.2 Lågtröskelmottagningar kan bedriva både sprututbyte och läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

Bedömning: Vi bedömer att verksamheter som bedriver läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) respektive verksamhet för sprututbyte kan bedrivas som en gemensam lågtröskelverksamhet förutsatt att verksamheterna följer gällande föreskrifter. På sikt kan det övervägas om gemensamma föreskrifter för lågtröskelverksamheter bör utvecklas.

Skäl för bedömningen

För personer i skadligt bruk eller beroende, som också i många fall har annan psykiatrisk och somatisk samsjuklighet, kan många olika vårdkontakter innebära en påfrestning. Ett sätt att förenkla för den enskilde är att i stället erbjuda flera insatser där personen befinner sig. En del personer som tar del av LARO besöker också sprututbyte, vårdcentralen, infektionsmottagningen, psykiatrin och så vidare. Vi bedömer att samlokalisering kan ske av verksamheter om så bedöms lämpligt och ändamålsenligt så länge olika föreskrifter följs. Se också kapitel 17 om LARO.

21.5.3 Anpassade boendelösningar för personer med skadligt bruk eller beroende bör kartläggas och vidareutvecklas

Bedömning: Boende är centralt för såväl skadereducering som rehabilitering. Socialtjänsten bör aktivt arbeta med att implementera kunskapsbaserade insatser, såsom *Bostad först*.

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att dels kartlägga olika typer av boendeformer utifrån olika lagstiftningar (såsom exempelvis SoL och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS), för personer med skadligt bruk eller beroende, dels utreda behovet av vägledning inom området för att skapa mer enhetlig tillämpning av regelverket i Sverige. I arbetet ska särskilt beaktas hur boende för personer med samtidigt skadligt bruk eller beroende och våldsutsatthet kan säkerställas.

Skäl för bedömningen och förslaget

I våra dialoger har det framkommit att vårdinsatser många gånger förutsätter exempelvis en bostad, och för att få en bostad förutsätts personen ofta vara drogfri och i rehabilitering. Detta är en olösbar situation som försvårar för samordnade vårdkedjor som utgår från personcentrering. Detta innebär dock inte att målet för alla insatser blir att sänka ambitionsnivån. Mer diversifierade insatser som utgår från olika individers behov och förutsättningar kommer att behövas. Både alternativ med fokus på drogfrihet och alternativ med en mer skadereducerande ansats.

Boende är en fråga som vi lyfter genom målbilden *Boende, en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang och sysselsättning.* Detta är områden som är centrala för de allra flesta människor och socialtjänsten har en viktig roll. Regeringen antog 2022 en nationell hemlöshetsstrategi.[13] I strategin framgår att många som lever i hemlöshet har skadligt bruk eller beroende. I strategin framgår inte specifikt om drogfrihetskrav motverkar möjlighet till boende.

Med nu gällande ordning ska socialtjänsten arbeta för att förebygga hemlöshet, samtidigt som det finns begränsade möjligheter för kommuner att erbjuda egen bostad. Regeringen har aviserat en nationell satsning på *Bostad först*, en satsning som vi bedömer vara angelägen. Samtidigt kommer alltid olika kortsiktiga och långsiktiga boendeformer, exempelvis någon form av gruppbostad, att behövas parallellt med fler insatser genom egen bostad med stöd. Möjlighet att bevilja bistånd för bostad med stöd kan ske genom exempelvis LSS eller SoL. Tolkningen har ofta blivit att drogfrihet krävs för insatsen, och drogtester och annat genomförs regelbundet för att personen ska kunna bo kvar.

Det finns enligt vår bedömning behov av fler boendeformer av god kvalitet där drogfrihet inte är ett krav. En sådan verksamhet som vi besökt är Sigtunaboendet i Malmö, där personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika bor i ett gruppboende baserat på SoL-bedömda insatser, och där det finns personal för att erbjuda psykosocialt stöd och arbeta skadereducerande. Personer i boendet sätter tillsammans med personalen egna mål, kan använda narkotika på rummet eller i lägenheten och får stöd för olika samhällskontakter och

[13] Regeringen (2022). *Regeringens strategi för att motverka hemlöshet 2022–2026.*

vårdkedjor mellan socialtjänst, sjukvård och andra aktörer. Boendet arbetar med lågaffektivt bemötande i ett skadereducerande perspektiv.

Vi bedömer att det behöver kartläggas vilka olika boendeformer som finns att tillgå för personer med skadligt bruk eller beroende och hur sådana insatser implementeras och vilka skillnader som finns i landet. Vi har nåtts av önskemål att se över om det behövs ökad nationell vägledning i boendefrågor för gruppen i skadligt bruk eller beroende. Vi har inom ramen för utredningsarbetet inte haft möjlighet att utreda den frågan, men ser det som angeläget att även eventuellt behov av vägledning för att stödja socialtjänsten i detta uppdrag utreds vidare av Socialstyrelsen. Vi beskriver i kapitel 16 särskilt bristen på insatser till utsatta grupper såsom exempelvis kvinnor. Det handlar bland annat om tillgång till skyddade boenden eller att exempelvis *Bostad först* inte alltid fungerar lika problemfritt för kvinnor som för män. En del kvinnor känner rädsla för att få ett eget bostadskontrakt eftersom hot och risk för utsatthet ökar. Sådant bör beaktas i Socialstyrelsens uppdrag.

21.5.4 Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att utreda hur information om hur personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika kan minska risk för skador

Förslag: Regeringen ska ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att tillsammans med civilsamhället och målgruppen utreda sätt att ta fram och sprida upplysningar om olika substanser och värderingsfri information om risker till personer som använder narkotika.

Skäl för förslaget

Vi föreslår att regeringen ska ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att tillsammans med civilsamhället och målgruppen i fråga utreda former för att sprida upplysningar om olika substanser och värderingsfri information om risker till personer som använder narkotika. Det saknas i dag sådan nationell och offentlig information. Den som vill reducera riskerna med narkotikaanvändning behöver i stället själv söka trovärdiga källor. Vi menar att nationell information till personer som

använder narkotika bör utvecklas, liknande den som finns i Norge, i syfte att minska skador och dödlighet.

Vi föreslår att Folkhälsomyndigheten får i uppgift att ta fram en sådan information som är anpassad till målgruppen. Folkhälsomyndigheten har i dag ett ansvar för nationellt Varningssystem Narkotika (VSN) och uppdraget att verka på befolkningsnivå, varför vi bedömer Folkhälsomyndigheten vara den mest lämpade aktören att utveckla information till specifika målgrupper i befolkningen. Arbetet bör också kopplas till det förslag vi lägger i kapitel 15 om att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att analysera och sammanställa aktuell kunskap om hälsoeffekter kopplade till de vanligaste narkotiska substanserna.

22 Vård, stöd och andra insatser för personer som begått brott eller vårdas utan samtycke

I detta kapitel går vi igenom analyser, förslag och bedömningar som på olika sätt rör personer som är frihetsberövade eller som vårdas utan samtycke. Följande punkter i direktivet behandlas i olika grad i detta kapitel:

- Föreslå åtgärder för att stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten för att säkerställa att personer med skadligt bruk eller beroende får adekvata insatser.
- Föreslå hur kontaktvägarna kan stärkas mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten samt andra aktörer i samband med att polisen kommer i kontakt med personer som använder narkotika.
- Med beaktande av aktörernas olika uppdrag, föreslå åtgärder som bidrar till att insatser svarar upp mot den enskildes behov.
- Föreslå om och i så fall hur vård- och stödinsatser kan erbjudas på ett mer systematiskt sätt till personer som döms för ringa narkotikabrott.
- Se över hur vårdinslagen inom de påföljder som används vid narkotikabrott genomförs.
- Undersöka om möjligheten till att initiera en samordnad individuell plan (SIP) kan underlätta Statens institutionsstyrelses (SiS) och Kriminalvårdens arbete med klienter med skadligt bruk eller beroende av narkotika, och vid behov lämna nödvändiga författningsförslag, samt undersöka hur huvudmännen för vård och stöd kan underlätta SiS och Kriminalvårdens arbete med dessa klienter.

- Föreslå hur samverkan med andra aktörer kan stärkas så att det kan säkerställas att andra aktörer tar vid avseende vård och stöd när SiS eller Kriminalvårdens ansvar upphör så att vårdkedjorna håller ihop. I denna del ingår att analysera samverkan kring personer som återkommande döms för narkotikabrott eller blir tvångsomhändertagna enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Fokus i våra förslag och bedömningar är att stärka samverkan, och att vård- och stödinsatser i högre grad erbjuds till personer som har ett skadligt bruk eller beroende och som misstänks för narkotikabrott eller annan brottslighet eller vårdas utan samtycke enligt LVM. Fokus i detta kapitel är personer som dömts för narkotikabrott eller som har dömts för andra brott men har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vi har dock valt att även beskriva förslag som rör samverkan mellan SiS och regionen respektive kommunen i detta kapitel trots att det inte rör sig om personer som är dömda för brott. Skälet till det är att problemen vid utskrivning och övertagande av insatser många gånger liknar de problem som finns för klienter inom Kriminalvården.

Vi ska enligt vårt direktiv inte lämna förslag på det straffrättsliga området, vilket innebär att vi inte har haft möjlighet att föreslå förändringar i lagstiftningen för att till exempel möjliggöra att fler personer skulle kunna dömas till en vård- eller stödinsats i stället för straff. I detta kapitel lämnar vi inte heller förslag på samverkansbestämmelser mellan SiS och hälso- och sjukvården när det gäller barn och unga. Skälet till detta är att Utredningen om barn och unga i samhällets vård har i uppdrag att analysera om det krävs förtydliganden i SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag samt att ta ställning till om SiS bör ges möjlighet att initiera en SIP.[1]

22.1 Hur vill personer med egen erfarenhet och relevanta aktörer att systemet ska fungera?

Vi har samarbetat med Samhällsnytta AB i syfte att kartlägga behov, erfarenheter och önskemål hos målgruppen: personer som använder narkotika och andra personer med beroende eller skadligt bruk. Som

[1] Dir. 2021:84. *Barn och unga i samhällets vård.*

ett första steg tog vi fram målbilder som beskriver vad dessa personer anser är viktigt och värdefullt i mötet med samhällets vård- och stödinsatser. Målbilderna anger en inriktning för hur användare och anhöriga vill se den svenska narkotikapolitiken utvecklad kopplat till vård, socialt stöd, skademinskning och förebyggande insatser. Målbilderna beskrivs närmare i kapitel 7.

I arbetet med målbilderna har vi även haft ett särskilt fokus på rättsprocessen samt hur vård och stöd kan förbättras för personer som misstänks eller döms för brott. Initialt avstämdes upplägget för detta arbete med företrädare för relevanta myndigheter. Syftet var att ringa in området och att få ökad förståelse för hur rättskedjan ser ut för personer som begått narkotikabrott och andra som har haft erfarenhet av såväl kriminalvård som skadligt bruk eller beroende.

22.1.1 Användarresor och resultat

Vi genomförde workshops och intervjuer i form av vad vi kom att kalla *användarresor*. I användarresorna berättade personer som hade begått narkotikabrott eller andra som hade ett skadligt bruk eller beroende och var eller hade varit klienter hos Kriminalvården eller SiS, om processen, vilka aktörer de mött, vilket stöd som erbjudits och vilka förbättringsmöjligheter de såg.

Användarresorna genomfördes på tre olika platser:

- I den första workshopen deltog tolv deltagare, tre kvinnor och nio män, mellan 25 och 75 år som tillhörde ett brukarnätverk i södra Sverige.
- Den andra workshopen var förlagd till ett LVM-hem för kvinnor där åtta kvinnor mellan 20 och 60 år från hela Sverige deltog. De flesta var i tjugoårsåldern.
- Den sista användarresan var i form av en intervju med en kvinna i 18-årsåldern på ett SiS-ungdomshem.

Resultat och analys

Utifrån de intervjuer och workshops som genomfördes med personer med erfarenhet av användning och skadligt bruk av narkotika samt kriminalitet kunde sex olika teman identifieras. Dessa sex teman återkom ofta i berättelserna:

- brist på insatser
- bemötande
- positiva triggers
- behandling under tvång
- övergångar
- handling och konsekvens.

Brist på insatser var bland annat bristen på vård under rättsprocessen. Exempelvis beskrev en person att det saknades behandling eller mediciner för att hantera abstinens i arrest eller häkte. Flera lyfte bristen på behandling under hela rättsprocessen, och man önskade mer vård.

När det gällde bemötande menade flera personer att det behövs mer engagemang från samhället, där man lyssnar mer utan att döma.

Som positiva stärkande faktorer nämndes bland annat att bli erbjuden vård i närmiljön för att kunna ha kontakt med nätverket. Det gavs flera exempel på när tiden på anstalt bidragit till en förändring genom bra behandlingsprogram.

Behandling under tvång ansågs av vissa som problematisk eftersom man ansåg att man är mindre mottaglig för vård som man inte valt själv, eller önskade fler chanser till frivillig vård innan tvångsvård. Men det fanns även personer som lyfte positiva erfarenheter med en LVM-tid och att de hade behövt tvångsvård tidigare i processen.

Övergångar, särskilt utskrivning från anstalt, identifierades som ett viktigt område, där någon behöver fånga upp personen för att undvika återfall i ett skadligt bruk.

När det gäller handling och konsekvens framfördes att det är viktigt med snabba handläggningstider, så att personen inte behöver vänta lång tid på en eventuell dom eller ett eventuellt straff.

22.1.2 Workshop om förbättringar i den rättsvårdande kedjan

Under hösten 2022 höll vi i en workshop med huvudsakligt fokus på professioner i kontakt med personer som använder narkotika och som misstänks eller döms för brott. Syftet med att samla aktörer från flertalet av de offentliga organisationer som kommer i kontakt med personer som dömts för brott kopplade till narkotika eller personer som har ett beroende eller skadligt bruk av narkotika var att skapa en bild av hur systemet skulle kunna fungera bättre. Vi ville till exempel få svar på vad i dagens system som fungerar och därför ska bevaras, och vad som behöver utvecklas.

I workshopen deltog drygt 20 personer, som representerade

- Polismyndigheten (arrest, utredande polis, SMADIT[2])
- Kriminalvården (fängelse, häkte, frivård)
- Domstolsverket (tingsrätt, förvaltningsrätt)
- Regionens hälso- och sjukvård (psykiatri, beroendevård, Maria-mottagningar)
- Statens institutionsstyrelse
- Kommunens socialtjänst (handläggare för unga och vuxna).

Aktörerna delades in i tre grupper. I den första gruppen låg tyngdpunkten på den rättsvårdande processen för vuxna och kriminalitet (polis, häkte, tingsrätt, fängelse, frivård). I den andra gruppen låg tyngdpunkten på den rättsvårdande processen för LVM (socialtjänst, förvaltningsrätt, SiS, frivård). I den tredje gruppen låg tyngdpunkten på unga personer (socialtjänst, Maria-mottagningar, tingsrätt, SiS).

Workshopen hade två delmoment; dels att individuellt reflektera över vad som skulle behöva förändras för att komma till rätta med de brister som identifierats, dels att tillsammans med andra i gruppen definiera vilka policyförändringar idéerna skulle kräva.

[2] Samverkan mot alkohol och droger i trafiken.

Resultat och analys av workshop om förbättringar i den rättsvårdande kedjan och vård utan samtycke

I detta avsnitt beskriver vi resultaten och analysen utifrån diskussionerna på workshopen. På nationell nivå lyftes frågan om möjligheten att förkorta tiden i belastningsregistret för de uppgifter som har koppling till personens skadliga bruk eller beroende. På regional nivå såg man ett behov av dels någon form av öppen tvångsvård motsvarande den som finns enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT,[3] dels ett snabbspår till vård vid misstanke om narkotikabrott, motsvarande systemet för SMADIT. Nedan beskriver vi några särskilt viktiga områden som har lyfts till utredningen men som vi anser är hanterade inom ramen för andra utredningar eller som vi tagit vidare i andra kapitel.

Öppet intag till vård inom socialtjänsten utan krav på biståndsbeslut

Ett förbättringsområde som togs upp handlade om att socialtjänsten skulle kunna vara mer flexibel och agera snabbt vid behov. Det skulle till exempel kunna ske i form av öppna insatser utan föregående prövning när någon gripits för brott.

Socialtjänstutredningen (SOU 2020:47) föreslog att socialnämnden skulle ges befogenhet att tillhandahålla insatser utan föregående individuell behovsprövning.[4] Syftet med förslaget var att öka enskildas delaktighet och självbestämmande, och samtidigt skapa bättre förutsättningar för effektiv resursanvändning. Detta förekommer i viss utsträckning redan i en del kommuner men mer långvariga insatser behovsprövas som regel alltid. Samsjuklighetsutredningen (SOU 2021:93) föreslog att regionerna skulle ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende. Det innebär att behandling ges enligt principer i hälso- och sjukvården och utan biståndsbeslut.

Både Socialtjänstutredningens och Samsjuklighetsutredningens förslag bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Vi finner båda förslagen ändamålsenliga och anser att de har potential att leda till mer flexibla insatser för individer som är i behov av vård och stöd vid ett skadligt bruk eller beroende.

[3] Lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128).
[4] SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*.

Tvångsvård som liknar öppen psykiatrisk tvångsvård

Flera personer och organisationer har uttryckt behovet av någon mildare form av tvångsåtgärd likt öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT). Sedan 2008 finns möjlighet att bedriva psykiatrisk tvångsvård i öppen form. ÖPT kan bli aktuell om en patient som vårdas enligt LPT inom slutenvården inte längre har ett oundgängligt behov av slutenvård men fortsatt behöver följa särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Samsjuklighetsutredningen har föreslagit att regionen ansvarar för all vård och behandling av personer med skadligt bruk eller beroende inklusive tvångsvård. Om förslaget genomförs så kommer öppen psykiatrisk tvångsvård kunna vara aktuellt även för denna målgrupp.

Nationell kontaktväg

Något som lyftes av flera deltagare var behovet av en nationell kontaktväg för personer som använder eller är beroende av narkotika. Detta innebär att exempelvis en polis som kommer i kontakt med en person med ett misstänkt skadligt bruk eller beroende skulle kunna använda tjänsten för att lotsa personer till rätt vård- eller stödinsats. Frågan behandlas i kapitel 16.

Uppsökande verksamhet på häkte

En fråga som diskuterades av flera var möjligheten att agera just när den enskildes motivation är hög, och företrädare för professionerna menade att det ofta fanns ett sådant utrymme i samband med ett gripande och när den enskilde befinner sig i ett häkte. Därför framfördes förslag som rörde uppsökande verksamhet på häkte.

Vi anser att det är viktigt att personer i häkte erbjuds relevant vård och stöd, och att uppsökande verksamhet skulle vara ett effektivt sätt. Socialtjänsten har redan enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, ett ansvar för stöd och hjälp under kriminalvård på anstalt. Vidare har socialtjänsten ett ansvar för att genom uppsökande verksamhet och på annat sätt främja förutsättningarna för goda levnadsförhållanden.

I avsnitt 22.3 redovisar vi förslag som syftar till att stärka samverkan mellan kriminalvård och socialtjänst och/eller hälso- och sjukvården.

Den samordnade vård- och stödverksamhet som Samsjuklighetsutredningen föreslagit skulle kunna ha en viktig roll i uppsökande verksamhet på anstalter och häkten. I övrigt ingår uppsökande arbete som en del av socialtjänstens uppgifter. Socialnämnden bör därför i sitt uppsökande arbete även rikta in sig på personer som är frihetsberövade.

Individuell koordinator

Ett ytterligare område som deltagarna ansåg viktigt var att hitta lösningar där en och samma ledsagare följer personen genom hela resan. Dels för att fungera som ett stöd, dels för att hjälpa till att koordinera de olika välfärdsaktörerna runt personen.

Personliga ombud inrättades som en del av psykiatrireformen.[5] Tio pilotverksamheter testade olika metoder och arbetssätt för att se hur man kunde arbeta som ett personligt ombud, och utvärderingen av dessa visade att personernas nyttjande av psykiatrisk vård minskade och deras livskvalitet ökade.

Personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika kan ha en sådan psykisk funktionsnedsättning som motiverar stöd i form av personliga ombud. Precis som Samsjuklighetsutredningen påpekat är det viktigt att kommunerna inte utesluter personer med beroende från sådana stödinsatser, om de annars uppfyller kriterierna.[6]

Ett personligt ombud kan således vara en aktuell stödinsats för personer som har en psykisk funktionsnedsättning och antingen är dömda för narkotikabrott eller har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika och är dömda för annat brott. Ett personligt ombud bidrar bland annat till att personen får bättre möjligheter att

- påverka sin livssituation
- vara delaktig i samhället
- få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor.

[5] Prop. 1993/94:218 Psykiskt störda villkor.
[6] SOU 2006:5. Nationella psykiatrisamordning. *Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder.*

I den samordnade vård- och stödverksamheten som Samsjuklighetsutredningen föreslår ska en så kallad vård- och stödsamordnare hjälpa deltagarna. Den samordnade vård- och stödverksamhetens övergripande ansvar upphör inte vid vårdavbrott, exempelvis ett fängelsestraff, utan vård- och stödsamordnaren ska fortsätta följa deltagaren, och ska när det blir aktuellt planera för övertagandet av insatser efter ett avtjänat straff. För personer som avtjänar ett straff och skulle omfattas av den samordnade vård- och stödverksamheten skulle det utgöra ett bra stöd.

Kommuner och regioner bör överväga om även andra än målgruppen för personligt ombud eller den föreslagna samordnade vård- och stödverksamheten bör erbjudas insatser i form av vård- och stödsamordnare, *case manager* eller liknande. Det skulle underlätta samordning av personens insatser, särskilt vid frigivning från anstalt.

Socialstyrelsens rekommendation i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende är att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten ska erbjuda individuell *case management* enligt *strengths model* till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika samt behov av samordning. Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har visat sig bidra till en ökning av antalet dagar med betalt arbete och kan bidra till avhållsamhet från alkohol och narkotika.

Förslag på förändringar i lagstiftningen som framförts till oss

Smartare påföljder

Narkotikapolitiskt center (NPC) tillsammans med nykterhetsorganisationen (IOGT-NTO) har till oss och i debattartiklar framfört att dagens påföljder vid narkotikabrott inte är ändamålsenliga och måste utvecklas. De vill se ett system med vad de benämner som smartare påföljder enligt följande:

- Unga under 18 år bör systematiskt och konsekvent få en vård- eller stödinsats som påföljd vid ringa narkotikabrott. Om insatsen fullföljs, och om drogfrihet kan uppvisas en tid efter insatsen, bör personen också slippa en prick i belastningsregistret.
- Den som är beroende av narkotika – oavsett ålder – är inte hjälpt av straff. Här är den rimliga påföljden vid ringa narkotikabrott en vårdinsats. Ju tidigare i processen människor med beroendesjukdom

kan avskiljas från den vanliga juridiska processen, desto bättre. Här behöver lagstiftningen justeras, och verktyg och riktlinjer komma på plats.

- Även människor som befinner sig i riskzonen för att utveckla ett beroende bör kunna få stöd vid ringa narkotikabrott. Här krävs en bättre samordning av samhällets olika resurser så att människor enkelt och snabbt kan slussas till rätt hjälp.

NPC och IOGT-NTO hänvisar bland annat till Finland, där åtalseftergift och vårdinsatser är förstahandsalternativet för såväl unga under 18 år som människor med beroende. Finlands system liknar den regel om ansvarsfrihet som fanns i Sverige mellan 1988 och 1993.

Kortad tid för uppgifter i belastningsregistret

I samband med 1993 års straffskärpning av eget bruk av narkotika avskaffades bestämmelsen om ansvarsfrihet. Skälen som anges i förarbetena var bland annat att reglerna kring åtalsunderlåtelse var tillräckliga. Bestämmelserna kan dock inte anses motsvara varandra. Ett beslut om åtalsunderlåtelse är en lagföring som kan leda till stora konsekvenser för individen genom att brottet registreras i belastningsregistret.

En registrering i belastningsregistret kan påverka möjligheten till exempelvis arbete, eftersom många arbetsgivare i dag vill se ett utdrag ur belastningsregistret innan anställning erbjuds. Det gäller inte endast de arbeten där ett sådant utdrag krävs enligt lag, till exempel arbete inom skolan. Det kan också påverka möjligheten att få ett visum till länder där detta krävs.

Både vid de workshops som vi hållit och i andra sammanhang har det framförts att det borde finnas möjligheter att undgå en registrering i belastningsregistret alternativt kunna ha kvar uppgiften en kortare tid än i dag. Ett beslut av åklagaren att inte åtala för brott (åtalsunderlåtelse) raderas dessutom först efter tio år, medan uppgift om böter kvarstår i fem år. För personer under 18 år raderas registreringen efter tre år, enligt 17 § lagen om belastningsregister (1968:620).

Personer med erfarenhet av egen användning, skadligt bruk eller beroende beskriver att registreringen i belastningsregistret kan drabba enskilda, och det är därför viktigt att se över om tiderna för uppgifter i belastningsregistret är rimliga, både med hänsyn till de brott som

begåtts och utifrån om personen har ett skadligt bruk eller beroende som varit en bidragande orsak till dem.

Regler om ansvarsfrihet

En regel om ansvarsfrihet, liknande den som existerade innan 1993, skulle underlätta för personer med ett beroende att få en vårdinsats i stället för böter, vilket är huvudregeln i dag. Regeln avskaffades för att den ansågs främmande för det straffrättsliga systemet.

Barmhärtig-samarit-regel

En barmhärtig-samarit-regel skulle i detta sammanhang innebära att en person som i akuta situationer, exempelvis överdoser, larmar ambulans, inte själva ska åtalas för att ha använt narkotika eller för innehav av mindre mängder narkotika.

22.2 Vård- och stödinsatser som en rättslig reaktion vid narkotikabrott

22.2.1 Lagstiftningen bör ses över

Bedömning: Regeringen bör initiera en översyn av narkotikastrafflagen och påföljderna vid narkotikabrott för att bland annat utreda hur lagen påverkar de medicinska och sociala skadeverkningarna och om personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds vård- och omsorgsinsatser i tillräcklig omfattning.

Skäl för bedömningen

Eget bruk och innehav för eget bruk är straffbart i Sverige. Brottsförebyggande rådet (Brå) utvärderade rättsväsendets insatser 2000. Sedan dess har ingen utvärdering av lagstiftningen genomförts. Vi gör bedömningen att det finns obesvarade frågor kring effekterna av nuvarande lagstiftning och att en översyn bör genomföras för att till exempel ta reda på om lagstiftningen hindrar personer med ett skadligt bruk

och beroende att få den vård och stöd som personen behöver. En sådan översyn bör bland annat innehålla hur straff i högre grad kan bytas mot vård för personer med ett skadligt bruk eller beroende. Den bör även infatta en utredning av om lagstiftningen är effektiv utifrån de syften som den tillkommit för men bör även innefatta eventuella negativa effekter en förändring av lagstiftningen kan innebära för samhället och enskilda individer.

Följande skäl har framförts som huvudsakliga skäl till att straffbelägga eget bruk:

- Det ger möjlighet att ingripa tidigt innan unga människor utvecklar ett skadligt bruk eller beroende.
- Det ska fungera allmän[7]- och individualpreventivt[8] så att färre prövar och använder narkotika.
- Det ska signalera samhällets inställning till narkotika.
- Det gör det möjligt att fånga upp och erbjuda personer med ett skadligt bruk eller beroende vård, stöd och skadereducering.

Vi kommer i detta kapitel resonera kring dessa områden. Det ska inte ses som en analys av om målet för områdena är uppfyllda utan snarare som en diskussion kring vilka områden som en utvärdering kan innehålla. Inte heller ska det ses som att vi tagit ställning i frågan om hur narkotikastrafflagstiftningen bör vara utformad framöver.

Olika länder har valt olika vägar i frågan om kriminalisering av eget bruk. Exempelvis har Danmark valt att inte kriminalisera eget bruk som ett självständigt brott, men däremot räknas innehav, även för personligt bruk, som ett brott.[9] Även om det är mycket svårt att säkerställa det kausala sambandet mellan kontrollåtgärder och användningen av narkotika, så är det viktigt att så långt det är möjligt bedöma i vilken mån nuvarande lagstiftning fyller de syften för vilka den infördes och vår bedömning är att det behöver ske genom en bred översyn av lagstiftningen. Dessutom kan nya samhällsutmaningar ha tillkommit vilka också kan beaktas i en bred översyn.

[7] Allmänprevention är en övergripande straffrättsideologisk teori om hur allmänheten skall avskräckas från att begå brott i framtiden.
[8] Individualprevention avser den verkan som främst bestraffningen har på den kriminelles beteende.
[9] Dansk lag. Bekendtgørelse af lov om euforiserende stoffer. LBK nr 748 af 01/07/2008 Gældende.

Tidigare förslag om utvärdering om avkriminalisering

Det har tidigare vid flera tillfällen framförts önskemål om att Sverige bör utvärdera nuvarande narkotikalagstiftning och överväga en avkriminalisering av eget bruk och innehav för eget bruk. Ett viktigt skäl som har framförts är att det skulle bidra till att fler människor med ett skadligt bruk eller beroende skulle våga söka vård eller annat stöd, när man inte riskerar att bli straffad. Det kan uppfattas som inhumant att straffa personer som har begått ett brott som är direkt kopplat till en sjukdom och där själva brottet dessutom inte drabbar någon tredje person. Vidare ifrågasätts om den preventiva effekten av lagstiftningen har uppnåtts, då det inte kan påvisas ett minskat totalt bruk på det sätt som lagstiftaren avsett att lagen skulle bidra med.

När avkriminalisering framförs i debatten avses oftast en så kallad *de jure-avkriminalisering*, vilket innebär att lagen ändras så att det inte längre är att betrakta som brottsligt att bruka narkotika eller inneha narkotika för eget bruk. *De facto-avkriminalisering* innebär att ingen lagstiftningsåtgärd sker, utan de lagar som kriminaliserar eget bruk upprätthålls helt enkelt inte av brottsbekämpande och rättsvårdande myndigheter.

Norge tog ett steg mot en avkriminalisering, då deras motsvarighet till riksåklagaren gick ut med riktlinjer som bland annat anger att polisen inte ska ingripa mot de personer med ett skadligt bruk eller beroende som brukar eller innehar narkotika för eget bruk. 2023 tillsattes dock en kommitté som ska se över påföljderna för personer som grips för eget bruk eller innehav för eget bruk. Tanken är att narkotikaanvändning fortfarande ska vara kriminaliserat men att personer med skadligt bruk inte ska mötas av hårda straff utan vård och behandling ska erbjudas. Kommittén tillsattes på grund av att det förekommit viss otydlighet i tillämpningen av de riktlinjer som Högsta domstolen och riksåklagaren gav ut om att personer med narkotikaberoende inte ska stoppas, visiteras eller gripas för narkotikainnehav för eget bruk.[10]

Tidigare har bland annat Samsjuklighetsutredningen, Folkhälsomyndigheten, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Svensk förening för beroendemedicin framfört åsikten att narkotikalagstift-

[10] https://www.regjeringen.no/no/dep/jd/org/styre-rad-og-utval/tidsbegrensede-styrer-rad-og-utvalg/utvalg-som-skal-utrede-utvalgte-strafferettslige-og-straffeprosessuelle-sporsmal-pa-rusfeltet/id2976801/.

ningen bör utvärderas. En sådan inriktning har även uttrycks inom delar av vår vetenskapliga referensgrupp.

Leder nuvarande system till att människor med skadligt bruk eller beroende får vård och stöd?

Kriminaliseringen av narkotikabruk utvärderades av Brå år 2000.[11] Utvärderingen gjordes utifrån straffskärpningen 1993, då fängelse infördes i straffskalan. Syftet med straffskärpningen var att ge möjligheter att ingripa tidigt och med kraft hindra unga människor från att fastna i skadligt bruk eller beroende, och att förbättra behandlingen av personer med ett skadligt bruk eller beroende som avtjänar straff.[12] Brå hade ett begränsat uppdrag avseende utvärderingen. Ingen officiell utvärdering har gjorts av lagstiftningen sedan 2000.

Brå visade i utvärderingen att antalet lagförda för ringa narkotikabrott ökade med 70 procent mellan åren 1991 och 1997, vilket motsvarar en ökning från 4 100 till 7 000 personer. Detta ska ställas i relation till att 24 900 personer lagfördes för ringa narkotikabrott 2022.

Brå drog slutsatsen i sin utvärdering att straffskärpningen sannolikt har resulterat i att fler äldre personer som redan var kända för narkotikabrott lagfördes. Vidare konstaterade myndigheten att de sociala och medicinska problem som denna grupp uppvisar givetvis inte kan förbättras enbart genom polisens och det övriga rättsväsendets insatser. För att förmå denna grupp att upphöra med sitt skadliga bruk behövs åtgärder som berör andra delar av samhället, men Brå analyserade inte i denna undersökning vilka insatser som samhället i övrigt vidtagit för denna grupp.

Brå publicerade i maj 2023 en kortanalys av tidigare belastningar bland personer som hade lagförts för innehav eller bruk av narkotika som huvudbrott. Resultaten visade att 45 procent av dessa personer tidigare hade varit lagförda för narkotikabrott som huvud- eller bibrott. En stor majoritet av dem som lagförts för narkotikainnehav eller -bruk och som hade en historik av tidigare belastningar hade tidigare varit lagförda för narkotikabrott som huvud- eller bibrott. Det gällde åtta av tio individer. I genomsnitt hade dessa personer

[11] Brå (2000:21). *Kriminaliseringen av narkotikabruk – En utvärdering av rättsväsendets insatser.*
[12] Prop. 1992/93:142.

cirka två tidigare lagföringar för narkotikabrott som huvud- eller bibrott under fem år tillbaka från att det nya brottet begåtts.[13]

Sammanfattningsvis visar kortanalysen att majoriteten av de personer som lagförs för innehav eller bruk av narkotika är kriminellt belastade sedan tidigare, och narkotikabrott är det överlägset vanligaste brottet bland tidigare lagföringar.

En huvudfråga i kortanalysen var att utröna i vilken mån rättsväsendet förmår att upptäcka och lagföra unika individer för innehav eller eget bruk som inte varit lagförda för narkotikabrott tidigare. Resultaten tyder på att så sker i ungefär hälften av fallen. Brå konstaterar att det är svårt att dra några slutsatser av detta, eftersom det inte finns uttalande mål för hur många personer utan tidigare narkotikabrott som rättsväsendet bör lagföra i förhållande till antalet personer som har en tidigare historik av narkotikabrott.

Vi har tittat på hur stor andel av alla personer som 2021 dömdes för narkotikabrott, som också dömdes till en vårdåtgärd. Av totalt 29 692 personer lagförda för narkotikabrott fick

- 9 personer rättspsykiatrisk vård
- 3 personer dömdes till sluten ungdomsvård
- 107 personer fick kontraktsvård
- 611 personer dömdes till ungdomsvård
- 2 personer dömdes vård enligt LVM.[14]

Det är således mycket få vuxna som döms till en direkt vårdinsats som påföljd vid narkotikabrott. Ringa narkotikabrott leder ju dock i praktiken nästan aldrig till fängelse, även om det finns med i straffskalan. Det innebär att möjligheten att utdöma en vårdinsats är begränsad. Exempelvis krävs det för kontraktsvård att straffet skulle motsvaras av ett fängelsestraff.

I något enstaka fall om året beslutar åklagaren om åtalsunderlåtelse i enlighet med 46 § LVM, som fastslår att åklagaren, om någon som har beretts vård med stöd av LVM är misstänkt för brott, ska pröva om åtal lämpligen bör ske. Förutsättningen är att det inte är

[13] Brå (2023). *Tidigare belastningar bland personer som lagförts för innehav eller bruk av narkotika i huvudbrott*.
[14] Brå webbsida. https://bra.se/statistik/kriminalstatistik/personer-lagforda-for-brott.html. Besökt 2023-07-15.

föreskrivet strängare straff än fängelse i ett år och att brottet hör under allmänt åtal. Brottet ska ha begåtts innan vården påbörjades eller under vårdtiden. Det finns ingen statistik för hur många av de dömda för narkotikabrott som har ett skadligt bruk eller beroende.

I Brås utvärdering framkom inte om kriminaliseringen har lett till att personer med ett skadligt bruk eller beroende får adekvata vårdinsatser i samband med misstanke om eller lagföring av brott. Såvitt vi känner till har det inte heller senare kunnat visas att kriminaliseringen av eget bruk har lett till att fler personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds vård. Kausala samband mellan samhällsåtgärder och effekt är emellertid svåra att påvisa.

En forskningsstudie som Socialstyrelsen utförde 2019 på uppdrag av regeringen om tidiga insatser för att motverka skadligt bruk och kriminalitet visade bland annat på att barn mellan 15–17 år som regel fick en rättslig reaktion i kombination med vård när de dömdes för narkotikabrott. Sammantaget fick nästan nio av tio barn vårdinsatser, såväl utanför som inom ramen för rättssystemet. Det tyder på att barn i hög grad får vård- och stödinsatser när de misstänks eller döms för brott. Dock är det viktigt att påpeka att en majoritet av barnen var kända av socialtjänsten sedan tidigare (cirka 75 procent). Av de barnen som var kända hade merparten fått en vårdinsats genom socialtjänsten tidigare.[15]

Är avsatta resurser proportionerliga mot brottets allvar?

Styckkostnaden för ett utredningsärende är knapp 38 000 kronor för narkotikabrott 2022.[16] Polismyndigheten har även ett omfattande brottsförebyggande arbete som är inriktat mot narkotikabrott. Statistiken är inte uppdelad på grad av narkotikabrott, men det är rimligt att anta att kostnaden är betydligt lägre för ringa narkotikabrott. Enligt Polismyndighetens uppgifter i årsredovisningen för 2022 riktade sig 32 procent av de brottsförebyggande insatserna i lokalpolisområdena mot narkotikabrott. År 2022 handlades 115 280 narkotikabrott. Beräknat med en styckkostnad på knappt 38 000, så ger det en sammanlagd kostnad på cirka 4,4 miljarder för alla narkotikabrott. Av andelen anmälda narkotikabrott består cirka 90 procent av ringa narkotikabrott,

[15] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott.*
[16] Polismyndigheten (2022). *Årsredovisning 2022.*

vilket räknas som mängdbrott. Riksrevisionen bedömde 2010 att mängdbrotten kostade cirka 3,3 miljarder kronor årligen i utredningskostnader hos Polismyndigheten.[17] I rapporten uppskattar Riksrevisionen att ett ärende om ringa narkotikabrott tar fem timmar i anspråk av polisens resurser. Utifrån antalet anmälda narkotikabrott kan vi dra slutsatsen att ringa narkotikabrott tog mellan 350 och 400 årsarbetskrafter i anspråk hos polisen 2010. Även narkotikapolitiskt center har kommit fram till motsvarande siffror.[18]

Totalt ägnas enligt Brå cirka 1 200 årsarbetskrafter inom Polismyndigheten åt narkotikabrottslighet i olika former.[19]

Frågan om huruvida avsatta resurser står i proportion till brottets allvar och art går inte enkelt att besvara. Vi har bedömt att det ligger utanför vårt uppdrag att göra en sådan avvägning av om kostnaderna är proportionerliga i förhållande till brottets allvar. Men vi kan konstatera att det är omfattande resurser som läggs på ringa narkotikabrott och att det är viktigt att säkerställa att samhället resurser används på det mest ändamålensliga sättet.

Har kriminaliseringen haft en allmänpreventiv effekt?

Som vi visat på ovan i detta kapitel och i kapitel 10, har antalet anmälda narkotikabrott och antalet lagförda narkotikabrott ökat kraftigt, dels i direkt samband med kriminaliseringen av eget bruk och straffskärpningen på 80- och 90-talet, dels på senare år. Den kraftiga ökningen av lagföringar i och med att fängelse infördes i straffskalan 1993 tycks inte ha varit avsedd av lagstiftaren. I förarbetena konstateras att regeringen inte bedömde att det var nödvändigt att öka resurserna hos de brottsbekämpande myndigheterna, eftersom ytterligare tvångsmedel blir tillämpliga vid misstanke om användning som utgör ringa narkotikabrott. Någon markant ökning av antalet lagföringar bedömdes inte vara att vänta.[20]

Mellan 2011 och 2021 ökade antalet anmälda narkotikabrott med 18 procent (113 500 brott anmäldes 2021). Analyseras den samlade

[17] RiR (2010:10). *Hanteringen av mängdbrott*.
[18] Narkotikapolitiskt center. https://narkotikapolitisktcenter.se/wp-content/uploads/2021/08/NPC-reder-ut-polisens-resurser-vid-ringa-narkotikabrott-och-lite-till-1.pdf. Besökt 2023-07-30.
[19] Brå (2016). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2015 samt CAN (2019) Drogutvecklingen i Sverige 2019.*
[20] Prop. 1992/93:142, s. 25.

brottsstatistiken går det inte att se en motsvarande ökning. Exempelvis ökade antalet anmälda brott endast med 3,5 procent under samma tidsperiod inklusive narkotikabrotten.[21] Det innebär att ökningen för den samlade brottsligheten hade blivit ännu lägre om narkotikabrotten räknas bort.

Den stora ökningen av samtliga narkotikabrott kan inte förklaras av att fler anmälda brott klaras upp och leder till lagföringsbeslut. Över tid pekar statistiken snarare på en minskad personuppklaringsprocent. De personuppklarade brotten i relation till de utredda brotten gav en lagföringsprocent på 51 procent, vilket jämfört med 2014 är en minskning med 6 procent sett till samtliga narkotikabrott.

Vi har jämfört statistiken för ringa narkotikabrott med statistiken för stöld, misshandel och trafikbrott, som är några andra vanliga mängdbrott för att se om utvecklingen följder den för andra mängdbrott.

Under 2022 anmäldes cirka 84 000 misshandelsbrott i Sverige. Under den senaste tioårsperioden har antalet anmälda misshandelsbrott legat mellan 80 374 och 88 576, och den lägsta nivån uppmättes 2013. År 2022 ökade antalet anmälda misshandelsbrott med 5 procent (+3 637 brott) jämfört med 2013.

När det gäller trafikbrott anmäldes 69 000 brott år 2022. Olovlig körning är det vanligaste trafikbrottet, och antalet anmälda fall av olovlig körning minskade från cirka 31 000 år 2013 till 22 000 år 2021. Precis som ringa narkotikabrott är antalet anmälda trafikbrott i huvudsak ett resultat av polisens spanings- och ingripandeverksamhet. Andelen uppklarade trafikbrott ligger relativt konstant.

2022 anmäldes cirka 43 000 butiksstölder och cirka 23 000 fickstölder. De anmälda stöldbrotten minskade kontinuerligt mellan 2014 och 2021 för att öka något 2022.

År 2022 anmäldes totalt 26 procent färre brott än 2013, så jämfört med brottsligheten i stort och med vissa andra mängdbrott var ökningen av anmälda och lagförda narkotikabrott tydlig.

Man kan fundera på om den stora ökningen skulle tyda på att lagstiftningen inte verkar preventivt, på så sätt att den inte bidrar till minskad narkotikaanvändning, men vi anser att det är en för långtgående slutsats att dra av statistiken. Narkotikabrott är ett så kallat spaningsbrott och ingripandebrott, och antalet anmälda och lagförda

[21] Statistik från Brå. https://bra.se/statistik/kriminalstatistik/personer-lagforda-for-brott.html. Besökt 2023-06-15.

beror till stor del på hur myndigheter inom rättsväsendet väljer att avsätta sina resurser.

I kapitel 4 redovisar vi siffror kring användningen av narkotika i Sverige. Enligt vår analys är tillgången till narkotika i Sverige hög, och efterfrågan på narkotika har ökat under åtminstone de senaste fem åren. Det är i åldersgruppen 30–44 år som en ökad användning är tydligast, oavsett substans eller om man mätt användning senaste månaden, senaste året eller någon gång. Det kan även delvis förklaras med en kohorteffekt.

Bland barn och unga till och med årskurs två på gymnasiet har narkotikaanvändningen i huvudsak varit stabil under de senaste fem åren. Det är dock många som debuterar med att använda narkotika senare i livet. Det är också troligt att det finns en underrapportering av sifforna.[22] När en jämförelse gjordes mellan traditionella enkäter jämfört när svaret knöts till en mindre känslig fråga, så kunde i en svensk studie bekräftas att långt fler unga vuxna tillstod att de brukat narkotika när frågan kunde besvaras med större känsla av anonymitet.

Det finns begränsat med studier som visar att inställningen till att prova eller använda narkotika ändå påverkas av att det är olagligt. Ett exempel är dock en studie från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin och Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD). I studien intervjuade man 32 stockholmare mellan 18 och 29 år om deras syn på cannabis. Man kom fram till att skäl att avstå från cannabis var risken för negativa konsekvenser, inklusive påföljder för narkotikabrott. Synen på lagstiftningen var överlag positiv, men några intervjupersoner föreslog avkriminalisering och även legalisering av cannabis.[23] Dock ska påpekas att det var en liten kvalitativ studie och därför svårt att dra generella slutsatser från resultatet.

Något som skulle kunna tala för att lagstiftningen har en allmänpreventiv effekt är att befolkningsundersökningar visar på att användningen av narkotika är lägre än i många andra länder. Detta gäller särskilt bland unga under 18 år.[24]

Utifrån den statistik och data som vi har haft tillgång till är det rimligt att ställa frågan om kriminaliseringen och de efterföljande straffskärpningarna har haft den allmänpreventiva effekt som lagstiftaren

[22] Andersson, F. m.fl. (2023). *Prevalence of cannabis use among young adults in Sweden comparing Randomized Response Technique with a traditional survey*.
[23] STAD (2019). *Attitudes to cannabis use and public prevention information among young adults.*
[24] Datakällor nationellt varierar, vilket också återspeglar sig i statistiken som helhet, som därför ska tolkas med försiktighet.

avsett. Mot ett sådant resonemang går det att invända att det inte är möjligt att säga om användningen skulle vara ännu högre med en annan lagstiftning.

Av internationella erfarenheter är det svårt att dra några slutsatser kring effekterna av kriminalisering och avkriminalisering. Många länder har valt att avkriminalisera enbart cannabis, vilket gör det svårt att förutsäga effekterna om man även skulle avkriminalisera tyngre narkotiska preparat. Det finns även andra former av regleringar såsom regler om ansvarsfrihet, större möjligheter att döma till stödinsatser och så vidare vilket gör det svårt att jämföra mellan olika länder. Utredningen Norsk rusreform föreslog bland annat avkriminalisering av bruk och innehav av mindre mängder narkotika med argumentet att det inte skulle leda till någon betydande användningssökning medan norska Folkhälsoinstitutet påpekade i sitt remissvar att denna slutsats inte är vetenskapligt grundad och att en ökning inte kan uteslutas.

Viktigt att påpeka är att vi inte drar några slutsatser om lagen har avsedd allmänpreventiv effekt utan konstaterar endast att det är en viktig fråga att hantera inom en översyn.

Har kriminaliseringen haft en individualpreventiv effekt?

Individualpreventiva effekter av kriminaliseringen av eget bruk syftar till att individer ska sluta använda narkotika efter samhällets markering, hot om bestraffning och eventuella vårdinsats. Av de klienter som avslutade en fängelseverkställighet eller påbörjade en verkställighet inom frivården 2018 återföll 30 procent fram till 2021 i brott som resulterade i en påföljd inom kriminalvård.[25] Till återfall räknar Kriminalvården brott som begås inom tre år efter avslutad fängelseverkställighet eller påbörjad frivårdsverkställighet och där klienten genom lagakraftvunnen dom döms till en ny kriminalvårdspåföljd.

Kriminalvårdens statistik visar att 41 procent av dem som begått ett narkotikabrott eller smugglingsbrott återföll i brottslighet inom tre år, 23 procent i samma huvudbrott och 18 procent i annan brottslighet. Av de kategorier av brott som Kriminalvården redovisar är det endast trafikbrott (ej rattfylleri) som har en högre återfallsrisk i samma huvudbrott.

[25] Kriminalvården. https://www.kriminalvarden.se/forskning-och-statistik/statistik-och-fakta/aterfall/. Besökt 2023-07-15.

Socialstyrelsens studie över unga lagöverträdare visade att majoriteten återföll till att begå nya narkotikabrott under den period som studien omfattade. Bland 18–20-åringar, där flertalet tidigare dömts till böter, återföll 65 procent i nya narkotikabrott. Bland 15–17-åringar, där flertalet i stället fick vård, uppgick andelen till 70 procent.[26]

Den relativt höga återfallsfrekvensen kan tyda på att nuvarande påföljd för narkotikabrott inte leder till en individualpreventiv effekt i den utsträckning som är önskvärd. Att mer grundligt utreda den individualpreventiva effekten av narkotikalagstiftningen behöver vara en viktig del av översyn av lagstiftningen.

Risk för att unga män och personer med utländsk bakgrund diskrimineras

För att avkräva någon ett drogtest krävs en skälig misstanke, och mellan 1998 och 2015 fyrdubblades antalet blod- och urinprov som Rättsmedicinalverket (RMV) analyserade på grund av misstanke om ringa narkotikabrott. I takt med den ökande drogtestningen ökar även andelen negativa resultat. Risken för en 15–20-åring att bli misstänkt för ringa narkotikabrott är nästan 80 procent högre i de mest socialt utsatta områdena, och risken för unga med icke-västerländsk bakgrund är 85 procent högre.[27] Detta ska ställas i relation till att det självrapporterade narkotikabruket är lägst i dessa områden.[28] Unga män med utländsk bakgrund löper också större risk att stoppas av polisen för misstänkt narkotikabrott.[29]

Polisen hade en högre träffsäkerhet i testningen när de drogtestade färre personer. På 90-talet var cirka 10 procent negativa, och 2015 låg siffran på 20–25 procent.[30] Detta tycks ha ett samband med att allt fler yngre personer avkrävdes drogtester.[31] Kvinnor och flickor testades i betydligt mindre utsträckning än män och pojkar, oavsett åldersgrupp.

[26] Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott.*
[27] Estrada, Bäckman, O. & Nilsson, A. (2022). *Biased Enforcement Expansion? Sociodemographic Differences in Police Drug Testing for Suspected Narcotics Use 1993–2015. British Journal of Criminology*, 62(5), s. 1213–1232.
[28] Brå (2018). https://bra.se/om-bra/nytt-fran-bra/arkiv/press/2018-03-07-ungdomar-i-rika-stadsdelar-misstanks-sallan-for-narkotikabruk.html. Besökt 2023-08-01.
[29] Bäckman m.fl. (2020). *Den ojämlika brottsligheten.*
[30] Brå, *Provtagning vid misstanke om ringa narkotikabrott, En undersökning av analysresultat 1998–2015* och SVT. https://www.svt.se/nyheter/inrikes/polisen-tvingar-rekordmanga-gora-drogtester.
[31] https://www.alkoholochnarkotika.se/politik/unga-diskrimineras-genom-drogtester/.

Ett drogtest är ett allvarligt intrång i den personliga integriteten. Som vi tidigare påpekat leder nästan alla ringa narkotikabrott till böter, vilket gör att man kan ifrågasätta om det är rimligt med en så pass ingripande åtgärd som att ta urin- eller blodprov vid misstanke om ringa narkotikabrott. Enligt 28 kap. 12 § rättegångsbalken krävs skälig misstanke om brott på vilket fängelse kan följa för att en polis ska få ta urin- eller blodprov. Det krävs även att brottsmisstanken är underbyggd av objektiva omständigheter av viss styrka.[32] Vidare måste polisen, som alltid, iaktta proportionalitetsprincipen i 8 § polislagen (1984:387). En polisman som har att verkställa en tjänsteuppgift ska under iakttagande av vad som föreskrivs i lag eller annan författning ingripa på ett sätt som är försvarligt med hänsyn till åtgärdens syfte och övriga omständigheter. Polisen ska ingripa på ett så lindrigt sätt som möjligt för att ändamålet med ingripandet ska kunna uppfyllas. Antalet som avkrävs drogtester i samband med misstanke är cirka 40 000 per år.[33]

Att vissa grupper är överrepresenterade när det kommer till att utsättas för drogtestning och dessutom har större andel negativa resultat,[34] kan leda till ett minskat förtroende för polisen, i synnerhet hos barn och unga som redan kan uppleva sig marginaliserade av samhället.

22.2.2 Polisen bör få i uppdrag att utreda tillämpningen av rapporteftergift

Bedömning: Regeringen bör ge Polismyndigheten i uppdrag att se över hur myndigheten använder rapporteftergift vid misstanke om eget bruk och innehav för eget bruk av narkotika, och vid behov ta fram föreskrifter eller vägledning för hur rapporteftergift ska användas. Rapporteftergift borde exempelvis kunna vara aktuell när det finns en känd beroendeproblematik hos den som misstänks eller då någon bistått vid en nödsituation.

[32] Se t.ex. JO 1992/93 s. 204 och 1993/94, s. 101.
[33] Brå (2015). *Provtagning vid misstanke om ringa narkotikabrott, En undersökning av analysresultat 1998–2015.*
[34] Estrada, Bäckman, O. & Nilsson, A. (2022). *Biased Enforcement Expansion? Sociodemographic Differences in Police Drug Testing for Suspected Narcotics Use 1993–2015. British Journal of Criminology*, 62(5), s. 1213–1232.

Skäl för bedömningen

Enligt 9 § polislagen får en polisman lämna rapporteftergift

> om brottet med hänsyn till omständigheterna i det särskilda fallet är obetydligt och det är uppenbart att brottet inte skulle föranleda annan påföljd än böter.

Vi har begärt ut uppgifter från Polismyndigheten för att få information om, och i så fall hur, rapporteftergift används vid ringa narkotikabrott. Det finns ingen statistik kring användningen och inte heller några föreskrifter eller dylikt för vilka omständigheter som ska ligga till grund för ett sådant beslut. Detta kan framstå som rättsosäkert för den enskilda individen och kan även leda till att vissa grupper i samhället riskerar att diskrimineras.

Även ett strafföreläggande kan innebära stora konsekvenser för en individ: dels ekonomiska, dels den registrering som görs i belastningsregistret. Dessutom kan det vara psykiskt påfrestande att invänta åklagarens beslut om strafföreläggande. Det bör därför vara tydligt för individen när rapporteftergift kan vara aktuell.

Rapporteftergift skulle kunna vara positiv för både individen och samhället i situationer där vård eller stöd för ett skadligt bruk eller beroende kan initieras i samband med att individen misstänks för brott. Det finns även situationer där det är uppenbart att rapportering av misstänkt brott inte kommer att leda till avsedd effekt. Det rör personer med känd beroendeproblematik i kombination med social utsatthet, där böter utdömts vid ett flertal tidigare tillfällen. Att driva ett sådant ärende kan framstå som onödigt kostsamt för samhället, förutom de konsekvenser det har för en person i en redan utsatt situation.

I Norge har det utformats en ny rättspraxis som innebär att personer med ett beroende inte ska straffas för eget bruk eller små mängder av innehav som ska användas för eget bruk. Detta eftersom principerna för den norska narkotikapolitiken ska vara att personer med skadligt bruk eller beroende ska erbjudas vård och stöd i stället för straff. Eftersom personerna inte straffas har riksadvokaten – Norges motsvarighet till riksåklagaren – gjort bedömningen att polisen då inte heller ska utreda fallen. En viktig fråga har varit hur den norska polisen ska skilja på personer med ett skadligt bruk eller beroende från andra, och där skriver riksadvokaten att tvivel ska gynna den som är misstänkt vid bevis som tyder på ett skadligt bruk. Det innebär således att även personer utan ett skadligt bruk eller beroende kan undgå

straff. På grund av de rådde viss otydlighet kring tillämpningen av riksåklagarens riktlinjer och domarna från Högsta domstolen, så har det därför tillsatts en kommitté I Norge har man nu nyligen tillsatt en kommitté som ska se över påföljderna för personer som grips för eget bruk eller innehav för eget bruk. Narkotikaanvändning ska fortfarande vara kriminaliserat men personer med skadligt bruk ska inte mötas av hårda straff utan vård och behandling ska erbjudas.

Ett förslag som beskrivits för oss är att det i 9 § PL skulle införas ett nytt tredje stycke som anger att rapporteftergift får medges när brottet är ringa och upptäcks när polisen uppfyller sin serviceskyldighet. Vi har bedömt att det inte ligger inom vårt uppdrag att föreslå ändringar i PL men att det finns skäl att se över tillämpningen av nuvarande bestämmelser om rapporteftergift.

Vi har fått synpunkter angående att rapporteftergift kan innebära att personer som är i behov av vård eller stöd inte fångas upp alls. Vi bedömer dock att rapporteftergift bör kunna användas i kombination med att polisen lotsar personerna till vård- eller stödinsatser när det finns ett sådant behov. För att det ska vara möjligt behöver det finnas en fungerande samverkan mellan polisen och socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården på lokal och regional nivå.

22.2.3 Åtalsunderlåtelse bör övervägas för personer med skadligt bruk eller beroende

Bedömning: Åtalsunderlåtelse bör även kunna övervägas för personer som är i behov av hälso- och sjukvård i form av beroendevård.

Skäl för bedömningen

Ringa narkotikabrott leder som huvudregel till böter. Av bötesverkställighetslagen (1979:189) framgår att Polismyndigheten ansvarar för verkställigheten och att indrivning aktualiseras om den dömde inte betalar frivilligt. Vidare framgår av 15 § i denna lag att obetalda böter under vissa förutsättningar kan förvandlas till fängelse i högst tre månader.

Det finns i nuvarande ordning ingen möjlighet att omvandla böter till vård eller att villkora ett bötesstraff för ringa narkotikabrott med skyldighet för den dömde att ta emot vård. Det hänger samman med det ringa brottets straffvärde; annars hade skyddstillsyn med krav på vård kunnat dömas ut.

För unga finns ett parallellt påföljdssystem, där socialtjänsten övertar ansvaret och verkställigheten av påföljderna, och därmed tillgodoses vårdbehovet på grund av narkotikaberoende hos unga.

Som vi beskrivit i kapitel 10 är åtalsunderlåtelse vanligt för personer som misstänks för ringa narkotikabrott. Skälen för åtalsunderlåtelse är oftast att det kan antas att påföljden inte skulle föranleda annan påföljd än böter, enligt 20 kap. 7 § 1 p. rättegångsbalken (1942:740, RB. I Riksåklagarens riktlinjer 2021:1 anges dock att åtalsunderlåtelse inte bör ske enligt 1 p. när det gäller narkotikabrott.

En annan situation då åtalsunderlåtelse kan ske är om psykiatrisk vård eller insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) kommer till stånd (20 kap. 7 § 4 p. RB). Bestämmelsen är tillämpbar oavsett om personen bereddes vård när brottet begicks, och den gäller psykiatrisk vård både i frivillig form och under tvång. Om brottet är av sådan beskaffenhet och den misstänktas personliga förhållanden sådana att skyddstillsyn framstår som den lämpligaste påföljden bör åtalsunderlåtelse normalt inte meddelas.

En grundförutsättning för åtalsunderlåtelse är att något väsentligt allmänt eller enskilt intresse inte åsidosätts (20 kap. 7 § RB). Det är avsett som en spärr mot åtalsunderlåtelse i fall där den misstänktes psykiska tillstånd inte gör det motiverat att denne undgår rättegång och brottspåföljd.[35] I riksåklagarens riktlinjer finns närmare stöd för hur bestämmelsen ska tillämpas.

Enligt riktlinjerna handlar åklagarens prövning främst om att bedöma om vården eller insatserna både är lämpligast för den som misstänks och tillräckliga med hänsyn till brottets art.[36] Det behövs också en tillförlitlig källa som intygar att vården kommer, ska komma eller har kommit till stånd. 2021 beslutade åklagaren om åtalsunderlåtelse i cirka 300 fall på grund av att psykiatrisk vård kom till stånd. Problemet i praktiken är att det väldigt sällan finns sådan utredning som

[35] Gylling m.fl. *(1992). Lagen och psykiatrin: kommentarer och författningar om psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatri m.m.* s. 138.
[36] Riksåklagaren (2021). *Riksåklagarens riktlinjer*, RåR 2021:1.

visar att personen i ett fall av ringa narkotikabrott undergår sådan adekvat psykiatrisk behandling.

Eftersom straffvärdet för ringa narkotikabrott är lågt och brottsanmälan för vissa grupper prioriteras ner, bör åtalsunderlåtelse kunna övervägas för personer med beroendeproblematik, under förutsättning av att psykiatrisk vård kommer till stånd i stället för böter.

Narkotikabrott som bedöms som ringa, och i många fall även av normalgrad, utgörs i allt väsentligt av innehav och eget bruk, något som i en stor andel av fall beror på ett skadligt bruk eller beroende där det finns behov av adekvata vårdinsatser. I den meningen finns hos vuxna samma vårdbehov som hos unga, med skillnaden att vuxnas vårdbehov inte kan tillgodoses inom påföljdssystemet.

Samsjuklighetsutredningen har föreslagit att regionerna ansvarar för all behandling av skadligt bruk eller beroende. Det innebär även att LVM skulle avskaffas. Möjligheten att besluta om åtalsunderlåtelse på grund av överlämnande till vård enligt 46 § LVM kommer i så fall inte att finnas kvar. Beroendevård är redan i dag en del av den psykiatriska vården i regionerna, och skadligt bruk eller beroende är psykiatriska diagnoser. Åtalsunderlåtelse på grund av att psykiatrisk vård kommer till stånd enligt 20 kap. 7 § p. 4 RB bör därför redan i dag vara möjlig för vård inom regionens beroendevård.

Om Samsjuklighetsutredningens förslag genomförs kommer regionen att bedriva all sådan vård, vilket ytterligare ökar möjligheten för att en person får åtalsunderlåtelse på grund av att psykiatrisk vård kommer till stånd.

22.2.4 Kontraktsvård bör övervägas för personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika

Bedömning: Kontraktsvård bör alltid övervägas för personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika, när de begår brott för vilket påföljden är fängelse, och när förutsättningarna i övrigt är uppfyllda.

Skäl för bedömningen

I 28 kap. 1 § brottsbalken (1962:700), BrB, anges när en domstol kan döma till skyddstillsyn för ett brott för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter. Som särskilda skäl för skyddstillsyn i stället för fängelse kan domstolen beakta bland annat

> om missbruk av beroendeframkallande medel eller något annat särskilt förhållande som kräver vård eller annan behandling i väsentlig grad har bidragit till att brottet har begåtts och den tilltalade förklarar sig villig att gå igenom lämplig behandling som enligt för honom uppgjord plan kan anordnas i samband med verkställigheten.[37]

Detta kallas kontraktsvård. Domstolen ska också i domen meddela föreskrift om den behandlingsplan som den dömda individen har åtagit sig att följa. I bestämmelsen anges att om den planerade behandlingen är av avgörande betydelse för att döma till skyddstillsyn ska domstolen i domslutet ange hur långt fängelsestraff som skulle ha dömts ut om fängelse i stället hade valts som påföljd.

För att en domstol ska kunna döma till kontraktsvård måste den ha tillgång till en kvalificerad utredning om individens personliga förhållanden samt om förutsättningarna för verkställigheten av en sådan påföljd. Domstolen ska därför i de fall där kontraktsvård är aktuell hämta in ett yttrande, en så kallad personutredning. Enligt 3 § lagen (1991:2041) om särskild utredning i brottmål med mera ska Kriminalvården ombesörja en sådan utredning. Förslag till en behandlingsplan ska utredas och upprättas av Kriminalvården.

Enligt förarbetena kan både sluten- och öppen vård komma i fråga när det gäller kontraktsvård.[38] Valet av vård ska enligt förarbetena styras framför allt av vårdbehovet, men även brottets art och grad kan behöva beaktas. Detta innebär att det i praktiken är möjligt att en person som annars hade fått ett fängelsestraff i stället får insatser i öppna former inom ramen för exempelvis regionens beroendevård. Kontraktsvården kan då enligt förarbetena exempelvis innebära att personen med ett visst intervall ska infinna sig vid en alkohol- eller narkotikamottagning för kontroll av drogfrihet och den sociala situationen, medicinering samt psykologisk behandling.[39] Kontraktsvården kan undanröjas om den dömde inte följer villkoren i behandlingsplanen.

[37] 30 kap. 9 § 2 st. 3 p. BrB.
[38] Prop. 1986/87:106 s. 46.
[39] Prop. 1986/87:106 s. 47.

Vård och behandling för skadligt bruk eller beroende är i dag ett delat ansvar mellan regionen och kommunen, där båda huvudmännen erbjuder beroendevård. Hur omfattande regionernas beroendevård är, varierar mellan olika regioner se kapitel 6.

Det är frivårdens uppgift att planera kontraktsvården. I det arbetet ingår att

- etablera kontakt mellan personen och den tilltänkta vårdinrättningen
- utarbeta kontraktet som ska ligga till grund för vården
- få ett godkännande av kontraktsvården av huvudmannen.

I förarbetena anges att socialtjänsten måste kopplas in i de fall kontraktsvård blir aktuell, eftersom planeringen kring kontraktsvård måste vara noggrann och bygga på de samlade kunskaper som finns inom socialtjänst och kriminalvård så att klienten har rimlig möjlighet att klara behandlingen.[40]

I dag är situationen delvis en annan än när lagen kom till, gällande uppdelningen mellan huvudmän avseende vård för personer med skadligt bruk eller beroende. I många regioner finns numera någon form av beroendevård och läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) har införts brett. Regionerna har därför en viktigare roll i den samlade beroendevården.[41]

Även om Samsjuklighetsutredningens förslag genomförs och själva behandlingen sker inom ramen för regionens verksamhet behöver Kriminalvården i många fall även fortsatt ha kontakt med socialtjänsten för att kunna planera socialtjänstinsatser. I vissa fall kan det vara tillräckligt att planering sker enbart med regionen.

Kriminalvårdens förslag till behandlingsplan ska innehålla en så kallad ansvarsförbindelse, där ansvarig huvudman åtar sig ett betalningsansvar efter den villkorliga frigivningen. Enligt statistik från Kriminalvården skedde en kraftig minskning av antalet påbörjade verkställigheter av kontraktsvård mellan 2013 och 2021 (från cirka 1 000 fall år 2013 till cirka 500 fall år 2021).[42]

[40] Prop. 1986/87:106 s. 62.
[41] Samsjuklighetsutredningen har föreslagit att regionen ska ha det samlade ansvaret för beroendevård.
[42] KOS (2021). *Kriminalvård och statistik, Kriminalvården 2021.*

Det är en samhällsekonomiskt lönsam åtgärd att erbjuda en dömd person lämplig behandling om ett skadligt bruk eller beroende i väsentlig grad bidragit till brottet. Det kan leda till minskat lidande hos både personen och samhället, och förebygger återfall.

Vår bedömning är att kontraktsvård alltid bör övervägas när personer som har ett skadligt bruk eller beroende begår brott för vilket påföljden är fängelse. För att det ska vara möjligt krävs en nära och fungerande samverkan mellan region, kommun och kriminalvård. För kommuner och regioner innebär det inte ett utökat åtagande eftersom det följer principerna för när huvudmännen tar över ansvaret för kostnader i övrigt. Under den tid personen skulle ha befunnit sig på anstalt ska Kriminalvården stå för kostnaden för vården.

22.3 Samverkan behöver förbättras för personer som döms för narkotikabrott

För att personer inte ska återfalla i brott krävs att Kriminalvården har ett nära samarbete med andra samhällsaktörer under, och vid frigivning från, framför allt ett frihetsberövande straff. Vårt uppdrag är att utreda hur vård- och stödinsatser för målgruppen fungerar och om de behöver förbättras. I detta kapitel framlägger vi därför förslag och bedömningar som syftar till att förbättra samverkan mellan kriminalvård, hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst eftersom vi bedömer att en sådan samverkan skulle kunna leda till förbättrade vård- och stödinsatser för målgruppen.

22.3.1 Statens institutionsstyrelse, Kriminalvården och Polismyndighetens hälso- och sjukvårdsansvar bör ses över

Bedömning: Regionernas respektive Statens institutionsstyrelse (SiS), Polismyndighetens och Kriminalvårdens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser behöver tydliggöras för att säkerställa att personer som vårdas enligt LVM, är arresterade, anhållna eller häktade eller dömda inom Kriminalvården får de insatser de har behov av. Vi bedömer att dessa frågor behöver utredas i särskild ordning till exempel genom en särskild utredning.

Skäl för bedömningen

SiS och Kriminalvården har inte ett lagstadgat hälso- och sjukvårdsansvar men har ändå valt att bedriva viss hälso- och sjukvård eftersom de bedömt att det finns ett sådant behov i deras verksamhet. Det är även vanligt att personer som frihetsberövats och placerade i arrest har behov av medicinsk bedömning eller andra hälso- och sjukvårdsinsatser.

I 15 § häktesförordningen (2010:2011) anges att varje förvaringslokal ska ha tillgång till legitimerad läkare och personal med lämplig sjukvårdsutbildning. I 6 § 2 st. socialtjänstförordningen finns motsvarande bestämmelse för LVM, där det anges att hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet.

Enligt 9 kap. 1 § fängelselagen (2010:610), FäL, ska en intagen som behöver hälso- och sjukvård vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Om personen inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt på anstalten, ska den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs ska personen föras över till sjukhus.

Som vi beskriver i kapitel 10 är skadligt bruk eller beroende regel snarare än undantag hos personer som befinner sig på anstalt, och samsjuklighet är vanlig hos personer som vårdas enligt LVM. Vi bedömer att det krävs en tydligare ansvarsfördelning för att dessa personer ska få den hälso- och sjukvård de är i behov av, vilket kräver förändrad lagstiftning. En sådan reglering kan till exempel ske genom att SiS och Kriminalvården får ett utpekat ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser, och att hälso- och sjukvårdsansvaret i hemregionen och vistelseregionen klargörs.

Vi anser att det är en viktig fråga för personer som är frihetsberövade eller vårdas enligt LVM, men att detta behöver ses över bredare och inte bara kopplat till psykiatri inklusive skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vi bedömer därför att detta behöver utredas i särskild ordning till exempel genom en särskild utredning.

22.3.2 Statens institutionsstyrelse ska kunna initiera samordnad individuell plan

Förslag: I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) ska regleras att en så kallad samordnad individuell plan (SIP) även ska upprättas om en person vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, och om Statens institutionsstyrelse (SiS) bedömer att det behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda.

Särskilt om lagen om vård av missbrukare i vissa fall

Samsjuklighetsutredningen föreslår att LVM avvecklas och att ofrivillig vård vid allvarligt skadligt bruk eller beroende i stället regleras av LPT, samt att regionerna ansvarar för vården. Vi bedömer att förslaget är ändamålsenligt, men föreslår att SiS, i den händelse att regeringen väljer att inte gå vidare med Samsjuklighetsutredningens förslag, ges möjlighet att initiera en samordnad planering.

Närmare om förslaget

Samordnad individuell plan (SIP) är en planeringsmodell som regleras i 16 kap. 4 § HSL och 2 kap. 7 § SoL. En SIP ska upprättas när en person har behov av insatser från såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården om upprättandet av planen behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till det.

I dagligt tal är SIP ett samlingsnamn för både själva planen och den aktuella arbetsmetoden för planeringen. Syftet med SIP är att individen ska ha inflytande och vara delaktig i planering och genomförande av vården och omsorgen. SIP ska även tydliggöra ansvaret mellan olika huvudmän och förbättra den sammanhållande processen. Om en SIP fungerar på tänkt sätt ska den leda till att personen får nödvändiga insatser från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. När en planering kommit till stånd behöver det vara tydligt vem som ska ansvara för insatserna.

Vi föreslår att SiS får möjlighet att initiera en samordnad planering enligt 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen

(2017:30), HSL, men att ansvaret för upprättandet av själva planen fortsatt ska vara regionens och kommunens gemensamma.

LVM är en så kallad vårdlag, och det är socialnämnden som ansöker om tvångsvård enligt LVM. Socialnämnden har också kvar det övergripande ansvaret för den som vårdas enligt LVM. För personer som vårdas på SiS ser vi därför att socialtjänsten alltid kommer ha en roll i planeringen. Den minst ingripande ändringen är att även fortsatt låta regionen och kommunen tillsammans ansvara för att planen upprättas. SiS möjlighet att initiera upprättandet av en gemensam individuell plan ska regleras i 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. 4 § HSL, med hänvisning i LVM.

Skäl för förslaget

SiS ansvarar bland annat för planering, ledning och drift av LVM-hemmen. En förutsättning för en ändamålsenlig vård är ett välfungerande samarbete med övriga aktörer i vårdkedjan. Vårdkedjan för unga och vuxna som vårdas på SiS består av insatser från socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Samsjuklighet är regel snarare än undantag hos personer som vårdas på SiS.

Enligt de utvärderingar Samsjuklighetsutredningen lät göra av in- och utskrivningsintervjuer 2019 har en tredjedel av klienterna på LVM-hem tidigare erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård, och nästan två tredjedelar har erfarenhet av frivillig psykiatrisk vård.[43] Därutöver finns det med största sannolikhet ett mörkertal av personer med odiagnostiserade psykiska sjukdomar. En majoritet av dem som vårdas på SiS har en eller flera psykiatriska diagnoser som kan kräva insatser av regionernas hälso- och sjukvård, både medan och efter att en person vårdas på SiS.

Riskerna för återfall i både kriminalitet och skadligt bruk eller beroende är stora vid övergångar mellan olika vårdformer, särskilt vid utskrivning från slutna till öppna former. Även om socialtjänsten har kvar det övergripande ansvaret under vårdtiden, är det SiS som har kännedom om hur klienten mår under vårdtiden och vilka behov av samordning som finns vid utskrivning. Vi föreslår därför att SiS får initiera en så kallad samordnad individuell plan (SIP).

[43] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

En SIP ska alltid innehålla uppgifter om

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser som respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som någon annan än regionen eller kommunen ska utföra
- vilken av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Genom att SiS redan under tiden man vårdar klienten kan initiera en SIP kan vårdkedjan hållas samman, och onödiga glapp i insatskedjan kan undvikas. På så sätt minskar riskerna för återfall i brottslighet och i skadligt bruk eller beroende.

22.3.3 Kriminalvården ska kunna initiera upprättandet av en samordnad verkställighetsplan

Förslag: Kriminalvården ska kunna ta initiativ till att regionen och/eller kommunen ska delta i upprättandet av vad vi har valt att kalla en samordnad verkställighetsplan. Om det finns behov av vård- och stödinsatser efter frigivningen ska det framgå vilken huvudman som övertar ansvaret efter verkställighetstidens slut.

Närmare om förslaget

Vi föreslår att Kriminalvården får ta initiativ till en gemensam planering med en region och/eller kommun. Ändamålet är att gemensamt upprätta vad vi valt att kalla en samordnad verkställighetsplan. Regionernas och kommunernas ansvar för att delta i den samordnade planeringen och för ett eventuellt övertagande av ansvar för insatser efter verkställighetstidens slut ska regleras i 7 kap. 9 § HSL och 2 a kap. 5 § SoL.

Om flera regioner och kommuner är berörda kan samtliga kallas till den samordnade planeringen. Syftet med den samordnade verkställighetsplanen är att samla personens behov av insatser från alla aktörer i en plan och att ansvaret för olika insatser mellan huvudmännen tydliggörs i en sådan plan.

Planeringen av insatser kan avse både den tid personen avtjänar straff på anstalt, tiden under villkorlig frigivning och tiden efter verkställighet. För planeringen av insatser under villkorlig frigivning och efter avtjänat straff är det framför allt hemregionen och hemkommunen som är relevant. Under tiden medan personen vistas på anstalt är det mer komplicerat att utröna vilken region som bör kallas till en samordnad planering. Även för kommuner kan det i vissa fall vara svårt att avgöra vilken kommun som ska ansvara för insatser.

I det så kallade *riksavtalet för utomlänsvård* anges vad som gäller när en person får vård utanför sin egen region. Riksavtalet är dock inte bindande utan endast en rekommendation till regioner från styrelsen för SKR.[44] I avtalet definieras vårdregionen som den region där patienten vistas, medan hemregionen är där personen är folkbokförd. Nedan benämns därför vistelseregionen som vårdregionen i enligt med benämningen i avtalet.

Riksavtalet för utomlänsvård anger att en person som är föremål för kriminalvård på anstalt ska erbjudas såväl omedelbar som icke omedelbar vård av vistelseregion. En sådan patient ska enligt avtalet inte sändas hem för vård i sin hemregion. Det är vårdregionen som bedömer patientens behov av vård, och patientens hemregion får acceptera den bedömningen. Enligt riksavtalet ersätts vårdregionen av hemregionen för patientens kostnader. Det innebär att vårdregionen har ett ansvar för planering och genomförande medan personen vårdas på anstalt, så det är i många fall rimligt att kalla endast den regionen till en samordnad planering.

Enligt förarbetena ska en verkställighetsplan, utan att sätta den berörda personens eget ansvar åt sidan, utformas så att den förebygger återfall och så att negativa följder av frihetsberövandet motverkas.[45] Det förutsätter att kunskapen om personen är god och att Kriminalvården i ett tidigt skede av verkställigheten upprättar en individuellt utformad verkställighetsplan, baserad på en sammanställning och bedömning av identifierade risker, behov och förutsättningar.

Först genom en individuellt utformad och väl planerad verkställighet kan verkställigheten på tiden på anstalt och utslussningen från institution in i samhället utformas på ett sätt som tillgodoser såväl samhällsskyddet, ordning och säkerheten på anstalt som den intag-

[44] SKR (2015). *Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer.*
[45] Prop. 2009/10:135 s. 63.

nes säkerhet och personens behov av åtgärder mot kriminalitet och skadligt bruk eller beroende.[46]

En verkställighetsplan ska enligt 6 § fängelseförordningen (2010:2010) grundas på en utredning om personens behov av stöd och kontroll och om vilka åtgärder som bör vidtas under verkställigheten för att minska risken för återfall i brott. Förutsättningarna för att bevilja personen tillstånd för en sådan utslussningsåtgärd som avses i 11 kap. 1 § FäL ska särskilt övervägas.

Vi föreslår alltså att även en regions eller kommuns insatser för vård och stöd kan ingå i planen, och att den då kallas en samordnad verkställighetsplan. Under tiden för verkställighet är det Kriminalvården som har det yttersta ansvaret för att bedöma när det är nödvändigt med insatser från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten, samt för att i sådana situationer kalla region och/eller kommun till ett möte för att upprätta en plan om personen samtycker till det.

Vi föreslår också att Kriminalvården får det yttersta ansvaret för den samordnade verkställighetsplanen, även om regionen och kommunen ansvarar för det praktiska i sina delar. Om det är aktuellt med vård- och stödinsatser efter frigivande ska den samordnade verkställighetsplanen innehålla uppgifter om hur övertagande av ansvar till annan huvudman ska ske, och vid vilken tidpunkt.

Skyldigheten för kommuner och regioner att delta i planering som syftar till att upprätta en verkställighetsplan föreslås bli reglerad i FäL, med hänvisning i SoL och HSL. Regionernas och kommunernas insatser i samordnade verkställighetsplaner motsvarar deras ansvar för insatser enligt HSL och SoL.

Insatserna i en verkställighetsplan ska kunna genomföras under straff på anstalt, under villkorlig frigivning och efter verkställighetstiden.

Det är frivilligt för den enskilde att delta i samordnad verkställighetsplanering. Den enskilde behöver även samtycka till alla hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänster i planen. Detta skiljer sig från den verkställighetsplan som Kriminalvården tar fram i enlighet med 6 § fängelseförordningen (2010:2010).

[46] Prop. 2009/10-135 s. 63.

22.3.4 Skäl för förslaget

Kriminalvården har en stor andel klienter som har ett skadligt bruk eller beroende eller annan psykiatrisk diagnos. Av 5 687 intagna med pågående fängelseverkställighet 1 oktober 2021 hade 3 381 ett skadligt bruk eller beroende. Det innebär att cirka 60 procent av klienterna på anstalt har någon form av skadligt bruk eller beroende. Vanligast var skadligt bruk eller beroende av narkotika (39 procent).[47]

Kriminalvården erbjuder behandlingsprogram som bygger på kognitiv beteendeterapi (KBT). Att säkerställa att intagna får tillgång till vård och stöd efter frigivning innebär stora vinster för både individen och samhället. Att ta sig ur ett pågående skadligt bruk är, enligt en sammanställning som Brå genomförde 2012, en av fem faktorer som minskar risken för återfall i brott.[48]

Övergången från anstaltsvistelse till villkorlig frigivning och från villkorlig frigivning till avslutad verkställighet är särskilt kritisk för individen när det gäller både återfall i brottslighet och återfall i skadligt bruk eller beroende. Kriminalvården behöver ha en aktiv samverkan med andra aktörer för att kunna bedriva ett effektivt återfallsförebyggande arbete.

Samverkan krävs bland annat med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Däremot är Kriminalvårdens ansvar begränsat utifrån den så kallade normaliseringsprincipen.[49] Den innebär att det är de ordinarie myndigheterna som primärt ansvarar för de intagnas behov av till exempel hälso- och sjukvård. Avsteg från principen kan till exempel ske om vård- och stödinsatserna uteslutande har sin grund i Kriminalvårdens uppdrag.

Kriminalvårdens skyldighet enligt 1 kap. 5 § FäL att samverka med andra myndigheter syftar till att minska risken för återfall i brottslighet samt att säkerställa att individer får de insatser de har behov av.

Vid övergångar mellan verkställighetsformer är det särskilt viktigt att samverkan med region och kommun fungerar. Men det kan även vara viktigt under verkställighetstiden på anstalt, om det till exempel är aktuellt att sätta in en LARO-behandling eller behandling för adhd, som ska fortsätta efter verkställighetstiden. Regionen och Kriminal-

[47] Kriminalvården. https://www.kriminalvarden.se/forskning-och-statistik/statistik-och-fakta/anstalt/#Missbruk. 2013-07-01.
[48] Brå (2012). *Samverka för att förebygga återfall i brott*, s. 8.
[49] Se prop. 1973:1 bil. 4, s. 90 och 1974:20, s. 85, 117, 150.

vården behöver då redan i ett tidigt skede samordna och planera behandlingen så att den utan uppehåll kan fortsätta efter frigivning.

22.3.5 Myndigheterna ska få i uppdrag att ta fram riktlinjer och medel ska avsättas för samordnad planering

Förslag: Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) ska få i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ta fram riktlinjer för när en samordnad planering ska initieras. Kriminalvården ska vidare ta fram riktlinjer kring arbetssätt och metoder för upprättande av samordnad verkställighetsplan.

Förslag: Digitaliseringsmyndigheten ska få i uppdrag att ta fram vägledning för hur digitala samordningsmöten ska kunna genomföras på ett tekniskt säkert sätt i enlighet med gällande lagstiftning och om möjligt föreslå tekniska standarder.

Förslag: Inom ramen för en överenskommelse mellan staten och SKR om psykisk hälsa ska medel avsättas till SKR för fortsatt utveckling av metoder och arbetssätt för samordnad verkställighetsplanering samt för att fortsatt stödja kommuner och regioner i arbetet med att utveckla samordnad individuell planering (SIP). Regionerna och kommunerna ska kompenseras ekonomiskt för det nya åtagandet att delta i samordnad verkställighetsplanering med Kriminalvården.

Skäl för förslagen

En möjlighet – inte en skyldighet – för Kriminalvården och SiS att initiera en samordnad planering

Vi föreslår att SiS och Kriminalvården får ansvaret att avgöra när det finns ett behov av att initiera en gemensam planering av insatser. Det kan finnas situationer där personen visserligen har behov av insatser från de andra huvudmännen men där det redan finns ett väl fungerande samarbete. Det kan exempelvis röra sig om en situation där ett övertagande av vård redan är planerat med klientens ordinarie vård eller

där SiS endast behöver insatser av den placerande socialtjänsten. I dessa situationer är det inte nödvändigt att upprätta en plan enligt regelverket vi föreslår i SoL och HSL respektive FäL, utan samverkan kan ske på annat sätt.

Det är viktigt att en utökning av vilka aktörer som får kalla till samordnad vårdplanering inte innebär en onödigt betungande uppgift för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Detta ställer höga krav på SiS att endast initiera en samordnad plan när det behövs för att individen ska få sina behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillgodosedda.

För Kriminalvården har vi valt att en samordnad verkställighetsplan endast ska upprättas om det är nödvändigt för att personen ska få sina behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst tillgodosedda. Myndigheterna behöver därför ta fram kunskapsstöd för när det kan behövas respektive är nödvändigt. Riktlinjerna kan exempelvis även omfatta vem inom organisationen som får initiera en samordnad planering.

SiS och Kriminalvården ska få i uppdrag att ta fram rutiner för när och hur den samordnade planeringen ska genomföras

Trots att bestämmelserna om SIP funnits sedan 2010 finns det fortfarande stora brister i tillämpningen. Socialutskottet genomförde 2017 en utvärdering av SIP för barn med funktionsnedsättning och äldre multisjuka. Det är rimligt att anta att situationen är likartad för andra grupper med kroniska sjukdomstillstånd.[50] I utvärderingen lyftes kunskap fram som en framgångsfaktor för att genomföra lagstiftningen. Det gäller kunskap om lagstiftningen, om hur man samverkar och om hur en SIP utformas. Det har också visat sig vara viktigt med en erfaren mötesledare för att få till stånd bra SIP-möten.

År 2021 gav Uppdrag psykisk hälsa på SKR i uppdrag åt Riksförbundet social och mental hälsa (RSMH) att genomföra brukarstyrd revision för barn och unga som medverkat i SIP. RSMH föreslog bland annat att berörda aktörer hos respektive huvudman utbildas i både lagstiftning och metod, och att metod och arbetssätt ska utvecklas av professionella i dialog med barn, unga och vårdnadshavare.[51]

[50] Socialutskottet (2018). *Samordnad individuell plan (SIP) – En utvärdering.*
[51] RSMH (2022). *Brukarrevision av Samordnad Individuell Plan, SIP 2022.*

Riksförbundet Attention[52] genomförde 2022 en enkät angående tillgänglighet till vård och stöd för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar Endast 7 procent av dem som besvarade enkäten svarade ja på frågan om en SIP upprättats. Av dessa var 3 procent mycket nöjda med resultatet av SIP, och 7 procent delvis nöjda.[53] Det går inte att dra några säkra slutsatser från rapporten om hur stor andel av enkätdeltagarna som haft ett behov av SIP, men 7 procent är mycket lågt. Som jämförelse kan nämnas att 34 procent angav att de även hade insatser från socialtjänsten.

Rapporterna och utvärderingarna som beskrivs ovan visar att det finns brister i såväl implementeringen som regionernas och kommunernas arbete med SIP.

Att det införs en möjlighet för SiS att uppmärksamma behov av en samordnad planering, och för Kriminalvården att initiera samordnad verkställighetsplanering, kan innebära stora fördelar för individen och minska riskerna för att enskilda faller mellan stolarna vid utskrivning och frigivning. Samordnad planering är dock endast ett verktyg, och om det inte används på rätt sätt och i rätt situationer, leder det inte till förbättringar.

Medel ska fördelas till SKR inom ramen för överenskommelse om psykisk hälsa för att stärka arbetet med samordnad individuell plan (SIP)

Vi föreslår att medel avsätts inom ramen för en överenskommelse mellan regeringen och SKR för att stödja regioner och kommuner i arbetet med SIP. Medlen ska fördelas till SKR för fortsatt utveckling av metoder och arbetssätt för samordnad planering, samt för fortsatt stöd till kommuner och regioner i arbetet med att utveckla SIP.

SKR har i många år aktivt arbetat med att implementera SIP inom ramen för sitt arbete med psykisk hälsa, så det är rimligt att det arbetet fortsätter och breddas till att även omfatta personer med skadligt bruk eller beroende. Vi bedömer även att det ligger närmare SKR:s uppdrag än expertmyndigheternas att arbeta med denna form av utvecklingsarbete.

[52] Attention är ett förbund som sprider kunskap om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) m.m.
[53] Attention (2022) *”Väntat hela mitt liv på stöd”.*

Medel till kommuner och regioner för nytt åtagande

Medel ska fördelas till regioner och kommuner för det ökade resursbehov det innebär att ytterligare en part kan kalla till en samordnad verkställighetsplanering. Medlen ska fördelas genom en förstärkning av de generella statsbidragen.

Uppdrag till Digitaliseringsmyndigheten att ta fram exempel på tekniska standarder för digitala samordningsmöten

Digitaliseringsmyndigheten ska, i samverkan med andra berörda myndigheter, ta fram förslag på tekniska standarder som kan användas för digitala samordningsmöten. För att SIP och samordnad verkställighetsplan ska kunna fungera på ett effektivt sätt för både patienterna och klienterna är möjligheten till att kunna hålla digitala möten många gånger nödvändigt. Inte minst gäller det för personer som befinner sig på anstalt eller ett LVM-hem långt ifrån hemkommunen eller hemregionen. Vi anser att staten har ett ansvar i att skapa bättre förutsättningar för digitalisering av samordningsmöten. Vi föreslår därför att Digitaliseringsmyndigheten ska få i uppdrag att bistå regioner och kommuner med information om hur digitala samordningsmöten kan anordnas på ett sådant sätt att det är tekniskt säkert.

22.3.6 Regioner bör utveckla rutiner för att ta emot vårdförfrågningar från andra myndigheter

Bedömning: Regioner och kommuner bör ha rutiner för att ta emot och bedöma vårdförfrågningar från Kriminalvården och Åklagarmyndigheten när en sådan bedömning behövs i beslut om åtalsunderlåtelse och för påföljd med vårdinslag.

Skäl för bedömningen

Det finns situationer där andra myndigheter har ett behov av en bedömning från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten för att en insats ska kunna komma till stånd. Ett exempel på en sådan situation

är när det krävs att en persons behov av en behandling styrks för att ett beslut om kontraktsvård eller åtalsunderlåtelse ska kunna fattas.

Samsjuklighetsutredningen har föreslagit att regionerna ska ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende.[54] Om Samsjuklighetsutredningens förslag om ett förändrat huvudmannaskap genomförs, kommer regionerna med största sannolikhet att bli en viktigare part när det gäller vårdvistelse, kontraktsvård och åtalsunderlåtelse på grund av psykiatrisk vård.

I dag är det framför allt placeringar på hem för vård eller boende (HVB) och överenskommelser med kommuner som är aktuella när det gäller kontraktsvård, men med ett förändrat huvudmannaskap kommer det oftare att vara regionerna som Kriminalvården behöver komma överens med.

När det gäller exempelvis kontraktsvård behöver regionens eller kommunens inställning till en behandlingsplan klargöras inom en viss tid. Detta eftersom det krävs ett underlag till huvudförhandlingen som domstolen kan ta ställning till.

För individen är det viktigt att regionen eller kommunen tar ställning till en bedömning om vård och behandling i tid, så att åklagare, kriminalvård eller domstol kan fatta beslut om adekvat vårdinsats. Vi bedömer därför att det är viktigt att regioner och kommuner har rutiner för att ta emot och bedöma vårdförfrågningar från frivården eller åklagare.

22.3.7 Vid behov bör utslussning eller utskrivning ske till en integrerad vård- och stödverksamhet

Bedömning: Utskrivning eller utslussning bör vid behov ske till en sådan integrerad vård- och stödverksamhet som föreslogs av Samsjuklighetsutredningen.

Skäl för bedömningen

Samsjuklighetsutredningen föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för en avgränsad målgrupp med särskilt stora sam-

[54] Samsjuklighetsutredningen (SOU 2021:93). *Från delar till helhet.*

ordningsbehov och bristande förmåga att själva samordna insatser. Med samordnad vård- och stödverksamhet menas en gemensam verksamhet där olika professioner från båda huvudmännen jobbar tillsammans.

Syftet med verksamheten är att främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang. Om personen är aktuell för den samordnade vård- och stödverksamheten, bör Kriminalvården respektive SiS kontakta verksamheten.

Det är den samordnade vård- och stödverksamheten som bedömer om personen ska få insatser inom ramen för den särskilda verksamheten. Det görs genom en bedömning av om det är nödvändigt med särskild samordning och om personen har behov av en vård- och stödsamordnare. Grunden för den bedömningen ska vara personens behov, verksamhetens syfte enligt den särskilda lagen om samordnad vård- och stödverksamhet och prioriteringsbestämmelserna i HSL.

Som vi beskrivit ovan är psykiatrisk problematik vanlig hos gruppen som vårdas på SiS, och hos klienter i Kriminalvården. Även somatisk ohälsa är vanligt. Många har ett behov av omfattande stöd i form av såväl socialtjänstinsatser som hälso- och sjukvårdsinsatser.

För en person med omfattande behov av vård och stöd är det särskilt viktigt att det finns en fungerande vårdkedja vid avslutad verkställighet eller vid utskrivning från LVM. För de fall där Kriminalvården eller SiS bedömer att en person kan tillhöra målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten bör därför verksamheten kontaktas, så att det kan avgöras om personen ska erbjudas insatser inom verksamheten.

22.3.8 Det bör utredas hur informationen kan delas mellan verksamhetsgrenar

Bedömning: Regeringen bör utreda hur informationsdelning mellan olika verksamhetsgrenar hos Statens institutionsstyrelse och Kriminalvården kan möjliggöras när det behövs för att den enskilde ska kunna beredas nödvändig vård och omsorg. Informationsdelning ska endast få ske när det är för den enskildes bästa. En sådan utredning bör även innefatta informationsdelning mellan andra samordnade verksamheter. I en sådan utredning behöver nyttan av att dela information ställas mot den enskildes rätt till personlig integritet.

Skäl för bedömningen

Både vi och Samsjuklighetsutredningen har betonat vikten av att vården och omsorgen vid behov samordnas mellan olika huvudmän och inom olika huvudmän. Hinder mot att dela information på grund av sekretess innebär många gånger ett problem för samordnade verksamheter.

SiS skickade i februari 2021 in en hemställan till regeringen med förslag om ändringar i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.[55] Hemställan hade sin grund i att Justitieombudsmannen (JO) hade bedömt att den hälso- och sjukvård som SiS bedrev var en självständig verksamhetsgren mot SiS övriga verksamhet, vilket innebar att sekretess skulle gälla mellan verksamhetsgrenarna. JO uttalade dock att det i viss mån var nödvändigt att kunna dela information mellan verksamhetsgrenarna, och väckte därför frågan om det behövdes en översyn av sekretessreglerna.[56]

Enligt 8 kap. 1 § OSL får en uppgift för vilken sekretess gäller inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter om inte annat anges i den lagen, eller i lag eller förordning som lagen hänvisar till. I 8 kap. 2 § OSL anges att det som föreskrivs om sekretess mot andra myndigheter också gäller mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra.

[55] Ärende hos Regeringskansliet. Dnr 1.1.4-654-2021.
[56] JO dnr 6547-2017.

Både SiS och Kriminalvården bedriver hälso- och sjukvård utöver sin kärnverksamhet, och JO:s resonemang om självständiga verksamhetsgrenar är tillämpligt på Kriminalvården. Detta gäller särskilt för personer med ett skadligt bruk eller beroende. För att Kriminalvården och SiS ska kunna utreda individens behov av vård och stöd, och erbjuda sammanhållna insatser, kan information behöva delas mellan verksamhetsgrenarna.

En persons hälsa är en viktig del i planeringen av vilka insatser som ska sättas in. Det är också svårt att se hur sekretessen i praktiken ska kunna upprätthållas i en sluten miljö som den på både SiS och Kriminalvården. För att personen ska kunna få sammanhållen vård och andra insatser, ser vi att det är nödvändigt att uppgifter vid behov kan delas mellan verksamhetsgrenarna. Vi bedömer därför att verksamhetsgrenar inom SiS respektive inom Kriminalvården bör få möjlighet att dela information från sin hälso- och sjukvårdsverksamhet med övrig verksamhet när det finns skäl till det. Det ska dock inte göras rutinmässigt, utan den som är ansvarig för vården eller andra insatser måste bedöma när information behöver delas för att personen ska få nödvändig vård, behandling eller annat stöd.

Att kunna dela information när det behövs för att bereda någon nödvändig vård och omsorg är en viktig fråga men vi bedömer att det behöver utredas i särskild ordning. Det är viktigt att information endast delas när det behövs samt att integritetsaspekter beaktas. I en sådan utredningen kan det även ingå att utreda om och hur informationsdelning ska kunna ske i andra samordnade verksamheter.

22.3.9 Det ska tas fram en vägledning för vård och stöd för unga som misstänks för narkotikabrott

Förslag: Socialstyrelsen och Polismyndigheten ska få i uppdrag att i samråd med Brottsförebyggande rådet (Brå) och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ta fram en vägledning för hur barn och unga under 21 år som misstänks för narkotikabrott kan erbjudas vård och stöd när det finns ett sådant behov.

Skäl för förslaget

Vi föreslår att Socialstyrelsen och Polismyndigheten ska få i uppdrag att ta fram en vägledning för hur hälso- och sjukvården, socialtjänsten och Polismyndigheten ska samverka för att barn och unga som misstänks för narkotikabrott får den vård och det stöd de behöver. I uppdraget kan till exempel ingå att beskriva

- om det finns metoder som har stöd i forskning eller beprövad erfarenhet
- hur samverkan kan ske inom ramen för reglerna om sekretess mellan myndigheterna
- om det är möjligt med rapporteftergift om personen i stället erbjuds och tackar ja till vård och stöd
- hur resultaten kan följas upp.

Det har tidigare förekommit flera projekt med syftet att skapa bättre former för samverkan mellan Polismyndigheten och socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Ett exempel är det så kallade MUMIN-projektet. MUMIN (Maria Ungdom Motiverande Intervention) var ett samverkansprojekt mellan Ungdomssektionen vid Länskriminalpolisen samt socialtjänst och region vid Maria Ungdom i Stockholm. Projektet startades 2004 och finansierades av Mobilisering mot narkotika. Syftet var att ge ungdomar och deras familjer snabb tillgång till adekvat vård- och behandling i samband med polisingripanden gällande narkotikarelaterad brottslighet Gemensamt för MUMIN och liknande projekt är att det ofta rör sig om tidsbegränsade projekt, vilket innebär att det som regel är svårt att efter projektslut överföra dem till ordinarie verksamhet. För att skapa bättre förutsättningar för förbättrad samverkan i ordinarie strukturer föreslår vi därför att en vägledning tas fram för att öka samverkan mellan Polismyndigheten, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Finns behov av behandling för skadligt bruk eller beroende, kan den erbjudas inom ramen för regionens verksamhet, som ska samordnas med socialtjänsten i enlighet med vårt förslag i kapitel 16.

23 Utveckling av statistiken om dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar

I våra utredningsdirektiv finns flera punkter som berör uppföljningsfrågor. I det här kapitlet ger vi förslag på hur statistiken avseende dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning kan förbättras. Kapitlet svarar mot utredningens direktiv avseende följande punkt:

> Föreslå hur statistiken avseende dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning kan utvecklas för att skapa en skarpare uppföljning. Utredaren ska vid behov ta fram nödvändiga författningsförslag.

23.1 Bakgrund

Under senare år har Socialstyrelsen utvecklat statistiken om dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Bland annat har just läkemedels- och narkotikaförgiftningar etablerats som ett standardmått, i stället för det äldre måttet *narkotikarelaterade dödsfall*, som användes före 2017. Kortfattat kan sägas att man ändrat från att fokusera på att beskriva narkotikarelaterade dödsfall, till att numera fokusera på att beskriva dödsfall direkt orsakade av förgiftningar med narkotika och även läkemedel.

Det nya måttet motiverades bland annat av att det gamla måttet i flera fall inte kunde fånga dödsfall på grund av felanvändning av läkemedel, och dödsfallen kunde inte heller delas upp efter avsikt, såsom suicid respektive oavsiktliga överdoser. Ett mått som avgränsas till narkotika är också beroende av olika substansers legala status vilket då påverkar statistiken. Mer detaljer om svagheter med det gamla måttet

och motiveringen av det nya måttet framgår bland annat i en rapport som publicerades 2022.[1]

Utöver vilka dödsorsakskoder som skulle utgöra underlag för måttet sågs också ett behov av mer detaljerad information om vilka substanser som ligger bakom dödsfallen än vad som finns genom den grova indelning med substanskategorier som görs för dödsorsaker.[2] Till dödsorsaksstatistiken har därför substanser för just förgiftningsdödsfallen lagts till. Information om vilka substanser som inkluderas kommer från de dödsorsaksintyg (DOI) som skickas till Socialstyrelsen, främst från Rättsmedicinalverket (RMV), men också, i mycket begränsad omfattning, från hälso- och sjukvården i de fall personen avlidit på sjukhus och obduktion inte bedömts nödvändig.

Socialstyrelsen har tagit fram ett system, substansmodulen, som automatiskt läser av substanser som finns angivna på DOI för de dödsfall som klassats som narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Dessa uppgifter publiceras i faktablad med tillhörande tabeller som myndigheten tar fram. Uppgifter och bearbetningar kan även beställas från Socialstyrelsen.

23.1.1 Processen från rättsmedicinsk undersökning till nationell statistik om specifika substanser

RMV genomför rättsmedicinska undersökningar på cirka 5 500 avlidna personer per år. Dessa undersökningar innefattar bland annat omfattande analyser av narkotika och läkemedel samt alkohol. Ungefär 15 procent av dessa ärenden klassificeras som förgiftningar på grund av narkotika eller läkemedel.

Även vid dödsfall som inte bedömts vara orsakade av förgiftningar med narkotika eller läkemedel påträffas ofta fynd med narkotika och läkemedel. Detta gäller exempelvis dödsfall genom sjukdomar, bilolyckor, drunkningar eller våld.

Det totala antalet fynd av substanser som RMV samlar in genom ovanstående process kan användas bland annat inom arbete med tidig upptäckt och för att se trender i substansförekomsten, RMV ingår också i Nätverket för den Aktuella Drogsituationen i Sverige (NADiS).

[1] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. En statistiksammanställning*.
[2] Enligt den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 som används för dödsorsaker.

Från den totala mängden fynd av substanser gör RMV därefter en avgränsning till de fynd av substanser som förekommit vid förgiftningsdödsfall.

Det är mycket vanligt med flera fynd av substanser vid förgiftningsdödsfall. Många av dessa substanser kan förekomma i mycket låga koncentrationer och därför sakna betydelse för dödsfallet (så kallade bifynd[3]). Ibland är det uppenbart vilken eller vilka substanser som orsakat ett dödsfall, medan det i andra fall kan vara svårbedömt och förgiftningen kan tillskrivas flera substanser i kombination, där de olika substansernas egenskaper och inbördes påverkan behöver beaktas.

För dödsfallen gör den handläggande rättsläkaren en bedömning av de rättskemiska fynden i relation till obduktionsfynd och övriga omständigheter. Denna bedömning avspeglas sedan i det rättsmedicinska obduktionsutlåtandet, som utgör svaret på den begäran om rättsmedicinsk obduktion som polisen gjort. För att uppfylla kraven på dödsorsaksstatistik fyller rättsläkaren även i ett DOI som skickas till Socialstyrelsen.

DOI är den källa som Socialstyrelsen får för att koda dödsorsaker som används till dödsorsaksstatistiken. För dödsorsaker anges inte substanser i detalj utan som olika substanskategorier. Som tillägg till dödsorsaksstatistiken produceras dock, för dödsfall med läkemedels- och narkotikaförgiftningar, kompletterande uppgifter om specifika substanser. Uppgifterna om de specifika substanserna sammanställs genom att de substanser som finns angivna på DOI avläses automatiskt med hjälp av substansmodulen som Socialstyrelsen utvecklat. Uppgifter om substanser kan finnas i två fält på DOI ”Läkarens utlåtande om dödsorsaken” samt ”Kort beskrivning av hur skadan/förgiftningen uppkom”. I kolumn A och B i tabell 23.1 visas exempel på hur dessa fält kan vara ifyllda för tre olika dödsfall.

Som huvudregel anges i DOI endast de läkemedel eller narkotika som bedöms ha bidragit till ett förgiftningsdödsfall. Enligt RMV förekommer det dock förhållandevis ofta uppgifter om andra substanser på DOI utöver dem som rättsläkaren har bedömt orsaka förgiftningen. Det kan framför allt röra sig om andra substanser som påvisats, bifynd, se exempel 1 i tabell 23.1. Det kan också vara så att det finns information om substansbruk eller tidigare oavsiktliga förgiftningar av en viss substans (se exempel 2 i tabell 23.1). I dessa fall

[3] I texten används benämningen bifynd för alla fynd för dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar som inte bedömts bidragit till dödsfallet.

kan alltså fler substanser än de som bedömts bidragit till förgiftningen identifieras av substansmodulen. I vissa fall kan det också vara så att ingen specifik substans finns angiven utan enbart en eller flera övergripande kategorier, i dessa fall kan inte någon substans identifieras av substansmodulen, se exempel 3 i tabell 23.1. I tabellens kolumn C visas vilka substanser som förekommer på DOI och som därigenom kan identifieras med substansmodulen. Kolumn D visar vilka substanser som faktiskt bedömts orsaka den dödliga förgiftningen. Uppgifter som de i kolumn D tas fram manuellt av RMV genom att tolka övrig information på DOI om de angivna substansernas roll eller i de fall oklarheter kvarstår även använda information som finns i obduktionsutlåtandet.

Tabell 23.1 Exempel på hur substanser anges på dödsorsaksintyg (DOI)

Nr	A. DOI fält: Läkarens utlåtande om dödsorsaken	B. DOI fält: Kort beskrivning av hur skadan/ förgiftningen uppkom	C. Angivna substanser på DOI (Som kan identifieras automatiskt av Socialstyrelsen)	D. Substanser som bedömts bidragit till förgiftningen (manuell genomgång av RMV)
1	Förgiftning med opiater och närbesläktade narkotiska medel	Vid obduktion vätskefyllda lungor, lite skum i luftvägar, förhöjd koncentration av tramadol, förekomst av THC	Tramadol och THC	Tramadol
2	Överdos av heroin	Mannen ska ha tidigare överdoserat på LSD, samt fört en dagbok på testade substanser.	Heroin och LSD	Heroin
3	Läkemedelsförgiftning med flera substanser (opioider, bensodiazepiner)	Anträffad på golvet av hemtjänsten och förs till sjukhus med ambulans där hen avlider.		Kodein, oxikodon, fentanyl och morfin

Källa: Riksmedicinalverket.

De uppgifter som sammanställs via substansmodulen kan betecknas som: *substanser som finns angivna på DOI* vilket i dag är väsentligt skiljt från substanser som bedömts bidragit till förgiftningarna. Diskre-

pansen mellan vilka substanser som angetts på DOI och vilka som bedömts ha bidragit till förgiftningen av rättsläkarna är, i allt väsentligt, orsaken till differensen i kolumnen längst till höger i tabell 23.2.[4] För många vanliga substanser är differensen kring 10 procent. För buprenorfin var differensen 20 procent och för zopiklon 28 procent. För alprazolam och amfetamin var differensen stor, kring 60 procent. I huvudsak beror dessa differenser på att bifynd i varierande utsträckning anges på DOI som då också kan fångas upp av substansmodulen och kommer med i den nationella statistiken.

För siffrorna från substansmodulen innebär det till exempel att det är svårt att avgöra i vilken grad en hög förekomst av en substans beror på att substansen är vanligt förekommande som ett förskrivet läkemedel och därigenom också ofta förekommer som bifynd eller om substansen ofta orsakar läkemedels- och narkotikaförgiftningar.

Tabell 23.2 Samtliga substanser, samt delmängderna som bedömts bidragit till förgiftningen respektive de som fångats i substansmodulen

RMV:s och Socialstyrelsens statistik över substanser vid dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar, 2019. För samtliga kolumner gäller att flera substanser kan registreras för ett dödsfall

	A. Samtliga substanser som påvisats i blod vid rätts-toxikologisk undersökning (RMV)	B. De specifika substanser som rättsläkaren bedömt bidragit till förgiftningsdödsfallet (RMV)*	C. Substansmodulen, Socialstyrelsen (enbart för DOI från RMV)	Procentuell skillnad kolumn C jämfört med B
Oxikodon	127	85	94	11 %
Alimemazin	151	81	89	10 %
Metadon	80	72	79	10 %
Alprazolam	263	71	112	58 %
Zopiklon	167	67	86	28 %
Buprenorfin	90	66	79	20 %
Tramadol	77	59	66	12 %
Propiomazin	156	56	61	9 %
Amfetamin	131	51	83	63 %

* Enligt manuell genomgång där även information från obduktionsrapporter kan beaktas.
Källa: Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen. (Rapporten: Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. En statistiksammanställning [2022], sidan 47).

[4] Jämförelsen här avser enbart DOI som kommer från RMV, en liten del av dödsorsaksintygen kommer också från hälso- och sjukvården. Här antas RMV:s tolkning av vilka substanser som rättsläkaren angetts bidragit stämma, se exempel i tabell 23.1.

Enligt de personer som sammanställer statistik om substanser på RMV är det önskvärt att enbart de substanser som enligt rättsläkaren har bidragit till dödsfallet finns med på DOI. Detta skulle underlätta myndighetens eget statistikarbete. Men framför allt skulle det underlätta tolkningen av den information som Socialstyrelsen sammanställer med hjälp av substansmodulen på basis av automatiserad överförd information från DOI.

Eftersom merparten av bifynd som RMV hittar (differensen mellan kolumn A och B i tabell 23.2) inte är med på DOI och därför heller inte kommer med i uppgifterna via substansmodulen skulle data via substansmodulen vara lättare att tolka om resterande bifynd också rensades bort. Detta skulle också bli fallet om de substanser som omnämns på DOI enbart avsåg de substanser som enligt rättsläkaren har bidragit till förgiftningsdödsfallet.

Att det förekommer bifynd eller saknas exakta substanser på DOI är oftast inte ett problem för att koda rätt dödsorsak enligt ICD-10, vilket är grunden för ifyllande av DOI. Enligt RMV är rättsläkarna vana att skriva så att rätt dödsorsak kodas. Det innebär att Socialstyrelsen inte berörs av problemet avseende substanser i arbetet med att koda rätt dödsorsak. För en tydligare tolkning av de mer detaljerade uppgifter som fångas via substansmodulen skulle dock en striktare avgränsning på DOI till substanser som bedömts ha bidragit till dödsfallen vara av godo.[5] Enligt RMV skulle det underlättas av tydligare instruktioner. I dag finns ingen sådan information på blanketten för DOI eller på Socialstyrelsens webbplats.[6]

23.1.2 Socialstyrelsen ansvarar för att tillgängliggöra statistik

RMV publicerar antalsuppgifter för samtliga substanser som påvisats i deras rättskemiska undersökningar samt vilka substanser som bedömts ha bidragit till förgiftningsdödsfallen. Dessa publicerade data begränsar sig till listor över de vanligaste substanserna. Uppgifterna delas inte upp efter till exempel kön, ålder eller bedömd avsikt bakom förgiftningen – vilket Socialstyrelsen gör utifrån substansmodulen.

[5] Detta berör inte förutsättningarna för att den totala mängden fynd (bidragande substanser och bifynd) lagras och finns tillgänglig i RMV:s databaser. Information som bland annat kan användas för att analysera vilka substanser som är i omlopp på narkotikamarknaden.
[6] Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/lamna-uppgifter-till-register/dodsorsaksregistret. Besökt 2023-03-30.

RMV är inte statistikansvarig myndighet och har inte i sin kärnverksamhet att sammanställa och tillgängliggöra statistik. Därför kan RMV inte heller förväntas sammanställa och tillgängliggöra nationell statistik på det sätt och i den utsträckning som Socialstyrelsen har i uppdrag att göra. RMV:s uppgifter om förgiftningsdödsfallen kan heller aldrig vara fullständiga eftersom vissa förgiftningsdödsfall endast rapporteras av sjukvården.

Socialstyrelsen har tidigare utvärderat substansmodulen och påvisat en hög sensitivitet och specificitet. Utvärderingen tog dock sin utgångspunkt i att alla substanser som anges i DOI och som härrör från den rättstoxikologiska undersökningen ”är av betydelse” för dödsfallet.[7] Socialstyrelsen nämner också i sin redovisning att data från substansmodulen innehåller både substanser som bedömts ha bidragit till förgiftningsdödsfallet och vissa bifynd eller substanser som kan ha påträffats på platsen.

Vi anser att en renodling till substanser som bedömts bidragit till att orsaka förgiftningsdödsfallen är önskvärd.

23.1.3 Pågående arbete hos Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen

RMV har beslutat om ett projektdirektiv för att höja kvaliteten på ifyllandet av DOI genom att identifiera kunskapsluckor och åtgärda dem. Projektet ska enligt plan slutredovisas i januari 2024 och sker i samarbete med personer som kodar dödsorsaker hos Socialstyrelsen. I projektet ingår dock inte frågan om substanser som inte bedöms ha bidragit till förgiftningen ska utelämnas i DOI och påverkan på data via substansmodulen.

[7] Socialstyrelsen (2019). *Dödsorsaksregistrets substansmodul. Bakgrund, utveckling och metod.*

23.2 Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen ska få i uppdrag att öka tolkningsbarheten av data om substanser

Förslag: Regeringen ska ge Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen ett gemensamt uppdrag med syftet att öka tolkningsbarheten av data om substanser i den nationella statistiken.

Bedömning: Detta kan göras genom att renodla informationen om substanser på dödsorsaksintygen. Bland annat bör Socialstyrelsen förtydliga instruktionen för dödsorsaksintyg vid förgiftningsdödsfall så att enbart substanser som bedömts ha bidragit till förgiftningen ska anges på dödsorsaksintyget.

23.2.1 Skäl för förslaget och bedömningen

RMV och Socialstyrelsen ska få ett gemensamt uppdrag om att öka tolkningsbarheten i den nationella statistiken om substanser hos Socialstyrelsen, som i huvudsak bygger på uppgifter från RMV.

Uppdraget ska ha fokus på hur substanser angivna på DOI påverkar den nationella statistiken om substanser, snarare än kodning av dödsorsaker där arbete redan pågår. Ifyllandet av DOI behöver göras mer enhetligt vad gäller hur substanser anges. Vi bedömer att målet bör vara att de substanser som via substansmodulen förekommer i den nationella statistiken avser de substanser som bedömts ha bidragit till förgiftningsdödsfallen, och inga andra. Därmed ökar tydligheten och tolkningsbarheten i de substansdata som ingår i den nationella statistiken. En åtgärd bör vara att förtydliga Socialstyrelsens instruktioner för DOI med information om hur substanser ska anges vid förgiftningsdödsfall.

23.3 Socialstyrelsen bör utveckla redovisningen av dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Bedömning: Socialstyrelsen bör fortsätta att utveckla dödsorsaksstatistiken och de tabeller som publiceras tillsammans med faktablad om dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.

23.3.1 Skäl för bedömningen

Enligt uppgifter från Socialstyrelsen fortsätter man att utveckla statistiken om dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar utifrån den rapport som publicerades 2022. Ett arbete som nämns i rapporten är att tidigare kunna publicera dödsorsaksstatistik som då också skulle inkludera läkemedels- och narkotikaförgiftningar.

Enligt Socialstyrelsen sker även utveckling av de faktablad och tabeller som publiceras i samband med statistiken, bland annat utifrån redovisningen i rapporten *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – En statistiksammanställning*. Vi bedömer att detta är en önskvärd utveckling. Ett specifikt arbete som bedöms öka värdet av den återkommande publika redovisningen vore att redovisa dessa dödsfall fördelat på kombinationen substansgrupper och avsikter bakom förgiftningen (olycka, oklar eller suicid), så som görs i rapportens tabell 18.[8]

[8] Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket och Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. En statistiksammanställning.*

23.4 Folkhälsomyndigheten, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ange hur narkotikarelaterade dödsfall ska redovisas

Förslag: Regeringen ska ge Folkhälsomyndigheten, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen i uppdrag om att genomföra fördjupade analyser och ta fram en standardrapport om narkotikarelaterade dödsfall som inte enbart begränsat till läkemedels- och narkotikaförgiftningar i befolkningen. Analyserna ska bygga på sammanlänkad information från flera olika källor.

23.4.1 Skäl för förslaget

Utredningsdirektiven avgränsas till att föreslå hur statistiken avseende dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning kan utvecklas. Vi ser dock därutöver nyttan av att följa och analysera dödligheten för personer med tidigare eller pågående konstaterat skadligt bruk eller beroende, även i vidare bemärkelse än förgiftningar. I kapitel 25 ges exempel på indikatorer för den typen av mått med bäring på vård och stöd, exempelvis hur många som avled genom alla typer av suicid inom ett år efter vård för skadligt bruk eller beroende av narkotika.

En viktig grupp att följa upp är personer i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), med avseende såväl på förgiftningar som annan dödlighet. Det har hittills inte varit möjligt att följa LARO-patienter, men vi ger förslag som ska möjliggöra det. Se vidare kapitel 18. En annan grupp som är angelägen att följa är personer som deltar i sprututbytesverksamhet. Vi beskriver uppföljningsmöjligheterna kring sprututbyten i kapitel 21 om skadereducering.

I samband med att Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten 2017 redovisade en åtgärdsplan om att minska narkotikadödligheten, föreslog man att Socialstyrelsen tillsammans med RMV och Folkhälsomyndigheten skulle utveckla fördjupade analyser och en standardrapport som inte avgränsas till dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar:

> Så kallade kohortstudier, där dödligheten i en definierad population (t.ex. personer med missbruksdiagnos) beskrivs, kan komplettera redovisningar om narkotikarelaterade dödsfall som beskrevs i det föregående. Sådana studier är relativt enkla att göra i Sverige där personnumret kan

användas för att länka ihop individer med specifika diagnoser i patientregistret med dödsorsaksregistret. Detta kan göras retrospektivt. Ett arbete bör inledas med att ta fram en standardrapport som kan beskriva situationen löpande och växla in resultaten i den preventiva metodarsenalen. Data inhämtas från flera aktörer (t.ex. Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket), och från flera olika källor: dödsorsaks-, patient-, läkemedels-, LVM-registren m.fl. [9]

Vi ser att ett sådant arbete är nödvändigt eftersom mer information om tidigare vårdkontakter, insatser och olika samband som relaterar till dödlighet för personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika skulle behöva tydliggöras.

Analys av dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Under lång tid har det förts en debatt om hur förgiftningar till följd av narkotika eller läkemedel registreras, vad utvecklingen beror på och vad som behöver göras. Under flera år drevs också ett specifikt register kallat Toxreg vid Karolinska institutet. Nyligen föreslogs i en rapport att för att få säkrare och mer detaljerade data om narkotikadödsfall så bör man skapar en fristående enhet med möjlighet att begära in data från olika myndigheter och med möjlighet att bedriva egen forskning.[10,11] Vår slutsats är att förutsättningar för säkrare och mer detaljerade data om narkotikaförgiftningar kan förbättras med de förslag och bedömningar vi behandlar ovan. Vår bedömning är också att sådana data, liksom andra relevanta data med anledning av rättsmedicinskt undersökta fall, kan användas av myndigheter för att ta fram analyser och rekommendationer på nationell nivå. Vi menar att dessa analyser ryms inom det föreslagna programmet som beskrivs i kapitel 24, där någon eller några myndigheter föreslås få ett övergripande ansvar. En fristående enhet behöver inte inrättas, eftersom strukturerna redan finns på myndighetsnivå för att publicera, och analysera data.

Det förhindrar inte att man inom forskningen också kan använda denna data för att ta fram kompletterande och fördjupad kunskap inom området.

[9] Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer*.
[10] Debattartikel Svenska Dagbladet, 2023-03-26. *Utan kunskap kan inte dödsfallen förhindras.*
[11] Fugelstad, A. (2023). *Den svenska opioidkrisen*.

24 Ett nationellt program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar

I detta kapitel lämnar vi förslag och bedömningar som ska ingå ett nationellt program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar, vilket vi haft till uppgift att föreslå. Förslagen i detta kapitel bygger vidare på den bakgrund och analys som beskrivits i kapitel 13. Innan vi beskriver programmet gör vi vissa ställningstaganden om vad som ska, respektive inte ska, omfattas av programmet.

24.1 Vägvalsfrågor om vad ett nationellt program ska omfatta

Fokus på att begränsa narkotikarelaterad dödlighet eller ett smalare program som endast beaktar förgiftningar?

Dödlighet relaterat till narkotika är ett långt mycket bredare begrepp än förgiftningar som dödsorsak. Narkotika bidrar på många olika sätt till dödlighet. Det kan handla om att under narkotikapåverkan avlida av trafikolyckor, våld, mord, eller att till följd av skadligt bruk eller beroende utveckla andra sjukdomar såsom hepatit, infektioner, sepsis, narkotikautlöst psykos eller liknande som har en nära koppling till narkotikaanvändning. Det kan också handla om annat, såsom att daglig rökning är betydlig vanligare bland personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika jämfört med befolkningen i övrigt, vilket också kan bidra till sjukdomar och förtida död. I internationella studier framgår att bland personer med skadligt bruk eller beroende

av opioider så utgörs dödsorsakerna till cirka 40 procent av medicinska problem, 30 procent av oavsiktlig förgiftning (överdos), 9 procent av annan våldsam död och 8 procent av suicid.[1]

Enligt utredningens direktiv ska vi föreslå ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Vi har i enlighet med direktiven avgränsat insatser och åtgärder till sådant vi bedömer ha störst påverkan på dödsfall till följd av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar. Insatser mot annan narkotikarelaterad dödlighet är också angelägna, men är ett vidare begrepp än förgiftningar, och förekommer i någon enstaka aktivitet eller insats som föreslås i programmet. Att programmet inte har fokus på sådana insatser ska inte tolkas som att vi inte ser sambandet mellan narkotikaanvändning och sådana dödsfall, men det är inte fokus i vårt direktiv. Ett program för att minska narkotikarelaterad dödlighet bland personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika hade troligen inneburit delvis samma insatser, men också delvis andra insatser.

Fokus enbart på oavsiktlig förgiftning (överdos) eller bör suicid ingå i ett nationellt program?

Ett nationellt program kan fokusera på att motverka oavsiktliga förgiftningar (överdos) eller breddas för att även inkludera suicid genom förgiftning.

En del av dem som avlider av en narkotika- eller läkemedelsorsakad förgiftning, ofta genom suicid, har inget skadligt bruk eller beroende. Denna grupp kan på marginalen omfattas av programmet. Insatser för att begränsa suicid bland personer som inte använder narkotika eller har skadligt bruk eller beroende av narkotika faller dock utanför vårt uppdrag i andra delar av direktivet.

Vårt fokus är att förebygga narkotikaanvändning och minska skadorna av narkotikaanvändning. Det ska inte tolkas som att vi inte menar att det finns ett samband mellan narkotikaanvändning och risk för suicid. Vår bedömning är att programmet behöver beakta pågående nationellt arbete med suicidprevention som omfattar hela befolkningen. Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten har haft i uppdrag att leda arbetet med att ta fram en nationell strategi inom om-

[1] Larney, S. m.fl. (2020). *All-Cause and Cause-Specific Mortality Among People Using Extra-medical Opioids: A Systematic Review and Meta-analysis.*

rådet psykisk hälsa och suicidprevention.[2] Arbetet slutredovisades i september 2023.[3]

Ett ställningstagande vi gör är att det program vi föreslår omfattar samtliga orsaker (suicid, oklar avsikt och oavsiktliga förgiftningar) till narkotika- och läkemedelsorsakad förgiftning, men fokuserar på oavsiktliga förgiftningar samt dödsfall där avsikten är oklar av skäl vi förklarat ovan. Det är i och för sig inte alltid enkelt att veta om ett dödsfall som klassats som oavsiktlig förgiftning likväl skulle kunna vara suicid.

Fokus på enbart illegal narkotika eller bör också narkotikaklassade läkemedel ingå i ett nationellt program?

Det är inte helt enkelt att göra gränsdragningen mellan vad som är illegal narkotika och vad som är narkotikaklassade läkemedel. Enligt direktiven ska vi föreslå en rad åtgärder inom narkotikapolitiken. I dessa skrivningar inkluderas inte förskrivna narkotikaklassade läkemedel. I de delar som handlar om att föreslå ett nationellt program för att minska dödlighet omfattas dock enligt direktivet insatser för att minska förgiftningsdödsfall till följd av *både* läkemedel *och* narkotika. I den statistik inom området som redovisas av Socialstyrelsen ingår både legala och illegala narkotikaklassade substanser såväl som icke narkotikaklassade läkemedel (exempelvis alvedon).

En stor andel av dödsfallen utgörs av läkemedelsförgiftningar, men det är inte möjligt att härleda om de beror på intag av

- läkemedel som förskrivits till en patient som delat det med andra (exempelvis saknas i dag möjligheter att följa LARO-läkemedel om de inte registrerats i läkemedelsregistret eller tillsammans med ATC[4]-kod i patientregistret)
- läkemedel som har förskrivits men använts i större dos än ordination av patienten

[2] Regeringsuppdrag från Socialdepartementet: *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention.* S2020/06171/FS.
[3] Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2023). *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023.*
[4] ATC står för Anatomical Therapeutic Chemical Classification och är en internationell klassificering av läkemedel som förvaltas av WHO.

- läkemedel som individen införskaffat på annat vis och som smugglats till Sverige, det vill säga som narkotika.

Även om de europeiska jämförelserna utgår från ett europeiskt mått, där vissa substanser exkluderas för att fokusera på oavsiktliga förgiftningar (överdoser) snarare än samtliga förgiftningar orsakade av läkemedel eller narkotika, är vår bedömning att vi behöver angripa frågeställningen brett. Vi föreslår därför insatser i ett program som på sikt kan påverka all narkotika- och läkemedelsorsakad förgiftning. Det innebär att programmet också i viss mån bör inriktas mot patientgrupper som inte har ett skadligt bruk eller beroende eller erhållit sådana diagnoser, exempelvis patienter med kronisk smärtproblematik. Sådana insatser finns därför också med i programmet, om än mer ytligt behandlade. Detta angreppssätt styrks också av det material vi tagit fram i arbetet med målbilder i kapitel 7 utifrån att det är en blandning av narkotika och förskrivna läkemedel som används och är en del av problematiken.

24.1.1 Vad är ett nationellt program?

I våra direktiv saknas en definition av begreppet *program*. Vår tolkning av program är att det ligger nära begreppet *strategi* med vidhängande åtgärdsplan. Nollvisionen i nu gällande ANDTS[5]-strategi uttryckt som att *ingen ska dö till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar,* har inte någon tidsangivelse för när målet ska vara uppnått, men strategiperioden löper till 2025.

Ett program skulle kunna vara konkret med exempelvis delmål, delaktiviteter, tillfälliga forskningssatsningar, pilotarbete och utvecklingsinsatser. Den tidigare utarbetade *Åtgärdsplanen för att motverka narkotikarelaterad dödlighet* innehöll insatser vad gäller

- ökad tillgänglighetsbegränsning
- överdosprevention
- ökad kunskapsutveckling och ökat kunskapsutbyte
- vård och stöd på olika sätt.

[5] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.

De flesta insatser i den åtgärdsplan vi beskrivit ovan har genomförts, även om en del utvecklingsarbete kvarstår. I planen fanns lokala, regionala, statliga och civila verksamheter och organisationer utpekade för genomförandet, men ingen aktör hade i uppdrag att följa genomförandet av den åtgärdsplan som löpte mellan åren 2017 och 2020.[6] Detta bedöms också ha varit en brist i arbetet och en lärdom att beakta i framtida arbete.

Ett program kan också vara långsiktigt, övergripande och visionärt, vilket därmed gör programmet mindre konkret och specifikt.

Vår tolkning är att ett program inom narkotikaområdet bör ge regeringen byggstenarna för hur den nyligen antagna nollvisionen ska uppnås. Vår bedömning att detta betänkande med förslag och bedömningar är en del av ett systematiskt och kunskapsbaserat arbete för att på sikt minska narkotika- och läkemedelsförgiftningar, men också annan narkotikarelaterad dödlighet som drabbar personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Förebyggande insatser samt vård- och stödinsatser i ett brett perspektiv är angelägna för att kunna minska dödligheten. De mest samhällsekonomiskt effektiva insatserna är ofta att arbeta för att problem inte ska uppstå, eller förvärras. Folkhälsomyndigheten, länsstyrelserna, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och en rad olika aktörer i samhället arbetar med flera olika insatser inom området som på sikt kan bidra till att minska även dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar.

I programmet som presenteras senare i detta kapitel väljer vi att lyfta de insatser som vi bedömer har störst betydelse för att förebygga förgiftningsdödsfall. En viktig omständighet är att narkotikamarknaden förändras snabbt. För att förbereda sig för ett framtida scenario kan det vara klokt att även förbereda införandet av insatser som kan behövas längre fram om situationen så kräver. På grund av de straffrättsliga begränsningar som finns i vårt direktiv har vi inte i programmet kunnat inkluderat insatser som skulle förutsätta en förändring eller undantag från straffrätten.

[6] Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer.*

24.2 Förslag och bedömningar som bör ingå i programmet men inte behandlats i tidigare kapitel

I kapitel 13 presenterade vi en lista med åtgärder som vi i vår kunskapsinhämtande fas samlat in. Vi väljer att inkludera ett urval av dessa i programmet baserat på i vilken utsträckning vi bedömer att de har förutsättningar att påverka dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar framför allt på kort och medellång sikt, samt om de används internationellt och om de bedöms ge resultat av forsknings- och professionsföreträdare. De flesta insatser som ingår i det föreslagna programmet finns redan beskrivna i olika kapitel i detta betänkande. Följande områden har dock inte beskrivits i tidigare kapitel och presenteras därför nedan

- klassificeringsprocess vad gäller nya psykoaktiva substanser (NPS)
- förbättrade dödsfallsutredningar
- fortsatt och intensifierad samverkan för att bevaka trender på narkotikamarknaden
- hälso- och sjukvården behöver fortsatt och intensifierat förskriva naloxon till personer som använder narkotika.

24.2.1 Klassificeringsprocessen av nya psykoaktiva substanser (NPS) i Sverige fungerar väl

Bedömning: En snabb klassificering av substanser är en viktig komponent för att begränsa tillgången till narkotika i Sverige, och en del i det förebyggande arbetet. I nuläget är det inte motiverat att återigen se över frågan om att införa generisk klassificering, men det bör finnas en beredskap för att se över frågan om situationen förändras i framtiden.

Skäl för bedömningen

Vi har haft till uppgift att undersöka erfarenheter från länder som infört generisk reglering av substanser, vilket vi har redogjort för i tidigare kapitel 11. Vi bedömer att det inte går att dra generella slutsatser om huruvida generiska modeller är att föredra framför modeller där substanser klassificeras enskilt, eftersom de utformas och implementeras på mycket olika sätt i de länder vi inkluderat i analysen. När det gäller frågan om generisk reglering bidragit positivt i arbetet med att begränsa tillgång, efterfrågan och skador till följd av narkotika, varierar ländernas egna bedömningar.

Vårt intryck är att de flesta länder med generiska inslag i regleringen av narkotika över lag finner att det fungerar väl, och att de i viss mån har kunnat lägga mindre resurser på administration kopplad till klassificeringsprocessen. Samtidigt förefaller efterfrågan på NPS inte ha påverkats i någon tydlig riktning till följd av lagändringarna. Även i länder med generisk reglering behöver arbetet med att testa innehåll i beslag fortsätta, liksom det internationella samarbetet inom området.

Enligt vår bedömning bör arbetet med att begränsa ny narkotika som bedöms skadlig för hälsan fortsätta, i syfte att fortsatt värna hälsa inom ramen för uppdraget att bedriva en folkhälsobaserad narkotikapolitik baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. En snabb klassificering av substanser är en viktig komponent för att begränsa tillgång till narkotika i Sverige, och en del i det förebyggande arbetet.

I vårt arbete och i dialoger med experter, civilsamhället och professioner har inga aktörer framfört tydliga önskemål om behov av att reformera systemet för hur narkotika klassificeras och regleras. En del har dock menat att även om den internationella analysen inte är entydig, skulle det ändå kunna vara en väg framåt för Sverige. Området utreddes så sent som 2016 i Utredningen om nätdroger som fastslog att:

> Utredningen bedömer att regleringen av narkotika och hälsofarliga varor inte bör ske genom generiska definitioner i den betydelsen att substanserna klassificeras utifrån deras kemiska grundstruktur. Utredningen konstaterar att det i dag inte är möjligt att konstruera kemiska grundstrukturer som, oavsett den kemiska sammansättningen i övrigt, med säkerhet uppfyller dagens kriterier för klassificering som narkotika eller hälsofarliga varor.[7]

[7] SOU 2016:93. *Klassificering av nya psykoaktiva substanser*, s. 22.

Utifrån vår analys av situationen i andra länder som har generisk klassning, att frågan nyligen utretts i Sverige och att nuvarande ordning bedöms fungera väl för att agera snabbt mot ny narkotika, ser vi i dagsläget inte skäl att föreslå vidare utredning eller förändringar inom området. Om läget i framtiden förändras behöver dock beredskap finnas för att ompröva situationen och klassificeringsprocessen.

24.2.2 Dödsfallsutredningar ska kunna utveckla kunskapen om nödvändiga insatser

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur dödsfallsutredningar inom området kan utvecklas för att på sikt stärka kunskapen om vilka insatser som bör vidtas för att minska förgiftningsdödsfall till följd av narkotika eller läkemedel.

Skäl för förslaget

Vi har i kapitel 3 beskrivit att det på regional nivå förekommer att dödsfallsutredningar genomförs för att retrospektivt kartlägga om den avlidne haft kontakter med vård- och stödaktörer, vilken typ av läkemedel som förskrivits med mera.

År 2023 beslutade regeringen att tillsätta en särskild utredning om det suicidpreventiva arbetet.[8] Bland annat ska utredaren analysera och föreslå hur ett nationellt ansvar för breda händelseanalyser efter suicid kan utformas, alltså att en utredning alltid genomförs för att komma fram till vad som har hänt och för att upptäcka eventuella brister i samhällets skyddsnät. Syftet är att skapa bättre förutsättningar för ett effektivt och ändamålsenligt suicidpreventivt arbete genom ett ökat lärande i berörda verksamheter samt ett stärkt samarbete mellan samhällsaktörer på lokal, regional och nationell nivå.

Socialstyrelsen har i uppdrag att under vissa förutsättningar genomföra utredningar bland annat när ett barn har dödats eller utsatts för försök till dödligt våld eller när en vuxen person har dödats eller utsatts för försök till dödligt våld av en närstående eller tidigare närstående. År 2022 redovisade Socialstyrelsen sin sjätte rapport inom

[8] Regeringen. Dir. 2023:3. *Översyn av vissa frågor inom det suicid-preventiva området.*

området och påtalade brister och utvecklingsbehov.[9] I arbetet med dödsfallsutredningar samlas dokumentation in från en rad samhällsaktörer och analyseras utifrån tidslinjer som upprättas under några år bakåt i tiden för dödsfallet.

Vi bedömer att liknande arbete som beskrivits ovan bör genomföras för personer som avlider till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar i syfte att komplettera breda dödsfalls- och händelseanalyser inom områdena våld i nära relationer och suicid. Utan ökad kunskap om vilka som avlider och vilka insatser de fått, eller inte fått, inom strukturen för vård- och stödinsatser vid skadligt bruk eller beroende eller annan ohälsa är det svårt att utveckla adekvata insatser nationellt, regionalt och lokalt. Att utreda omständigheterna kring dödsfallen kan också vara bra för anhöriga som kan få ta del av information om vad som skett före dödsfallet.

Socialstyrelsen är en myndighet med erfarenhet av att arbeta med dödsfallsutredningar, och har också stora pågående satsningar om psykisk hälsa, varför vi bedömer myndigheten vara den mest lämpade aktören att genomföra arbetet.

Arbetet med dödsfallsutredningar kan också lämpligen bidra i arbetet med att utveckla det vi kallat för fördjupade analyser och ta fram en standardrapport om narkotikarelaterade dödsfall inte enbart begränsat till läkemedels- och narkotikaförgiftningar i befolkningen vilket vi beskrivit i kapitel 23.

24.2.3 Fortsatt behov av utbyte mellan aktörer för att bevaka substanser på narkotikamarknaden

Bedömning: Nätverket för den aktuella drogsituationen i Sverige (NADiS), bör fortsätta samverka för att snabbt identifiera trender som kan komma att innebära risker och påverka dödsfall till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar. Socialstyrelsen kan som en medverkande aktör i NADiS bidra med kontinuerlig information från patientregistret och dödsorsaksregistret som ännu inte publicerats officiellt. Därigenom kan myndigheten genom hälsodataregistren bidra till övervakning av narkotikamarknader.

[9] Socialstyrelsen (2022). *Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021.*

Folkhälsomyndighetens arbete med det nationella Varningssystem Narkotika (VSN) bör fortsätta och utvecklas eftersom det kan bidra med möjlighet att bevaka trender på narkotikamarknaden.

Regeringen bör överväga att ge Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Folkhälsomyndigheten, se över och lämna förslag på hur uppföljningen av icke-dödliga oavsiktliga förgiftningar kan utvecklas.

Skäl för bedömningen

Vi har i våra analyser belyst att förgiftningsdödsfall till följd av narkotika och läkemedel riskerar att öka när mycket farliga substanser kommer in på narkotikamarknaden. Detta visar exemplen från USA, Kanada och Estland. För att minska dödligheten är det därför av stor betydelse att försöka begränsa sådana substanser på marknaden på olika sätt, liksom att ha en snabb övervakning av substanser som identifieras av olika aktörer inom den rättsvårdande men också behandlande, kedjan. Vi bedömer att den etablerade samverkan som i dag finns mellan flera olika aktörer inom NADiS bör fortsätta. Socialstyrelsen, som i dag ingår i nätverket, har tillgång till patientregistret och kan regelbundet och löpande identifiera vård kopplad till narkotikaförgiftningar. Socialstyrelsen publicerar årligen statistik från patientregistret och dödsorsaksregistret, men kan också löpande bidra i arbetet genom NADiS utan att sådana uppgifter behöver publiceras.

Vi bedömer också att Folkhälsomyndighetens arbete med att leda och publicera information i det nationella Varningssystem Narkotika (VSN) kan utgöra en viktig pusselbit i att information om nya och farliga substanser snabbt når relevanta aktörer i samhället samt den som använder narkotika. Det kan tillsammans med det förslag vi lagt om att stärka tillgången till målgruppsanpassad information om olika substanser och risker bidra till att sådan information når relevanta aktörer i samhället och den som använder narkotika.

Folkhälsomyndigheten har föreslagit att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten, se över och lämna förslag på hur uppföljningen av icke-dödliga oavsiktliga förgiftningar kan utvecklas. Det kan till exempel vara mer detaljerad information om specifika substanser genom självrapportering eller analyser av provtagning och vad ett sådant arbete i så fall skulle

innebära för olika aktörer. På så sätt får man en bild av omfattningen och utvecklingen av skador av narkotika som kanske inte fångas upp i andra register och det kan ge en indikation om vilka substanser som är nya, vilka substanser som ökar i bruk eller som leder till fler skador. Substansspecifik information kan också bidra till det livräddande arbetet på exempelvis akutmottagningar, och ge underlag för uppföljande vård.[10] Vi bedömer att ett sådant uppdrag skulle kunna övervägas av regeringen för att på sikt ge ytterligare information om narkotikamarknaden och mer detaljerad information om olika substanser.

24.2.4 Hälso- och sjukvården behöver fortsatt och intensifierat förskriva naloxon till personer som använder narkotika

Bedömning: Regionerna bör intensifiera arbetet med att förskriva naloxon till personer som använder narkotika eller har recept på opioidläkemedel.

Skäl för bedömningen

Hälso- och sjukvården bör med högsta prioritet erbjuda personer med opioidberoende och risk för överdos naloxon, enligt gällande riktlinjer för vård och stöd vid missbruk.[11] I kapitel 6 visar vi att olika regioner kommit olika långt i arbetet med att erbjuda naloxon. Regionernas arbete behöver intensifieras som en viktig del i ett nationellt program för att minska dödlighet till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar.

Vår bedömning är att naloxon med fördel även kan erbjudas av hälso- och sjukvården till andra patienter än dem som omfattas av rekommendationen i riktlinjerna. Opioidförgiftning kan också drabba personer som använder förskrivna opioider som exempelvis smärtpatienter inom hälso- och sjukvården. De kan också drabba personer som använder annan narkotika och får i sig opioider oavsiktligt, om opioider tillsatts utan köparens vetskap. Läkemedlets godkännande innebär att det får administreras av annan än patienten själv.

[10] Folkhälsomyndigheten (2022). *Återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att genomföra insatser som syftar till att utveckla och förbättra tillgången till data avseende dopning och narkotika.*
[11] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.*

Hälso- och sjukvårdens kostnader för läkemedel kompenseras till stora delar av staten genom ett särskilt statsbidrag. Under många år har staten och SKR därför ingått överenskommelser om hur det särskilda statsbidraget till regionerna för kostnaderna för läkemedel ska hanteras. Att vi i kapitel 20 föreslår att även andra aktörer ska kunna dela ut och administrera naloxon ska inte tolkas som att hälso- och sjukvården kan minska sina insatser inom området. En fortsatt förskrivning av naloxon genom hälso- och sjukvården är angelägen för att minska dödlighet till följd av opioidförgiftningar.

24.3 Förslag om ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar

Nedan följer vårt förslag till innehåll, mål, form och ansvar för ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.

24.3.1 Regeringen ska anta ett program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar och besluta ett konkret mål för den första femårsperioden

Förslag: Ett nationellt program som innehåller insatser för att minska förgiftningsdödsfall orsakade av läkemedel och narkotika ska antas av regeringen som komplement till nu gällande ANDTS-strategi. Programmet ska komplettera regeringens nollvision med en konkret målsättning. Målet ska vara att dödligheten ska ha minskat med minst 20 procent från 2022 års nivå fem år efter införandet av programmet.

Skäl för förslaget

Vi har på uppdrag av regeringen analyserat utfallet av de internationella insatser som gjorts för att minska narkotikadödligheten och föreslår ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.

Vi har i den internationella utblicken och utifrån tillgänglig forskning redovisat vilka insatser som är vanligt förekommande för att minska dödlighet orsakad av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Om sådana insatser har effekt beror dock ofta på många olika faktorer och olika kontexter.

Vår bedömning är att det inte är möjligt att med säkerhet fastställa att en specifik insats kommer att leda till minskad dödlighet. Snarare handlar det om att fastställa viktiga områden och insatser för att hantera nutida och framtida situation. Det bör göras utifrån bästa tillgängliga kunskap, praktisk erfarenhet, tillgängliga utvärderingar och forskning samt internationella erfarenheter. Ett nationellt program sätter ljuset på ett allvarligt problem och samlar viktiga komponenter för att åstadkomma förändring, men är en del av ett betydligt större arbete på samhällsnivå för att på olika sätt bibehålla välfärd samt skapa god och jämlik hälsa i befolkningen. Ett sådant arbete tar tid, vilket inom folkhälsopolitiken uttrycks som att *sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation*.[12] Det signalerar att arbetet bör vara brett, uthålligt och långsiktigt.

Vi föreslår att regeringen antar ett nationellt program som innehåller insatser för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar med en konkret målsättning. Regeringen måste även säkerställa att det avsätts resurser på nationell nivå för de insatser som omfattas av programmet för att visa allvar med ambitionen att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Vidare om detta i kapitel 28 om konsekvensbeskrivningar.

Vi föreslår att regeringens vision om att ingen ska behöva dö till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar ska kompletteras med ett konkret mål. Målet ska vara att dödligheten ska ha minskat med minst 20 procent från 2022 års nivå fem år efter införandet av programmet. Målsättningen ska gälla kvinnor och män separat och förutsätter att dödligheten minskar för båda könen. Vår bedömning är att när dödsfallen till följd av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar

[12] Folkhälsomyndigheten (2023). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023.*

hamnat på en hög nivå är det inte helt enkelt att minska dem och att det behöver finnas ambitiösa men också realistiska förväntningar på vad som kan åstadkommas. I den internationella jämförelsen syns tydligt att det är svårt att bryta en trend av stigande dödlighet, även om det är möjligt. Ofta ligger dödligheten kvar på höga nivåer trots specifika insatser för att minska dödligheten. Vidare är det svårt att påverka dödligheten om extra farliga substanser tillkommer på narkotikamarknaden, exempelvis fentanyl. Därför behöver målsättningarna inom området vara både visionära och realistiska. Den mest effektiva insatsen är om man lyckas begränsa antalet personer som utvecklar skadligt bruk eller beroende av narkotika eller använder narkotika på ett mer riskfyllt sätt. Med tanke på att dödligheten i narkotika och läkemedelsförgiftningar fluktuerat mellan 5–10 procent upp eller ner de senaste åren, så menar vi att en 20 procentig minskning från 2022 års nivå bör kunna uppnås inom en femårsperiod. Det betyder dock att ansträngningar kommer att krävas från olika samhällsaktörer och att visionen bör vara att sträva mot noll döda och kontinuerligt följa upp och utvärdera insatser.

24.3.2 Insatser i ett nationellt program för att minska narkotika- och läkemedelsförgiftningar

Förslag: Programmet ska innehålla följande delområden

- arbete med att bygga ut tillgängligheten till och kvaliteten i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)
- ökade insatser för att begränsa beroendeutveckling av förskrivna narkotikaklassade läkemedel
- länkar till vård och stöd i den rättsvårdande processen
- stärkta vårdkedjor vid utslussning från fängelse eller institution
- större tillgänglighet till naloxon och överdosprevention
- information om olika substanser och risker till målgruppen
- fler kontaktytor och arbetssätt utan krav på omedelbar drogfrihet

- förbättrad tillgänglighet till snabb, lättillgänglig och evidensbaserad vård och stöd
- insatser för att minska annan ohälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika för att på sikt bidra till minskad narkotikarelaterad dödlighet
- uppföljning och övervakning för att kunna agera snabbt vid förändrade trender
- utvecklad kunskap om narkotikarelaterad dödlighet.

Skäl för förslaget

Programmet samlar ihop ett urval av de insatser som vi lämnat som förslag eller bedömningar inom ramen för detta betänkande och som vi menar har störst förutsättningar att på kort och medellång sikt kunna påverka dödsfall till följd av narkotika- eller läkemedelsförgiftningar. De beskrivs här för att ge en överblick.

Arbete med att bygga ut tillgängligheten till och kvaliteten i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO)

Såväl forskning som svensk och internationell erfarenhet stöder att dödligheten hos personer som deltar i LARO-behandling är lägre än hos personer med skadligt bruk eller beroende av opioider som inte tar del av LARO-behandling.

LARO bör göras mer tillgängligt med lägre trösklar till behandling av god kvalitet. Tillgång till behandling inom kriminalvården, rättspsykiatrin och Statens institutionsstyrelse (SiS), behöver också öka. Det nationella arbetet för att stimulera implementeringen av LARO-åtgärder bör ligga på Socialstyrelsen. Den nationella kunskapsstyrningen och NPO psykisk hälsa bör utveckla ett personcentrerat vårdförlopp för opioidberoende, med fokus på LARO till stöd för alla regioner och relevanta aktörer. Uppföljningen av patienter i LARO bör på sikt kunna genomföras nationellt. En viktig fråga för att kunna begränsa opioidförgiftningar är att öka följsamheten i regionerna till nationella riktlinjer där buprenorfin i kombination med naloxon bör vara förstahandsval i behandlingen. Vid val av beredningsform för nya

patienter i LARO bör målet vara att välja beredningsform i linje med nationella riktlinjer inom området. Se vidare kapitel 17.

Ökade insatser för att begränsa beroendeutveckling av förskrivna narkotikaklassade läkemedel

Pågående arbete med att öka kunskapen om läkemedelsriktlinjer och vårdförlopp för personer med kronisk smärta bör fortsätta för att begränsa utvecklingen av skadligt bruk eller beroende av opioder eller bensodiazepiner. Regionerna bör implementera de kunskapsstöd som finns för att säkerställa en rationell användning av narkotikaklassade läkemedel och en nedtrappning med stöd. Genom regionala riktlinjer, stöd och ersättningsmodeller till vårdgivare bör regionerna fortsatt styra mot en minskad förskrivning av narkotikaklassade läkemedel och utveckla ändamålsenligt stöd till patienter.

Regeringen ska ge Socialstyrelsen och Läkemedelsverket i uppdrag att stödja implementering av nationella kunskapsstöd, och stödja lärande inom området läkemedelsberoende genom goda exempel inom området samt ge Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att utreda förutsättningar att främja mindre förpackningsstorlekar av narkotikaklassade läkemedel inom läkemedelsförmånen. Se vidare kapitel 16.

Länkar till vård och stöd i den rättsvårdande processen

Även inom den rättsvårdande processen kan olika kontaktytor innebära ett tillfälle till vård, stöd och skadereducering för att värna hälsa och livskvalitet hos den som använder narkotika. Kontraktsvård bör alltid övervägas för personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika, när de begår brott för vilket påföljden är fängelse, och när förutsättningarna i övrigt är uppfyllda. Regeringen bör ge Polismyndigheten i uppdrag att se över hur myndigheten använder rapporteftergift vid misstanke om eget bruk och innehav för eget bruk av narkotika, och vid behov ta fram föreskrifter eller vägledning angående hur rapporteftergift ska användas. Rapporteftergift borde exempelvis kunna vara aktuell när det finns en känd beroendeproblematik hos den som misstänks eller då någon bistått vid en nödsituation. Rapporteftergift kan användas i syfte att minska rädsla för straff och eventuell

benägenhet att söka vård. Åtalsunderlåtelse bör även kunna övervägas för personer som är i behov av hälso- och sjukvårdvård i form av beroendevård.

Regeringen bör initiera en översyn av narkotikastrafflagen och påföljderna vid narkotikabrott för att bland annat utreda hur lagen påverkar de medicinska och sociala skadeverkningarna och om personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds vård- och omsorgsinsatser i tillräcklig omfattning. Se vidare kapitel 22.

Regionernas respektive Statens institutionsstyrelse (SiS), Polismyndighetens och Kriminalvårdens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser bör tydliggöras för att säkerställa att personer som vårdas enligt lagen (1998:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, LVM, är arresterade, anhållna eller häktade eller dömda inom Kriminalvården får de insatser de har behov av. Vi bedömer att dessa frågor behöver utredas i särskild ordning till exempel genom en särskild utredning. Se vidare kapitel 22.

Stärkta vårdkedjor vid utslussning från fängelse eller institution

Riskerna för oavsiktlig förgiftning är ofta som högst vid övergångar mellan olika vård och stödinsatser. Inte minst är risken extra stor när en person varit utan opioider en period och riskerar oavsiktlig förgiftning vid lägre doser än vad personen varit van vid.[13] Att stärka fungerande vård- och stödkedjor är därför centralt för att minska dödliga förgiftningar till följd av narkotika och läkemedel.

Kriminalvården ska kunna ta initiativ till att regionen och/eller kommunen ska delta i upprättandet av vad vi har valt att kalla en samordnad verkställighetsplan. Om det finns behov av vård- och stödinsatser efter frigivningen ska det framgå vilken huvudman som övertar ansvaret efter verkställighetstidens slut. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) ska regleras att en så kallad samordnad individuell plan (SIP) även ska upprättas om en person vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, och om Statens institutionsstyrelse (SiS) bedömer att det behövs för att personen ska få sina behov tillgodosedda. Se vidare kapitel 22.

[13] Scarpa, S. m.fl. (2023). *Compulsory care of individuals with severe substance use disorders and alcohol- and drug-related mortality: A Swedish registry study.*

Kriminalvården bör uppdras att, i samverkan med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt Socialstyrelsen, utreda formerna för hur specialiserad vård, med fokus på LARO-behandling, ska kunna erbjudas fler klienter under anstaltsvistelse och häkte, samt säkerställa fungerande vårdkedjor för att behandling ska kunna fortsätta vid utslussning. Se vidare kapitel 17.

Större tillgänglighet till naloxon och överdosprevention

Nässprej som innehåller naloxon behöver göras brett tillgängligt i samhället. Det handlar dels om att de som använder narkotika eller deras anhöriga enkelt ska kunna få naloxon förskrivet eller utdelat genom de kontaktytor målgruppen har, dels om att olika verksamheter och yrkesgrupper behöver få tillgång till och rätt att administrera naloxon vid opioidorsakad förgiftning. En särskild lag och viss statlig finansiering inom området föreslås för att underlätta insatsen utanför hälso- och sjukvårdens reglering. Se vidare kapitel 201.

Hälso- och sjukvården kan redan i dag förskriva naloxon till patienter. Arbetet behöver intensifieras. Även smärtpatienter och andra patienter inom hälso- och sjukvård som får opioider förskrivna bör erbjudas naloxon. Se vidare kapitel 24.

Information om olika substanser och risker

Arbetet med ett nationellt Varningssystem Narkotika (VSN) behöver fortsätta och utvecklas, under Folkhälsomyndighetens ledning. Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att tillsammans med civilsamhället och målgruppen utreda bästa sätt för att ta fram och sprida upplysningar om olika substanser och värderingsfri information om risker till personer som använder narkotika. Målgruppen för sådana insatser är främst personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika, och/eller personer som använder narkotika. Se vidare kapitel 21.

Fler kontaktytor och arbetssätt utan krav på omedelbar drogfrihet

Kommun, region och civilsamhälle behöver utveckla skadereducerande insatser som kan verka överdospreventivt, men också erbjuda stöd och hänvisning till andra insatser. Vi bedömer att boendeinsatser (*Bostad Först* samt andra typer av boende med stöd), sprututbyten som lågtröskelverksamheter samt alla typer av verksamheter som möter personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika kan bidra i det överdospreventiva arbetet och fungera som kontaktyta utan krav på att användning av narkotika ska upphöra. Se vidare kapitel 21.

Regeringen behöver avsätta medel för att stimulera kunskapsutveckling inom området skadereducering och lågtröskelverksamheter. Syftet med medlen är att möjliggöra för kommuner och regioner, samt om möjligt även statliga aktörer, forskningsaktörer och civilsamhälle att genomföra och utvärdera pilotverksamheter och samverkansformer för att stärka det skadereducerande arbetet. Se vidare kapitel 21.

Förbättrad tillgänglighet till snabb, lättillgänglig och evidensbaserad vård och stöd

Samsjuklighetsutredningen, Socialtjänstutredningen och Tillgänglighetsdelegationen har lämnat flera förslag som syftar till att stärka vård- och stödområdena. Vi tillför också egna bedömningar och förslag.

Regeringen bör inrätta en anonym stödlinje i enlighet med Folkhälsomyndighetens förslag. Vidare bör regeringen överväga att uppdra åt stödlinjen att samordna delar av sitt arbete med arbetet som bedrivs inom 1177 avseende skadligt bruk eller beroende, samt att genomföra insatser för att nå personer som i mindre utsträckning söker sig till vård och stöd. Regeringen bör också främja och stötta försök att testa och utvärdera digital vård för personer som använder narkotika.

Medel i satsningar för *god och nära vård* ska särskilt avsättas till vård av personer med skadligt bruk eller beroende. Medlen ska användas för att stödja utvecklingen inom detta vårdområde, särskilt avseende tidig upptäckt, tidiga insatser och effektiva samverkansformer mellan primärvård och specialiserad beroendevård.

Regionerna bör i ökad grad tydliggöra hälso- och sjukvårdens ansvar för att behandla barns och ungas skadliga bruk eller beroende av narkotika. Särskilt barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) bör ta ökat

ansvar för utredning och behandling av barns och ungas skadliga bruk eller beroende.

Vidare bör strukturen för omhändertagandet samordnas mellan regioner och kommuner, och det bör tydligt specificeras i samverkansöverenskommelser om hur omhändertagandet ska samordnas och vem som ansvarar för vad. Se vidare kapitel 16.

Insatser för att minska annan ohälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika för att på sikt bidra till minskad narkotikarelaterad dödlighet

Arbetet med att utveckla lågtröskelmottagningar som hälsocentraler för personer som injicerar narkotika, i anslutning till sprututbyten, kan bidra till att stärka den somatiska hälsan. Samverkan mellan primärvård, infektionsvård, psykiatri och beroendevård är angelägen för att stärka hälsan bland dem som använder narkotika eller har samsjuklighet. Insatser för att eliminera hepatit C är angelägna. Hälso- och sjukvården behöver utöka insatserna för att förbättra den somatiska hälsan för personer med skadligt bruk eller beroende. Regeringen bör skapa bättre förutsättningar för detta genom att ge Socialstyrelsen i uppdrag att dels stödja hälso- och sjukvården i implementering av befintliga rekommendationer och riktlinjer avseende rökavvänjning till målgruppen, dels utreda förutsättningarna att främja regelbundna hälsokontroller hos individer med skadligt bruk eller beroende, i hälso- och sjukvårdens regi. Se vidare kapitel 21 och 16.

Uppföljning och övervakning för att kunna agera snabbt vid förändrade trender

En snabb klassificering av substanser är en viktig komponent för att begränsa tillgång till narkotika i Sverige. Nätverket för den aktuella drogsituationen i Sverige (NADiS), bör fortsätta att samverka för att snabbt identifiera trender som kan komma att innebära risker och påverka dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Socialstyrelsen kan som en medverkande aktör i NADiS bidra med snabb och kontinuerlig information från patientregistret och dödsorsaksregistret som ännu inte publicerats officiellt. Regeringen bör överväga att ge Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med Folk-

hälsomyndigheten, se över och lämna förslag på hur uppföljningen av icke-dödliga oavsiktliga förgiftningar kan utvecklas.

Utveckla kunskapen om narkotikarelaterad dödlighet

Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att utreda hur dödsfallsutredningar av dem som avlider av förgiftningar till följd av narkotika eller läkemedel kan utformas för att på sikt stärka kunskap om vilka insatser som bör vidtas för att minska sådana dödsfall. Detta arbete bör beakta arbetet med dödsfallsutredningar som redan görs avseende våld i nära relationer och på sikt även vad gäller suicid när utredningen Översyn av vissa frågor inom det suicid-preventiva området lämnat förslag inom området. Se vidare kapitel 24.

Vidare behöver kunskapen om dödlighet i gruppen med skadligt bruk eller beroende av narkotika öka. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen, i samverkan med exempelvis Rättsmedicinalverket (RMV) och Folkhälsomyndigheten, får i uppdrag att genomföra fördjupade analyser och ta fram en standardrapport om narkotikarelaterade dödsfall inte enbart begränsat till läkemedels- och narkotikaförgiftningar i befolkningen. Analyserna ska bygga på sammanlänkad information från flera olika källor. Se vidare kapitel 23.

24.3.3 Socialstyrelsen ska få i uppdrag att leda och följa upp programmet för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att analysera utvecklingen och situationen om dödsfall till följd av narkotika och läkemedelsförgiftningar samt leda genomförandet av och uppföljningen av ett nationellt program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Arbetet ska genomföras i dialog med andra relevanta aktörer och om möjligt med koppling till befintliga organisatoriska strukturer.

Skäl för förslaget

Vi föreslår att någon myndighet ska få i uppdrag att säkerställa genomförande, förvaltning och uppföljning av de komponenter som utredningen föreslår ska ingå i ett nationellt program. Myndigheten ska även regelbundet rapportera till regeringen om utfall och behov samt vid behov föreslå ytterligare nödvändiga insatser för att nå målet inom området.

Inom området finns flera relevanta myndigheter med uppdrag som är av betydelse för området och vi har övervägt ett övergripande ansvar för implementering, uppföljning, analys och förslag till kontinuerlig utveckling hos antingen Socialstyrelsen eller Folkhälsomyndigheten. Båda myndigheterna har viktiga erfarenheter från det tidigare arbetet med en åtgärdsplan inom området[14] och är centrala för genomförandet av ANDTS-strategin. Vi bedömer dock att Socialstyrelsen är bäst lämpad för att ha ett sammanhållande ansvar, i tät dialog och samverkan med Folkhälsomyndigheten och Rättsmedicinalverket (RMV). Detta har att göra med Socialstyrelsens unika roll som ansvarig för flera register av central betydelse för analys, liksom att myndighetens målgrupper är de aktörer som ansvarar för många av de insatser som föreslås i programmet. Ansvaret för att leda genomförandet och uppföljningen av programmet kan med fördel ses i ljuset av det förslag i kapitel 27 om att förändra Socialstyrelsens instruktion för att ge myndigheten ökade möjligheter att arbeta inom området skadligt bruk eller beroende av narkotika. Det finns synergieffekter mellan dessa förslag. De områden och insatser som föreslås ingå i programmet finansieras separat och omfattas inte av finansiering för programmet vilket vi beskriver närmare i kapitel 28 om konsekvenser av våra förslag.

Flera aktörer behöver samverka vid genomförandet, befintliga insatser behöver kontinuerligt utvecklas och nya insatser kunna föreslås. Programmet kan inte vara statiskt utan behöver utvecklas. Programmet bör tidsättas och krav på periodisk rapportering som innehåller data, analys, förslag på åtgärder eller liknande behöver tydliggöras. Arbetet kan förtydligas genom att regeringen föreslås anta ett normerande mål om hur mycket dödligheten bör minska under

[14] Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer.*

den tid som programmet gäller. Vi har föreslagit en minskning med 20 procent på fem år från den nivå som gäller 2022.

I arbetet berörs flera myndigheter, varför vi har övervägt om uppdraget kan genomföras genom befintliga strukturer. Den informellt sammansatta Narkotikasamrådsgruppen skulle exempelvis kunna ges en tydligare roll än den har i dag.[15] Narkotikasamrådsgruppen sammankallas två gånger årligen av Folkhälsomyndigheten. Den består av deltagare från Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Tullverket, Polisen, Rättsmedicinalverket, Brottsförebyggande rådet, Kriminalvården, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Åklagarmyndigheten samt Socialdepartementet. Vi bedömer att denna struktur innehåller de kompetenser som behövs för att genomföra ett nationellt program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar, men att gruppen dels skulle behöva kompletteras med företrädare för huvudmännen (kommun och region) och SiS, dels få ett tydliggjort uppdrag genom myndigheternas regleringsbrev. Ett uppdrag för ett nationellt program skulle riskera att försvaga ursprungssyftet med gruppen, vilket är informellt erfarenhetsutbyte. Möjligen skulle en operativ undergrupp till denna grupp kunna skapas. En alternativ struktur är även den samverkansgrupp med 23 myndigheter som verkar på nationell nivå för att stödja ANDTS-arbetet och som samordnas av Folkhälsomyndigheten, vilken vi dock bedömer har ett alltför brett uppdrag för att vara lämplig att driva på arbetet i en smalare fråga.[16]

Efter att ha övervägt olika alternativ bedömer vi dock att mycket talar för att etablera en ny grupp under Socialstyrelsens ledning. Gruppen bör få i uppdrag att genomföra det program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar som föreslås och den ambitionshöjning för att minska dödligheten som programmet innebär. Dock bör om möjligt en sådan grupp ha koppling till de grupper och organisatoriska strukturer som nämns ovan.

[15] Samrådsgrupp narkotika utgörs av ett antal myndigheter samt en organisation som på olika sätt är berörda av narkotikafrågan i sitt arbete. Gruppen träffas två gånger per år och är informellt sammansatt och utbyter erfarenheter.

[16] 23 myndigheter är utpekade av regeringen att ingå i en särskild samordningsgrupp som Folkhälsomyndigheten ansvarar för. Genom att utbyta information kan gruppen gemensamt se vad som behöver prioriteras och hitta områden att samarbeta inom. Myndigheterna bidrar också till uppföljning inom ANDTS-området genom att årligen rapportera om den verksamhet de har bedrivit.

Uppdraget att ansvara för genomförande och uppföljning av ett nationellt program för att förebygga narkotika- och läkemedelsorsakade förgiftningar skulle innebära ansvar för att

- i samarbete med andra analysera trender inom området dödlighet orsakad av narkotika- och läkemedelsförgiftningar samt narkotikarelaterad dödlighet
- genomföra analysseminarier med relevanta aktörer för att stärka kunskapen om behoven
- årligen rapportera om utvecklingen samt föreslå utvecklingsbehov till regeringen, möjligen inom ramen för annan rapportering
- stödja implementeringen av de föreslagna insatserna som berör lokal och regional nivå, myndigheter och civilsamhälle
- genomföra kommunikationsinsatser för att öka medvetenheten om problematiken hos de aktörer programmet riktar sig till.

Socialstyrelsen skulle också kunna överväga uppföljningsbara delmål i programmet, exempelvis en kvantifierad målsättning om att nyinsättningar i LARO behöver spegla rekommendationer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer om vård och stöd vid missbruk och beroende eller mål om att dödligheten i vissa subgrupper eller regioner ska minska eller att medianåldern bör öka. Vår bedömning är att det inte är möjligt att bygga ett program på samma sätt som görs för enskilda behandlingsrekommendationer med höga krav på effektstudier. Det innebär att de olika insatserna i programmet inte kan utvärderas separat avseende hur stor påverkan just den insatsen har haft på dödligheten. Liknande slutsats redovisades också av Socialstyrelsen i rapporten *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet* år 2017.[17]

[17] Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer.*

25 Förbättrad uppföljning av vård till personer med skadligt bruk eller beroende

I det här kapitlet uppfyller vi delarna i direktivet om att föreslå en modell för ändamålsenlig uppföljning av vård till personer med skadligt bruk eller beroende och för hur uppföljningen ska utvecklas över tid. I direktivet utpekas området missbruks- och beroendevården, men i kapitlet används i stället begreppet *vård vid skadligt bruk eller beroende* enligt den argumentation som förs i kapitel 2. Området inkluderar enligt vår tolkning verksamhet och insatser inom både kommuner och regioner, såväl som andra aktörer och samordningen dem emellan.

Området *vård vid skadligt bruk och beroende* inkluderar alkohol, men eftersom vårt fokus är narkotika är just narkotika utgångspunkten för exempelvis förslag kring indikatorer och val av utvecklingsområden.

25.1 En uppföljningsmodell baserad på indikatorer

Vi ger förslag på hur en övergripande modell för uppföljning av området ska tas fram utifrån Myndigheten för vård och omsorgsanalys (MyVA:s) ramverk för övergripande nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.

Modellen är indikatorbaserad och vi ser också stora behov av att utveckla och förvalta övergripande resultatindikatorer inom området. Sådana indikatorer antas även i hög grad vara användbara för huvudmännen på regional och lokal nivå.

Indikatorerna kan användas i den övergripande uppföljningsmodellen, men ska även kunna utgöra en grund för andra nationella uppföljningar som avser eller inkluderar området. Det kan exempelvis vara

Socialstyrelsens olika lägesrapporter och övergripande indikatorer i uppföljning av nationella riktlinjer. Indikatorerna ska även kunna bidra till uppföljningen av ANDTS[1]-strategins mål 5 – *Personer med skadligt bruk eller beroende ska utifrån sina förutsättningar och behov ha tillgång till vård och stöd av god kvalitet* samt mål 6 som handlar om att minska skador och död. Vad gäller hur uppföljningen ska utvecklas framöver tar vi också upp delar av mer verksamhetsnära uppföljning samt specifika datakällor. Vi lämnar också förslag om uppföljning av naloxonanvändning.

25.1.1 Syfte: en övergripande bild och bättre samordning

Uppföljningen av olika delar av området görs i dag av flera aktörer och fyller flera syften. Ett syfte som vi ser som mindre utvecklat är det övergripande nationella perspektivet med målet att ge regering och riksdag en övergripande bild som underlag för deras arbete. Detta har betydelse för att kunna avsätta tillräckliga resurser till ändamålet och som underlag för nationella prioriteringar.

Det är viktigt att de enskilda verksamheterna kan följa sin kvalitet. Men för personer med skadligt bruk eller beroende är det viktiga hur hela systemet fungerar. För patientgruppen är det vanligt med komplexa behov. Individanpassad vård och samordning mellan olika vårdnivåer, specialiteter och huvudmän är centralt. De problem som identifierats handlar ofta om att man hamnar mellan stolarna och att koordineringen har brister. Också av den anledningen är det av stor vikt att följa övergripande resultat där även (bristen på) koordinering mellan olika delar spelar roll för utfallet och inte enbart respektive dels interna kvalitet och verksamhetsnära resultat.

Våra förslag rör främst den nationella och huvudmannaövergripande nivån i uppföljningen. Förslaget på denna mest övergripande nivå kan ses som en modell i sig. Men tanken är också att förslagen ska fungera som ett komplement till redan existerande delar som i högre grad redovisar verksamhets- och huvudmanaspecifik uppföljning med större fokus på processer, strukturer och verksamhetsnära resultat. Det gäller exempelvis:

- indikatorer för att följa efterlevnad av nationella riktlinjer

[1] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.

- indikatorer utifrån *Addiction Severity Index* (ASI)[2] och brukarenkäter
- kvalitetsregistret Bättre Beroendevård
- *öppna jämförelser* Socialtjänst
- Kriminalvårdens uppföljningar
- Statens institutionsstyrelses (SiS) uppföljningar
- kommuners och regioners egna uppföljningar och analyser.

Förslagen ska alltså betraktas tillsammans med redan existerande uppföljning som tillsammans utgör mer av en helhet när det övergripande perspektivet tillkommer. I figur 25.1 visas en schematisk bild av hur uppföljning för målgrupper på olika nivåer kan utformas med hänsyn till mängden indikatorer och typen av mått som är i fokus.

Figur 25.1 Indikatorbaserad uppföljning på olika nivåer, en schematisk bild

Källa: Figur delvis utarbetad efter förlaga från Canadian Institute for Health Information.

Viktiga aspekter i vården som kommit upp i våra intervjuer med personer med erfarenhet av skadligt bruk eller beroende och med deras anhöriga är exempelvis: tillgänglighet, valmöjligheter, kontinuitet, helhetssyn och vårdkedjor. I vårt målbildsarbete har fokus dock inte

[2] ASI är en strukturerad och standardiserad form av intervjuer som används inom vård och behandling vid skadligt bruk eller beroende. Resultatet kan dels användas i arbetet med brukaren/patienten men också aggregeras för att följa grupper av patienter. ASI finns i två delar: ASI-grund och ASI-uppföljning.

specifikt varit önskvärt utfall av vård och stöd – se vidare kapitel 7. Här kan bilden kompletteras, bland annat av ett liknande arbete som MyVA genomfört och rapporterat i publikationen: *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och medborgarperspektiv*.[3]

25.1.2 Förslag på modell för övergripande uppföljning

Förslag: Modellen för övergripande uppföljning av vården till personer med skadligt bruk eller beroende ska utformas utifrån det ramverk Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA) tidigare tagit fram och använt för nationell uppföljning av hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv.

Regeringen ska ge MyVA ett uppdrag att genomföra en uppföljning enligt denna modell som då också får sin första operationalisering i detalj. Uppdraget ska genomföras i samråd med Socialstyrelsen. MyVa bör beakta de förslag om mått som vi presenterat. Vidare utveckling och förvaltning av modellen ska därefter göras av Socialstyrelsen.

Skäl för förslaget

Vi anser att modellen för övergripande uppföljning bör ha sin utgångspunkt i nyttan för personer som är i behov av vård i form av patienter eller brukare och utifrån dimensionerna för *god vård och omsorg*.[4] I rapporten *Med örat mot marken* har MyVA gett förslag på och genomfört nationell uppföljning av hälso- och sjukvården med utgångspunkt i ett patientperspektiv.[5] Vi ser att de angreppsätt och utgångspunkter som MyVA beskriver är i linje med en ändamålsenlig övergripande uppföljning även av området *vård vid skadligt bruk eller beroende*.

[3] Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2016). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och medborgarperspektiv.*
[4] Begreppet *god vård* används i Hälso- och sjukvårdslagen. Bland annat som utgångspunkt för uppföljning har Socialstyrelsen identifierat olika dimensioner av *god vård* samt inkluderat omsorg i begreppet: *god vård och omsorg*. Dimensionerna är: Tillgänglig, Individanpassad, Kunskapsbaserad, Säker, Jämlik och Effektiv.
[5] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter.*

Vi bedömer att det ramverk som används innehåller en flexibilitet så att det också kan appliceras genom anpassning på området *vård vid skadligt bruk eller beroende*. De utmaningar och utvecklingsområden vad gäller data och indikatorer som adresseras för hälso- och sjukvården är också i hög grad aktuella för området *vård vid skadligt bruk eller beroende*. Dessa utvecklingsområden gäller bland annat uppgifter om kommunernas verksamhet samt patient- och brukarrapporterade mått. Även med de befintliga utvecklingsområdena som finns är vår bedömning att en första redovisning enligt denna modell kan genomföras redan med i dag tillgängliga data för att sedan kunna utvecklas vidare.

Den övergripande uppföljningen enligt MyVA:s ramverk kan i sig ses som en modell, men vårt förslag inbegriper även övergripande indikatorer som dels ska förbättra förutsättningarna för den mest övergripande uppföljningen, dels utgöra en grund för huvudmännen att kunna jämföra sina utfall med andra och med riket som helhet. Tanken är att detta även ska kunna användas som en utgångspunkt för regional och lokal uppföljning.

Förslaget om att utveckla övergripande uppföljning och indikatorer relaterar dessutom till redan existerande system och processer. På nationell nivå ses speciellt nationella riktlinjer som centralt vad gäller uppföljning och utvärdering av processer för vård och stöd inom området riktat till huvudmännen.

Mer om modellen som föreslås

Enligt nuvarande organisering av vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende kommer både kommunernas och regionernas vård och stöd att ingå i de resultat som följs upp när breda resultatmått används. Även när själva mätningen sker utifrån data som genererats av sjukvården speglar resultaten insatser i hela systemet där kommunernas verksamhet i dag spelar en avgörande roll i utfallet.

I valet av andra indikatorer och mått kan det dock vara svårare att fånga hela systemet. Exempelvis mäts patient- och brukarrapporterade mått inte likartat i alla delar eller ens alls i vissa delar av systemet. Här kan flera indikatorer väljas för att nå en större täckning eller så kan indikatorer väljas som täcker stora delar av området men

inte hela, exempelvis enbart kommunernas vård och stöd. Det är då viktigt att tydliggöra vad som täcks in och vad som inte gör det.

Ett likartat resonemang gäller för den vård och det stöd för personer med skadligt bruk eller beroende som förekommer inom statlig verksamhet, såsom Kriminalvården och SiS.

Om Samsjuklighetsutredningens förslag genomförs, kommer ansvaret för behandling av skadligt bruk eller beroende som finns i kommunernas socialtjänst att flyttas till regionernas hälso- och sjukvård. Detta kan på sikt innebära mer enhetliga mått och mätningar vad gäller vård och behandling.

Annan typ av stöd till målgruppen blir dock även med denna förändring kvar under socialtjänstens ansvar, och det stödet har fortsatt en stor inverkan på det samlade utfallet av och förutsättningarna för vården, såsom insatser som gäller boende och sysselsättning. Detta är ingen kvalitativ skillnad mot när andra delar av sjukvården ska följas upp. Exempelvis är hemtjänst och olika typer av boendeinsatser avgörande förutsättningar för hälso- och sjukvård för äldre och personer med funktionsnedsättning. I de övergripande indikatorerna som ingår i MyVA:s nuvarande operationalisering för sjukvården som helhet kan därför även dessa delar betraktas som en del i det resultat som följs upp. Detsamma skulle gälla för vården för personer med skadligt bruk eller beroende. Detta kan då ses antingen som en del i den verksamhet som följs upp, eller som en förutsättning för den verksamhet som följs upp om avgränsningen stannar vid vård och behandling. Oavsett betraktelsesättet blir det en viktig del i analysen av resultaten.

Om det stöd som inte avser vård och behandling ska ingå i den verksamhet som följs upp, snarare än att betraktas som förutsättningar, kan det dock vara mer befogat att komplettera med ytterligare mått som rör dessa verksamheter, exempelvis vad gäller tillgänglighet.

Kvalitetsområden och övriga delar i det övergripande ramverket

Det ramverk som MyVA tagit fram har sin grund i OECD[6]:s ramverk för uppföljning av sjukvårdssystem och Socialstyrelsens ramverk för *god vård och omsorg*. I ramverket är kvalitetsområden ur ett

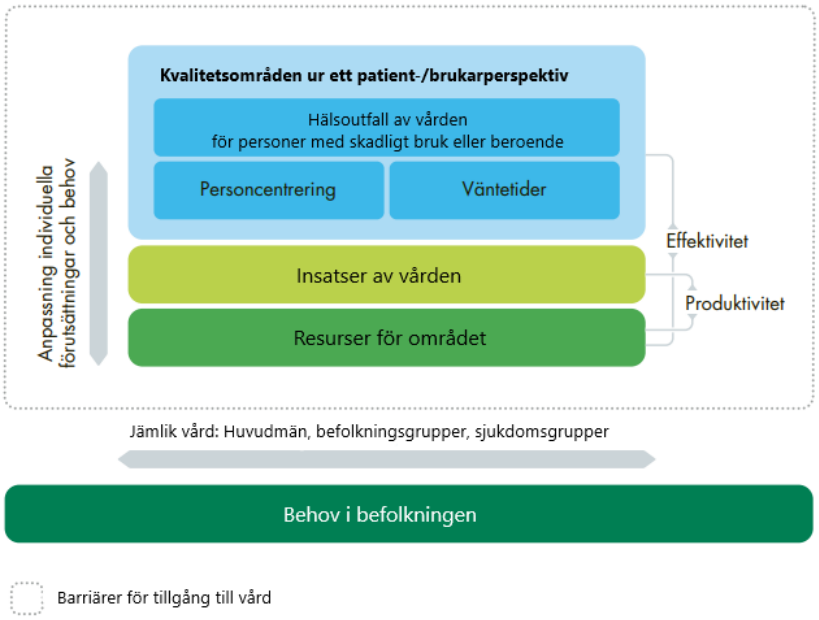
[6] Organisation for Economic Co-operation and Development, Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling.

patientperspektiv centrala men innehåller även andra viktiga perspektiv. Vi bedömer att de kvalitetsområden som ingår i MyVA:s ramverk också är av central betydelse för personer med skadligt bruk eller beroende. Nedan är ”hälso- och sjukvård” ersatt med ”skadligt bruk eller beroende” för de kvalitetsområden som ingår i MyVA:s ramverk:

- gott hälsoutfall av vården vid skadligt bruk eller beroende
- personcentrerad vård vid skadligt bruk eller beroende – att man blir sedd, respekterad och inkluderad
- tillgänglig vård vid skadligt bruk eller beroende (barriärer till vård samt väntetider).

Figur 25.2 Övergripande ramverk för uppföljning

Ramverk framtaget av MyVA med tänkbara justeringar för uppföljning av vård till personer med skadligt bruk eller beroende



Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys med justeringar av Narkotikautredningen.

Utöver kvalitetsområdena ur ett patientperspektiv innehåller MyVA:s ramverk även följande delar:

- tillgängliga resurser
- vårdkonsumtion
- vårdens insatser
- vårdbehov.

Viktiga dimensioner för jämförelser och analyser är jämlik vård, anpassning till individens förutsättningar och behov samt produktivitet och effektivitet.

I ramverket görs en uppdelning av tillgänglighet i *barriärer för tillgång till vård* respektive *väntetider*. Denna uppdelning bedöms vara mycket relevant för vård till personer med skadligt bruk eller beroende, se även kapitel 8.

Jämförelser och referenspunkter

Redovisningen av resultat i det mest övergripande perspektivet bör göras efter flera uppdelningar och dimensioner. Fokus är dock inte på att redovisa resultat för enskilda huvudmän eller verksamheter som underlag för jämförelser med andra, eller för att jämföra den egna utvecklingen över tid. Dessa behov bör i stället tillgodoses genom annan redovisning.

Jämförelse över tid är centralt

En grundläggande jämförelse i redovisningen är utvecklingen över tid. Till viss del kan detta också påverka indikatorurvalet då tillgång till jämförbara data över tid för en indikator kan vara att föredra framför mått utan sådana data.

Individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer

Fokus på redovisning av resultat efter individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer bör vara en del av redovisningen när så är möjligt. Det gäller exempelvis att dela upp resultatet efter: kön, åldersgrupper, socioekonomiska faktorer, regioner, kommuner eller kommuntyper och olika verksamhetsområden. Detta är också fallet i de redovisningar som MyVA tidigare presenterat, inklusive övergripande analyser utifrån denna redovisning.

Internationella jämförelser

I en uppdaterad redovisning utifrån ramverket för sjukvården totalt har MyVA tagit med internationella jämförelser.[7] Det finns internationell rapportering även inom området *vård vid skadligt bruk eller beroende* som bör övervägas i redovisningen.

Jämförelser av utvecklingen med andra vårdområden

En relevant referens för att analysera och bedöma utvecklingen av området kan vara att jämföra området med andra vårdområden och patientgrupper. För sjukvården i stort och för många stora somatiska sjukdomsområden ses exempelvis stora förbättringar i hälsoutfallet över tid.[8,9]

Om indikatorer, mått och datakällor i modellen

Nedan ges möjliga förslag kring indikatorer och data för de olika områdena i ramverket utifrån vårt arbete. Det är dock upp till MyVA att i sitt uppdrag bestämma vilka mått som ska ingå som indikatorer i en första redovisning utifrån ramverket. Vi bedömer att det kan bli aktuellt med fler indikatorer för området *hälsoutfall* än vad som förekommer i redovisningen enligt ramverket för sjukvården totalt, utan

[7] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet.*
[8] Socialstyrelsen (2023). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2023*.
[9] Socialstyrelsen (2020). *Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat.*

att det inverkar för negativt på överblickbarheten. Även för andra områden kan det vara nödvändigt att välja fler indikatorer för att bättre täcka systemet på grund av områdets komplexitet. Det kan saknas uppgifter för hela området men finnas liknande mått för exempelvis olika huvudmän, verksamhetsområden eller vårdnivåer.

Gott hälsoutfall av vården vid skadligt bruk eller beroende

För området finns olika datakällor och mått att utgå ifrån. Exempelvis självrapporterad behovsuppfyllnad vid besök via Nationell patientenkät (NPE). Ett annat exempel är indikatorer för förbättrad hälsa hos nya patienter utifrån ASI eller kvalitetsregistret Bättre Beroendevård. För dessa mått är dock resultaten begränsade vad gäller antingen olika huvudmäns verksamhet eller täckningsgrad för den verksamhet som avses, eller så saknas relevant avgränsning till brukar-/patientgruppen.

Eventuellt kan det ändå vara viktigt att ta med något eller några personrapporterade mått på hälsoutfall för att få med den typen av mått, även om representativiteten utifrån dagens mätningar för avgränsning till området är bristfällig. (Se även nästa avsnitt.) Vi ser främst att indikatorer som bygger på hälsodataregister vid Socialstyrelsen är aktuella för området i nuläget. Se vidare i avsnitt 25.1.3 nedan. Bedömningen är också att det här kan vara lämpligt med fler indikatorer än vad som gäller den redovisning som gjorts av MyVA för sjukvården totalt för att nå en bättre täckning av verksamheten och olika typer av utfall.

Personrapporterade mått och området personcentrerad vård vid skadligt bruk eller beroende

I MyVA:s förslag till nationell uppföljning av hela hälso- och sjukvården tas personrapporterade mått upp som en viktig komponent och samtidigt ett viktigt utvecklingsområde. I operationaliseringen ingår uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioners (SKR:s) patientenkät NPE både om hälsoutfall av vården och om aspekter av personcentrering.

I dagsläget görs nationella NPE-mätningar för psykiatrin som helhet. Här skulle en tänkbar utveckling kunna innebära att göra mät-

ningar som avser verksamhet som inriktar sig på personer med skadligt bruk eller beroende. Exempelvis finns en enkät för LARO[10]-verksamhet i Region Skåne, där man har utvecklat ett anpassat NPE-formulär för beroendevården.

På många håll skulle dock inte gruppen för uppföljningen täckas in av en avgränsning efter verksamheter, eftersom vården organisatoriskt ingår i annan psykiatri. En annan möjlig utveckling är därför att utifrån de undersökningar som görs försöka avgränsa resultaten till personer med skadligt bruk eller beroende efter diagnoser.

Enligt Inera – kommunernas och regionernas digitaliseringsbolag med uppdrag att utveckla välfärden – har viss utveckling redan gjorts för att kunna koppla NPE till uppgifter om diagnoser. För detta har det tagits fram en teknisk modell och processer för behandling av data. SKR håller också på att bygga en tjänst för insamling av patientrapporterade utfallsmått (PROM), som komplement till de patientrapporterade mått av upplevelser av vården (PREM), som tas in via NPE.[11,12]

För kommunernas verksamhet som riktar sig till personer med skadligt bruk eller beroende används brukarenkäter i flera kommuner och resultaten finns tillgängliga i databasen Kolada. I databasen ska även indikatorer från ASI-intervjuer publiceras under 2023. Dessa källor kan också vara av intresse. En värdering bör dock göras av datamaterialets representativitet och hur det varierande deltagandet kan påverka jämförbarheten över tid.

I kvalitetsregistret Bättre Beroendevård följs EQ5-D, som är ett vedertaget generiskt sätt att mäta självskattad hälsa. Möjligen kan uppgifter från registret användas som exempel, på något sätt redan i dag, men registret är troligen inte representativt för riket då täckningsgraden är begränsad och ojämnt fördelad mellan regioner.

Personcentrerad vård kan till viss del mätas genom att patienterna frågas om sina upplevelser av bemötande, involvering och andra aspekter av personcentrering. Att använda PREM och PROM i uppföljningen kan i sig ses som personcentrerad uppföljning av vården. Verksamheternas personcentrering kan även mätas på andra sätt, exempelvis genom mätningar som riktar sig till personalen eller genom strukturerad analys av journaler.

[10] Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.
[11] Minnesanteckningar från avstämning mellan Socialstyrelsen och Inera 2023-03-13.
[12] PROM är förkortning av *Patient Reported Outcome Measures* och PREM för *Patient Reported Experience Measures*.

Att vården är personcentrerad i en vidare bemärkelse än utifrån enskilda vårdkontakter och verksamheter innebär exempelvis att vårdens olika delar är organiserade och samspelar utifrån individens behov. Detta kan vara än svårare att mäta med enskilda indikatorer. En möjlig tolkning är att förekomst av brukarstyrd brukarrevision[13] av vården ses som en indikation på ett sådant fokus i utvecklingen av vården.

Även om förändrade och utvecklade datainsamlingar kanske inte är aktuella inför en första redovisning utifrån ramverket bör det i MyVA:s arbete ingå en analys av nuläget och önskvärd utveckling för personrapporterade mått samt mätning av personcentrerad vård inom området.

Tillgänglighet – väntetider och barriärer till vård

I MyVA:s ramverk lyfts två typer av (bristande) tillgänglighet till vården: dels väntetider, dels barriärer till vård.

Vad gäller uppföljning av tillgänglighet i form av väntetider har möjligheterna utvecklats vad gäller att följa data utifrån SKR:s väntetidsdatabas genom att uppgifter om diagnoser har lagts till i databasen. Detta bör beaktas för att eventuellt användas i modellen för att avgränsa gruppen. Vi redovisar sådana data i kapitel 6. Här bör man närmare undersöka möjligheterna till olika mått, som inte behöver avse andel av de väntande patienterna eller genomförda vårdkontakterna inom vårdgarantins 90 dagar. Exempelvis ser vi att *första vårdkontakt med specialiserad vård inom 30 dagar för personer med skadligt bruk eller beroende* kan säga mer om kvaliteten i verksamhetens tillgänglighet. Även möjligheten till andra typer av mått än andelar bör undersökas och övervägas exempelvis medianer och percentiler för väntetider.

För barriärer till vård skulle en indikator kunna avse *andel personer med behov som får vård och behandling*. Här ser vi att det bör ingå en analys utifrån den skattning av en tidsserie för antalet personer med ett skadligt bruk eller beroende, som vi föreslår att Folkhälsomyndigheten ska ta fram regelbundet (nämnare) – se kapitel 26. Eftersom

[13] Med brukarstyrd brukarrevision avses en metod för granskning av en insats, enhet eller verksamhet som ger vård, stöd eller service till människor. Den brukarstyrda brukarrevisionen utformas och utförs av brukare och/eller närstående med egna erfarenheter av likartad eller samma verksamhet.

det saknas individuppgifter för primärvårdens och socialtjänstens verksamhet är det inte möjligt att exakt beräkna antalet personer som får vård (täljare). Dock kan en skattning göras av antalet individer totalt för att skapa en utvecklingsindikator. För täljaren kan en utveckling ske framöver utifrån förslagen om att samla all behandling i sjukvården och/eller att ta in nationella individdata för socialtjänstens verksamhet.[14,15]

Drogfrihet för att delta i behandlingar: En viktig barriär till vård inom området är att det kan förekomma att det krävs drogfrihet för att delta i behandling, även om konsekvenserna av att stängas ute kan vara större än riskerna att delta i behandling utan drogfrihet. Här ser vi dock inte att det i dag finns några tillgängliga kvantitativa data så det skulle antagligen kräva datainsamling. Vi föreslår ett separat uppdrag till MyVA om detta i kapitel 21.

Vårdbehov

Enligt förslag i detta betänkande och tidigare förslag från Folkhälsomyndigheten ska Folkhälsomyndigheten ta fram beräkningar av *antalet personer med skadligt bruk eller beroende*. Dessa siffror bör användas i redovisningen som en indikation på vårdbehovet i befolkningen, med eventuella nedbrytningar.

Inom det världsomspännande projektet *Global Burden of Disease* (GBD) beräknas olika mått på sjukdomsbörda även för Sverige.[16] Dit räknas prevalens samt måtten DALY, YLL och YLD[17] för ”drugs” respektive alkohol och flera riskfaktorer och sjukdomar.[18] Dessa uppgifter kan behöva undersökas närmare, bland annat vad gäller avgränsningar och underliggande modeller. Här finns också möjligheter till internationella jämförelser. Data är tillgängliga via webbsidan för *Global Health Data Exchange* (GHDx).[19]

[14] SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, personcentrerade och behovsanpassade insatser till personer med samsjuklighet.*
[15] SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1.*
[16] The Institute for health metrics and evaluation (IHME). https://www.healthdata.org/data-tools-practices/data-sources. Besökt 2023-09-12.
[17] DALY (Disability Adjusted life Years). YLL (Years of Life Lost). YLD (Years Lost to Disability).
[18] Agardh, E. m.fl. (2015). *Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsbördan. Utvecklingen i Sverige 1990–2010 kartlagd utifrån DALY-metoden.*
[19] Webbadress GHDx: https://ghdx.healthdata.org/. Besökt 2023-09-12.

Vårdens insatser och vårdkonsumtion

Här finns många uppgifter om volymer, såväl från kommunernas och regionernas verksamheter som från andra huvudmän. En utmaning är att försöka uppskatta en samlad volym av dessa olika typer av prestationer. För vissa delar, där individdata saknas, är möjligheten till indelning och uppdelning också begränsade.

Jämlik vård

Till stor del utgår detta perspektiv från analys av eventuella *skillnader mellan grupper för individuella och kontextuella bakgrundsfaktorer*, exempelvis kön, utbildningsnivåer och kommungrupper.

En annan ingång för analys är att *jämföra mått för tillgång till vård, vårdkonsumtion och resurser i förhållande till mått på vårdbehov*, exempelvis med avseende på region eller kön.

Resurser för området

Detta område kan vara mer utmanande att avgränsa än för hälso- och sjukvården totalt. För kommunernas verksamhetsområde *Missbruksvård för vuxna* följs kostnader för verksamheten via räkenskapssammandrag. Inom den specialiserade vården kan eventuellt uppgifter från *Kostnad Per Patient* (KPP) användas antingen direkt eller som underlag för att beräkna kostnader utifrån verksamhetsdata.

Beräkningar av kostnader för området (enbart narkotika) har nyligen gjorts av Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE) på uppdrag av Folkhälsomyndigheten.[20] Till stor del kan kostnaderna som avser vård och stöd identifieras i beräkningarna. Beräkningarna avsåg dock enbart ett år. Liknande beräkningar kan vara en väg att gå, eventuellt med utgångspunkt i de schabloner och beräkningssätt IHE använt.

Vad gäller personalresurser ser vi att uppgifter från i dag tillgängliga källor troligen saknas eller är begränsade men att möjligheterna kan behöva undersökas närmare.

[20] Hofmarcher, T. m.fl. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (2022). *Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruket i Sverige.*

Produktivitet och effektivitet

I MyVA:s redovisning för sjukvården totalt görs analyser av dessa perspektiv. Presentation av resultat görs i fyrfältsdiagram med mått på resurser på en axel och viktade utfall respektive samlad produktion på den andra axeln.

En viktig del är alltså resurserna men att få fram data om dem är en utmaning, vilket beskrivs ovan. Att beräkna produktionen är också en utmaning för området. Eventuellt kan både resurser och produktion vara mindre komplicerade för delar av området där produktivitetsmätningar och analyser i så fall lättare kan göras. Liknande resonemang gäller effektivitet. Även om förutsättningarna troligen är begränsade finns ett stort värde i att redovisa analyser och beskriva utvecklingsområden för dessa perspektiv för att förutsättningarna ska kunna förbättras.

Kunskapsbaserad vård

I *god vård och omsorg* ingår dimensionen att verksamheten ska bedrivas kunskapsbaserat. Kunskapsbaserad vård är dock inte ett eget utpekat område i MyVA:s ramverk. I den mer övergripande uppföljningen är fokus i hög grad på resultat och utfall – där en del i utfallet kan antas bero på i vilken utsträckning vården arbetar kunskapsbaserat, men resultaten kan inte entydigt tolkas som att vården arbetar mer eller mindre kunskapsbaserat. Andra viktiga faktorer kan exempelvis vara tillgång till kompetens och andra viktiga resurser samt samordning och kontinuitet i vårdens olika delar och dess tillgänglighet. Processindikatorer kopplade till riktlinjer blir därför avgörande för att följa *god vård*-dimensionen *kunskapsbaserad vård*. Här kan uppföljningen av efterlevnad av de nationella riktlinjerna ses som ett viktigt komplement till den mer övergripande uppföljningen.

Eventuellt kan också övervägas att ta med utvalda centrala processmått i den övergripande uppföljningen. Det kan till exempel vara mer befogat om det finns viktiga processer där det förekommer stora skillnader eller där implementering av arbetssätt är tydligt eftersatt. En möjlighet kan också vara att skapa sammansatta mått utifrån flera sådana indikatorer. Detta kan göras utan att ändra i ramverket då indikatorerna avhängigt utfallet kan ses som mått på jämlik och tillgänglig vård.

25.1.3 Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utveckla övergripande indikatorer med fokus på hälsoutfall

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla övergripande indikatorer främst med fokus på hälsoutfall av vården och dess tillgänglighet för personer med skadligt bruk eller beroende. I uppdraget ingår också att ta fram och tillgängliggöra data för indikatorerna och att standardisera och automatisera uppdatering av indikatorvärden för minst fem sådana indikatorer. Uppdraget ska genomföras i samråd med MyVA. Ansvaret för fortsatt förvaltning, utveckling, uppdatering och tillgängliggörande av data ska ligga på Socialstyrelsen.

Skäl för förslaget

Vi anser att indikatorer som följer upp personer med konstaterad eller indikerad förekomst av skadligt bruk eller beroende av narkotika kan utvecklas vidare. Närmast till hands är att identifiera personer med dessa diagnoser i patientregistret. Socialstyrelsen har tidigare publicerat uppgifter för liknande indikatorer men dessa har inte uppdaterats på senare tid.[21,22] Liknande mått ingår bland de data som redovisas i en bilaga till rapporten: *Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg*. I bilagan redovisas informationsrika tabeller med flera mått, men här identifieras inte några av måtten som indikatorer.[23]

Mer om förslaget

Personer och hälsoutfall kan följas upp på olika sätt. Tidigare har exempelvis generell dödlighet, suicid och återinskrivningar använts. Andra tänkbara uppföljningsparametrar kan vara icke dödliga förgiftningar, självskador och oönskad öppenvård där nivåerna kan påverkas av verk-

[21] www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-10-6404.xlsx. Besökt 2023-03-20.
[22] Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*. Bilaga 6. (Excelfil.)
[23] Socialstyrelsen (2023). *Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg.*

samheternas insatser, tillgänglighet och samordning. Här kan ett utvecklingsarbete utgöras av att undersöka fler uppföljningsparametrar utifrån registren än vad som gjorts tidigare – och kombinationer av sådana för att (även) få mer övergripande indikatorer vad gäller utfall.

För tidigare publicerade indikatorer framgår att återinskrivningar avgränsas till samma diagnoser som den inskrivning som avgör att personen ska ingå i den grupp som följs upp, urvalet av diagnoser för återinskrivningarna kan eventuellt undersökas närmare för att bättre ringa in oönskade händelser. Eventuellt skulle även oönskade händelser som leder till öppenvårdskontakter kunna övervägas. Det kan även vara intressant att undersöka om variabeln planerad/oplanerad vård kan vara mer användbar för att ringa in oönskade händelser och förebyggbar vård.

I första hand bör indikatorer som bygger på hälsodataregister utvecklas vidare, bland annat av effektivitetsskäl för fortsatt förvaltning och uppdatering. Ett vidare steg skulle kunna vara att följa personer med nuvarande eller tidigare vård för skadligt bruk eller beroende vidare utanför de register som hålls av Socialstyrelsen. Exempel kan vara Statistiska centralbyråns (SCB:s) databaser om inkomster, boende och arbetsmarknad för att följa hur personernas situation ser ut och utvecklas. Här ses dock utmaningar för att på ett effektivt vis uppdatera indikatorer med jämna mellanrum.

Åldersavgränsning och åldersstandardisering

De tidigare publicerade indikatorerna, som avsåg data fram till 2018, avgränsades nedåt till 18 år. Det finns dock ingen åldersavgränsning uppåt och uppgifterna åldersstandardiserades inte heller.[24]

För indikatorer som följer upp generell dödlighet i gruppen men även andra uppföljningsparametrar kan resultatet se annorlunda ut mellan exempelvis län och över tid om uppgifterna åldersstandardiseras. Generellt bedömer vi att indikatordata bör åldersstandardiseras vid jämförelser av utfall. Icke åldersstandardiserade värden kan dock med fördel redovisas som kompletterande data.

[24] Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.* Bilaga 6. (Excelfil.)

Tid för uppföljning

Vad gäller tidshorisonten kan det vara värt att undersöka olika långa uppföljningsperioder och tolkningen av dessa. Olika långa perioder kan till exempel ha tyngdpunkten på olika delar i systemet.

Även om skadligt bruk eller beroende inte generellt sett är kroniska tillstånd kan problemen vara långvariga, i vissa fall livslånga eller återkommande. Möjligheten och nyttan av att följa olika populationer över längre tid eller att identifiera prevalenta populationer för uppföljning av vård och stöd kan behöva utredas och testas vidare. Ett möjligt betraktelsesätt kan vara att en prevalent population även kan betraktas över längre tid och då som en mix av dels personer med pågående skadligt bruk eller beroende, dels personer med en ökad sårbarhet i jämförelse med totalbefolkningen. En sådan population skulle kunna vara intressant att följa upp utifrån tillgång till vård och stöd eller andra uppföljningsparametrar.

Ta hänsyn till dödlighet under uppföljningsperioden

Det kan finnas en mening i att kombinera icke dödliga utfall med dödlighet så att inte en högre dödlighet ger ett ”bättre” utfall, exempelvis vad gäller oönskade återinskrivningar.

Ett sätt att ta hänsyn till att personer avlider eller på annat vis försvinner ur uppföljningen är också att använda persontid i stället för antal personer i nämnaren. Här kan den eventuellt ökade relevansen av måtten som rättvisande indikatorer behöva vägas mot att de kan uppfattas som mer komplicerade att förstå. Olika beräkningar kan passa olika bra för olika syften och målgrupper, och behovet av att ta hänsyn till att personer faller ur uppföljningen kan vara olika viktigt för olika mått.

Redovisning av statistisk osäkerhet

I tidigare redovisning av indikatorer saknas uppgifter om statistisk osäkerhet genom redovisning av konfidensintervall, eller ens uppgifter om underlagets storlek.[25] I samband med jämförelser av resultat

[25] Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*. Bilaga 6. (Excelfil).

och utfall som indikationer på kvalitet är det vedertaget att ange och ta hänsyn till den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som utöver kvaliteten också innehåller en slumpfaktor.[26,27] Det är då osäkerheten på grund av denna variation som beskrivs med konfidensintervallen (till skillnad från exempelvis urvalsundersökningar då det är urvalsosäkerheten som brukar beskrivas).

Vi bedömer att det för denna typ av resultatindikatorer är viktigt att visa osäkerheten för att kunna tolka och värdera jämförelserna då osäkerheten i många fall kan vara betydande. Det är viktigt att kunna urskilja när så inte är fallet – alltså att resultatet indikerar en skillnad i kvalitet som med stor sannolikhet inte beror på slumpen.

Uppföljning i befolkningen

För andra delar av vården förekommer exempelvis mått på påverkbar slutenvård och åtgärdbar dödlighet i befolkningen. Det kan vara en del i utvecklingsarbetet att utreda lämplighet och eventuell utformning av sådana mått även inom området skadligt bruk eller beroende. Till stor del påverkas sådana mått av prevalensen av hälsoproblem men de kan ändå vara av intresse för att följa vården, och vården i kombination med ett bredare förebyggande perspektiv. Vi ser att sådana mått kan vara av nytta även om de måste tolkas utifrån kompletterande data och kombineras med mer vårdspecifika mått.

Vårdens täckningsgrad

Enligt förslag i detta betänkande (se kapitel 26) och tidigare förslag från Folkhälsomyndigheten ska Folkhälsomyndigheten ta fram skattningar av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. I samband med den övergripande uppföljningen nämns att detta skulle kunna användas som nämnare i en analys eller en eventuell utvecklingsindikator för vårdens täckning.

En totalsiffra för den andra delen i en sådan analys/indikator, täljaren, är problematisk att få fram, men här bör Socialstyrelsen kunna

[26] van Dishoeck, A-M. m.fl. (2011). *Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators.*
[27] Shewhart, W. A. (1931). *Economic Control of Quality of Manufactured Product.*

vara behjälplig med underlag eller göra en egen analys av hur många personer som nås av vård vid skadligt bruk eller beroende. En start kan vara att se hur stor andel som täcks av den specialiserade hälso- och sjukvården och/eller behandlas med läkemedel som kan kopplas till skadligt bruk eller beroende, vilket är uppgifter som kan hämtas ur hälsodataregister.

25.1.4 Indikatorer för att följa efterlevnad av nationella riktlinjer

Indikatorer för att utvärdera efterlevnad av riktlinjer är centrala för att bedöma i vilken mån vården är kunskapsbaserad. Relationen till den mest övergripande uppföljningen är nämnd ovan. Redovisning av data för indikatorerna fungerar också som ett underlag för ledning och styrning på lokal och regional nivå.

Det är viktigt att både riktlinjer och indikatorer uppdateras regelbundet. En väsentlig aspekt är också att peka på dels vilka processer som är viktiga att kunna följa upp nationellt, dels utvecklingsbehov för nationella datakällor, exempelvis urvalet av KVÅ[28]-koder i patientregistret.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende uppdaterades senast 2019 men någon indikatorbaserad utvärdering har inte gjorts av dem sedan dess. Enligt Socialstyrelsen planeras dock en sådan till 2024.[29] Utvecklingen av övergripande resultatindikatorer, så som föreslås ovan kan potentiellt sett även ingå som övergripande indikatorer för de nationella riktlinjerna.

25.1.5 Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram ett mått för beroende av förskrivna läkemedel

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med Läkemedelsverket ta fram ett samlat mått som kan indikera utveckling av antalet personer med beroende av narkotikaklassade läkemedel förskrivna av hälso- och sjukvården – iatrogent beroende.

[28] Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ).
[29] En redovisning av indikatordata publicerades dock i samband med uppdateringen och då förekom även övergripande indikatorer för bland annat dödlighet och återinskrivningar med senaste data för 2015.

Skäl för förslaget

Uppkomst av iatrogent[30] beroende rör inte i första hand kvaliteten i vården av patienter med skadligt bruk eller beroende av narkotika som vi i vårt direktiv har att utveckla uppföljningen av. Här ser vi dock ett väldigt viktigt uppföljningsområde för sjukvården i stort som har potential att spara liv och hälsa.

Det behöver tas fram ett samlat mått som kan indikera antalet personer med beroende av narkotikaklassade läkemedel förskrivna av hälso- och sjukvården, liksom hur detta utvecklas över tid. I dag finns en sådan indikator från Socialstyrelsen för bensodiazepiner (vilken inte har uppdaterats med data de senaste åren): *långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel*.[31]

En samlad indikator där även framför allt opioidläkemedel ingår, skulle vara viktig att följa över tid och jämföra mellan regioner/län.

Detta skulle även vara ett bra komplement till de beräkningar av förekomst av skadligt bruk eller beroende av narkotika som vi föreslår att Folkhälsomyndigheten ska ta fram. Se vidare kapitel 26.

25.1.6 Utveckling av nationella data som påverkar förutsättningarna för att följa upp området

Vad gäller den nationella statistiken för socialtjänst samt hälso- och sjukvård finns flera arbeten och förslag som berör förutsättningarna för att kunna följa upp vården till personer med skadligt bruk eller beroende. Det rör bland annat nationell rapportering av:

- individbaserade data för socialtjänsten
- vårdkontakter med andra personalkategorier än läkare inom psykiatrin
- hälsodata från primärvården.

Uppföljningen är också beroende av hur verksamheten kommer att organiseras framöver. Från Samsjuklighetsutredningen finns förslag att koncentrera behandlingsinsatser vid skadligt bruk eller beroende

[30] Betydelse enligt FASS: en händelse som har orsakats av en läkares råd till en patient. Kan även beskriva något som uppkommit på grund av den behandling som en läkare ordinerat en patient.
[31] Socialstyrelsen (2020). *Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat.*

till regionernas sjukvård. Även om denna förändring genomförs bedömer vi att processen kommer ta ansenlig tid och att socialtjänstens övriga insatser för personer med skadligt bruk eller beroende kommer att vara fortsatt viktiga att följa i relation till området vård till personer med skadligt bruk eller beroende även efter en sådan förändring.

Vårdkontakter med andra personalkategorier än läkare

Bedömning: Socialstyrelsen bör så snart som möjligt bedöma kvaliteten och fullständigheten i de nya uppgifter om vårdkontakter med andra personalkategorier än läkare inom specialiserad psykiatrisk öppenvård som ska börja rapporteras till patientregistret. Om brister identifieras bör insatser göras för att förbättra kvaliteten och fullständigheten i dessa data.

Skäl för bedömningen

Ett förslag som tagits vidare och lett till förändring av förordningen om patientregistret är att vårdkontakter med andra personalkategorier än läkare inom specialiserad psykiatrisk öppenvård ska kunna ingå i patientregistret.[32] Föreskriften om uppgiftsskyldighet till patientregistret, HSLF-FS 2023:33, har också uppdaterats och vårdgivare ska skicka in vårdkontakter med dessa uppgifter avseende januari 2024 och framåt. Uppgiftslämnare har tre månader på sig att rapportera in data så uppgifter för januari ska vara rapporterade i slutet av april 2024.[33]

Denna förändring kan potentiellt sett innebära en stor förbättring för att följa upp vård till personer med skadligt bruk eller beroende, såväl som att bedöma förekomsten av sådana problem. En viktig uppgift är dock att så snart som möjligt bedöma kvaliteten och fullständigheten i dessa nya uppgifter och vid behov göra insatser för att förbättra dem. Insatser kan exempelvis avse information och analys samt publicering av indikatorer för kvaliteten i rapporteringen. Antalet vårdkontakter totalt för specialiserad psykiatri bör jämföras med uppgifter som rapporteras till SKR:s verksamhetsstatistik och vänte-

[32] Förordning (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.
[33] Se 2 § samt bilagor till Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister.

tidsdatabas. För väntetidsdatabasen kan volymen även jämföras för olika diagnoser.

Individdata bör införas för socialtjänsten

Det senaste förslaget om individdata och personnummerbaserad statistik för socialtjänsten framlades av utredningen Framtidens socialtjänst.[34] I betänkandet *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag* ingår ett förslag om ny lag för socialtjänstdataregister. Regeringen har därefter tillsatt en utredning för att föreslå ett samlat regelverk för socialtjänstdataregister, uppdraget ska redovisas 1 juli 2024.[35] Socialstyrelsen har samtidigt fått ett regeringsuppdrag om att analysera kommunernas förutsättningar och behov inför att införa en lag om socialtjänstdataregister. Regeringsuppdraget ska redovisas 19 april 2024.[36]

Bedömning: Individdata och personnummerbaserad statistik bör införas för socialtjänstens verksamhet.

Skäl för bedömningen

Vi ser att med personnummerbaserade socialtjänstdataregister skulle förutsättningarna förbättras väsentligt för att bland annat:

- följa volymen av vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende gemensamt för sjukvård och socialtjänst
- skatta förekomst av skadligt bruk eller beroende av narkotika
- beräkna täckningen av vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende
- redovisa uppgifter uppdelat på kön och ålder
- koppla uppgifter till andra individbaserade data för forskning och uppföljning

[34] SOU 202:47. *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag. Del 1.*
[35] Socialdepartementet (2023). Pressmeddelande: *Regeringen tillsätter utredning om bättre förutsättningar för att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst.*
[36] Regeringen (2023). S2023/02123 *Uppdrag att analysera kommunernas förutsättningar och behov inför införandet av en socialtjänstdataregisterlag.*

- följa vårdkedjor och se hur olika insatser hänger samman
- personer och resultat för socialtjänsten kan följas i register utanför den enskilda verksamheten.

Det bör upprättas ett hälsodataregister för primärvården

Bedömning: Det bör upprättas ett hälsodataregister för primärvård.

Skäl för bedömningen

I rapporten *Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården* gav Socialstyrelsen 2021 ett detaljerat förslag till hur och varför primärvårdens verksamhet ska rapporteras till ett hälsodataregister.[37] Nyligen tillsattes också en särskild utredare där detta är en central del av direktiven:

> Utredaren ska därför analysera regelverket för hälsodataregister och föreslå regler för behandling av personuppgifter från primärvården […] och lämna nödvändiga författningsförslag.[38]

Uppdraget ska redovisas senast den 30 juni 2024. Med fortsatt integration av specialiserad vård, primärvård och digitala kontaktvägar är en trolig utveckling att vård vid skadligt bruk eller beroende i allt större utsträckning kan utföras av primärvården och via dess kontaktytor med mer eller mindre stöd från den specialiserade vården. Att bibehålla patientsäkerhet och följa upp vården även utanför specialistmottagningarna blir därför alltmer viktigt. Det är även av stor vikt att genom individdata följa upp vilken primärvård i övrigt som ges, eller inte ges, till personer med skadligt bruk eller beroende.

[37] Socialstyrelsen (2021). *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I. Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*
[38] Kommittédirektiv 2023:48. Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården.

25.2 Uppföljning av naloxon

I utredningsdirektiven utpekas användningen av naloxon som ett uppföljningsområde och i direktiven ingår också att lämna förslag så att naloxon ska kunna tillgängliggöras för yrkesgrupper utanför hälso- och sjukvården. Om dessa verksamheter avgränsades skulle användningen av naloxon inom dessa verksamheter kunna följas. Dock är vår tanke att naloxon ska kunna delas vidare även till personer utanför dessa verksamheter, exempelvis till användare av opioider, kamrater, anhöriga och andra som kan hamna i situationer med opioidförgiftningar.

Förhoppningen är även att läkemedlet på sikt ska kunna göras receptfritt. Läkemedelsverket ser sådana vägar framåt även om det i dag inte ses som möjligt.[39] Det blir då en utmaning att följa upp individuella administreringar och hävda förgiftningar. Ett mål att följa alla administreringar, det vill säga när läkemedlet används i en akut situation, bedömer vi inte vara rimligt. Resurser bör i första hand läggas på att tillgängliggöra naloxon snarare än att även längst ut i kedjan försöka få en återrapportering av varje fall av användning. Nedan följer några spår som vi utrett utan att gå vidare med som förslag.

Andra länders hantering och erfarenheter om registrering

I Norge ska den enskilde som genomgått utbildning registrera var och när de erhållit naloxon. Utöver detta finns möjlighet att frivilligt registrera fler uppgifter som underlag till forskning. Det är oklart i vilken mån registrering av även de obligatoriska uppgifterna sker då detta görs anonymt via internet. Här kan även vem som helst lägga in uppgifter och användare med alias utan inloggning, koder eller liknande.[40] Det verkar inte finnas någon ambition att följa de enskilda administreringarna eller utfallet av dem i Norge, utöver möjligheten att uppge att en tidigare dos har använts.

I Danmark kan sjukvårdspersonal utbilda så kallade *trænere,* som sedan kan ge en kortare utbildning till en så kallad *hjælpere*. *Hjælpere* kan vara vem som helst i samhället exempelvis en brukare av narkotika, anhörig eller polis. *Trænere* samlar avidentifierade uppgifter om

[39] Läkemedelsverket (2022). *Receptfribetsstatus för naloxon i nasal beredning.*
[40] Norska Naloksonprosjektets webbplats: https://www.nalokson.uio.no/om/registrering/. Besökt 2023-04-05.

vilka *hjælpere* de utbildat och som fått naloxon. När naloxon har använts eller tappats bort ska en rapportering ske (*trænere* är ansvarig för att detta sker) via ett webbaserat frågeformulär. Uppgifterna innehåller inte personnummer och riktiga namn behöver inte anges. Det krävs ingen behörighet eller inloggning för att rent praktiskt kunna rapportera in uppgifter om använt naloxon. I vårt möte med ansvariga för ett pilotprojekt gavs exempel på att rapporteringen i detta system inte alltid var högt prioriterat.

Enligt uppgifter från Sundhedsministeriet och Antidote Danmark – organisation som genomför utbildningar och delar ut naloxon – är ambulanssjukvården inte en effektiv punkt för att samla in information om naloxonanvändning. I vissa fall tillkallas inte ambulans och ofta är personen som administrerats naloxon inte positivt inställd till att följa med i ambulans till akutmottagning, vilket då inte sker.

Hjärtstartarregistret och Hjärt-lungräddningsregistret

Hjärtstartarregistrets främsta syfte är att hjärtstartare ska kunna registreras. Dessa uppgifter kan sedan användas för att visa tillgängligheten till hjärtstartare, bland annat för så kallade sms-livräddare. Registret är dock inte inriktat på att följa upp själva användningen av hjärtstartarna. Detta sker i stället i hjärt-lungräddningsregistret (HLR-registret) där även andra HLR-åtgärder registreras.

Personer som fått HLR rapporteras till hjärt-lungräddningsregistret. Men det sker enbart i de fall där sjukvården antingen startat eller tagit vid i processen. Om HLR utförs och personen kvicknar till utan inblandning från ambulanssjukvård eller annan vård sker ingen rapportering. I dag finns ingen lösning för rapportering från allmänheten eller andra organisationer utanför sjukvården.

Diagnoskoder, akutmottagning och prehospital vård

Om en patient får diagnosen opioidförgiftning skulle det kunna finnas underkoder för om personen getts naloxon eller inte innan personen kommit in till akutsjukvården. Fördelen med att använda diagnoskoder vore att uppgifterna skulle komma in i patientregistret (givet att patienten träffat en läkare eller skrivits in i slutenvård). Enligt våra samtal med organisationer och myndigheter i Danmark är det dock

vanligt att personer som administrerats naloxon utanför sjukvården inte vill åka med ambulansen.

Det bedöms även som troligt att det kan ta vissa resurser i anspråk att fastställa om naloxon getts eller inte. Dessutom har akutsjukvården, jämfört med mer avgränsad specialiserad vård, många fler koder och detaljerade diagnoser som egentligen ska registreras, samtidigt som den har sämre förutsättningar för detta.

I Svenskt akutvårdsregister (Svar) ingår 12 av totalt cirka 70 akutsjukhus. För ett akutbesök registreras i registret 20 medicinska parametrar. En möjlighet kan vara att lägga till uppgiften om huruvida en patient med opioidförgiftning har fått naloxon innan besöket på akutmottagningen. Det finns dock flera nackdelar med detta, bland annat att registret har låg täckning och att antalet uppgifter ökar. Det är även en fördel om nationella data hålls och samlas hos staten om de ska tas in, snarare än i fristående kvalitetsregister.

I samtliga fall måste en ökad registreringsbörda beaktas och ställas mot en eventuell nytta. Sammantaget ser vi inte att detta är en effektiv väg att fånga uppgifter.

Rapportering från personer och organisationer utanför hälso- och sjukvården

Beroende på utformning av tillgängliggörande till olika verksamheter utanför sjukvården kan det möjligen vara aktuellt med en datainsamling motsvarande den som i dag görs från personer som förskrivs naloxon i samband med sprututbyte, och som också liknar insamlingen av frivilliga uppgifter i Norge. Grunden är att rapportera om utdelat naloxon och att fråga de personer som får förnyat naloxon vad som hänt med det tidigare paketet med naloxonnässprej.[41]

[41] IVO: https://www.ivo.se/publicerat-material/blanketter/rapportering-av-sprututbytesverksamhetens-verksamhetsberattelse/. Besökt 2023-03-31.

25.2.1 Socialstyrelsen ska få i uppdrag att följa upp naloxonanvändningen

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att kontinuerligt redovisa uppgifter om antal förskrivna och rekvirerade doser samt kostnader för naloxon i form av nässprej. Uppgifterna bör redovisas totalt samt efter sektorer och län.

Skäl för förslaget

Socialstyrelsen ska kontinuerligt redovisa uppgifter om antal förskrivna och rekvirerade doser naloxon i form av nässprej, och med relevanta uppdelningar samt kostnader för detta. Dessa uppgifter hålls av E-hälsomyndigheten men finns också standardmässigt tillgängliga för Socialstyrelsen. Uppgifterna kan exempelvis redovisas i de rapporter med lägesbild för uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg som Socialstyrelsen har i uppdrag att redovisa. Vi anser att denna uppgift är i linje med Socialstyrelsens allmänna uppgifter enligt myndighetens instruktion 1 §.[42] Alternativt kan denna uppgift läggas på E-hälsomyndigheten.

En förutsättning för att kunna publicera dessa uppgifter är att aktuella läkemedelsföretag lämnat sitt medgivande, så länge det rör högst två företag, vilket i dag är fallet. Sådana medgivanden finns i dag registrerade på E-hälsomyndighetens webbplats.

Utöver förslaget ovan föreslår vi i kapitel 20 även uppföljning av tillämpning av den lag om hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården som föreslås där. I kapitel 20 finns även förslaget att ett register ska upprättas hos E-hälsomyndigheten med uppgifter om verksamheter utanför hälso- och sjukvården som har för avsikt att hantera opioidantagonister. I upprättandet av registret ska E-hälsomyndigheten också beakta hur relevanta uppdelningar och aggregeringar ska kunna göras för uppföljning av rekvireringarna, exempelvis vad gäller geografi respektive olika sektorer så som civilsamhället, kommuner, regioner, privata utförare och statliga myndigheter, se vidare kapitel 20.

[42] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

25.3 Verksamhetsspecifik uppföljning

Tanken är att den övergripande kontinuerliga uppföljning som beskrivits ovan i detta kapitel också ska kunna fungera som en krok att hänga upp regional och lokal uppföljning på genom att visa på en enhetlighet vad gäller att mäta övergripande resultat.

På regional och lokal nivå ser behoven och utformningen av uppföljningen dock olika ut. Exempelvis kan de regionala och lokala uppföljningarna fördjupas för de områden där man själv har sämre utfall jämfört med andra. På regional-, lokal- och verksamhetsnivå ser även förutsättningarna olika ut vad gäller vilka underlag som finns tillgängliga.

Ju närmare verksamheten uppföljningen sker desto viktigare blir det också med mer specifika och verksamhetsnära resultat- och processmått som kan stödja mer konkret förbättringsarbete. Nedan lyfts några specifika uppföljningsområden, uppföljningar och datakällor upp.

25.3.1 Regionernas vård och kvalitetsregister

Bedömning: Huvudmännen bör arbeta för att verksamheterna i högre grad följer kvaliteten i verksamheterna och rapporterar till kvalitetsregister. Mer data för kvalitetsmått från registren bör redovisas öppet, exempelvis via webbplatsen *Vården i siffror*.

Skäl för bedömningen

Regionernas vårdprocesser och verksamhetsnära resultat för beroendevård kan följas bland annat genom indikatorer som tagits fram inom det nationella vård och insatsprogrammet (VIP) för missbruk och beroende liksom genom indikatorer som tas fram om efterlevnad av riktlinjer. Indikatorer inom VIP kan följas för de regioner som rapporterar uppgifter till registret Bättre Beroendevård (och i vissa fall även genom ASI). I våra dialoger med verksamhetsföreträdare har det framförts att det vore önskvärt om denna information fanns för alla regioner, och att rapportera till registret borde vara obligatoriskt.

Vår bedömning är att registret Bättre Beroendevård i dag möter det verksamhetsnära uppföljningsbehovet för de av regionernas verksamheter som betecknas som specialiserad beroendevård. Vi ser inget

behov av att föreslå något annat system för att följa den egna verksamheten. En förutsättning är förstås att verksamheterna är anslutna och håller en hög kvalitet i sin rapportering.

Vi ser alltså att anslutning till registret är av stor nytta för uppföljning av den egna verksamheten. Vi ser dock inte att det är tänkbart att staten inför tvingande anslutning till fristående kvalitetsregister, utan detta är främst en fråga för regionernas styrning och ledning. Vi ser positivt på att regionerna inför krav på obligatorisk anslutning och rapportering för de verksamheter de driver eller har avtal med, samt att regionerna och SKR samverkar i dessa frågor. Med ökad täckningsgrad skulle informationen även kunna användas i högre grad för nationell uppföljning och benchmarking mellan huvudmän.

Från kvalitetsregistret Bättre Beroendevård tillgängliggörs vissa data publikt via registrets utdataportal och dessutom finns upprättad elektronisk överföring av data för indikatorer till SKR:s webbplats *Vården i siffror*. Här uppdateras även ett antal indikatorer från registret, enligt SKR och kvalitetsregistret är tanken att öka antalet indikatorer som visas via *Vården i siffror*. Vi ser också en nytta av om uppgifter från kvalitetsregistret InfCare sprututbyte gjordes tillgängliga publikt på likartat sätt.

Om lagreglerad obligatorisk rapportering ska införas för att säkra specifik information som bedöms som särskilt viktig ur ett nationellt perspektiv, bör dessa uppgifter samlas in inom ramen för hälsodataregister, dit rapporteringen är obligatorisk och informationen hålls av en statlig myndighet. Detta är också i linje med arbetet inom utredningen *Hälsodata som nationell resurs för framtidens hälso- och sjukvård*.[43] Vi lämnar ett sådant förslag för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) – se vidare kapitel 18.

25.3.2 Kommunernas vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende

Nedan kommenteras läget och utvecklingen för några av de källor som i dag kan användas för uppföljning av främst kommunernas insatser till personer med skadligt bruk eller beroende. Under avsnittet 25.1.6. *Utveckling av nationella data som påverkar förutsättning-*

[43] Möte 2021-15-12 med utredningen S 2022:04. *Hälsodata som nationell resurs för framtidens hälso- och sjukvård*.

arna för att följa upp området ges också en bedömning för insamling av individuppgifter för verksamheten.

Information enligt Addiction Severity Index (ASI) bör redovisas

Bedömning: Information från ASI-intervjuer bör tillgängliggöras på ett mer systematiskt och kontinuerligt sätt.

Skäl för bedömningen

Det har varit problematiskt att använda ASI-data för jämförelser på grund av att uppgifterna hålls av ett privat företag och uttag av uppgifter kräver ett godkännande eller en beställning från varje kommun och region. SKR har i samverkan med kommuner och regioner börjat ta fram nationella indikatorer utifrån ASI-enkäterna. Resultatet ska redovisas öppet i Kolada och *Vården i siffror*. Denna typ av mått är mycket relevanta att följa och vi ser det som ett viktigt arbete för att tillgängliggöra viktig information från ASI-intervjuerna på ett mer systematiskt och kontinuerligt sätt.

Öppna jämförelser

Bedömning: Innehållet och redovisning av uppgifter inom *Öppna jämförelser missbruks- och beroendevård* bör utvecklas för att bättre stödja kommunernas egen uppföljning och övergripande uppföljning av verksamheterna.

Skäl för bedömningen

I de enkäter som används för *öppna jämförelser missbruks- och beroendevård* tillfrågas kommunerna bland annat om de tillhandahåller insatser och metoder som rekommenderas i nationella riktlinjer. För att dessa uppgifter ska kunna tolkas bör det mer systematiskt anges om det som inte kan erbjudas av kommunen i stället är tillgängligt

via regionens vård eller om insatsen/metoden inte alls är tillgänglig utifrån individens perspektiv.

I dag är en indikator om kommunen erbjuder minst en av flera manualbaserade rekommenderade insatser i enlighet med nationella riktlinjer. Eftersom personer kan ha olika behov och önskemål är detta en låg ambition. Enligt vår bedömning kan denna indikator utvecklas för att specificera vilka metoder som används.

Många frågor som ligger till grund för *öppna jämförelser* inom området gäller huruvida insatser erbjuds, varvid svaret utöver ”vet ej” kan vara ”ja” eller ”nej”. Ett ”ja” blir här svårt att tolka, så en utveckling med mer nyanserad självskattning skulle kunna övervägas, till exempel att svara efter en skala om hur tillgänglig insatsen är.

Redovisningen av *öppna jämförelser* för socialtjänsten, inklusive missbruk och beroende bör utvecklas vad gäller pedagogik och visualisering. Exempelvis genom att profiler tillhandahålls för kommunerna, där även utvecklingen över tid redovisas. En komplettering kan också göras med aggregerade mått som summerar flera frågor, såsom hur stor andel av de efterfrågade metoderna som anges i stället för att enbart redovisa varje resultat för sig.

26 Beräkning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende

Med detta kapitel uppfyller vi de delar i direktivet som anger att vi ska

> Analysera och kartlägga hur många människor som finns i skadligt bruk och beroende av narkotika i Sverige i dag samt ta fram ett system med metoder för att kontinuerligt beräkna antalet personer som finns i landet med skadligt bruk och beroende. [1]

26.1 Bakgrund och metoder för skattningar

Den klassiska metoden för att skatta antalet personer i befolkningen som tillhör en viss grupp är att fråga ett urval av befolkningen, till exempel via enkäter, huruvida de uppfyller de kriterier som kännetecknar den grupp man är intresserad av. Utifrån de inkomna svaren och kännedom om befolkningens demografi kan man sedan skatta det totala antalet personer i gruppen samt det statistiska felet i denna skattning. En förutsättning för att frågeundersökningar till befolkningen ska ge pålitliga svar är att svarsbenägenheten hos gruppen man är intresserad av är känd på förhand, alternativt är densamma som hos populationen i stort, samt att personer lämnar sanningsenliga svar.

Enkätundersökningar kan ge information om användandet av narkotika i olika grupper och utveckling över tid men narkotikaanvändning underskattas ofta i sådana undersökningar på grund av bortfall och underrapportering samt svårigheter att nå personer som använder narkotika.[2]

Det är rimligt att anta att en betydande andel av de personer som har ett frekvent bruk av narkotika såsom amfetamin och heroin, har en lägre benägenhet att delta i frågeundersökningar till befolkningen,

[1] I utredningen används formuleringen *skadligt bruk **eller** beroende*.
[2] Johnson, T. P. (2014). *Sources of Error in Substance Use Prevalence Surveys.*

sannolikt mindre än bland befolkningen i stort. I en omfattande kartläggning av personer som injicerar narkotika uppgav exempelvis en femtedel att de var hemlösa, något som uppenbarligen gör det mycket svårare att nå dessa personer, åtminstone brevledes.[3] Frågeundersökningar till befolkningen är därför sannolikt av begränsat värde för att ta reda på gruppens storlek.

Ett bättre tillvägagångsätt för att skatta antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika är att använda befintliga uppgifter och utifrån dessa skatta gruppens storlek. Det är rimligt att anta att en betydande andel av dessa personer kommer i kontakt med ett antal aktörer i samhället, exempelvis brukarföreningar, socialtjänsten, sjukvården, polisen och kriminalvården, och att det därför är möjligt att skatta storleken på målpopulationen genom att samköra uppgifterna om dessa personer som insamlats av aktörerna. Detta tillvägagångssätt kallas ibland för *case-finding*, och om det ger en rättvisande bild av målpopulationens storlek beror förstås på täckningsgraden hos de uppgifter som används; endast de personer som kommit i kontakt med uppgiftslämnarna kommer att räknas.

Generellt gäller att ju fler uppgiftslämnare som används, och ju fler verksamhetsområden dessa kommer från, desto mer rättvisande skattningar kan göras. Vissa verksamheter med frekventa kontakter med personer i målpopulationen samlar in uppgifter rutinmässigt.

I Sverige finns sedan länge nationella personnummerbaserade register över slutenvård och specialiserad öppenvård. Detta medför att samtliga personer som vårdats inom dessa vårdformer, med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika, finns registrerade i Socialstyrelsens patientregister.

Vad gäller andra verksamhetsområden, exempelvis socialtjänsten och polisen, saknas nationella register med uppgifter om personer från målpopulationen. Att bestämma målpopulationens storlek utifrån en mer eller mindre, heltäckande insamling av uppgifter från samtliga aktörer som kommer i kontakt med populationen blir därför mycket resurskrävande och är inget som enkelt kan utföras rutinmässigt.

Ett liknande förfarande för att skatta antalet personer med skadligt bruk eller beroende är att extrapolera från befintliga uppgifter med hjälp av statistiska modeller. I stället för att försöka inhämta uppgifter gällande samtliga personer i målpopulationen används alltså

[3] Kåberg, M. m.fl. (2020). *Significant decrease in injection risk behaviours among participants in a needle exchange programme.*

i stället statistiska metoder för att skatta den del som man saknar uppgifter om. Den främsta fördelen med detta tillvägagångssätt är att det är betydligt mindre resurskrävande och därmed något som kan utföras rutinmässigt.

26.1.1 Vad ska uppgifterna användas till?

I direktivet specificeras inte vad beräkningarna ska användas till. Det kan finnas flera olika orsaker till att vilja ha en uppfattning om hur många som har skadligt bruk eller beroende av narkotika. Informationen kan till exempel användas för att beskriva sjukdomsbördan i befolkningen, att bedöma behovet av och planera för vård och stöd eller att följa upp och utvärdera förebyggande insatser. Ett ytterligare syfte kan vara att rapportera och jämföra sådana uppgifter internationellt.

Syftet avgör aspekternas betydelse, definitionernas lämplighet och nyttan av olika indelningar av redovisningen. Några tänkbara syften som vi har identifierat är

- dimensionering av vård och stödinsatser
- uppföljning av tillgång till vård och stöd i relation till behov
- bedömning av dödlighet och sjukdomsbörda
- internationell rapportering och jämförelser
- uppföljning av förebyggande insatser.

För att dimensionera vård- och stödinsatser är det bra att känna till behoven i befolkningen. För vårdplanering kan dock analyserna behöva anpassas till exempel vad gäller geografisk detaljnivå samt den patientgrupp eller behandling det gäller. Om behandlingen som ska dimensioneras exempelvis rör opioidberoende är en generell uppskattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av alla typer av narkotika mindre värdefull.

I likhet med vad som gäller för vårdplanering, krävs det även en uppfattning om förekomsten av ohälsa och behovet av vård för att bedöma hur många av de vårdbehövande som har nåtts av vården. Detta

är också en del av ANDTS[4]-strategins mål som det finns behov av att följa upp.[5]

En indikation på att vården inte är jämlik kan vara om behovet är större och resurserna och mängden vård är lägre för vissa grupper eller geografiska områden jämfört med andra.

Den sjukdomsspecifika dödligheten och sjukdomsbördan i befolkningen kan bero dels på hur många som har det aktuella hälsoproblemet, dels på hur väl man tar hand om de personer som har problemet. Detta kan spela roll för vilka insatser som bör prioriteras för att minska sjukdomsbördan. Om förekomsten av ohälsoproblemet är stort i exempelvis en region jämfört med en annan kan åtgärder för att förebygga problemet vara mer prioriterade, men om dödligheten och sjukdomsbördan är högre trots en mindre förekomst av ohälsoproblemet, kan åtgärder som syftar till att höja tillgängligheten och kvaliteten i vård och stöd vara viktigare att prioritera.

I Sveriges arbete i förhållande till EU:s narkotikabyrå EMCDDA ingår att rapportera skattningar av så kallat *problem drug use* (PDU). Inom EMCDDA finns i samarbete med medlemsländerna också ett långvarigt arbete med att utveckla metoder för att skatta PDU. I texterna nedan refereras därför i vissa fall till rekommendationer och kunskap från EMCDDA.

Även om det inte nämns explicit i utredningsdirektiven kan ett syfte med skattningarna också vara att de ska kunna användas till denna rapportering. Det är därför bra att harmonisera en återkommande standardiserad skattning med EMCDDA och på så sätt öka möjligheterna till internationell jämförbarhet och kunskapsutveckling. Även om det förekommer en samordning av kunskap kring metoder för att mäta PDU via EMCDDA är det fortsatt en utmaning att jämföra skattningar från olika länder.[6]

Utvecklingen av skadligt bruk eller beroende av narkotika kan också vara viktigt att följa som en övergripande indikation på hur det förebyggande arbetet har fungerat. Här kan det också krävas tolkningar av tillflöden och utflöden av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Om exempelvis hög dödlighet gör att gruppen minskar eller är mindre i förhållande till andra länder kan det inte tolkas som något positivt.

[4] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.
[5] Regeringen (2022). 2021/22:213. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025.*
[6] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/methods/pdu_en. Besökt 2023-08-23.

26.1.2 Folkhälsomyndighetens arbete på området

I Folkhälsomyndighetens instruktion ingår bland annat att ansvara för den samlade uppföljningen av befolkningens hälsa. Inom ett sådant ansvar bör det även ingå att ta fram uppgifter om hur många personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika. Myndigheten ska också rapportera uppgifter som rör narkotika till EU.[7] En sådan uppgift är förekomsten av PDU. Myndigheten har också, inom ramen för sin instruktion och på eget initiativ, påbörjat ett omfattande arbete med att skatta antalet personer med PDU.

Vi har tagit del av Folkhälsomyndighetens forskningsplan där inriktningen vad gäller arbetssätt och metod för att göra sådana skattningar beskrivs.[8] Vi har också haft kontakt med Folkhälsomyndigheten under arbetets gång. Vi har även tagit del av myndighetens definition av PDU i olika register där det framgår vilken avgränsning av diagnoser och åtgärder som myndigheten har för avsikt att använda i sin modell.[9] Intentionen och förhoppningen har också varit att resultat i form av skattningar och relaterade relevanta data från Folkhälsomyndighetens arbete skulle kunna utgöra underlag för vårt arbete, både för att skatta förekomsten och för att underbygga våra förslag om skattningarna framåt.

Folkhälsomyndigheten har i skrivande stund inte kommit så långt i sin analys att vi har kunnat ta del av några resultat ens i preliminär form. Den utveckling över tid som vår skattning visar är dock enligt Folkhälsomyndigheten i linje med dess egna preliminära uppgifter.[10]

26.2 Utredningens skattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika

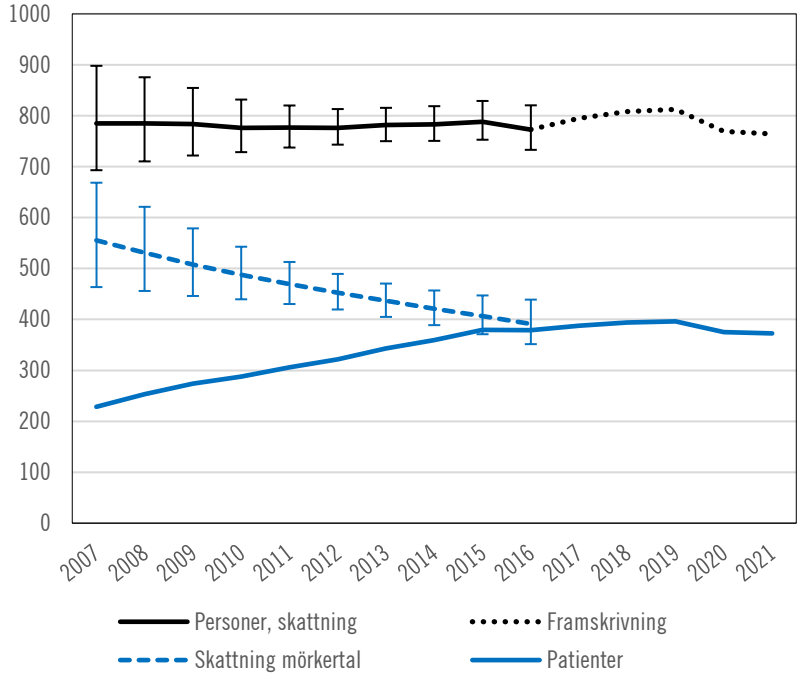
Med anledning av att tidplanen för Folkhälsomyndighetens arbete varit oklar, har vi valt att uppdra åt en forskare att skatta populationen av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Skattningen i detta kapitel kommer från vårt arbete som främst genomförts

[7] Förordning (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten.
[8] Folkhälsomyndigheten (2021). *03 Forskningsplan. Utveckling och tillämpning av en metod för att skatta förekomsten av problematiskt narkotikabruk i Sverige.* Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-81.
[9] I våra direktiv framgår att det är förekomsten av skadligt bruk eller beroende av narkotika som ska skattas, dock är vare sig *PDU* eller *skadligt bruk eller beroende* på förhand exakt definierade begrepp och skulle därför kunna avse likvärdiga, eller olika, storheter.
[10] Möte med Folkhälsomyndigheten. 2023-05-08.

med syftet att testa ett alternativt eller komplementärt angreppssätt till det som används i det mer omfattande arbete som pågår hos Folkhälsomyndigheten. Vi har medvetet begränsat de resurser som används för skattningen för att minska det dubbelarbete som annars skulle bli följden av Folkhälsomyndighetens arbete. En del i detta är att resurser för att hantera persondata inom utredningen varit begränsade, varför redan tillgängliga data fram till 2016 använts av den forskare som vi anlitat.[11]

Figur 26.1 Skattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika

Antal per 100 000 invånare 15 år eller äldre 2007–2016.
I diagrammet visas även antalet patienter per år 2007–2021
samt en framskrivning av antalet personer



Källa: Skattning utifrån uppgifter från Socialstyrelsens patientregister och dödsorsaksregister.

[11] Ledberg, A. (2023). *Skattning av antalet personer med skadligt bruk och/eller beroende av narkotika i Sverige utifrån Socialstyrelsens registerdata*. Tillgänglig via: https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-80.

I figur 26.1 redovisas vår skattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika per 100 000 invånare för perioden 2007–2016 (den svarta linjen). Skattningen består av antalet patienter som kan identifieras med relevanta diagnoser under respektive år (den blå heldragna linjen) plus en skattning av ett mörkertal, alltså de personer som har skadligt bruk eller beroende men som inte fanns i patientregistret under året (den blå streckade linjen).

Enligt den modell som vi testat var det skattade antalet personer med skadligt bruk eller beroende nära 64 000 personer år 2016.[12] Det hade då ökat med cirka 4 000 personer jämfört med år 2007.[13] Under samma period ökade den vuxna befolkningen så antalet i förhållande till befolkningen är i stort oförändrat under perioden, strax under 800 personer per 100 000 invånare 15 år eller äldre.

Under perioden har antalet patienter i den specialiserade vården med diagnos för skadligt bruk eller beroende av narkotika ökat tydligt. I den modell som används har dock det skattade mörkertalet under samma tid minskat. Mörkertalet avser här personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika men som inte förekom i patientregistret under året.

Grunden för att anta att mörkertalet har minskat är att en allt större andel av dem som avlider av narkotikarelaterade dödsorsaker återfinns i patientregistret, vilket indikerar att en allt större andel av målpopulationen identifieras direkt i patientregistret och att den kvarvarande andelen som utgör mörkertalet har minskat.

Om förhållandet mellan mörkertalet och antalet kända patienter vore detsamma 2021 som det var 2015–2016[14] skulle antalet fortsatt kunna antas vara på en likartad nivå. En sådan framskrivning visas med den prickade svarta linjen i figur 26.1.

[12] Det 95-procentiga osäkerhetsintervallet för punktskattningen 2016 sträcker sig från cirka 60 000 till 67 500. Osäkerhetsintervall står här för det som på engelska benämns *credible intervals* vilket är en Bayesiansk motsvarighet till konfidensintervall.
[13] Ledberg, A. (2023). *Skattning av antalet personer med skadligt bruk och/eller beroende av narkotika i Sverige utifrån Socialstyrelsens registerdata*. Tillgänglig via: https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-80.
[14] Vi ser detta som ett osäkert men rimlig antagande (i stället för att anta ett fortsatt minskat mörkertal) då patienterna inte ökat på samma vis som tidigare.

26.2.1 Modellen som använts för skattningen

Kortfattat kan sägas att skattningen av mörkertalet utgår från den grupp av personer som vi vet hade ett skadligt bruk eller beroende under ett visst år, eftersom de förekom som patienter med en diagnos som indikerar det i patientregistret. En andel av dessa personer avled under samma år av orsaker som i hög grad indikerar ett skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Det finns också personer som utan vår tidigare vetskap hade ett skadligt bruk eller beroende, men som avled av samma orsaker. I modellen antas att risken att dö av dessa orsaker var lika stor bland de personer som vi inte kände till på förhand. Utifrån det görs en beräkning av hur stor den okända gruppen skulle vara för att motsvara den dödlighet som vi ser.

Denna typ av metod brukar kallas multiplikatormetod, och den variant av denna metod som använts utgår från den modell som beskrivs i artikeln *Estimating the prevalence of problem drug use from drug-related mortality data*.[15] En forskare vid Stockholms universitet har fått i uppdrag att å våra vägnar testa att anpassa denna modell till svenska data. Arbetet, modellen och resultat beskrivs mer ingående i underlagsrapporten *Skattning av antalet personer med skadligt bruk och/eller beroende av narkotika i Sverige utifrån Socialstyrelsens registerdata*.[16,17]

Definition och avgränsning i skattningen

För att göra en skattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika behövs en tydlig definition av denna grupp: Vilka är kriterierna som ska vara uppfyllda för att någon kan sägas ha ett skadligt bruk eller beroende av narkotika? Ska exempelvis personer som använder narkotika ett par gånger i månaden men annars har en minimal användning inkluderas? Ska personer som är beroende av narkotikaklassade läkemedel för att hantera ett smärttillstånd inkluderas?

[15] Jones, H. E. m.fl. (2020). *Estimating the prevalence of problem drug use from drug-related mortality data.*

[16] Den programkod som använts vid analyserna är publicerad här: https://github.com/aledberg/pduest. Besökt 2023-08-31.

[17] Ledberg, A. (2023). *Skattning av antalet personer med skadligt bruk och/eller beroende av narkotika i Sverige utifrån Socialstyrelsens registerdata*. Tillgänglig via: https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-80.

Skattningen som görs här utgår från att målpopulationen (den population vars storlek ska skattas) är personer med en narkotikaanvändning som potentiellt kan leda till problem som föranleder kontakter med sjukvården, och tar därmed fasta enbart på de medicinska konsekvenserna av narkotikaanvändning.

I patientregistret inkluderas här personer som hade minst en vårdkontakt under året med någon av diagnoserna F11–F16 och F19 enligt ICD-10.[18] För att avgränsa dödsfall som i hög grad indikerar skadligt bruk eller beroende, även för personer utan sådana vårdkontakter, används de dödsorsaker som ingår i det europeiska måttet för narkotikarelaterad dödlighet.[19] Personer 15 år eller äldre ingår i beräkningarna.

Osäkerheter i skattningen

Det finns kända osäkerheter i den skattning som presenteras. Dels finns utrymme för slumpvariation. Utrymmet för slumpvis variation har minskat över tid, för att en mindre del av den population som skattas är okänd. Detta beror på att den andel individer med dessa diagnoser som finns i patientregistret per år har ökat. Denna statistiska osäkerhet är känd och visas i diagram 26.1 med 95-procentiga osäkerhetsintervall.[20]

Utöver de statistiska felen kan det finnas systematiska fel i modellen och antagandena den bygger på. Ett centralt antagande är att risken att dö av de orsaker som ingår är lika hög för dem som inte vårdats som för dem som vårdats. Detta stämmer antagligen inte med verkligheten då det är tänkbart att risken kan vara både högre och lägre. Allvarliga problem borde leda till att personer i högre grad söker och får vård, samtidigt som vården kan minska riskerna jämfört med om personen inte erhåller vård.

I modellen kan hänsyn tas till att dödsriskerna varierar beroende på kön och ålder. Det finns dock många andra faktorer som kan påverka dödsriskerna. En sådan viktig faktor är vilken typ av substanser som personerna har ett skadligt bruk eller beroende av.

[18] International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, internationell standard för klassifikation av sjukdomar.
[19] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/methods/drd_en. Besökt 2023-08-29.
[20] Osäkerhetsintervall står här för det som på engelska benämns *credible intervals* vilket är en Bayesiansk motsvarighet till konfidensintervall.

I det engelska ursprungsexemplet[21] som vi anpassat till svenska förhållanden, gjordes en avgränsning till personer med skadligt bruk eller beroende av opioider, vilket ger en mer homogen population. I det engelska exemplet fanns även data för när dessa personer erhöll respektive var utan vård, vilket gjorde att man där kunde differentiera dödsriskerna utifrån det. I svenska data kan detta inte göras på samma vis. Dels för att diagnos för flera substanser samtidigt är väldigt vanligt, dels för att det inte går att följa om personer är i behandling eller inte. Se även kapitel 18 om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Mer om osäkerheter i skattningen finns att läsa i vår underlagsrapport.[22]

Vår skattning ligger i linje med Folkhälsomyndighetens preliminära skattningar

Den utveckling över tid som vår skattning visar är enligt Folkhälsomyndigheten i linje med dess egna preliminära uppgifter. Dock är Folkhälsomyndighetens skattningar hittills på en något högre nivå.[23] Att Folkhälsomyndigheten i sina initiala skattningar har använt en något bredare operationell definition skulle kunna förklara denna nivåskillnad. Exempelvis har personer med vårdkontakter med kod för självskador genom läkemedels- och narkotikaförgiftningar tagits med.[24,25]

Vi har dock inte kunnat ta del av några faktiska siffror från Folkhälsomyndighetens arbete, varför dessa bedömningar är den myndighetens. Likheterna och skillnaderna mellan skattningarna har inte kvantifierats närmare än vad som anges ovan.

[21] Jones, H. E. m.fl. (2020). *Estimating the prevalence of problem drug use from drug-related mortality data.*
[22] Ledberg, A. (2023). *Skattning av antalet personer med skadligt bruk och/eller beroende av narkotika i Sverige utifrån Socialstyrelsens registerdata*. Tillgänglig via: https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-80.
[23] Möte med Folkhälsomyndigheten 2023-05-08.
[24] E-post från Folkhälsomyndigheten 2023-04-14. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-75.
[25] E-post från Folkhälsomyndigheten 2023-04-14. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-77.

Högre värden än vad tidigare skattning visat

Den senaste liknande skattningen avsåg vad som då kallades *problematisk narkotikaanvändning* gjordes 2009 och avsåg enbart förhållandet för 2007 och antalet personer uppgick då till 29 500 personer.[26] I den skattning som vi nu låtit göra är nivån för samma år drygt det dubbla, cirka 60 000 (med ett osäkerhetsintervall från 53 000 till 69 000).

Till viss del kan detta förklaras av att den tidigare skattningen avsåg en målpopulation med en tyngre problematik. Underlaget och utgångspunkten avsåg då personer som vårdats i slutenvård eller som bedömts ha ett *gravt narkotikamissbruk* vid avgång från kriminalvården. I vår multiplikatorskattning ovan används även data från öppenvården, vilket innebär en vidare målpopulation.

Det finns också sådant som talar för att den modell som användes tidigare kan leda till systematisk underskattning av mörkertalet. Modellen bygger på en trunkerad Poisson-metod och kallas *Chao's estimator*.[27] För denna metod är förhållandet mellan antalet personer som förekommer en gång och antalet som förekommer två gånger under en given tidsperiod avgörande för att skatta den dolda delen av målpopulationen.

Ett viktigt antagande är då att sannolikheten för att ingå i materialet är konstant. Bland annat innebär det att sannolikheten att ingå inte ska påverkas av att man redan ingått tidigare. Om sannolikheten ökar efter en första kontakt kommer andelen som förekommer två gånger systematiskt att vara större än om sannolikheten var konstant. Ju fler som förekommer två gånger i förhållande till antalet som förekommer en gång desto mindre bedöms mörkertalet vara enligt metoden.

I en undersökning har *Chao's estimator* testats utifrån riktiga data från det svenska patientregistrets slutenvårdsdel och för en likartad patientgrupp. I undersökningen var den förekomst som skulle skattas då känd på förhand. Undersökningen visade att metoden gav en betydande underskattning på grund av att de som redan förekommit en gång hade en betydande högre sannolikhet att förekomma en gång till:

[26] Statens folkhälsoinstitut (2010). *Narkotikabruket i Sverige. Bilaga 7 Skattning av problematiskt narkotikabruk.*
[27] Statens folkhälsoinstitut (2010). *Narkotikabruket i Sverige. Bilaga 7 Skattning av problematiskt narkotikabruk*.

> In the real data set we analyzed, Chao's estimate was a substantial underestimation of the true value. This is a strong indication of that having had contact with the health care system changes the propensity for future contacts. As this could certainly be a general feature of similar data it questions the use of Chao's estimator in such situations.[28]

Även om testet inte var utformat för att just bedöma den skattning som gjordes av *problematisk narkotikaanvändning* för 2007 visar artikeln att skattning med *Chao's estimator* har en hög känslighet för att sannolikheten av att förekomma påverkas av om en person förekommit tidigare. Dessutom visar artikeln att så var fallet för just slutenvårdsdata från det svenska patientregistret, vilket också var en betydande del av underlaget till den skattning som avsåg 2007.

26.3 Förslag angående framtida skattningar

Förslag: Regeringen ska komplettera 11 § i förordningen (2021:248) med instruktion för Folkhälsomyndigheten på så sätt att det framgår att myndigheten årligen ska skatta förekomsten av skadligt bruk eller beroende av narkotika i befolkningen.

Bedömning: Huvudinriktningen för skattningarna bör vara en modell som bygger på metoden *capture-recapture*, med minst tre datakällor. Skattningarna bör redovisas uppdelat på åldersgrupper, kön och när så är möjligt även på regioner.

26.3.1 Skäl för förslaget och bedömningen

Folkhälsomyndigheten har påbörjat ett arbete med att utforma skattningar av PDU. Den definition av PDU som myndigheten senast meddelat oss ligger i linje med hur en definition av gruppen personer med skadligt bruk eller beroende kan se ut. Den modell som Folkhälsomyndigheten har som huvudinriktning är också av den typ som vi bedömer mest ändamålsenlig, nämligen en *capture-recapture*-modell med tre eller flera datakällor och där case-finding inte kräver ny insamling utan sker via regelbundet sammanställda register.

[28] Ledberg, A. och Wennberg, P. (2014). *Estimating the size of hidden populations from register data*.

Eftersom vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende främst återfinns inom verksamhet som regioner och kommuner råder över, ser vi en stor nytta av om uppgifter också kan redovisas uppdelade på regioner och en kommunindelning på en aggregeringsnivå som underlaget tillåter, för att kunna utgöra underlag för bedömningar om hur jämlik tillgången är till vård och stöd.

Framöver bör rapporteringen ses som en del av Folkhälsomyndighetens grunduppdrag där det ingår att ansvara för den samlade uppföljningen inom narkotikaområdet och befolkningens hälsa. Tydliga synergier finns också med myndighetens uppdrag att rapportera uppgifter om narkotika internationellt inklusive förekomsten av PDU till EMCDDA. Vi ser att en komplettering av instruktionen för Folkhälsomyndigheten är det tydligaste sättet att tillföra denna kontinuerliga uppgift, men eventuella alternativa sätt att tillföra uppgiften kan också övervägas av regeringen.

Folkhälsomyndigheten ser inte själv att det skulle finnas författningsmässiga hinder för att fortsätta sitt arbete med att beställa in data för att göra kontinuerliga skattningar på det vis som redan påbörjats.[29]

Val av modell – fokus på capture-recapture-modell med minst tre datakällor

Som framgår av beskrivningen i inledningen av detta kapitel finns det nackdelar med enkäter och omfattande case-finding-metoder. Utifrån detta görs bedömningen att en skattning med hjälp av statistiska modeller utifrån registerdata bör vara huvudinriktningen för en regelbunden skattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Tidigare har tre olika typer av metoder nämnts och det är också de som EMCDDA anger på sin ingångssida[30] om metoder för att göra denna typ av skattningar:

- multiplikatormetoden
- trunkerad Poisson-metoden
- *capture-recapture*-metoden.

[29] E-post från Folkhälsomyndigheten 2022-12-20. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-76.
[30] EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/methods/pdu_en. Besökt 2023-08-23.

Mätfel och osäkerheter

Oavsett metod finns antaganden som ska vara uppfyllda för att metoden ska fungera felfritt. Dessa antaganden överensstämmer dock oftast inte med verkligheten fullt ut, och därför påverkas modellernas validitet i högre eller lägre grad. I detta kapitel, och i vår underlagsrapport,[31] ger vi exempel på sådana osäkerheter och misstänkta fel för en multiplikatormodell (osäkerhet om dödsriskerna för personer i mörkertalet) och en trunkerad Poisson-modell (hög påverkan av om en förekomst påverkar ytterligare förekomst). Arbete kan göras för att anpassa sådana grundmodeller.

I tidigare skattningar i Sverige har en kombination av *case-finding* och *capture-recapture* använts.[32] Den senaste sådana skattningen avsåg förhållanden 1998.[33] *Capture-recapture* är också den modell som enligt Folkhälsomyndigheten förespråkas av EMCDDA i kontakter myndigheten har haft med dem. I exempelvis rapporter med riktlinjer framhäver EMCDDA också fördelarna med modellen, och det ges exempelvis ingående stöd i form av programkod för att underlätta för länderna att tillämpa den när förutsättningar i fråga om data är gynnsamma. EMCCDA har dock inte publicerat några generella rekommendationer om metod och modell, eftersom vad som är lämpligt och möjligt beror på vilka data som är tillgängliga. Dessutom antas metodutvecklingen kunna fortsätta på området.[34,35]

Capture-recapture-logiken liknar den för *trunkerad Poisson,* som beskrivs ovan i avsnittet *Högre värden än vad tidigare skattning visat.* En skillnad är att fler datakällor används i *capture-recapture*-metoden. Förenklat kan sägas att om en stor andel av personerna i målpopulationen förekommer i flera datakällor, kan mörkertalet antas vara mindre än om överlappningarna är små.[36]

Ett viktigt antagande som då görs är att sannolikheten för att förekomma i en källa inte påverkar sannolikheten för att förekomma

[31] Ledberg, A. (2023) *Skattning av antalet personer med skadligt bruk och/eller beroende av narkotika i Sverige utifrån Socialstyrelsens registerdata*. Tillgänglig via: https://www.sou.gov.se/avslutade-utredningar/socialdepartementet/. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-80.
[32] Olsson, O. m.fl. (1994). *The prevalence of heavy narcotics abuse in Sweden in 1992*.
[33] Olsson, B. m.fl. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*.
[34] EMCDDA (2004) *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use.*
[35] EMCDDA https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/methods/pdu_en. Besökt 2023-08-23.
[36] För ingående förklaringar av de olika metoderna se: EMCDDA (2004) *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use.*

i en annan datakälla. Detta är troligen oftast inte fallet i verkligheten. Men om tre eller fler datakällor används, finns möjlighet att kontrollera för sådana beroenden och anpassa modellen. Detta är en viktig faktor för att betrakta *capture-recapture* med minst tre datakällor som ett huvudalternativ för framtida skattningar.

Även om en modell som bygger på *capture-recapture* bedöms ha stor potential så kan det finnas begränsningar som har att göra med tillgång till data vid applicering av modellen. Exempelvis bör målpopulationen kunna avgränsas likartat i de källor som används.[37]

Det kan finnas begränsningar i data som gör att underlaget blir litet, vilket kan leda till en hög osäkerhet i skattningarna och därigenom en låg reliabilitet.

I våra kontakter med Folkhälsomyndigheten, vars arbete främst är inriktat på att ta fram just en *capture-recapture*-modell, har myndigheten meddelat att man valt bort vissa datakällor på grund av att avgränsningen inte bedömts kunna ske på ett likartat och önskvärt vis. Men man har ändå fyra datakällor kvar som kan användas i modellens huvudanalys:

- *Patientregistret* (Socialstyrelsen) innehåller information om alla avslutade vårdtillfällen i slutenvården sedan 1964 (heltäckande sedan 1987) och behandling av läkare i den specialiserade öppenvården sedan 2001.
- *Register över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall* (Socialstyrelsen) innehåller uppgifter om personer som tvångsvårdats enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).
- *Mikrodata för analys av socialförsäkringen* (MiDAS) (Försäkringskassan) är en analysdatabas för sjukförsäkringen. Det innehåller bland annat information om personer som varit sjukskrivna på grund av narkotikabruk.
- *Kriminalvårdsregistret* (Kriminalvården). Innehåller uppgifter om Kriminalvårdens samtliga klienter. De får genomgå en bedömning som en del av verkställighetsplaneringen. I denna ingår bland annat registrering av narkotikabruk under de senaste 12 månaderna i frihet. Uppgifterna kategoriseras i tre nivåer: 1) inga pro-

[37] EMCDDA (2004). *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use.*

blem 2) använt narkotika och 3) injicerat en eller flera gånger eller använt narkotika på annat sätt dagligen eller så gott som dagligen. Sedan 2017 finns även information om vilken typ av substans som har använts.

Som kompletterande analys avser Folkhälsomyndigheten att även inkludera uppgifter från Brottsförebyggande rådets register över individer som lagförts för narkotikarelaterade brott avseende innehav och bruk av narkotika samt rattfylleri med påverkan av narkotika.

Några bedömningar av utfallens reliabilitet har ännu inte gjorts av Folkhälsomyndigheten, enligt vad vi har fått veta. Vår bedömning är dock att slumpvariationen bör kunna bli lägre än i den multiplikatormodell som vi tittat närmare på eftersom en större andel av målpopulationen bör kunna fastställas genom registren, medan en mindre andel utgör det mörkertal som behöver skattas av modellen. Dessutom bör överlappningen mellan datakällorna i *capture-recapture*-modellen utgöra ett större underlag för att skatta mörkertalet än vad underlaget för att skatta dödsriskerna är i multiplikatormodellen. Utöver sådana faktorer kan andra utformningar av modellerna också spela roll.

Skattningarna bör innehålla mått som visar på utrymmet för slumpvariation i form av konfidensintervall eller motsvarande. Detta bedöms också vara särskilt viktigt för att underlätta publicering och bedömning av skattningar nedbrutna på exempelvis kön, ålder och regioner.

Modellens effektivitet

Tidigare skattningar, senast avseende 1998, av det som då kallades tungt missbruk, gjordes utifrån omfattande *case-finding* kombinerat med *capture-recapture*-metoden.[38] Bedömningen är att dessa skattningar och inventeringar inte fortsatte att göras främst på grund av att insamlingen av data för *case-finding* tog mycket resurser i anspråk.

I dag är situationen annorlunda vad gäller kontinuerligt tillgängligt dataunderlag och förhoppningsvis kan tillräckligt värdefulla skattningar göras utifrån register som inte kräver någon ytterligare särskild insamling av data. Med en registerbaserad modell där beräkningar och

[38] Olsson, B. m.fl. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2001). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*.

andra processer i viss utsträckning kan standardiseras bör uppdateringar kunna göras årligen utan allt för omfattande resursåtgång.

Folkhälsomyndighetens tanke är att beräkningarna ska kunna uppdateras vart annat eller vart tredje år, då man bedömer att det inte händer så mycket med dessa siffror från ett år till ett annat.[39] Att uppdatera skattningarna oftare är dock inte bara en fråga om att följa eventuella årliga förändringar utan handlar i hög grad också om aktualitet, med de ledtider det innebär att bland annat färdigställa register, beställa och leverera data. För de första skattningar som nu tas fram av Folkhälsomyndigheten kommer de senaste uppgifterna att avse 2020. Med uppdatering vart annat år skulle detta vara den senaste siffran fram till 2025 och alltså avse förhållandet fem år tidigare.

Om en modell kräver omfattande resurser för att beställa och leverera data från olika källor skulle det kunna tala emot att kontinuerligt använda den. En utveckling av den multiplikatormodell som vi undersökt skulle eventuellt kunna vara mer effektiv i det avseendet att den enbart kräver data från Socialstyrelsen. Uppdateringar skulle kunna ske hos Socialstyrelsen utan behov av att beställa och leverera data. I utvecklingsarbetet för att fastslå vilken eller vilka modeller som ska användas kan även ingå att undersöka i vilken mån en mindre resurskrävande modell ger likvärdiga utfall, speciellt om huvudmodellen kräver väsentligt mer resurser.

Eftersom vård och stöd till personer med skadligt bruk eller beroende främst är verksamhet som regioner och kommuner ansvarar för, ser vi en stor nytta i om uppgifter också kan redovisas uppdelade på regioner och med en aggregerad kommunindelning, för att kunna utgöra underlag för bedömningar om jämlik tillgång till vård och stöd. Detta kan vara en utmaning och kräva mer resurser både i utvecklingen av skattningarna och i kommunikation, analys och redovisning av resultat.

I vårt arbete med en multiplikatormodell är bedömningen att det är svårt att redovisa regionspecifika uppgifter med en acceptabelt hög reliabilitet utifrån denna eller liknande modell, vilket skulle tala emot att använda en sådan modell om en annan modell ger bättre förutsättningar för att bryta ned uppgifterna med acceptabel reliabilitet på regionnivå.

[39] Folkhälsomyndigheten (2021). *03 Forskningsplan. Utveckling och tillämpning av en metod för att skatta förekomsten av problematiskt narkotikabruk i Sverige.* Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-81.

Definition och avgränsningar

I våra direktiv används formuleringen skadligt bruk eller beroende av narkotika om den målgrupp för vilken utredningen ska föreslå metoder för att beräkna förekomsten av. För de uppgifter Sverige ska rapportera inom EU används begreppet *problem drug use* (PDU). Vi bedömer att båda formuleringarna kan avgränsas till personer som skulle kunna uppfylla diagnoskriterierna för psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av narkotika (F11–F16, F19) enligt ICD-10.[40] Detta för att göra uppgifterna så användbara som möjligt för att följa behov av vård och behandling som också kan användas som utgångspunkt för att följa tillgång till vård och jämlik vård. Det utesluter inte att exempelvis andra diagnoser, orsakskoder eller liknande kan användas i själva operationaliseringen om dessa indikerar skadligt bruk eller beroende. Ett sådant exempel kan vara förgiftningar med narkotika eller uppgift om dagligt bruk eller injicering av narkotika utifrån kriminalvårdens register.

Om en annan definition av PDU ses som nödvändig för att exempelvis följa regler om internationell rapportering finns det ett värde i att göra skattningar för båda dessa avgränsningar, eller flera, som kan användas för olika syften. EMCDDA har även börjat att samla in data om *high-risk drug use* som på motsvarande sätt skulle kunna vara en kompletterande storhet.[41]

I den senaste versionen av Folkhälsomyndighetens urvalskriterier framgår att man kommer att använda olika breda kriterier och inkludera flera datakällor för att kunna göra tilläggsanalyser med olika breda operationella definitioner. Den avgränsning som myndigheten anger som huvudalternativet för att identifiera PDU är i linje med vad som också skulle kunna benämnas *skadligt bruk eller beroende av narkotika*.[42] En tänkbar teoretisk skillnad mellan *skadligt bruk eller beroende* och *PDU* kan vara att det finns personer som har ett beroende men inte har en problematisk användning av narkotika. I dag gäller det framför allt en andel av de personer som har läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). Här finns personer med en beroendediagnos men som inte har ett problematiskt narkotikabruk.

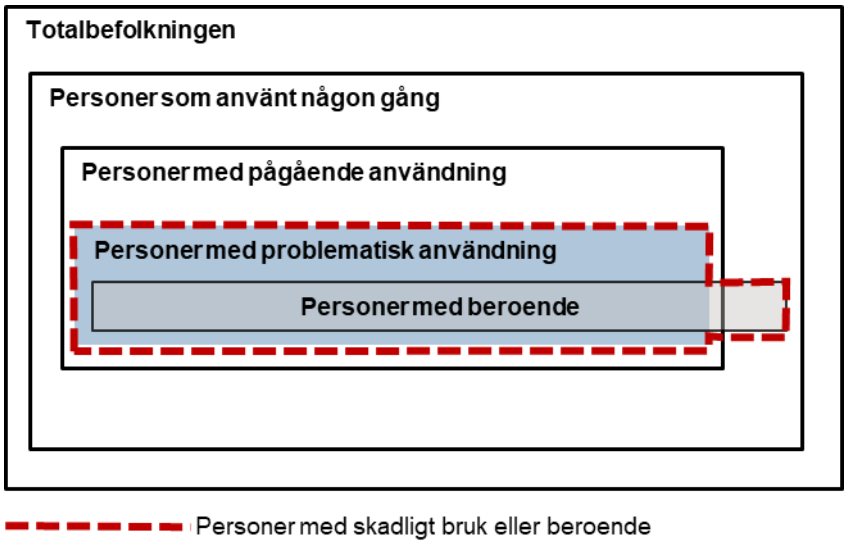
[40] Socialstyrelsen (2023). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning. Svensk version 2023. Del 1 (3) A–G.*
[41] EMCDDA, Thanki, D. och Vicente, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary.*
[42] E-post från Folkhälsomyndigheten 2023-04-14. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-75.

Huruvida personer som ingår i LARO också ska ingå i målpopulationen för PDU har bland annat diskuterats inom EMCDDA.[43]

Vi ser dock att det finns stor praktiskt nytta i att inte skilja på definitionerna med anledning av detta om de i övrigt kan sammanfalla. Vi ser också att alla LARO-patienter i praktiken ingår i Folkhälsomyndighetens operationalisering av PDU, eftersom vårdkontakter med diagnos för opioidberoende[44] ingår i de kriterium som nu används för att identifiera personer med PDU i patientregistret.[45]

Figur 26.2 Förhållandet mellan olika populationer

Kategorier i totalbefolkningen efter grad av narkotikaanvändning. (Ytan relaterar inte till gruppens storlek)



Om uppgifterna ska användas för att exempelvis se hur stor andel av dem med behov av vård som nås av vårdinsatser är det också väsentligt att ta med alla personer som är i LARO.

[43] EMCDDA, Thanki, D. och Vicente, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary.*
[44] ICD-10-kod: F11.2.
[45] E-post från Folkhälsomyndigheten 2023-04-14. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-75.

Beroende som uppkommit på grund av förskrivning inom sjukvården

Ett utvecklingsområde framöver är att i större utsträckning ta med och särredovisa beroende som uppstått genom ordinerad förskrivning av läkemedel, så kallat iatrogent beroende. Ofta saknas beroendediagnoser för dessa personer, då det ofta handlar om patienter som fått vård för smärta eller psykiatriska diagnoser av olika slag. En uppskattning borde kunna utvecklas på nationell nivå utifrån data om antalet personer som fått omfattande och långvarig förskrivning av beroendeframkallande läkemedel, även om sådan förskrivning i vissa fall kan vara befogad.[46] Det skulle också kunna gå att exkludera viss sådan vård, exempelvis palliativ vård och LARO.

En strikt tolkning skulle kunna innebära att gruppen av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika skulle exkludera dem som har ett beroende av förskrivna narkotikaklassade läkemedel eftersom det då är läkemedel och inte narkotika.

En sådan tolkning bedöms dock inte vara relevant vad gäller nyttan av skattningarna, men skulle möjligen vara motiverad av pragmatiska skäl om dessa personer inte kan identifieras i data. Det är i så fall viktigt att vara medveten om sådana avgränsningar. Oavsett vilka som teoretiskt och praktiskt ingår i skattningarna är det viktigt att försöka följa utvecklingen av dessa grupper.

I kapitel 25 föreslår vi att en indikator tas fram som fångar sådan förskrivning av läkemedel som indikerar beroende eller hög risk för att utveckla beroende. Sådana uppgifter kan användas för att komplettera och hjälpa till vid tolkningen av skattningar av skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Nationella individdata för socialtjänsten saknas

Även om förutsättningarna för att basera en modell på tillgängliga registeruppgifter har förbättrats över tid saknas fortfarande individdata för de personer med skadligt bruk eller beroende som, under ett specifikt år, enbart får vård och stöd genom kommunernas socialtjänst. Även om dessa personer enligt en statistisk modell ska klassificeras i mörkertalet är bedömningen att osäkerheten i en sådan modell skulle minska om individdata från socialtjänstens verksamhet fanns tillgäng-

[46] Möte med läkemedelsexpert från region Västmanland 2023-01-12.

lig. Vi menar att sådana data bör vara tillgängliga nationellt, även av andra orsaker. Se vidare kapitel 25.

Viktigt att följa utvecklingen över tid och samtidigt utveckla beräkningarna med nya data och kunskaper

Det kan vara vanskligt att helt cementera en specifik modell för beräkning av skadligt bruk eller beroende, då det pågår en kontinuerlig utveckling av metodologin på området. Dessutom bör den modell som används vara möjlig att utveckla och anpassa i framtiden, efter nya krav och förutsättningar. För att utvecklingen ska kunna följas kontinuerligt är följande förutsättningar viktiga:

- De återkommande beräkningarna bör baseras på kontinuerligt tillgängliga data. Punktvis insamlade uppgifter kan dock användas för att kalibrera skattningarna.
- Vid varje uppdatering bör alla historiska år också beräknas i den mån det finns tillgängliga data. För vissa källor gäller att även historiska data kan förändras. Det bör också vara möjligt att förbättra beräkningarna och i de fallen få justerade jämförbara historiska skattningar.
- När nya dataunderlag tillkommer som kan förbättra skattningarna (exempelvis data om öppenvårdskontakter med andra personalkategorier än läkare eller registerdata från primärvården och socialtjänsten), bör om möjligt länkar i beräkningarna skapas för ett eller flera år med både den nya och den gamla beräkningen (givet att det finns en skillnad). Om det är möjligt bör detta även göras vid andra förändringar i underlaget som påverkar beräkningarna, till exempel vid införande av ett nytt diagnossystem.

Sammanfattningsvis ser vi att ingen metod är optimal, utan alla har olika brister och fördelar. Därför kan det även fortsättningsvis vara nyttigt att skatta på olika sätt, även om vi förordar att i första hand utveckla en *capture-recapture*-modell med minst tre datakällor för att göra återkommande skattningar.

27 Robusta strukturer för kunskap, forskning samt kunskapsbaserad vård, stöd och skadereducering

I detta kapitel redogör vi för hur kunskap och forskning inom området vård, stöd och skadereducering behöver utvecklas. Vi redogör för behov av att ha aktörer på nationell nivå med ansvar för att följa området och driva på den kunskapsbaserade implementeringen. Vi redogör också för behovet av att utveckla ny kunskap och forskning, andra länders hantering av forskningsfrågor och kunskapsutveckling inom området samt en möjlig utökning av det nordiska samarbetet.

27.1 Bakgrund till ett kapitel om strukturer för kunskap och forskning

I våra direktiv har vi inte haft till uppgift att se över hur ny kunskap inom området kan utvecklas eller att se över strukturen för vård, stöd och skadereducering. Vi har dock under hand fått mycket synpunkter från de aktörer vi träffat i olika sammanhang om att forskning, kunskapsutveckling och robusta strukturer för styrning, stöd och ledning inom området är angelägna om våra andra förslag och bedömningar ska kunna genomföras med full effekt. Detta kapitel svarar därför i stor utsträckning på frågor om god och jämlik vård och omsorg i ett längre perspektiv.

27.1.1 Vilka modeller finns för att nationellt stärka ansvaret för angelägna samhällsfrågor inom ramen för myndighetsstrukturerna eller hos andra aktörer?

Många har nämnt att kommittén Mobilisering mot narkotika fungerade som en sådan motor, med möjlighet att driva på utveckling, initiera policyrelevant forskning och stödja implementering. Efter dess avveckling har ett tomrum uppstått. Folkhälsomyndigheten har ett samlande ansvar för hela ANDTS-strategin, men inte specifikt vad gäller insatser, forskning, analys och data som handlar om vård, stöd och skadereducering och de insatser som erbjuds av kommun, region eller stat.

Ett vanligt sätt att stärka och uppmärksamma olika områden som behöver kraft är att inrätta ett nationellt kunskapscenter. Vi har övervägt om ett särskilt centrum med placering vid någon myndighet skulle kunna fylla de behov vi identifierat och belyser senare i detta kapitel. I dag finns redan centrumbildningar av olika slag, varav flera med placering på Socialstyrelsen. Nationellt Donationscentrum etablerades 2018 på uppdrag av regeringen.[1] År 2022 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att inrätta ett nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg vid Socialstyrelsen.[2] Ett annat exempel är Nationella vårdkompetensrådet. Det är ett rådgivande organ med representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.[3]

Ofta kopplas nationella kunskaps- och kompetenscentra till forskningen och placeras vid högskolor eller universitet. Ett sådant exempel är Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet, som har regeringens uppdrag att höja kunskapen nationellt om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer.[4] Ett annat är Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) som arbetar med att stärka kompetens om anhöriga. Nka finansieras av regeringen genom medel fördelade via Socialstyrelsen, och har koppling till Linnéuniversitetet.[5]

[1] Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/organ-och-vavnadsdonation/nationellt-donationscentrum. Besökt 2023-08-15.
[2] Regeringsuppdrag S2021/08232 S2022/03180: *Uppdrag inför inrättande av ett Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg vid Socialstyrelsen*.
[3] Nationella vårdkompetensrådet. https://www.nationellavardkompetensradet.se/om-radet/om-nationella-vardkompetensradet. Besökt 023-09-03.
[4] Nationellt centrum för kvinnofrid. https://www.nck.uu.se. Besökt 2023-09-02.
[5] Regeringen. https://www.regeringen.se/contentassets/8f87aa11a71c4ae8a664c68266630f75/uppdrag-avseende-nationella-kompetenscentrum-for-anhorigstod-samt-inom-demensomradet-m.m.-webb.pdf. Besökt 2023-08-15.

I Sverige finns flera centrumbildningar inom narkotikaområdet med länkar till olika universitet och högskolor:

- Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende (CERA) vid Göteborgs universitet arbetar med kunskapsspridning om alkohol, andra droger och spelproblem. Ingen forskning bedrivs inom CERA.
- Socialvetenskapligt nätverk inom alkohol- och drogforskning (SONAD) är ett nationellt forskarnätverk som tidigare haft anslag av Forte och som nu är vilande.
- Svenska föreningen för Alkohol- och Drogforskning (SAD) arrangerar nationella konferenser.
- Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD) vid Stockholms universitet bildades 1999 som ett tvärvetenskapligt forskningscentrum med uppgift att initiera och bedriva socialvetenskaplig forskning inom alkohol- och drogområdet, vilket breddats till att inkludera även tobak och spel. SoRAD ingår numera som en del i Institutionen för folkhälsovetenskap vid Stockholms universitet. SoRAD är det enda samhällsvetenskapliga centrumet i landet med denna specialinriktning. SoRAD bedriver forskning.
- Forum för forskning om läkemedels- och drogberoende (U-FOLD) vid Uppsala universitet är en regional kraftsamling mot läkemedels- och drogberoende. Här möts forskare och praktiker för att tillsammans utveckla samhällets åtgärder mot missbruk, dess följder och problematik. U-FOLD bedriver ingen forskning, men arrangerar mötesplatser.
- Centralförbundet för alkohol och narkotika (CAN) är ett nationellt kompetenscentrum[6] med undersökningar, forskning och kunskapshöjande insatser om alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel.
- Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem (STAD) är ett kompetenscentrum[7] inom ANDT-preventionsområdet. Det är verksamt på lokal, regional, nationell och internationell nivå. STAD har som mål att förebygga alkohol- och drogproblem genom att

[6] CAN. www.can.se. Besökt 2023-04-02.
[7] STAD. www.stad.org. Besökt 2023-04-02.

påverka tillgänglighet till och efterfrågan på alkohol och narkotika i samhället. Ett annat mål är att minska gapet mellan forskning och praktik.

- Centrum för psykiatriforskning är ett samarbete mellan Karolinska Institutet och Region Stockholm som syftar till att ta fram nya metoder för att motverka psykisk ohälsa. I denna samverkansorganisation är samarbete mellan akademin och vården en förutsättning för att framgångsrikt producera internationellt konkurrenskraftig forskning som förbättrar den psykiatriska vården.
- Centrum för social och affektiv neurovetenskap (CSAN) vid Linköpings universitet integrerar kunskap och metoder från olika områden av neurovetenskapen, basal såväl som klinisk. CSAN förenar forskargrupper inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, neurobiologi, klinisk neurofysiologi och neuroekonomi.[8]
- Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård (IKM) vid Linnéuniversitetet ger utbildning i socialpedagogik med inriktning mot ungdoms- och missbruksvård, och ansvarar även för en forskningsdatabas med uppgifter om patienter vid så kallade Mariamottagningar.

Andra alternativ när det är angeläget att få styrfart i olika frågor är att inrätta samordnare för frågor, inom utredningsväsendet, på Regeringskansliet eller vid någon myndighet.

27.1.2 Erfarenheter av tvärvetenskapliga forskningscentrum utanför Sverige

I många andra med Sverige jämförbara länder finns forskningscentrum med tydliga uppdrag att bedriva forskning inom området skadligt bruk eller beroende, narkotika eller liknande.

I Danmark finns sedan 25 år tillbaka ett forskningscentrum för samhällsvetenskaplig alkohol- och drogforskning i form av Center for Rusmiddelforskning (CRF) vid Aarhus universitet och Köpenhamns universitet. Där bedrivs bred och oberoende samhällsforskning om

[8] Neuroekonomi är en tvärvetenskaplig disciplin som undersöker mekanismerna bakom de beslut som människor tar.

användning av narkotika och alkohol, liksom prevention, vård och behandling samt forskning om policy inom området.[9]

År 2006 beslutade Helse- og omsorgsdepartementet i Norge att inrätta ett program för drogforskning, och inom ramen för programmet etablerades också ett centrum för drogforskning som knöts till Universitetet i Oslo och kallas Seraf, Senter for rus- og avhengighetsforskning. Seraf har som huvudfokus att bedriva praktiknära forskning om alkohol och narkotika, och man vägleder och undervisar doktorander.[10] Många har nämnt för oss att Seraf skulle kunna utgöra förebild också för Sverige.

I Finland finns Institutet för hälsa och välfärd, som är ett självständigt statligt expert- och forskningsinstitut som främjar människornas välfärd, hälsa och säkerhet (med mandat och uppgifter liknande den svenska Folkhälsomyndigheten). Det går dock inte att jämföra med Seraf eller CRF eftersom det har ett bredare perspektiv på hälsa och välfärd och är en myndighet.

I Australien finns flera forskningscentrum med fokus på beroendeområdet, exempelvis The National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) med flerårig grundfinansiering. NDARC verkar i konkurrens med andra forskningsmiljöer vid nationella utlysningar, men grundfinansieringen bedöms som central för dess status som Australiens ledande forskningscentrum för alkohol och narkotika. Detta system har även gjort NDARC är framstående globalt. Forskare knutna till NDARC bedriver forskning inom prevention och tidig upptäckt, fysisk och psykisk samsjuklighet, hälsoekonomi, anhörigfrågor, hälsa och policy inom kriminalvård med mera. Arbetet har ett tydligt fokus på att vara relevant för att utveckla policy och evidensbaserad praktik.[11]

I USA finns NIDA, National Institute on Drug Abuse. Det är världens främsta aktör inom området. Institutet har en omfattande budget, där 90 procent av medlen fördelas till forskningen i fri konkurrens mellan forskare och lärosäten, samtidigt som 10 procent av budgeten stannar inom NIDA för spjutspetsverksamhet med egen klinik.[12] Verksamhetens syfte är att utveckla kunskapen och forsk-

[9] Centre for Alcohol and Drug Research. https://psy.au.dk/en/research/research-centres-and-units/centre-for-alcohol-and-drug-research. Besökt 2023-08-15.
[10] Seraf. https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf. Besökt 2023-08-15.
[11] The National Drug and Alcohol Research Centre. https://ndarc.med.unsw.edu.au. Besökt 2023-06-15.
[12] NIDA:s budget omfattar cirka 1,7 miljarder US-dollar.

ningen om beroende, samt att tillämpa denna kunskap för att förbättra både folkhälsan och individens hälsa.

Även TRIMBOS-institutet i Nederländerna, som arbetar inom området psykisk hälsa och beroende med allt ifrån prevention till behandling, har verksamhet inriktad på skadligt bruk eller beroende.[13]

Forskningsgruppen SUAB (Substance use and associated behaviours) vid universitetet i Manchester, Storbritannien, är ytterligare en verksamhet som i sin forskning belyser komplexiteten i och konsekvenserna av narkotikaanvändning för individer, familjer, samhälle och en bredare allmänhet. Forskningen som bedrivs vid SUAB ligger nära det praktiska arbetet och samlar akademiker och doktorander från discipliner såsom sociologi, kriminologi, omvårdnad, folkhälsa, psykisk hälsa, kemisk analys, socialt arbete och psykologi. Forskningen samproduceras med människor med egen erfarenhet av skadligt bruk eller beroende.[14]

Vi har hämtat inspiration från hur andra länder hanterat forskningsfrågor inom området för de bedömningar och förslag vi beskriver i detta kapitel.

27.2 Nationell infrastruktur för myndigheter och huvudmän behöver stärkas

I detta avsnitt beskriver vi våra förslag och bedömningar för att bidra till kunskapsbaserade insatser vid skadligt bruk eller beroende inom ramen för myndigheters, kommuners och regioners arbete och uppdrag. De behov vi ser är kopplade till vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende och kan utgöra en koppling mellan policy, forskning och praktik. Den nationella kunskapsstyrningen är en central del och en förutsättning för de strukturer vi beskriver i detta kapitel samt för både normering och implementering av kunskapsbaserade insatser. Se också mer om kunskapsstyrning i kapitel 5. Implementeringen av den nationella kunskapsstyrningen behöver intensifieras för att systemets potential ska kunna utnyttjas till fullo.

[13] TRIMBOS-institutet. https://www.trimbos.nl/english. Besökt 2023-06-15.
[14] Substance use and associated behaviours. https://www.mmu.ac.uk/research/research-centres/rcass/groups/suab. Besökt 2023-06-15.

27.2.1 Socialstyrelsens ansvar för uppföljning, analys och kunskap om stöd, vård och skadereducering ska förtydligas

Förslag: Regeringen ska komplettera 2 § i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen med följande:

Socialstyrelsen har ett samlat ansvar, sektorsansvar, för genomförande av de nationella ANDTS-målen (alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar) om vård, stöd och skadereducering med anknytning till Socialstyrelsens verksamhetsområde.[15] Socialstyrelsen ska inom ramen för detta ansvar följa, analysera och rapportera om insatser och utfall i hälso- och sjukvård och socialtjänst avseende skadligt bruk eller beroende. Vidare ska myndigheten vara stödjande och pådrivande i förhållande till berörda aktörer. Myndigheten kan också initiera forskning av relevans för att kunna utföra sitt uppdrag.[16]

Skäl för förslaget

Det saknas en pådrivande aktör och motor i det nationella arbetet vad gäller insatser avseende vård, stöd och skadereducering. Vi bedömer att varken redan etablerade centrumbildningar inom civilsamhälle eller forskning i dagsläget har förutsättningar att axla rollen vad gäller att utveckla analyser, data, insatser och stöd till huvudmännen om skadligt bruk eller beroende av narkotika. Vår bedömning är att redan etablerade centrumbildningar sällan är tillräckligt tvärvetenskapliga, kopplade till myndigheter eller tillräckligt kraftfulla för att fylla de behov vi identifierat vad gäller tillgänglighet och kvalitet i vård, stöd och skadereducering som vi redovisat i detta betänkande. Vi har exempelvis i kapitel 6 i den kartläggning vi genomfört påvisat stora skillnader mellan olika delar av Sverige. Det saknas ofta ett systemperspektiv på vård och omsorgsinsatser runt personer med skadligt bruk eller beroende.

Vi har övervägt flera olika alternativ för hur det kan skapas mer robusta strukturer för ett nationellt arbete på myndighetsnivå i dessa frågor. Vi bedömer inte att en ny organisatorisk funktion i nuläget

[15] I dagsläget handlar det i huvudsak om mål 4, 5 och 6 i strategin.
[16] Detta förutsätter att regeringen avsätter medel för ändamålet.

behöver inrättas enligt modellerna som beskrivits ovan, men för att driva på området behöver ansvaret hos en myndighet förtydligas för att ge ytterligare tyngd i frågorna för att fungera stödjande och pådrivande med ett tydligt mandat på ett långsiktigt sätt.

I korthet menar vi att det finns behov av en nationell aktör som på ett tydligare sätt med regelbundenhet ska

- analysera utvecklingen inom området vård, stöd och skadereducering och påtala utvecklingsbehov, särskilt på systemnivå där flera aktörer berörs
- publicera relevanta data, *öppna jämförelser*, uppföljning och statistik vad gäller vård, stöd och skadereducering[17] vid riskbruk, skadligt bruk eller beroende samt använda data från kvalitetsregister och andra aktörer
- bistå med underlag och analys till regeringen och Folkhälsomyndigheten inför nationell och internationell rapportering inom området vård, stöd, behandling och skadereducering för personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika[18]
- vid behov visa på kunskapsluckor och behov av forskning till forskningsfinansiärer samt initiera och finansiera forskning av betydelse för det egna uppdraget
- vara en länk till huvudmännen och deras företrädare i arbetet med att stödja kunskapsbaserad implementering i hela landet samt uppdatera och sprida kunskap om vård, stöd och skadereducering till relevanta aktörer inom kommun, region, stat och civilsamhälle.

Socialstyrelsen bör ges ett tydligare ansvar i det nationella arbetet vad gäller skadligt bruk eller beroende av narkotika

Vår bedömning är att det är angeläget att bygga långsiktig kompetens med systemperspektiv och få högre prioritet i frågorna om vård, stöd och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende av narkotika, alkohol, dopning och spel om pengar. En sådan utveckling skulle också gynna myndighetssamverkan i sig. Vi föreslår att Socialstyrel-

[17] I detta bör beaktas att ansvaret för smittskyddsarbete på befolkningsnivå i huvudsak åligger Folkhälsomyndigheten.
[18] Exakta former för detta behöver utvecklas mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i samverkan för att undvika att Socialstyrelsens nya ansvar överlappar Folkhälsomyndighetens.

sen får ett ännu tydligare uppdrag för att kunna fungera som motor i systemet. Vi har övervägt om arbetet skulle kunna genomföras genom regeringsuppdrag med finansiering, men eftersom det finns ett behov av långsiktighet har vi valt att föreslå en relativt detaljerad skrivning i myndighetens instruktion. Skrivningen liknar det uppdrag Socialstyrelsen har inom det funktionshinderspolitiska området.

Vi har även övervägt om andra aktörer såsom Folkhälsomyndigheten eller Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA) skulle kunna ges detta uppdrag, men har landat i att uppdraget bör ges till Socialstyrelsen. Vår bedömning är att Socialstyrelsen har ansvar för flera av de mest centrala registren för relevant uppföljning vilket är av betydelse för att kunna utveckla indikatorer, datasammanställningar och analyser, liksom att myndighetens målgrupper innefattar de aktörer som ansvarar för vård och stöd inom området ANDTS.

Folkhälsomyndigheten bör fortsatt ansvara för det förebyggande arbetet och samordna ANDTS-området på ett övergripande plan, liksom ansvara för arbetet med smittskydd i samhället. Förändringar av Socialstyrelsens instruktion och uppdrag kräver fortsatt samverkan mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Vi bedömer att dessa myndigheter med förändringarna ges förutsättningar att tillsammans bidra med en samlad bild av

- hur narkotikaanvändning kan förebyggas
- hur vård och stöd kan förbättras
- hur skadereducering kan intensifieras
- hur vi i samhället bör arbeta för att färre ska dö till följd av förgiftningar med narkotika eller läkemedel.

Det är ofta svårt att skilja ut insatser för olika substansbruk eftersom många dels använder flera substanser i kombination, dels är inte vård- och stödlandskapet organiserat substansspecifikt. Vi har därför i detta avseende valt att lägga ett förslag som berör hela ANDTS-området och fler substanser eller beroenden än narkotika.

Förbättringspotential i den nationella infrastrukturen för ANDTS-arbetet vad gäller att rapportera om vård- och stöd vid skadligt bruk eller beroende

I nuvarande ANDTS-strategi finns ett mål om att personer med skadligt bruk eller beroende utifrån sina förutsättningar ska ha tillgång till vård och stöd av god kvalitet. Detta mål är kopplat till såväl det narkotikapolitiska som det folkhälsopolitiska målet. Folkhälsomyndigheten har också i ett flerårigt regeringsuppdrag tilldelats ansvar för en sammanhållen rapportering och uppföljning av ANDTS-strategin. Sverige har åtaganden om internationell rapportering inom narkotikaområdet. Dessa åtaganden hålls i dag samman av Folkhälsomyndigheten, vilket också tydliggjorts i Folkhälsomyndighetens instruktion.[19,20] Det gäller rapportering till

- FN:s världshälsoorganisation (WHO)
- FN:s kontor mot narkotika och brottslighet (UNODC)
- EU:s narkotikabyrå (EMCDDA).

I dag sker rapportering om måluppfyllelse i förhållande till ANDTS-strategin och den internationella rapporteringen direkt från Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse (SiS) respektive Kriminalvården till Folkhälsomyndigheten, utan samordning eller gemensam analys mellan de berörda myndigheterna.

Socialstyrelsen gavs år 2020 ett regeringsuppdrag att stödja regeringen och Folkhälsomyndigheten i ANDTS-arbetet. Uppdraget löper 2022–2025 och omfattar 5 miljoner kronor årligen. Socialstyrelsen har dock inte, i samma utsträckning som exempelvis Folkhälsomyndigheten, en instruktion som gör myndigheten till fokalpunkt.

I dag saknas ett tydligt ansvar för någon aktör att samla och analysera vård- och stödområdet som helhet och vad gäller utfallet av de insatser som systemet ger målgruppen. Detta återspeglas i svårigheter att följa upp utfallet i förhållande till målet att personer med skadligt bruk eller beroende utifrån sina förutsättningar ska ha tillgång till vård och stöd av god kvalitet.

[19] Folkhälsomyndighetens instruktion 33 §: Myndigheten ska vara nationell kontaktpunkt för Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN).
[20] Viss finansiering från EMCDDA utgår men det fordras även att Folkhälsomyndigheten medfinansierar med minst samma summa.

I frågor om vård, stöd och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende agerar Socialstyrelsen i huvudsak utifrån tidsbegränsade regeringsuppdrag. Vi gör bedömningen att nuvarande instruktion eller tillfälliga regeringsuppdrag inte är tillräckliga för att myndigheten ska kunna vara en motor i arbetet och verka långsiktigt, varför instruktionen behöver revideras. Ett tätt samarbete mellan Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten är en förutsättning för den förändring vi föreslår. Även fortsatt bör Folkhälsomyndigheten hålla ihop ANDTS-arbetet, men Socialstyrelsens roll behöver förtydligas.

Tillgängligheten till användbara data, statistik och indikatorer behöver förbättras

Vi har uppmärksammat att vård- och stödinsatser vid skadligt bruk eller beroende utförs av många olika aktörer, och det kan vara svårt att få en överblick på systemnivå för att analysera hinder, behov och möjligheter till förbättring. I kapitel 6 har vi kartlagt aktörerna och insatserna. Vi har också i kapitel 25 redogjort för att det saknas regelbundna uppföljningar på systemnivå, och vi har föreslagit en modell för nationell sådan, som när den utvecklats bör förvaltas av Socialstyrelsen. Vår bedömning är att det behövs en tydligt ansvarig aktör för att kunna driva denna utveckling framåt och att uppdraget behöver ges till en myndighet med statistikansvar. Det finns dock många olika datakällor som kan användas för ändamålet, exempelvis kvalitetsregister, uppgifter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), hälsodataregister och underlag från andra aktörer.

Analyser inom området skadligt bruk eller beroende, skadereducering och narkotikarelaterad dödlighet behöver förbättras

Uppföljningar och kartläggningar behöver utvecklas och genomföras med viss periodicitet för att området ska kunna följas kontinuerligt och nationellt. Olika områden kan behöva olika regelbundenhet. Sådana underlag utgör en bas för att analysera problem, utmaningar och möjligheter inom området på övergripande nivå. Socialstyrelsen har tidigare publicerat exempelvis *Social rapport*, som sedan några år tillbaka ersatts av lägesrapporter för olika områden: individ- och familjeomsorg, äldre, funktionshinder samt hälso- och sjukvård. Under

senare år har Socialstyrelsen publicerat en lägesbild inom området ANDTS. Lägesrapporter innehåller både uppföljning och till viss del analys, men inte förslag på utveckling eller förbättringar.

Vår bedömning är att området behöver förstärkas för att relevanta aktörer ska kunna ta fram analyser på nationell nivå som kan utgöra underlag för regeringen, huvudmännen, civilsamhället och forskningen. Det är inte alltid tillräckligt för en myndighet att enbart utgå från de data man själv har i sina register, utan det kan behövas mer av ett systemperspektiv där underlag för analys också kommer från andra datakällor eller aktörer eftersom insatserna ges av många olika aktörer. Med dagens strukturer är det sällsynt att aktörer, vare sig det är myndigheter eller andra, antar ett sådant systemperspektiv i sina analyser. De återkommande publikationerna inom området, såsom lägesrapporter och lägesbilder inom ANDTS, utgår i huvudsak från Socialstyrelsens egna datakällor men också exempelvis underlag från Centralförbundet för alkohol och narkotikafrågor (CAN) eller Folkhälsomyndigheten.

En myndighetsgemensam analys av mellanrum och övergångar i systemet behövs. I dagsläget finns ingen struktur för gemensamma analyser av helheten i systemet. Detta gäller särskilt vårdkedjor mellan många olika aktörer, där data behöver analyseras utifrån flera perspektiv. Rådet för styrning med kunskap skulle kunna utveckla ett sådant arbete för att komplettera den struktur det ansvarar för. Ett annat alternativ vore att inom ramen för den nationella stödstrukturen för folkhälsopolitiken stärka det gemensamma analysarbetet. I den strukturen saknas dock såväl SKR som civilsamhället.

Andra relevanta aktörer, utöver Socialstyrelsen, med kunskap om insatser avseende vård, stöd och skadereducering som tillsammans bildar en helhet är

- Folkhälsomyndigheten
- Statens institutionsstyrelse (SiS) utifrån det uppdrag som myndigheten har i dag
- Kriminalvården
- SKR
- Stockholm förebygger alkohol och drogproblem (STAD)
- Centralförbundet för alkohol och narkotikafrågor (CAN).

I viss mån bidrar även följande instanser med kunskap och data inom området för att kunna genomföra analyser på systemnivå

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA)
- Läkemedelsverket
- Rättsmedicinalverket (RMV)
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
- Brottsförebyggande rådet (Brå)
- Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård (IKM)
- Relevanta kvalitetsregister
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka).

Stöd för kunskapsbaserad implementering är en delad uppgift mellan Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och en fråga om jämlikhet

Det kommunala självstyret innebär stora möjligheter till regionala och lokala anpassningar av området vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende. Det är centralt att utgå från lokala förutsättningar och behov i utformningen av samverkan och insatser. Samtidigt har vi i dialoger och möten hört att

- det efterfrågas mer styrning och vägledning
- det är bekymmersamt utifrån patient- och brukarperspektiv att det ser så olika ut över landet
- bristen på data gör området svåröverskådligt.

I vårt målbildsarbete, som beskrivs i kapitel 7, har det tydliggjorts vad målgruppen upplever sig behöva av olika aktörer, och dessa målbilder är tillämpliga över hela landet. I många fall finns tydliga styrdokument på nationell nivå, men vården och stödet avspeglar inte alltid dessa. Arbetet med den nationella kunskapsstyrningen är därför angeläget men går långsamt.

Efter att ha kartlagt området och fört dialog med olika aktörer bedömer vi att vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende i betydligt större utsträckning än i dag behöver utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet. Det behövs kunskap om flera aspekter, såsom utveckling över tid, grupper, mekanismer och verksamma insatser. Men det behövs också kompetens, vilja och möjligheter att implementera bästa tillgängliga kunskap. Alla problem beror inte på kunskapsbrister, utan i många fall kan det finnas andra omständigheter som hindrar förändring och implementering av kunskapsbaserade åtgärder.

I dag är SiS och Kriminalvården inte primär målgrupp för Socialstyrelsens riktlinjer och kunskapsstöd, utan de är riktade till beslutsfattare i kommuner och regioner. Riktlinjerna är i dagsläget inte heller primärt avsedda för professionerna och de yrkesverksamma, vilka är de som står under tillsyn av IVO, utan huvudsaklig målgrupp är beslutsfattare. I förvaltningsprocessen för nationella riktlinjer ingår att området löpande bevakas och att riktlinjerna regelbundet utvecklas, uppdateras och följs upp för att fungera optimalt. Här sker emellertid prioriteringar mellan olika kunskapsområden, liksom mellan uppdatering av befintliga och utveckling av nya riktlinjer. Beslut om uppdatering och revidering av nationella riktlinjer sker i en process där bedömningsunderlag för vilka riktlinjer som prioriteras för uppdatering vägleder arbetet.

För de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende är en första uppföljning planerad till 2024. Beslut om att uppdatera riktlinjerna är dock inte fattat. Vägledningar, handböcker och kunskapsstöd behöver i högre grad nå verksamheterna, och stöd för implementering behöver utvecklas. I kapitel 23 och kapitel 17 lägger vi flera förslag om att Socialstyrelsen i närtid och löpande ska uppdatera nationella och centrala kunskapsstöd och föreskrifter inom området. Socialstyrelsen har också av regeringen fått ett uppdrag att vidta åtgärder för att sprida och implementera nationella riktlinjer inom området psykisk hälsa inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.[21]

Vår bedömning är att det behövs en aktör som på ett tydligt sätt ansvarar för stöd för implementering av bästa tillgängliga kunskap, genom att stödja och agera pådrivande. Socialstyrelsen kan genom

[21] Socialstyrelsens regleringsbrev 2023.
https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?RBID=23343. Besökt 2023-08-15.

en förändrad instruktion få ett tydligare sådant uppdrag och ytterligare bidra till jämlik vård och omsorg.

Samtidigt, vad gäller möjligheten att samordna huvudmännen, kan SKR ibland vara en mer lämplig aktör genom de regionala och nationella programområdena, såsom Nationellt programområde psykisk hälsa. En förutsättning för kunskapsbaserad implementering är även att koordineringen och det pådrivande och stödjande arbetet gentemot kommun och region sker genom företrädare för huvudmännen. Vi bedömer att det då finns större och bättre förutsättningar att få effekt av kunskapsstyrningen. Ett sådant arbete behöver då också stärkas med olika typer av incitament.

Socialstyrelsen bör kunna påtala forskningsbehov för forskningsfinansiärer och själv initiera forskningsprojekt och forskarnätverk

Nationella myndigheter har, med vissa undantag, begränsade möjligheter till och liten erfarenhet av att bedriva egen forskning. Några exempel finns dock inom hälsoområdet, där Folkhälsomyndigheten tidigare har finansierat forskning i samverkan med universitet och högskolor för specifika frågor.[22] Läkemedelsverket bedriver exempelvis viss egen forskning. SiS och Kriminalvården har också utlyst medel riktade mot narkotikaforskning inom sina respektive verksamheter.[23]

Det finns ett gränssnitt mellan forskning och myndighetsarbete vad gäller att analysera utveckling och att indikera kunskapsluckor. Vår bedömning är att myndigheter kan bidra genom att tidigare i processer göra kopplingar till forskning och påtala behov av implementeringen av evidensbaserade metoder och kunskapsluckor, men de behöver också kunna initiera viss forskning som de anser nödvändig för att fullfölja sitt uppdrag.

Modeller för kunskapsutbyte mellan akademi, myndigheter och praktik (som inkluderar brukare, patienter och berörda yrkesgrupper) behöver förstärkas inom området skadligt bruk eller beroende, och inom insatser till dessa målgrupper. Det behövs mer samverkan, där

[22] Exempelvis i rapporten *Att förebygga psykisk ohälsa i arbetslivet. Resultat från en kartläggande litteraturöversikt om universella interventioner på arbetsplatsen* som genomfördes tillsammans med Göteborgs universitet.
[23] Inom området spel om pengar respektive alkohol finns särskilda forskningsråd med sekretariat på CAN. Detta saknas för narkotika.

olika aktörer möts, antingen mer generellt eller kring specifika uppgifter/projekt.

Socialstyrelsen skulle inom ramen för en förändrad instruktion och i dialog med de vetenskapliga råd som finns knutna till organisationen kunna kommunicera forskningsluckor till aktörer som utlyser forskningsmedel, i dagsläget exempelvis Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Vetenskapsrådet och Vinnova. Även Rådet för statlig styrning med kunskap kan användas eftersom rådet ska vara ett forum för samverkan i strategiska frågor om kunskapsutveckling och nyttiggörande av forskning och innovationer avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.[24]

Socialstyrelsen stimulerar, initierar och finansierar ibland forskning på socialtjänstens område, men av hävd inte inom hälso- och sjukvård. Det beror delvis på att där finns andra stora aktörer och forskningsfinansiärer. Det kan ifrågasättas om skadligt bruk eller beroende, som är ett utpräglat tvärvetenskapligt område fortsatt ska omfattas av denna begränsning. Vi föreslår därför att Socialstyrelsens instruktion förändras så att det blir möjligt för myndigheten att fördela medel till narkotikaspecifik forskning av policyrelevans, som ett komplement till men inte i stället för, annan forskningsfinansiering. Tillämpad forskning är en nödvändighet för verksamhetsutveckling och kunskapsbaserad praktik hos berörda myndigheter, och för att avgöra om de utförda insatserna bidragit till rehabilitering eller förbättrad hälsa.

Socialstyrelsen skulle med fördel kunna samverka med Forte i denna del. Av Fortes instruktion följer (2 §) att myndigheten ska utreda vilka forskningsbehov som är angelägna inom myndighetens verksamhetsområde, redovisa resultaten av dessa utredningar samt ta initiativ till och främja den forskning som behövs för att tillgodose sådana behov och (2 § p. 15) samordna forskning om socialvetenskaplig alkohol- och narkotikaforskning. Forte har välutvecklade processer för att bedöma forskningsansökningar samt fördela forskningsmedel, medan Socialstyrelsen har kompetens om sakområdet och egen analyskapacitet med mera. Samverkan mellan Socialstyrelsen och Forte är angelägen för att hålla ihop forskningsfinansieringsstrukturen. Sådan samverkan och erfarenheter finns exempelvis mellan Forte och Försäkringskassan.

[24] 8 § förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen bör också kunna påtala kunskapsluckor och forskningsbehov till forskningsfinansiärer på ett strukturerat sätt, utöver vad som görs tillsammans med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) i den gemensamma databasen över forskningsluckor.

Kostnader och styrning

Vi bedömer att ett utvidgat uppdrag till Socialstyrelsen i en förändrad instruktion bör åtföljas av finansiering för uppdraget, vilket vi redogör för i kapitel 28 om konsekvenser av våra förslag. Då instruktionsändringen medför ett större åtagande föreslår vi finansiering i samma storleksordning som de medel som riktats till myndigheten för att bygga upp och driva de centrumbildningar som i dag etablerats inom myndigheten. Det är angeläget att medlen är långsiktiga. Flera av de förslag som vi lägger i detta betänkande kan på sikt inrymmas hos Socialstyrelsen i och med en förtydligad instruktion.

Folkhälsomyndigheten har finansiering genom regeringsuppdrag gällande ANDTS-uppdraget och den internationella rapporteringen, varför ingen utökad ekonomisk kompensation behövs för dess deltagande i arbetet. Däremot bör regeringen överväga om SiS och Kriminalvården genom regeringsuppdrag med finansiering ska uppdras att samverka i arbetet, liksom om andra aktörer med kompetens och uppdrag som kan bidra med data och analyser ska ges ekonomisk kompensation för medverkan i arbetet. Vi har dock inte i detta betänkande redogjort för sådana eventuella kostnader.

27.2.2 Huvudmännen behöver stärkas och samordnas i arbetet med kunskapsstyrning inom området skadligt bruk eller beroende

Förslag: Regeringen ska tydliggöra området stöd, vård och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende i överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Det handlar framför allt om överenskommelserna *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention*, *Sammanhållen, jämlik och säker vård* (inklusive personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp och kvalitetsregister). Regeringen ska särskilt i överenskommelsen om

psykisk hälsa och suicidprevention tydliggöra förväntningar och prioriterade områden samt medel för de förbättringsområden i detta betänkande som berör huvudmännens ansvar och uppgifter, inte minst de som syftar till att minska dödlighet till följd av läkemedel och narkotikaförgiftningar och uppföljning.

Skäl för förslaget

Vi föreslår att Socialstyrelsen får ett förtydligat ansvar för att agera stödjande och pådrivande i arbetet med skadligt bruk eller beroende avseende vård, stöd och skadereducering för målgrupperna. I viss mån omfattar detta även stöd för implementering. Vi bedömer dock, i det starkt decentraliserade system som området präglas av, att många behov vi identifierat är områden som snarare behöver åtgärdas av huvudmännen. Flera av våra bedömningar i detta betänkande riktar sig till kommuner och regioner. För att stödja detta arbete har SKR bättre förutsättningar än enskilda myndigheter att nå fram och bidra till samverkan och gemensamma angreppssätt inom och mellan kommuner och regioner. SKR är en samlande aktör med nätverk till huvudmännen och har större förutsättningar än myndigheter att påverka verksamheternas prioriteringar och finansiering.

Området skadligt bruk eller beroende har länge varit otydligt och osynligt i nationella överenskommelser mellan staten och SKR. Under senare år har dock samsjuklighet, som berör en del av målgruppen, blivit tydligare. Det märks inte minst i statens och SKR:s överenskommelse *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2023*, enligt vilken regeringen avsätter 200 miljoner kronor för personer med samsjuklighet. SKR och huvudmännens arbete bör enligt våra bedömningar i betänkandets olika kapitel fokusera på att exempelvis

- utveckla ett personcentrerat vårdförlopp vid opioidberoende med fokus på läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), vilket beskrivs i kapitel 17
- stärka möjligheten till specialiserad beroendevård för personer inom Kriminalvården och vid SiS LVM[25]-hem, vilket beskrivs i kapitel 17

[25] Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

- bidra till nödvändig inrapportering i nationella hälsodataregister eller kvalitetsregister av betydelse för uppföljning inom området, vilket beskrivs i kapitel 18
- implementera och uppdatera vård- och insatsprogram när nationella riktlinjer eller centrala föreskrifter förändras, vilket beskrivs i kapitel 16.

Vi föreslår att regeringen avsätter tillräckliga resurser och tydligt prioriterar området i kommande överenskommelser av betydelse för området. Detta är inte avsett som en permanent statlig satsning, men incitament för att öka prioritering och utfall för vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende under några år. Det är angeläget att sådana satsningar kommer både kommun och region till del, även om skadligt bruk eller beroende är en diagnos inom den psykiatriska vården, där det också finns förslag från Samsjuklighetsutredningen om att koncentrera vårdansvaret till regionen. Flera anslagsposter i statsbudgeten kan bidra med finansiering till området.[26] Vi redogör i kapitel 28 om konsekvenser för kostnader inom området.

27.3 Förutsättningar för forskning inom området skadligt bruk eller beroende behöver förbättras

Nedan beskriver vi de förslag och bedömningar som syftar till att ta fram ny kunskap inom ramen för forskning.

27.3.1 Ett nationellt forskningscentrum för skadligt bruk eller beroende ska inrättas

Förslag: Regeringen ska uppdra åt Forte att i dialog med andra relevanta myndigheter utreda hur ett nationellt forskningscentrum, som en brygga mellan akademisk forskning och praktik, kan inrättas för prevention, vård, stöd och skadereducering inom ANDTS[27]-området.

[26] Exempelvis anslagspost 2:5, 1:6 och 1:8 inom utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.
[27] Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

Skäl för förslaget

Den vetenskapliga aktiviteten är i Sverige jämförelsevis begränsad inom området skadligt bruk eller beroende, och fördelad på ett stort antal utförare. Det försvårar utveckling av starka forskningsmiljöer. Större delen av forskningen sker i nätverk och samarbeten som inte är samlade fysiskt, och dessutom inom olika vetenskapliga discipliner men inte tvärvetenskapligt. Men den bedrivs även vid regionala och lokala forsknings- och utvecklingsenheter med region eller kommun som huvudman. Även i dessa fall saknas en kritisk massa eller samsyn kring vilken forskning som behöver bedrivas, och hur den bör bedrivas. Andra länder har gjort framsteg som ett resultat av strategiska forskningssatsningar inom området, exempelvis USA, Australien och Norge, vilket vi beskrivit tidigare i detta kapitel.

Forskning om skadligt bruk eller beroende, med fokus på narkotika, behövs för att få fram ny kunskap som kan användas av olika aktörer och därmed förbättra livet för brukare, patienter och anhöriga. Men forskningen behövs också för att förmedla kunskap och förbättra praktik inom området, till exempel vad avser relevanta utbildningar inom medicin, socialt arbete och samhällsvetenskap. Många universitets- och högskoleutbildningar saknar i dag lärare med sådan kompetens, vilket på sikt innebär begränsningar för att kunna säkerställa utbildning på grundnivå för exempelvis socionomer, psykologer och läkare.

Vår bedömning är att den nationella strukturen för att bedriva tvärvetenskaplig forskning inom området behöver stärkas med ett nationellt forskningscentrum, men att formerna för och finansieringen av detta behöver utredas vidare av Forte (som enligt sin instruktion redan i dag har ett samordningsansvar för ANDTS-forskning), i samverkan med exempelvis Statskontoret, Socialstyrelsen eller Folkhälsomyndigheten, och vid behov Vetenskapsrådet eller andra forskningsaktörer. Forskningen och forskningsresultaten behöver gå att tillämpa i praktiken och i verksamheter som möter personer som använder narkotika eller utvecklat ett skadligt bruk eller beroende. Ett forskningscentrum kan fungera som en brygga mellan olika aktörer för att så ska bli möjligt.

Tidigare förslag om centrumbildningar i Sverige

Missbruksutredningen föreslog redan 2011 att det skulle inrättas ett nationellt institut med uppgift att bedriva forskning och sprida kunskap om behandling för personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, läkemedel eller dopningsmedel. Institutet föreslogs samla medicinsk, psykologisk och socialvetenskaplig expertis, och forskningen skulle vara tvärvetenskaplig. Institutet skulle enligt förslaget placeras i anslutning till universitet eller högskola med betydande forskning inom vetenskapliga discipliner med relevans för området. Staten föreslogs tillhandahålla basfinansiering av verksamheten under en inledande period om åtta år.[28] Vår bedömning är att samma behov som påtalades 2011 föreligger i dag.

Vår bedömning är vidare att Sverige bör genomföra satsningar liknande dem i Norge, Danmark, USA och Australien i syfte att stärka bryggan mellan akademisk forskning och praktik samt policyrelevant forskning som kan inrättas för prevention, vård och stöd och skadereducering inom ANDTS-området. Forte ska därför ges i uppdrag att utreda denna fråga vidare. Fortes utredningsuppdrag kan finansieras genom särskilda medel. En eventuellt mer långsiktig forskningssatsning bör dock i huvudsak finansieras genom förvaltningsanslag.

27.3.2 Forskningsutlysningar inom ANDTS-området ska fortsätta, med ytterligare fokus på narkotika, och anslagsnivån ska höjas

Forskningsanslag

Bedömning: Forskningsanslag, inom ANDTS[29]-området behöver utlysas med periodicitet även framöver. Behovet av ökade forskningsanslag för narkotikaområdet bör beaktas av regeringen i kommande arbete med en forskningspolitisk proposition som ska gälla från 2024.

[28] SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende.*
[29] Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel om pengar.

Förslag: Regeringen ska ge Forte i uppdrag att utreda och föreslå en rimlig nivå på statlig forskningsfinansiering inom ANDTS-området för att gradvis närma sig en nivå för ändamålet i paritet med jämförbara OECD[30]-länder.

Skäl för bedömningen och förslaget

Bidrag till forskningen kommer från olika håll. Regeringen anslår bidrag till forskningen genom forskningsanslagen i budgetpropositioner för olika år. I budgetpropositionen för 2021 (prop. 2020/21:1) lämnade regeringen förslag och redovisade bedömningar om ökade medel till forskning och innovation. Inriktningen motiveras i propositionen *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*.[31] En ny forskningsproposition är under framtagande – den ska gälla från och med 2024. Vår bedömning är att behovet av tillräckliga anslag för narkotikarelaterad forskning behöver beaktas i detta arbete.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, förkortat Forte, har i uppdrag att finansiera forskning inom sitt område. Forte har regelbundet utlyst medel för forskning om bruk, riskbruk och missbruk inom ANDTS. Utlysningarna har genomförts inom ramen för regeringsuppdrag till Forte om folkhälsa och prevention. I den senaste utlysningen för 2021–2023 avsattes 45 miljoner kronor. Det finns inte tydliga kriterier för vilken typ av forskning som ska prioriteras inom ANDTS-området, och ansökningarna berör discipliner såsom historia, kommunikation, beteendevetenskap, statsvetenskap och medicin.

Vi bedömer att forskning inom ANDTS-området behöver förstärkas med större anslag och att det särskilt finns behov av mer forskning för narkotikaområdet. Det handlar om att på sikt avsätta forskningsanslag i paritet med andra jämförbara länder inom OECD. Vi föreslår att frågan utreds vidare och att ett sådant uppdrag ska ges till Forte. Vår bedömning är dock att mellan 100 och 250 miljoner kronor årligen skulle behöva avsättas för att finansiera forskning genom utlysningar i konkurrens nationellt, och samtidigt behålla en del för egen forskning inom ramen för ett forskningscentrum som vi också föreslagit bör inrättas. Om detta görs kommer förutsättningarna för att utveckla området i Sverige förstärkas avsevärt.

[30] Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling.
[31] Prop. 2020/21:60. *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.*

Fortes utredningsuppdrag kan finansieras genom särskilda medel. En eventuellt mer långsiktig forskningssatsning bör dock i huvudsak finansieras genom förvaltningsanslag.

Policyrelevant och utmaningsdriven forskning inom vård, stöd och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende av narkotika behövs

Bedömning: Forskning behöver stärkas utifrån nationellt identifierade viktiga kunskapsluckor inom narkotikaområdet. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att fördela medel till sådan forskning, förslagsvis i dialog med vetenskapligt sakkunniga. Även andra myndigheter, exempelvis Statens institutionsstyrelse (SiS), skulle kunna ges i uppdrag att initiera och finansiera sådan forskning.

Skäl för bedömningen

I Sverige fanns under åren 2001–2007 Mobilisering mot narkotika som bland annat hade till uppgift att beställa forskning som behövdes på nationell nivå. Denna satsning bidrog till att utveckla den samhällsvetenskapliga forskningen inom området. Inom alkoholområdet finns Systembolagets Alkoholforskningsråd, som också utlyser medel, och för spelområdet finns Svenska Spels forskningsråd, båda med administrativa funktioner placerade på CAN. Motsvarande saknas för narkotikaområdet sedan Mobilisering mot narkotika upphörde. Det finns behov av att överväga möjligheter till forskning i en svensk kontext om exempelvis

- behandling och stöd vid skadligt bruk eller beroende av centralstimulantia (amfetamin, kokain med mera)
- dödlighet i populationen med skadligt bruk eller beroende
- samsjuklighet och adekvat behandling
- uppsökande socialt arbete
- kopplingen mellan forskning och praktik
- förebyggande arbete inriktat på narkotika
- skadereducerande insatser.

Vi har i detta betänkande redogjort för flera kunskapsluckor som påverkar möjligheten att utveckla relevanta och adekvata insatser.

I Norge har regeringen nyligen avsatt cirka 15 miljoner kronor för en flerårig forskningssatsning om behandling med adhd-läkemedel för personer som är beroende av amfetamin. Behoven av behandling för denna målgrupp är stora och av intresse i hela Norden, där en stor andel av personerna med skadligt bruk eller beroende använder amfetamin eller andra centralstimulantia. Uppdragsforskning eller samverkansforskning på initiativ av myndigheter inom narkotikaområdet är dock inte så vanlig i Sverige.

I arbetet med att identifiera kunskapsluckor behövs oftare en bredare ingång som inte endast utgår från SBU:s arbetssätt och kriterier. Vi har därför i detta kapitel föreslagit att Socialstyrelsen också mera aktivt ska kunna bidra med att identifiera kunskapsluckor och forskningsbehov, samt även ta initiativ till och finansiera utmaningsdriven och policyrelevant forskning.

Forte ansvarar för ett tioårigt nationellt forskningsprogram inom området tillämpad välfärdsforskning. Dock handlar endast ett fåtal av de 30 finansierade forskningsprojekten om skadligt bruk eller beroende.

Om Samsjuklighetsutredningens förslag genomförs kommer det att innebära stora förändringar i det svenska vård- och stödlandskapet: kompetensförflyttning från socialtjänst till sjukvård, organisatoriska förändringar med mera. Eventuellt kan det behövas forskning kring implementeringen och effekterna av denna förändring, och medel kan särskilt behöva utlysas för detta ändamål.

Genom den instruktionsändring vi föreslagit för Socialstyrelsen möjliggörs för myndigheten att finansiera forskning av betydelse för att myndigheten ska kunna genomföra sitt uppdrag. Dock behöver regeringen avsätta särskilda medel för att så ska ske. Bedömningen är att de i så fall behöver vara i paritet med åtminstone de summor som fördelas av Systembolagets alkoholforskningsråd respektive Svenska Spels forskningsråd, det vill säga mellan 5–10 miljoner kronor årligen. Sådana medel för forskning behöver regeringen fatta beslut om och ingår inte i konsekvensbeskrivningen i kapitel 28.

27.3.3 Forte ska få i uppdrag att utreda behovet av en tvärvetenskaplig forskarskola

Förslag: Regeringen ska ge Forte i uppdrag att utreda förutsättningar för att inrätta en tvärvetenskaplig nationell forskarskola. En forskarskola för tvärvetenskaplig kunskapsutveckling inom prevention, beroendevård och skadereducering skulle behöva drivas av flera lärosäten i samverkan och skulle erbjuda både doktorandutbildning och efterföljande utbildning.

Skäl för förslaget

De centrumbildningar vi har beskrivit i kapitlet är oftast verksamma inom en enstaka forskningsinriktning eller forskningsdisciplin och är sällan tvärvetenskapliga. Skadligt bruk eller beroende av narkotika är en problematik som måste förstås ur sociala, psykologiska och biomedicinska perspektiv i förening. För att stödja kunskapsutvecklingen inom området behöver därför flera discipliner mötas (medicin, psykologi, hälsoekonomi, kriminologi, sociologi, socialt arbete, epidemiologi, statistik, omvårdnad, informatik, farmakologi med mera).

Vår bild är att det finns ett fåtal forskarskolor om klinisk forskning inom området i Sverige, och en för socialt arbete, Forskarskolan för yrkesverksamma i socialtjänsten (FYS), men det saknas forskarskolor som integrerar olika kunskapsområden. Genom en integrerad forskarmiljö som sammanför forskarstudenter och postdoktorer från flera discipliner inom områden som prevention, behandling, skadereducering och stöd vid skadligt bruk eller beroende av narkotika kan flera positiva resultat uppnås. Deltagarna får en bredare kompetens och förståelse för området, den långsiktiga forskningsbasen stärks, deltagarna får nätverk och forskningskollegor från olika discipliner och förutsättningarna förbättras att stärka och bredda beroendekunskapen i grundutbildningar och att implementera tvärvetenskapligkunskap i verksamheter. Detta är dock som regel en omfattande utmaning eftersom forskarutbildningar drivs inom ämnen och inte mellan ämnen. En form skulle kunna vara en gemensam överbyggnad för doktorander i olika ämnen. Vetenskapsrådet finansierade exempelvis under en period verksamhet för doktorander som på ett eller

annat sätt använde registerdata (SIMSAM).[32] En forskarskola inom området skadligt bruk eller beroende skulle alltså kunna utgöra en gemensam extra aktivitet för doktorander inom beroendeområdet, alternativt en gemensam basutbildning inom ramen för respektive disciplins doktorandutbildningar.

I dagsläget saknar många lärosäten kompetens att utbilda om skadligt bruk eller beroende och samsjuklighet, varför även baskurser inom området saknas i viktiga yrkesutbildningar vid många lärosäten. På sikt bedömer vi dock att fler lärosäten kan utveckla kompetens att själva utbilda i vissa ämnen om sådana nationella satsningar genomförs. Tillräcklig kompetens för att arrangera en tvärvetenskaplig forskarskola finns i dag inte vid något enskilt lärosäte, utan fler lärosäten skulle behöva göra detta i samverkan.

Vi bedömer att en forskarskola för doktorand- och postdoktorandtjänster skulle vara en viktig komponent i en nationell kraftsamling för ökad kunskap och evidensbasering av praktiken, och utgöra ett nationellt nätverk mellan forskare. Men den skulle ha svårt att få större effekt utan koppling till en kunskapssatsning och ett forskningscentrum på nationell nivå.

Det behövs starka forskningsmiljöer, allra helst fysiska sådana, för att på sikt skapa en attraktivitet för frågor och ämnen. Det är angeläget att en eventuell forskarskola är rikstäckande för att på sikt kunna bidra till god och jämlik vård. Vidare behövs forskning som anknyter till polisens och rättsväsendets insatser (det som brukar kallas polisforskning) samt till skärningspunkterna mellan sådana insatser och vård- och omsorgsområdet. Flera aktörer har påtalat att kopplingen mellan den rättsvårdande kedjan och vård och stöd behöver förstärkas. Det kan handla om att utveckla gemensamma metoder. Varje år gör Brå en sammanställning över forskning om svensk polisverksamhet. Polisiära metoder och arbetssätt är det vanligaste temat inom svensk polisforskning.[33] Polisens arbetssätt och metoder har betydelse också för vård- och stödaktörer och för hur personer som använder narkotika, personer med skadligt bruk eller beroende eller anhöriga kan erbjudas insatser av olika aktörer.

Missbruksutredningen föreslog redan 2011 inrättandet av två olika forskarskolor inom området skadligt bruk eller beroende i syfte att

[32] Vetenskapsrådet (2019). *Genomlysning av rambidragen och forskarskolan inom satsningen SIMSAM 2014–2018.*
[33] Brottsförebyggande rådet. https://bra.se/om-bra/nytt-fran-bra/arkiv/nyheter/2022-12-07-uppdaterad-sammanstallning-av-polisforskningen-i-sverige-2021.html. Besökt 2023-09-03.

rekrytera fler forskare. Den ena forskarskolan föreslogs fokusera på medicinsk och psykosocial behandling av personer med skadligt bruk eller beroende av olika substanser. Den andra skulle fokusera på riskbruk, tidig upptäckt och insatser i syfte att motverka att riskbruk bland barn och ungdomar övergår i skadligt bruk eller beroende samt stöd till barn i familjer med skadligt bruk eller beroende. Forskarskolorna föreslogs vara en gemensam nationell resurs, men skulle ledas från universitet med framstående forskning inom området, och vara öppna för forskarstudenter inom relevanta discipliner. I viss mån ingår detta i den forskarskola vi beskriver nedan, men vissa frågor kvarstår att hantera.

Befintlig forskarskola inom socialt arbete är en bra förebild

Forte har till del finansierat en forskarskola inom ämnet socialt arbete, FYS. Den är en del av Fortes satsning på tillämpad välfärdsforskning inom socialt arbete. Satsningen har finansierats genom regeringens forskningsanslag och tydliggjorts i regeringens forskningsproposition *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft*.[34] Syftet med forskarskolan är att föra forskning närmare tillämpning.

För att öka kompetensen och främja den långsiktiga kunskapsbildningen i socialtjänsten bedriver forskarskolan behovsinriktad och praktiknära forskning. Lunds och Malmös universitet har tillsammans ansvaret för att driva den i partnerskap med Göteborgs universitet och Linnéuniversitetet. De fyra universiteten ligger i södra Sverige, vilket ger en stark regional anknytning som främjar samverkansmöjligheter.

Forskarskolan drivs i nära samarbete med arbetsgivare, och kontinuerlig karriärplanering för forskarstuderande medarbetare och kunskapsdelning är hörnstenar i verksamheten. Genom deltagandet får hela arbetsplatser kontinuerlig tillgång till den kunskap som produceras inom forskarskolan, men också kunskap kring hur forskning bedrivs. Arbetsgivaren står för en del och Forte för en del av kostnaden.

Forskarskolan verkar nationellt, vilket betyder att alla som arbetade i socialtjänsten och hade behörighet till forskarutbildning välkomnades att söka, vilket gällde både chefer och medarbetare. (Inga

[34] Prop. 2016/17:50. *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.*

fler antagningar kommer dock att ske inom ramen för denna satsning.) Under tiden i forskarskolan bedrivs studierna på halvtid. Den andra halvtiden arbetar de studerande på sin vanliga tjänst inom socialtjänsten.

De studerande kommer från olika delar av Sverige, med tyngdpunkt på de kommuner som ligger närmast. Mellan 2019 och 2021 antogs 30 yrkesverksamma till licentiatutbildning[35] på halvtid.[36]

Regeringen ska ge Forte i uppdrag att utreda förutsättningar för att inrätta en tvärvetenskaplig nationell forskarskola. Fortes utredningsuppdrag kan finansieras genom särskilda medel. En eventuellt mer långsiktig forskningssatsning bör dock i huvudsak finansieras genom förvaltningsanslag.

27.4 Kunskapshöjande insatser hos olika yrkesgrupper behövs

Nedan lämnar vi förslag och bedömningar som handlar om kompetensförsörjning inom området vård, stöd och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende av narkotika, samt behov av kompetenshöjande insatser för vissa yrkesgrupper.

27.4.1 Nationella vårdkompetensrådet ska få i uppdrag att se över långsiktiga kompetensförsörjningsbehov

Förslag: Förutsättningar för långsiktig kompetensförsörjning inom området skadligt bruk eller beroende behöver utredas vidare i syfte att ta fram en nationell strategi. Regeringen ska ge Nationella vårdkompetensrådet i uppdrag att ta fram förslag för att säkra framtidens kompetensförsörjning inom prevention, behandling och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende.

[35] Eftersom de antagna inte utbildas når doktorsnivå utan når högst licentiatnivå kommer det inte kunna bidra till att stärka kunskap och kompetens inom universitet och högskolor. Detta eftersom utbildning på doktorsnivå förutsätts för att bedriva undervisning på universitet och högskolor.
[36] Forskarskolan FYS. https://forskarskolanfys.se/om-forskarskolan. Besökt 2023-08-15.

Skäl för förslaget

Tillgång till utbildad personal är en förutsättning för att kunna bedriva kunskapsbaserad vård och omsorg med god tillgänglighet. Det handlar i stor utsträckning om sjuksköterskor och socionomer. I en del av de målbilder vi presenterat lyfts just betydelsen av tillitsfulla relationer och långvariga kontakter inom vård, stöd och behandling. Detta förutsätter viss personalkontinuitet. För vissa specialiserade verksamheter kan svårigheten att rekrytera personal innebära svårigheter att ta in nya patienter. Exempelvis har vi tagit del av sådan information om LARO. Vi bedömer också att det finns utmaningar kring tillgången till personal med specialistutbildning, framför allt utanför storstäderna.

Tillräckligt med exempelvis sjuksköterskor, läkare och psykologer med relevanta kunskaper om skadligt bruk eller beroende av narkotika är avgörande för att säkerställa en god och jämlik vård över hela landet. Om Samsjuklighetsutredningens förslag om att regionerna ska ha huvudansvaret för beroendevården, och att socialtjänstens ansvar ska renodlas till andra stödinsatser, behöver hälso- och sjukvårdens personal och kompetens öka. Det gäller dels personal som varit verksam inom socialtjänsten och som nu kommer att behövas inom hälso- och sjukvården, dels psykologer och behandlare med ansvar för psykosocialt behandlingsinnehåll.

För att påbörja utbildning till specialist i beroendemedicin behöver personen vara specialist i psykiatri. Specialistinriktningen för beroendemedicin har endast funnits sedan 2015, och enligt uppgift fanns i juni 2023 endast 77 legitimerade läkare med specialistbevis inom beroendemedicin. Den övervägande majoriteten av läkarna inom beroendevården är psykiatrispecialister med kunskap om beroendemedicin. Det saknas statistik om hur många specialistsjuksköterskor i psykiatri som finns i Sverige. Sveriges Psykologförbund driver sedan 1992 en reglerad femårig specialistutbildning för psykologer där en av inriktningarna är beroendepsykologi.[37]

Vi bedömer därför att regeringen bör ge Nationella vårdkompetensrådet i uppdrag att ta fram förslag som ska säkra framtidens kompetensförsörjning inom prevention, stöd, behandling och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende.

[37] Psykologförbundet. https://www.psykologforbundet.se/Specialistutbildning/Specialistutbildningen/spec_ex. Besökt 2023-09-01.

27.4.2 Grundutbildningar för yrken som arbetar med personer i skadligt bruk eller beroende bör vara kunskapsbaserade

Bedömning: Grundutbildningar för socionomer, psykologer, läkare, sjuksköterskor, och andra yrkesgrupper, såsom exempelvis polis, som möter personer med skadligt bruk eller beroende eller deras anhöriga, bör förmedla grundläggande kunskap om hur förebyggande, stödjande, behandlande och skadereducerande arbete vid skadligt bruk eller beroende och samsjuklighet bör bedrivas, liksom få kunskap om innebörden och konsekvenserna av sådana tillstånd.

Skäl för bedömningen

Grundutbildningar för flera yrken såsom socionom, läkare och sjuksköterska styrs genom examinationskrav fastställda i högskoleförordningen.[38] Det är där lärandemål för lärosäten med examinationsrätt beslutas på övergripande nivå. Det är angeläget att både läkare, sjuksköterskor, psykologer och socionomer, liksom andra yrken som i stor utsträckning kommer att möta målgruppen med skadligt bruk eller beroende, har kunskap om dessa tillstånd då de har stor betydelse för den totala sjukdomsbördan i Sverige.

Skadligt bruk eller beroende är ett biopsykosocialt fenomen där biologisk/medicinsk, psykologisk och social/samhällsvetenskaplig baskunskap behöver ingå. Vi bedömer att sådan utbildning behöver förstärkas och att det är rimligt att kräva att alla i sådana yrkesområden har tillräcklig baskunskap för att identifiera problem, ge grundläggande vård eller stöd samt slussa vidare till rätt instans. Att ändra examinationskraven för att förstärka och säkerställa att utbildningar har ett visst fokus är dock ett verktyg som bör användas med försiktighet. Dels kan det innebära alltför mycket styrning i detalj i frågor som är bättre lämpade att regleras av lärosätena. Dels tar det tid innan sådana förändringar får genomslag.

Vi bedömer att grundutbildningarna behöver utformas så att tillräcklig kunskap om narkotika och beroende säkerställs, men att detta bäst hanteras av lärosätena. För att säkerställa kompetensen i utbild-

[38] Högskoleförordning (1993:100) bilaga 2.

ningsmiljöerna behövs också fler disputerade forskare inom områdena skadligt bruk eller beroende av narkotika, och samsjuklighet. Om frågan om nationell detaljstyrning av grundutbildningarna aktualiseras, skulle en särskild utredning behöva tillsättas för att utreda förutsättningar för och behov av ökad kunskap om skadligt bruk eller beroende som ett biopsykosocialt problem inom särskilda utbildningar, på motsvarande vis som exempelvis nyligen skett vad gäller utbildningen för barnmorskor och sjuksköterskor liksom socionomexamen.[39,40]

Vår bedömning i nuläget är att inte föreslå förändrad detaljstyrning av innehållet i grundutbildningar utan även fortsatt lämna åt högskolor och universitet att i relevanta utbildningar beakta och förstärka kunskaperna om skadligt bruk eller beroende, liksom om hur anhöriga och nätverk påverkas. Universitetskanslersämbetet har ansvar för kvalitetssäkring, granskning av effektivitet, uppföljning och tillsyn av högskolor och högskoleutbildning. Att fastställa utbildnings- eller kursplaner är dock lärosätenas ansvar.

27.4.3 Kunskapshöjande satsningar inom socialtjänsten bör genomföras

Bedömning: Pågående kunskapshöjande satsningar, exempelvis den av kommunerna överenskomna *Yrkesresan för området missbruk och beroende*, bör genomföras och innefatta referensmaterialet *European Prevention Curriculum (EUPC)* liksom koppling till vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende.

Skäl för bedömningen

Vår bedömning är att personer i yrken som är centrala för att möta målgruppen med skadligt bruk eller beroende av narkotika behöver ha tillräcklig utbildning och information om området för att kunna utföra sina respektive uppdrag på ett bra sätt. Även yrkesgrupper som kan ha en roll att förebygga narkotikaanvändning behöver ha tillräcklig kunskap för att utföra detta uppdrag.

[39] SOU 2022:35. *Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska.*
[40] Dir. 2023:121. *Översyn av socionomexamen för att motverka ungdomskriminalitet.*

SKR, kommunerna och Socialstyrelsen har nyligen kommit överens om att genomföra en utbildningssatsning, kallad Yrkesresan, inom området missbruk och beroende. Bedömningen från aktörerna är att en jämlik socialtjänst i hela landet kan åstadkommas genom en nationell satsning på kompetenshöjning.[41] Utifrån förstudien till Yrkesresan om behov av kompetensutveckling inom till exempel beroendelära och om systematiskt uppföljningsarbete, ser vi det som relevant att integrera kunskap från fler kunskapsstöd än de nuvarande.

Folkhälsomyndigheten erbjuder ett vägledningsmaterial kallat *Att lyckas med ANDTS-prevention – en snabbguide för kvalitetssäkring och utveckling av hälsofrämjande och förebyggande arbete.* Materialet utgår från *European drug prevention quality standards* (EDPQS), som tagits fram av EMCDDA. Den ger vägledning, råd och information åt yrkesverksamma, framför allt samordnare, inom ANDTS på lokal och regional nivå. Den kan fungera som ett stöd i projekt, men också för att kvalitetssäkra ordinarie förebyggande arbete. Folkhälsomyndigheten har under 2023 också publicerat ett nytt kunskapsstöd som syftar till att stödja lokalt och regionalt förebyggande arbete baserat på *European Prevention Curriculum*, som även det är framtaget av EMCDDA. Syftet med publikationen är att tillgängliggöra en vetenskaplig och teoretisk grund om prevention inom ANDTS-området. Målgruppen är främst de som arbetar inom dessa områden. Vidare är vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende ett viktigt referensmaterial.

Vår bedömning är att kunskapshöjande satsningar, såsom yrkesresan, bör genomföras och baseras på bästa tillgängliga kunskap inom området.

27.4.4 Socialstyrelsen ska få i uppdrag att utreda behov av kunskapshöjande satsningar riktade till hälso- och sjukvård samt socialtjänst

Förslag: Regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie om behov och förutsättningar för kunskapsförstärkning om skadligt bruk eller beroende (inklusive läkemedelsberoende) för personal inom olika delar av hälso- och sjukvården, och vid behov även socialtjänsten, samt föreslå hur relevanta utbildningar med fokus på fortbildning kan utformas.

[41] RSS, SKR och Socialstyrelsen (2022). *Förstudie inför beslut om framtagande av yrkesresa inom område missbruk och beroende inom socialtjänsten.*

Skäl för förslaget

Många aktörer har påtalat att kunskapen i samhället om narkotika och skadligt bruk eller beroende av narkotika behöver öka. Även i arbetet med målbilderna framkom sådana behov för att aktörerna ska kunna erbjuda stöd och vård. Det är särskilt angeläget att kunskapen inom hälso- och sjukvården är spridd, evidensbaserad och aktuell med tanke på att hälso- och sjukvården, om Samsjuklighetsutredningens förslag går igenom, får ett utökat ansvar för både vård vid skadligt bruk eller beroende och den vård som i dag bedrivs som LVM-vård.

Vi har i olika kapitel uppmärksammat den bristande efterlevnaden av nationella riktlinjer inom området, samt det stigma som är förknippat med narkotikaproblem, vilket yrkesverksamma som möter målgruppen behöver känna till. Vi menar att detta motiverar kunskapshöjande satsningar för personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Kunskaperna om skadligt bruk eller beroende är bristfälliga inom hälso- och sjukvården

Beroendemedicin är en tilläggsspecialistutbildning till psykiatri för läkare. För sjuksköterskor finns specialistutbildning till psykiatrisjuksköterska, men det saknas möjlighet att formellt få specialistkompetens inom beroende. Legitimerade psykologer kan genom Psykologförbundet utbildas till specialistpsykologer i beroendepsykologi. De flesta specialistutbildade inom hälso- och sjukvården är verksamma på universitetsorter och i storstäder. Kuratorsprogram, som är vidareutbildningar för socionomer, innehåller inte fördjupad kunskap om skadligt bruk eller beroende. Inom exempelvis Kriminalvården och SiS är tillgången till beroendespecialister oerhört begränsad då verksamheternas sjukvårdsinsatser i huvudsak består av insatser på primärvårdsnivå. Det gör att det ofta saknas beroendemedicinsk kompetens.

I utbildningen av såväl läkare som sjuksköterskor ingår beroendeproblematik i psykiatrimomentet, vars omfattning i sig är mycket begränsad.

Frågan om kompetensutveckling och fortbildning är central för möjligheten att erbjuda vård av god kvalitet till personer med skadligt bruk eller beroende. Fortbildning inom hälso- och sjukvården är avgörande för att

- sprida och implementera evidensbaserade arbetssätt och behandlingsmetoder
- fasa ut äldre, mindre effektiva metoder med sämre evidens och sämre patientsäkerhet.

Sveriges läkarförbund mäter sedan 2004 i en årlig enkät mängden fortbildning för specialistläkare. Extern fortbildning har minskat till 4,2 dagar per år, vilket är en halvering mot när enkäten först genomfördes. Läkarförbundet rekommenderar 10 dagar per år för fortbildning. 18 procent av läkarna fick inte någon extern fortbildning alls under 2022. Minst antal dagar extern fortbildning ges till läkare som är anställda på vårdcentral eller hälsocentral. De hade i genomsnitt bara 3,4 dagars extern fortbildning under 2022.[42] I andra länder, exempelvis Finland och USA, ställs krav på viss fortbildning årligen.

Samverkan mellan olika vårdnivåer förutsätter tillräcklig kompetens på respektive vårdnivå

En tätare samverkan behövs mellan olika vårdnivåer så att patienter i större utsträckning ska kunna få kunskapsbaserad, jämlik och nära vård. I en sådan ordning finns kopplingen till den specialiserade vården kvar, även om en del av behandlingen kan skötas av patienten själv med stöd av primärvården. Staten bör fortsätta att stimulera en sådan utveckling i syfte att avlasta specialistsjukvården för att öka tillgängligheten till vård och behandling, men också för att det då blir bättre för patienten som kan få vård nära.

Vi tänker att särskilt läkemedelsbehandling med depåbuprenorfin har stor potential att kunna hanteras av andra personalkategorier med grundläggande kompetens och i samverkan med specialiserad vård. Det finns också andra områden, såsom läkemedelsberoende, där vår bedömning är att primärvården ska kunna erbjuda vård på basnivå med exempelvis stöd för nedtrappning och utsättning av läkemedel vid iatrogent beroende. Detta görs redan i delar av Sverige. Ett försök bör kunna göras inom primärvården innan remittering sker till specialiserad vård med beroendeinriktning.

[42] Läkarförbundet. Läkarförbundets fotbildningsenkät 2023, https://slf.se/app/uploads/2023/04/fortbildningsenkat-2023-rapport.pdf. Besökt 2023-08-10.

Vi menar också att primärvården behöver kunna hantera somatisk hälsa för personer med narkotikaproblem och på grundläggande nivå identifiera behov och stöd (exempelvis genom riktad screening) och remittera till lämplig vårdaktör om det handlar om mer specialiserade vårdinsatser, vilket vi skriver mer om i kapitel 16.

För ett bättre bemötande av gruppen med skadligt bruk eller beroende, och deras anhöriga, behöver kunskapen om skadligt bruk eller beroende som biopsykosocialt problem därför öka också inom primärvården.

Den kompetens som primärvårdspersonal behöver för att stödja specialistsjukvården är inte föremål för statlig styrning, utan snarare en fråga om dialog och styrning inom regionen. Den specialiserade vården skulle exempelvis kunna stödja att den samverkande primärvårdspartnern får fortbildning för att upprätthålla viss grundkompetens om skadligt bruk eller beroende, eller om ett visst läkemedel. Sådan grundkompetens skulle kunna erhållas genom uppdragsutbildningar där även specialistsjukvården medverkar.

I vissa fall då staten velat stimulera fortbildning för läkare inom psykiatrin har detta hanterats som bidrag till Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården (Lipus). Ett annat alternativ är att genom Läkarförbundets och Läkaresällskapets gemensamma specialistförening, Svensk förening för beroendemedicin, skapa utbildningar som ger en höjd kunskapsnivå med möjlighet till ackreditering som sedan kan användas inom regionerna för att komma överens om kompetenskrav, uppdrag, ersättningar och samverkan mellan olika vårdnivåer.

Ytterligare ett alternativ är att ge resurstillskott till utvalda primärvårdsmottagningar så att de kan anlita specialistkompetenser såsom psykiatrisjuksköterska, psykolog eller specialist i psykiatri och koppla det till utökade uppdrag.

Akutsjukvården är också viktig för att uppmärksamma skadligt bruk eller beroende av narkotika. Där kan personer som upplever akuta problem till följd av användning av narkotika söka hjälp. Några vanliga kontaktorsaker är drogutlösta psykoser, förgiftningar och abstinenssymtom. Det kan också handla om trauma såsom olyckor eller misshandel samt skador som skett i anslutning till drogadministration såsom infektioner eller nervskador. Det är därför viktigt att personalen i såväl somatisk som psykiatrisk akutsjukvård har kun-

skap om beroendesjukdomar och deras konsekvenser, och förstår vikten av att remittera eller hänvisa vidare till lämplig behandling.

Vi bedömer att frågorna om organisatoriska modeller och lösningar för att säkerställa samverkan mellan olika vårdnivåer och tillräcklig kompetens, behöver utredas vidare av Socialstyrelsen i en förstudie.

Befintliga uppdrags- och vidareutbildningar kan utgöra inspiration för fortbildning

Vi har identifierat flera utbildningar och utbildningsaktörer där det finns kunskap om narkotikaproblem ur ett flerdisciplinärt perspektiv. Det handlar om både akademiskt meriterande kurser, exempelvis vid Karolinska Institutet och Göteborgs universitet, kurser och utbildningar som inte är poänggrundande och som erbjuds genom exempelvis Svensk förening för beroendemedicin.

Vid Socialhögskolan i Lund bedrivs sedan flera år en kurs som riktar sig till både brukare och professionella. Syftet är att socionomutbildningen inte enbart kan bygga på teoretiska kunskaper, utan även måste innehålla moment där studenterna möter och samarbetar med människor som representerar olika brukar- eller patientintressen och att de ges möjlighet att reflektera över dessa möten Som en del av detta arbetssätt har Socialhögskolan en kurs som kallas Mobiliseringskursen, där brukare läser tillsammans med socionomstudenter. Sedan 2005 har närmare 500 studenter gått den valbara kursen. En tredjedel av studenterna kommer från olika brukarorganisationer och resten är blivande socionomer och, i en del fall, masterstudenter som redan är ute i arbetslivet.[43]

I dagsläget finns flera fristående kurser på såväl grundläggande som avancerad nivå vid olika institutioner, men det finns också många utbildningar som erbjuds av andra aktörer, såsom privata företag eller intresseföreningar. Modellen Yrkesresan, som beskrivits i tidigare avsnitt, kan utgöra inspiration, men även andra modeller kan vara relevanta.

[43] Lunds universitet. https://www.soch.lu.se/samverkan/brukarmedverkan. Besökt 2023-09-03.

Anhörigkunskap en viktig komponent i fortbildningar

Vi har i tidigare kapitel beskrivit att skadligt bruk eller beroende i stor utsträckning också drabbar anhöriga och nätverket kring personen som har problemen. Utbildningarna som erbjuds för att höja kunskapen inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst bör därför genomsyras av såväl ett helhetsperspektiv som ett barn-, föräldraskaps- och familjeperspektiv.

Socialtjänstens område

Vi bedömer att den planerade Yrkesresan, som är inriktad mot personal som arbetar med myndighetsutövning inom socialtjänstens verksamhetsområde, inte kommer att nå alla relevanta yrkesgrupper inom socialtjänsten. Det handlar exempelvis om personal inom socialpsykiatri, boenden, boendestödjare och personal på hem för vård eller boende (HVB). Förstudien behöver därför vid behov omfatta kunskapsförstärkning om skadligt bruk eller beroende (inklusive läkemedelsberoende) för personal inom olika delar av socialtjänsten, samt föreslå hur relevanta utbildningar med fokus på fortbildning kan utformas.

Närmare detaljer om ett uppdrag till Socialstyrelsen

Vi föreslår att regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en förstudie om behov av kunskapsförstärkning inom hälso- och sjukvården, från primärvård till specialistvård. Vid behov bör även den personal inom socialtjänsten som inte kommer att nås av Yrkesresan omfattas. Förstudien bör syfta till att

- kartlägga vilka befintliga fortbildningar som finns, både poänggrundande och ej poänggrundande utbildningar
- föreslå form, innehåll och finansiering för grundläggande kunskapshöjande insatser för personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst
- föreslå form och innehåll för mer fördjupande utbildningar, liknande certifiering eller ackreditering, för mer avancerad och specialiserad vård.

Syftet med utbildningsinsatsen är att erbjuda grundläggande kunskap om narkotika och beroendelära (inklusive läkemedelsberoende) som ett biopsykosocialt problem.

Förstudien bör också föreslå former för att möta behov av mer fördjupad kunskap för att i dialog och samverkan mellan olika vårdnivåer bedriva specialiserad beroendevård, såsom exempelvis möjliggöra för primärvårdspersonal att efter genomgången utbildning medverka i LARO-behandling. Förutsättningar för certifiering eller ackrediteringsformer, med moduler för mer specifika metoder eller behandlingar, behöver också utredas i förstudien.

Det är vanligt inom medicinsk verksamhet att man behöver gå igenom speciella moment för att få tillåtelse att exempelvis utföra vissa operationer. Möjligheterna att jämföra verksamheter vad gäller exempelvis andel med viss certifierad, eller ackrediterad kompetens bland personal, skulle också kunna vara en fråga att utreda i förstudien, liksom ekonomiska drivkrafter för regionerna i ett sådant arbete.

Uppdragsutbildningar kan omfatta allt från en halvdagskurs till en hel masterutbildning. Socialstyrelsen bör i en förstudie fastslå lämpliga nivåer.

Uppdraget behöver ske i dialog och samverkan med SKR, Svensk förening för beroendemedicin, Psykologförbundet, Akademikerförbundet SSR och Vårdförbundet. Utbildningarna skulle exempelvis kunna utgå från vad patienter och brukare med skadligt bruk eller beroende anser saknas i vård och stöd, varför det också behövs dialog med representanter från målgruppen. Vi har också i kapitel 19 föreslagit uppdrag till Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) att ta fram såväl relevant kunskap om anhöriga som kunskapshöjande insatser till de yrkesgrupper som berörs, varför dialog med Nka inom ramen för uppdraget behövs.

Förstudien behöver också hantera hur utbildningen ska finansieras som helhet och för dem som deltar i utbildningen. Syftet med förstudien är att skapa mekanismer och incitament för regionerna och deras anställa till fortbildning inom beroendeområdet, och att förmedla moderna kunskaper.

27.4.5 Nordisk samverkan för att stärka kunskap och forskning

Bedömning: Regeringen bör överväga att tillsammans med övriga nordiska länder initiera ett nordiskt samarbete om vård, stöd och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende av narkotika, där kunskap och forskningsresultat sprids mellan länderna.

Skäl för bedömningen

Vi bedömer att det finns behov av tätare samverkan mellan de nordiska länderna för att dra nytta av pågående forskning och kunskap inom området från andra nordiska länder. Vi har i detta kapitel också nämnt Norges och Danmarks forskningscentrum inom området. Vi har bland annat undersökt relevant forskning om opioider, dödlighet och läkemedel som pågår vid Seraf i Norge, och fått önskemål om tätare dialog med forskare och kliniker i Sverige. För närvarande saknas nordiska forskningsnätverk inom området, utöver en årlig konferens, Nordiska alkohol- och drogforskardagarna (NADRA) arrangerad av Nordens välfärdscenter. Nordens välfärdscenter (NVC) publicerar också relevant forskning i NAD[44] och PopNAD.[45] Det finns även ett nordiskt forskningsråd, NordForsk, som främjar och finansierar nordiskt samarbete inom forskning.[46] Inom Norden finns också ett nätverk mellan myndigheter med ett roterande arrangörskap kallat Nordiskt rusmedelsseminarium. Kontakterna mellan de årliga mötena skulle behöva stärkas eller kompletteras. Det finns också ett nyinrättat nätverk mellan myndigheter avseende narkotikaorsakad dödlighet, kallat Nordic Expert Group on Drug-Related Deaths.

Vi bedömer att ett nordiskt beroendenätverk inom narkotikaområdet vore värdefullt för att lära av varandra och diskutera behov av policyrelevant forskning. Liknande nätverk finns bland annat inom demensområdet och fungerar väl. Nätverket skulle kunna bestå av representanter för nationella myndigheter och expertorgan samt kompetens- och forskningscentrum som arbetar med beroendefrågor på

[44] Nordic Studies on Alcohol and Drugs (NAD) är en samhällsvetenskaplig tidskrift som publicerar expertgranskad forskning kring alkohol och narkotika, samt tobak och spel. Från och med 1 januari 2020 ges NAD ut i samarbete med Helsingfors universitet.
[45] En populärvetenskaplig webbplats för forskning inom alkohol- och drogområdet.
[46] NordForsk. https://www.nordforsk.org/sv. Besökt 2023-07-03.

nationell nivå i de nordiska länderna. Nordens välfärdscenter skulle kunna vara en relevant aktör för att sammankalla ett sådant nätverk.

Utgångspunkten för det föreslagna samarbetet är

- nationella strategier inom området (ANDTS-strategier, narkotika-strategier, dödlighetsförebyggande strategier och liknande)
- nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende
- narkotikarelaterat EU-samarbete
- samarbeten inom WHO som de nordiska länderna deltar i.

Målsättningen vore att skapa nordisk nytta genom att

- driva strategiskt erfarenhetsutbyte om nationella strategier, riktlinjer och åtgärder för att stärka kvalitet, säkerhet och innovation i vård, stöd, skadereducering och annan service för personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika och deras anhöriga
- aktivt möjliggöra kunskapsutveckling och kompetenshöjning på områden där länderna var för sig har små förutsättningar för detta.

Erfarenhetsutbyte skulle kunna ske genom nätverksmöten, fortlöpande information om nationellt producerat material samt genom externa aktiviteter och samarbetsprojekt om konkreta teman.

28 Konsekvensanalyser

En redovisning av förslagens konsekvenser ska lämnas i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Det innebär att vi ska redovisa vilka konsekvenser som våra förslag får vad gäller kostnader och intäkter för stat, kommuner, regioner och företag eller andra enskilda. När det gäller kostnader eller intäktsminskning för staten, kommunerna eller regionerna ska vi föreslå en finansiering. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser ska även dessa redovisas. Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning eller offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållandet till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen, ska detta också beskrivas.[1] Ytterligare anvisningar för hur konsekvenser ska redovisas finns i utredningsdirektiven.

I betänkandets olika kapitel har vi redogjort för de utmaningar vi bedömer att nutidens och framtidens narkotikapolitik står inför, och framfört förslag och bedömningar som vi motiverat löpande. I detta kapitel redogör vi för de förväntade konsekvenserna av våra förslag. Samhällskostnaden för narkotikabruk är omfattande, enligt en beräkning avseende 2020 uppgick de då till 38,5 miljarder kronor.[2]

[1] Kommittéförordning (1998:1474) § 14–16.
[2] Hofmarcher, T. m.fl. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (2022). Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruket i Sverige.

28.1 Kostnader och samhällsekonomiska konsekvenser av våra förslag

Bedömning: Våra förslag och bedömningar syftar till att minska omfattningen av skadligt bruk eller beroende av narkotika, och att därmed sänka samhällets totala kostnader för detta på sikt. Förslagens fokus på förebyggande och hälsofrämjande insatser samt god hälsa och livskvalitet, för enskilda och anhöriga, ger sammantaget en positiv effekt även på samhällsnivå, ekonomiskt såväl som socialt. Insatser för att minska dödsfall i narkotika- eller läkemedelsförgiftningar innebär ur ett samhällsperspektiv vunna levnadsår.

Förslagen till förändrad lagstiftning och andra insatser och åtgärder adresserar brister vi identifierat. Satsningar på förbättrad tillgänglighet och kvalitet i vård och stödinsatser kan leda till positiva samhällsekonomiska konsekvenser. Vi bedömer dock att många av förslagen handlar om etik och människovärde, vilket är svårt att mäta i ekonomiska termer. På kort sikt leder våra förslag till vissa kostnadsökningar för staten. Vi bedömer dock att de samhällsekonomiska besparingarna kommer att överstiga dessa utgifter sett i ett längre perspektiv. Vi bedömer att statens kostnader inklusive kostnader i kommunsektorn inom finansieringsprincipen för en femårsperiod uppgår till sammanlagt 1,9 miljarder och att de kontinuerliga kostnaderna per år efter det uppgår till 67 miljoner kronor.

Även om beräkningar av kostnader per räddat liv är osäkra, visar de med god marginal att kostnaderna är låga i förhållande till referensvärden för vad som brukar bedömas som effektivt, även med konservativa antaganden. För en 10-årsperiod visar huvudscenariot för våra beräkningar att värdet för nyttan enbart av de förväntat sparade liven skulle vara minst 10 gånger större än de kostnader som staten skulle behöva investera.

28.1.1 Totala kostnader för staten, inklusive kostnader för regioner och kommuner inom finansieringsprincipen

I tabell 28.1 har vi samlat samtliga statens kostnader inklusive kostnader för kommunsektorn inom finansieringsprincipen för de olika områden vi lägger förslag inom. Den stora delen av kostnaderna infaller inom fem år, sammantaget knappt 2 miljarder kronor. Därefter finns kontinuerliga kostnader med 67 miljoner kronor per år, dessa utgörs exempelvis av ersättning till kommuner och regioner som ska täckas av finansieringsprincipen och utvidgning av ramanslag till statliga myndigheter.

Tabell 28.1 Kostnader per område

Miljoner kronor

Områden med förslag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Summa	Därefter/år
Förebyggande	44	44	42	42	42	**214**	
SIP[1] och verkställighetsplaner Kriminalvården och SiS.[2] Vägledning	40	40	36	27	27	**170**	24
Tillgänglighet och kvalitet i vård och stöd	280,5	280,5	279	79		**919**	
Lag om hantering av opioidantagonister	31	29,5	29,5	29	29	**148**	27
Skadereducering, LARO och dödlighet	26,5	29,5	21,5	5,5	5,5	**88,5**	0,5
Anhöriga	2	2	2			**6**	
Uppföljning och statistik	7	6,5	3,5	0,5	0,5	**18**	0,5
Kunskapsutveckling och forskning	119	119	115	15	15	383	15
Summa	**550**	**551**	**528,5**	**198**	**119**	**1 946,5**	**67**

[1] Samordnad individuell plan (SIP).
[2] Statens institutionsstyrelse (SiS).

I tabell 28.2 delas kostnaderna för våra förslag ut på olika typer av aktörer: regioner, kommuner, statliga myndigheter och andra organisationer. Mest pengar går till regionerna och därefter till kommunerna. De permanenta tillskotten enligt finansieringsprincipen är 26 miljoner kronor för regionerna och 12 miljoner kronor för kom-

munerna. I avsnitt 28.4 *Kostnader uppdelat på områden och aktörer* finns även kostnaderna uppdelat på områden för aktörerna.

Tabell 28.2 Kostnader per aktörer

Miljoner kronor

Aktörer	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Summa	Därefter/år
Regioner	326,5	326,5	324,5	62,5	26	1 066	26
Kommuner	90,5	90,5	90,5	48,5	12	332	12
Länsstyrelserna	40	40	40	40	40	200	
Socialstyrelsen	40,3	42,3	37,8	24	18	162,5	15
Kriminalvården	9	9	5	5	5	33	5
Polismyndigheten och Migrationsverket	7	7	7	5	5	31	5
Folkhälsomyndigheten	7,3	7,8	4,8	3	3	26	1
Myndigheten för vård- och omsorgsanalys	4,5	5	2	2	2	15,5	
Digitaliseringsmyndigheten	5	5	5			15	
Sveriges Kommuner och Regioner	3	3	3	3	3	15	
Statens institutionsstyrelse	3,5	3,5	1,5	1,5	1,5	11,5	1,5
Andra myndigheter som medverkar i dödlighetsprogram	2	2	2	2	2	10	
Nationellt kompetenscentrum anhöriga	2	2	2			6	
E-hälsomyndigheten	2,5	1	1	0,5	0,5	5,5	0,5
Läkemedelsverket	1,5	1,5	1	1	1	6	1
Forte	2	2				4	
Andra aktörer som söker statsbidrag	1	1	1			3	
Nationella Vårdkompetensrådet	1	1				2	
Rättsmedicinalverket	0,8	0,3	0,3			1,5	
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	0,5	0,5				1	
Summa	**550**	**551**	**528,5**	**198**	**119**	**1 946,5**	**67**

28.1.2 Förslag om förebyggande insatser

Förebyggande insatser kan, i den mån de är effektiva, ses som sociala investeringar som sparar kostnader i framtiden i form av ekonomiska resurser. Förebyggande arbete värnar också liv och hälsa, och kan bidra till ökad trygghet och minskad brottslighet. Faktorer som påverkar narkotikaanvändning och skadligt bruk eller beroende är ofta associerade med samhällsproblem som våld, kriminalitet och utanförskap, vilket innebär att förebyggande insatser mot dessa faktorer kan få effekt på fler områden än skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Det finns exempel på samhällsekonomiska beräkningar för förebyggande arbete riktat till unga. En studie som analyserade det strategiska folkhälsoarbetet i Norrtälje kommun indikerar att arbetet medfört samhällsbesparingar för olika sektorer under olika tidsperspektiv – inte bara i kommunen utan också i hälso- och sjukvården och hos statliga myndigheter. Forskarna bakom studien drar slutsatsen att samhällsbesparingarna sannolikt överstiger kostnaderna för kommunens förebyggande arbete.[3] Ett annat exempel är en samhällsekonomisk analys som visade att både universella och riktade insatser i form av föräldrastöd i syfte att förebygga barns beteendeproblem, såsom aggressivitet eller oro, är kostnadseffektiva. Slutsatsen var att samhället i genomsnitt får tillbaka två kronor för varje satsad krona under en period av ett till två år.[4]

28.1.3 Förslag om vård, stöd och skadereducerande insatser

Våra förslag som rör vård och stöd handlar till stor del om ökad tillgänglighet och ökad kvalitet i insatserna. Framför allt handlar de samhällsekonomiska vinsterna i dessa fall om ökad hälsa och vunna levnadsår. Men ökad tillgänglighet kan också innebära att vård och stöd ges i ett tidigare skede. På så sätt kan mer resurskrävande insatser undvikas senare, såsom inskrivningar på sjukhus eller besök på akutmottagningar, eller att ytterligare sjukdomar som kräver vård utvecklas.

Ett särskilt fokus finns på att öka tillgången till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO). För personer i LARO är det ovanligt att ha arbete eller sysselsättning vid start av behand-

[3] Länsstyrelsen Stockholm. Rapport 2020:23: *Är samverkan för bättre folkhälsa lönsamt?*
[4] Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. https://mfof.se/foraldraskapsstod/effekter-av-foraldraskapsstod/halsoekonomiska-effekter.html. Besökt 2023-09-14.

lingen. I en svensk studie hade under 15 procent anställning eller studerade vid behandlingsstart. Efter fem år i behandling var sysselsättningsgraden cirka 75 procent.[5,6] Även om det saknas data inom området, kan mer tillgängliga och kvalitativa insatser innebära att fler rehabiliteras från skadligt bruk eller beroende av narkotika och på sikt bidrar till samhällsekonomin när hälsan och den sociala situationen förbättras. LARO minskar också narkotikaassocierad kriminalitet.

28.1.4 Nyttokostnadsanalys avseende sparade liv till följd av våra förslag

Det är svårt att uppskatta vilken samlad effekt våra förslag kommer att ha på dödsfall på grund av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. I vår vetenskapliga referensgrupp ansågs en effekt motsvarande en minskning av dödsfallen med 20 procent inom fem år som fullt realistisk. De åtgärder som införs ska vara permanenta, varför en varaktig effekt förväntas för alla år efter att åtgärderna implementerats fullt ut. En 20-procentig minskning jämfört med 2022 års nivå innebär att drygt 170 liv skulle sparas under ett år.

I vår kalkyl över kostnad per räddat liv har vi utgått från 20 procents lägre dödlighet som ett huvudscenario men även lagt in andra effektnivåer, från 2 till 30 procents minskning jämfört med nivån 2022. I beräkningarna har vi antagit att effekten växer successivt, för vårt huvudalternativ innebär det 1 procent år ett, 5 procent år två, 10 procent år 3, 15 procent år fyra och 20 procent år 5 och framåt.[7]

De kostnader som avses är de som i övrigt presenteras i detta kapitel och visas i tabell 28.1 ovan. Det handlar alltså om kostnadsökningar för staten, inklusive kostnader för kommuner och regioner som ska finansieras av staten enligt finansieringsprincipen, genom nya åtaganden och ambitionshöjningar som med våra förslag åläggs kommun eller region. Här ingår inte enbart det förslag som direkt syftar till att minska dödligheten och ryms i det program vi föreslår för ändamålet, utan även kostnader för bland annat förebyggande arbete som antas ha mer långsiktiga effekter. Kostnaderna varierar under perioden år 1–5 och är sedan konstanta från och med år 6.

[5] Gunne, L. m.fl. (2002). *Treatment characteristics and retention in methadone maintenance: High and stable retention rates in a Swedish two-phase programme.*
[6] Notera att arbetsmarknaden vid tiden för studien, 1967–1990, var annorlunda än i dag.
[7] För övriga effektnivåer görs samma andelsmässiga ökning av effekten.

Det är troligt och önskvärt att våra förslag kan leda till mer jämlik tillgång till vård och stöd när det gäller kunskapsbaserad och personcentrerad vård. Kunskapsbaserade och personcentrerade insatser bedöms ha större förutsättningar att bidra till bättre behandlingsresultat och högre effektivitet. I vissa fall skulle det också kunna leda till ökade kostnader på vissa håll om till exempel bristande tillgänglighet beror på underfinansiering i dag hos en del av huvudmännen. Sådana kostnader är då inte är medräknade här.

Det är etiskt problematiskt att värdera liv i pengar. Vi beskriver därför mer om de etiska principerna och perspektiven i avsnitt 28.2.2 *Konsekvenser för dem som använder narkotika, som har skadligt bruk eller beroende, och för deras anhöriga*.

Med begränsade resurser finns det en mening i att rädda så många liv som möjligt, givet de resurser som finns till hands. Som grova riktmärken kommer författarna till artikeln *Värdet av liv* fram till att om kostnaderna överstiger 100 miljoner per räddat liv så kan man vara säker på att det finns alternativa, mer kostnadseffektiva insatser att rädda liv på. Om kostnaderna tydligt understiger 1 miljon kronor kan man i stället vara säker på att det är kostnadseffektivt att tillföra resurser för sådana insatser (2006 års prisnivå[8]).[9]

Tabell 28.3 Kostnad per sparat liv

Miljoner kronor

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Totalt år 1–5*	År 6 & framåt	Totalt år 1–10*
30 % effekt	42,6	8,5	4,1	1,0	0,5	**3,0**	0,3	**1,2**
20 % effekt	64,0	12,8	6,1	1,5	0,7	**4,4**	0,4	**1,8**
10 % effekt	127,9	25,6	12,3	3,1	1,4	**8,9**	0,8	**3,5**
5 % effekt	255,8	51,3	24,6	6,1	2,8	**17,8**	1,6	**7,0**
2 % effekt	639,5	128,1	61,5	15,3	6,9	**44,4**	3,9	**17,6**

* Här har kostnaden för hela perioden dividerats med antalet sparade liv för hela perioden.

I kalkylen som redovisas i tabell 28.3 ses att redan efter en femårsperiod (kolumnen *Totalt år 1–5*) är den samlade kostnaden per sparat liv under perioden 4,4 miljoner vid en effektnivå på 20 procent, även

[8] Omräknat till 2022 års priser enligt konsumentprisindex motsvarar detta 131 respektive 1,3 miljoner kronor.
[9] Hultkrantz, L., Svensson, M. (2008). *Värdet av liv.*

vid en effekt så låg som 2 procent är kostnaden långt under 100 miljoner kronor per sparat liv.

Sammantaget för en tioårsperiod blir kostnaden per sparat liv vid 20 procents minskning 1,8 miljoner. Eftersom de insatser vi föreslår antas ge permanenta effekter och låga permanenta kostnader kommer sedan den totala genomsnittskostnaden att sjunka för varje år som går. I figur 28.1 visas kostnaderna per år per räddat liv vid olika effektnivåer, där full effekt nås vid år fem. Från år sex är kostnaden per sparat liv per år konstant. Även om det kan tillkomma mer kostnader, visar kalkylen att dessa skulle behöva vara mycket stora för att vårt huvudscenario med 20 procents lägre dödlighet inte skulle kunna motiveras av effektivitetsskäl i förhållande till alternativ användning av resurserna, speciellt på längre sikt.[10]

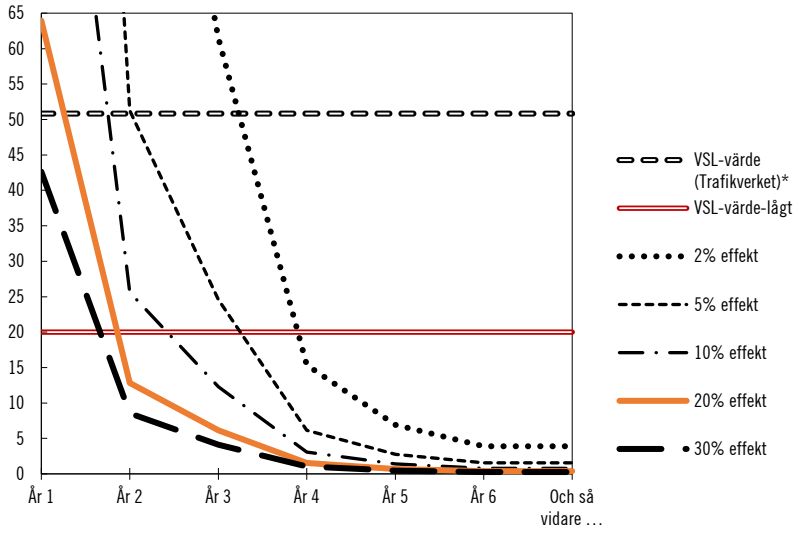
Värdet av ett statistiskt liv i förhållande till läkemedelsbedömningar

Utifrån personers betalningsvilja för att minska risken att en person ska förolyckas har man i olika studier härlett ett värde som benämns värdet av ett statistiskt liv (VSL). Ofta, men inte enbart, har det handlat om trafikolyckor, och det har också använts som ett standardvärde vid samhällsekonomisk analys inom transportsektorn. Trafikverkets senaste uppdaterade VSL är 44 miljoner kronor. Värdet är angivet i 2017 års prisnivå och ska enligt rekommendationen räknas upp med konsumentprisindex, vilket ger ett värde på 51 miljoner kronor för 2022. Trafikverkets VSL, som alltså bygger på studier av befolkningens betalningsvilja, ligger högre än ett motsvarande värde som härletts utifrån Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) beslut om huruvida nya läkemedel ska ingå i en allmän subventionering eller inte.

[10] På längre sikt finns det en mening i att diskontera både kostnader och sparade liv på så sätt att kostnader och värde i form av räddade liv värderas lägre om de inträffar i framtiden. I beräkningen här har detta inte gjorts när antal liv är en av storheterna. I beräkningen nedan när nyttan av sparade liv räknas om till kronor görs dock en sådan justering.

Figur 28.1 Kostnad per räddat liv per år

Miljoner kronor



* Uppräknat till 2022 års priser enligt KPI.

Vid TLV:s analyser mäts effekten i förändring av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) i stället för sparade liv. Kostnaden per QALY varierar i TLV:s beslut, och det finns inget officiellt fastställt gränsvärde. I en studie har dock implicita värden tagits fram utifrån TLV:s beslut 2005–2011.[11] De framräknade implicita värdena har också räknats om och jämförts med Trafikverkets värde för VSL. Då motsvarar de cirka hälften av Trafikverkets VSL.[12,13] I figuren 28.1 och beräkningarna nedan har vi därför lagt in ett värde på 20 miljoner kronor som ett alternativt lågt räknat VSL. Det är i nedre delen av det spann som har bedömts utifrån TLV:s läkemedelsbedömningar.[14]

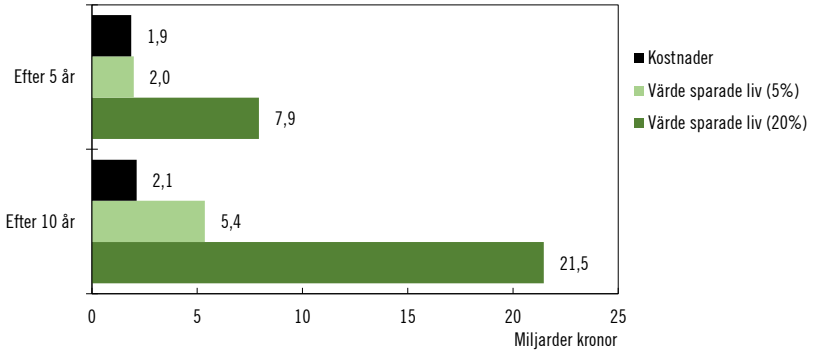
[11] Olofsson, S. m.fl. (2019), *Value of a QALY and VSI Estimated with the Chained Approach.*
[12] Eller motsvarande: att cirka en dubbelt så hög kostnad per QALY skulle kunna ”accepteras” av TLV för att motsvara Trafikverkets VSL. I 2017 års prisnivå: TLV:s implicita värden för ett QALY = 0,8–1,4 miljoner kronor; Trafikverkets värde för ett QALY härlett från VSL = 2,6 miljoner kronor.
[13] Hultkrantz, L. (2020). *Värdet av ett statistiskt liv och covid-19.*
[14] Ibid.

Värde och kostnader, sparade liv

I Figur 28.2 visas de kostnader som vi redovisar ovan samt värdet av de sparade liven, beräknat utifrån ett VSL på 20 miljoner kronor för en femårsperiod och en tioårsperiod, samt för två effektnivåer: 20 och 5 procent. Givet ett så lågt VSL som 20 miljoner kronor skulle nyttan av sparade liv omräknat till kronor vid en effekt på 20 procent motsvara 21,5 miljarder efter 10 år. Medan kostnaderna uppgår till 2,1 miljarder. Även vid en effekt på 5 procent är värdet av de sparade liven högre än kostnaderna redan efter fem år.

Figur 28.2 Värdet av sparade liv samt kostnader, miljarder kronor

Statens kostnader inklusive kostnader för kommunsektorn som ska täckas av finansieringsprincipen. Ett lågt VSL på 20 mkr har använts. Diskonterade värden. Miljarder kronor



Vid ett så högt VSL som det Trafikverket rekommenderar för samhällsekonomisk analys[15] skulle motsvarande värde för nyttan av sparade liv vara 54,5 miljarder för en tioårsperiod. (I beräkningarna har värdena diskonterats med 3,5 procent per år, både för kostnader och värdet av sparade liv för att spegla ett nuvärde.[16])

[15] 50,8 miljoner i 2022 års prisnivå.
[16] Trafikverket (2023). *Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn: ASEK 7.1.*

Varför vi inte gör en hälsoekonomisk beräkning

Nyttokostnadsanalyser, så som den kalkyl vi presenterar ovan där kostnaden per räddat liv kan jämföras med VSL eller räknas om till kronor, har traditionellt används för att bedöma effektiviteten av insatser för att rädda liv inom trafiken. Detta bland annat beroende på den nollvision med fokus på sparade liv som funnits där. En sådan vision finns nu också för dödsfall på grund av läkemedels- och narkotikaförgiftningar, vilket är ett argument för en beräkning som fokuserar på sparade liv.[17]

Vi bedömer också att en sådan beräkning är mer transparent och lättare att tolka än en mer omfattande hälsoekonomisk beräkning. Eftersom vi beräknar våra egna förslag ser vi att det är viktigt att minska utrymmet för bias och vara så transparenta som möjligt samt att visa olika beräkningsalternativ för den antagna effekten.

En mer omfattande hälsoekonomisk beräkning skulle bland annat innebära att vi behöver göra flera antaganden som kan ha stor inverkan på resultatet av beräkningen, såsom

- den samlade effekten av skadereducerande insatser
- förväntad återstående livslängd för dem som räddas
- hälsostatus för de personer som räddas
- varaktigheten av det skadliga bruket eller beroendet av narkotika
- värdet av produktionsbortfall som undviks (netto).

28.2 Övriga konsekvenser och effekter

I avsnittet beskrivs konsekvenser av våra samlade förslag för:

- det kommunala självstyret
- personer som använder narkotika och deras anhöriga
- personal
- barn
- brottslighet och brottsförebyggande arbete

[17] Regeringen 2021/22:213 (2022). *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025.*

- jämställdhet och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra
- jämlikhet och folkhälsa
- företag
- EU-rätt och andra internationella rättsliga åtaganden.

28.2.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst

Bedömning: Förslagen som syftar till förbättrad vård och omsorg berör i olika hög grad huvudmännen. Vår bedömning är dock att det inte innebär några nya uppgifter för huvudmännen, utan att det rör sig om förtydliganden eller omfördelning av uppgifter inom en huvudmans verksamhet.

Ett förslag får dock konsekvenser för den kommunala självstyrelsen: Det handlar om den skyldighet vi föreslår för kommun och region att medverka vid samordnad verkställighetsplanering som initieras av Kriminalvården. Vi bedömer att detta förslag är proportionerligt i förhållande till sitt syfte.

Våra förslag och bedömningar handlar i huvudsak inte om nya åtaganden för kommun eller region. Ett förslag som påverkar det kommunala självstyret är kravet på regioner och kommuner att delta i en så kallad samordnad verkställighetsplanering när Kriminalvården kallar till det. Regioner och kommuner ska kompenseras för det nya åtagandet i enlighet med finansieringsprincipen.

Det förslag som syftar till att främja fler samordnade vård- och stödverksamheter för barn och unga bedömer vi inte innebär några nya uppgifter för kommuner och regioner, utan är ett förtydligande av huvudmännens ansvar enligt nuvarande lagstiftning.

Redan i dag finns ett tydligt ansvar för regioner och kommuner att samverka till exempel genom samordnad individuell planering (SIP). Socialtjänsten och kommunerna har ett delat ansvar för vården av de barn som har ett skadligt bruk och beroende. Detta innebär att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten som regel behöver kunna samverka om barnet och/eller vårdnadshavaren samtycker till det. Förslaget om en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),

HSL ska därför ses som en erinran för regioner att samverka med kommuner när det finns ett sådant behov och det inte hindras av sekretess. Detsamma gäller i allt väsentligt även våra andra förslag. Se vidare respektive förslag i avsnitt 28.3 *Konsekvenser av våra specifika förslag.*

28.2.2 Konsekvenser för dem som använder narkotika, som har skadligt bruk eller beroende, och för deras anhöriga

Bedömning: Förslagen får positiva konsekvenser för personer som använder narkotika, har ett skadligt bruk eller beroende samt deras anhöriga. Det handlar om bättre livskvalitet och hälsa samt minskad dödlighet och sjuklighet.

Vi har i arbetet haft ett tydligt fokus på att förbättra vård och stöd till personer som använder narkotika eller som utvecklat skadligt bruk eller beroende. Vi har i betänkandet utgått från de målbilder vi tagit fram tillsammans med personer som använder narkotika och deras anhöriga. De har pekat på olika förbättringsområden. Vi har också i vår omfattande kartläggning synliggjort de ofta omotiverade skillnaderna i insatsernas tillgänglighet och kvalitet mellan olika kommuner och regioner, liksom vad gäller utvecklingen över tid. Utfallet av insatser för skadligt bruk eller beroende har inte haft samma positiva utveckling som andra sjukdomar.

Det finns många brister som behöver åtgärdas för att minska dödligheten samt öka hälsan och livskvaliteten hos personer med skadligt bruk eller beroende, och hos deras anhöriga. Vi anser att våra förslag och bedömningar kan bidra till att uppnå målbilderna utifrån behov som brukare och anhöriga har.

Vi ser inte att våra förslag eller bedömningar i något avseende skulle påverka brukare eller anhöriga negativt. Vi föreslår exempelvis inte nya organisatoriska enheter med svåra gränsdragningar där personer riskerar att falla mellan stolarna. Vi bygger vidare på de strukturer som redan finns och förslag som redovisats av andra utredningar. Tidigare insatser, mer lättillgänglig vård, digital vård och en nationell stödlinje kan göra att personer enklare får kontakt med vård- och stödverksamheter och att deras problem kan minska.

Våra förslag vilar alla på en etisk grund om allas lika värde och rätt till bästa uppnåeliga hälsa och rätten till liv. Människovärdesprincipen är en princip av stor betydelse i detta sammanhang. Människovärdet är inte bundet till våra egenskaper utan är knutet till varje enskild människa oberoende av prestationer.[18]

Många gånger möts personer som använder narkotika, eller har skadligt bruk eller beroende, av rädsla, avsky och avståndstagande.[19] Det handlar om både omgivningens och samhällets förhållningssätt, om olika yrkesgruppers attityder, samt om bemötande inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. De moraliska slutsatser som utvecklas till följd av sådana uppfattningar kan leda till stigmatisering. Konsekvenser av stigmatisering kan vara att personer med skadligt bruk eller beroende får ett sämre bemötande och sämre behandling för fysiska hälsoproblem, eller kan leda till att man inte söker vård alls. Stigma riktat mot personer med beroendesjukdom kan även indirekt påverka hur resurser prioriteras och fördelas.

Rätten till liv och möjligheten för fler att rädda liv, exempelvis genom naloxon och insatser i ett nationellt program för att minska dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar, väger tungt i balansen mellan olika värden, och kommer att gynna målgruppen. I de etiska koder som gäller i samhället bör allas rätt till liv gälla lika oavsett om ingripanden handlar om att förhindra suicidförsök, återuppliva vid hjärtstopp eller återuppliva med hjälp av naloxon, även om det kan tänkas innebära en integritetskränkning.

Vi bedömer att våra förslag på sikt kan leda till större medvetenhet om stigmafrågor och betydelsen av ett gott bemötande inom olika sektorer. De kan bidra till att personer med skadligt bruk eller beroende, eller deras anhöriga, blir bättre bemötta och att insatser för denna målgrupp prioriteras. Vi lägger flera förslag om att minska stigmatisering, stärka den somatiska hälsan, stärka behandlingsinsatserna och möjligheten till ett tryggt boende. Allas lika värde och rätt till liv har därför varit en utgångspunkt i vårt arbete.

Vi har också utgått från rätten till självbestämmande, särskilt vad gäller personcentrerad vård och omsorg. Principen innebär att man själv ska få bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar under förutsättning att det inte kränker andras självbestämmanderätt.[20]

[18] Statens Medicinsk-etiska råd, *Några medicinsk-etiska begrepp,* www.smer.se. Besökt 2022-08-29.
[19] SOU 2021:93. *Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.
[20] Statens medicinsk-etiska råd, *Några medicinsk-etiska begrepp,* www.smer.se. Besökt 2022-08-29.

28.2.3 Konsekvenser för personal

Bedömning: Förslagen och bedömningarna bidrar till bättre förutsättningar för personal inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, Statens institutionsstyrelse (SiS), Kriminalvården, skolan, polisen och rättsvårdande myndigheter att utföra sitt arbete med kvalitet.

Vår samlade bedömning är att våra förslag och bedömningar ska ge ökad tydlighet och vägledning för professioner som möter personer som använder narkotika eller deras anhöriga. Det kan minska den etiska stress som annars kan uppstå. Våra förslag och bedömningar syftar till att fler personer som använder narkotika ska våga och kunna söka vård och stöd samt erbjudas sådana insatser över hela landet. På kort sikt kan det innebära en påfrestning för personal att hinna och kunna ta emot och ge vård och stöd till dessa individer. På lång sikt finns dock förutsättningarna för en bättre hälsa och tillfrisknande hos dessa individer, vilket kan motverka att de återkommer till insatser gång på gång när inte tillfredställande resultat uppnås. Förslagen om att i ökad utsträckning anpassa LARO-behandling till nya läkemedel och beredningsformer kan också bidra till att tid frigörs för att hantera andra uppgifter eller ytterligare patienter.

De utmaningar som finns inom vård och omsorg vad gäller kompetensförsörjning gäller i hög grad också det område vi haft i uppdrag att utreda. God tillgång till utbildad personal inom området är en förutsättning för våra förslag och bedömningar. Vi är väl medvetna om de begränsningar som finns vad gäller kompetensförsörjningen inom vård och omsorg, men har inte i våra direktiv haft till uppgift att se över dessa frågor. Frågor om kompetensförsörjning behöver därför hanteras i en annan ordning, även om vi också lägger förslag om uppdrag till Nationella vårdkompetensrådet – det beskrivs i avsnitt 28.3.8 *Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning.*

Vi lägger också förslag om att utreda behoven av fortbildning för personal inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst i frågor om skadligt bruk eller beroende. På sikt påverkar detta personal positivt och ökar förutsättningarna för att göra ett gott arbete.

28.2.4 Konsekvenser för barn

Bedömning: Vi bedömer att våra förslag i huvudsak har positiva konsekvenser för barn.

Barnkonventionen antogs av FN:s generalförsamling 1989. Konventionen trädde för Sveriges del i kraft den 2 september 1990. Den 1 januari 2020 inkorporerades barnkonventionen i svensk rätt och artiklarna 1–42 i konventionen gäller då som svensk lag. Rättigheterna gäller alla barn upp till 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet (artikel 1). Rättigheterna gäller samtliga barn inom ett lands jurisdiktion, utan åtskillnad av något slag. Flera artiklar i barnkonventionen är relevanta för denna utredning. Till exempel ska enligt artikel 3.1 i barnkonventionen vid alla åtgärder som rör barn i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Enligt artikel 33 ska konventionsstaterna vidta alla lämpliga åtgärder, innefattande lagstiftningsåtgärder, administrativa och sociala åtgärder i upplysningssyfte, för att skydda barn från olaglig användning av narkotika och psykotropa ämnen såsom dessa definieras i tillämpliga internationella fördrag, och för att förhindra att barn utnyttjas i den olagliga framställningen av och handeln med sådana ämnen.

Vi bedömer att våra förslag har positiva konsekvenser för barn. Många av våra förslag syftar till förbättrad tillgång till och kvalitet av vård och stöd för personer med ett skadligt bruk eller beroende av narkotika. Bättre vård och stöd kan även innebära positiva konsekvenser såväl för barn och unga med ett eget skadligt bruk och beroende som för barn som har en förälder eller annan vårdnadshavare med ett skadligt bruk eller beroende.

Vidare föreslår vi att det i HSL, ska införas en bestämmelse som tydliggör ett ansvar för att vård vid skadligt bruk eller beroende för barn och unga vid behov ska samordnas med annan psykiatri samt socialtjänsten. Det möjliggör en mer effektiv och samordnad vård och omsorg som minskar risken för att barn och unga faller mellan stolarna och utvecklar en mer allvarlig problematik.

Våra förslag kring förebyggande arbete kan bidra till att färre barn och unga exponeras för narkotika och riskerar ett framtida skadligt bruk eller beroende. De förslagen svarar också mot medlemsstaternas åtagande enligt artikel 33 i barnkonventionen. Särskilt förslaget om att ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utveckla ett målgruppsanpas-

sat kunskapsstöd och att det nationella hälsoprogrammet för barn och unga ska inkludera rekommendationer om stöd till föräldrar för hur de kan kommunicera om narkotika med sina barn, kommer att bidra till att skydda barn och unga från skadligt bruk eller beroende av narkotika.

De förslag vi lämnar inom det skadereducerande området kan också få positiva effekter för barn eftersom det ger en möjlighet att få kontakt med och erbjuda stöd till personer som annars inte nås av samhällets insatser. Därigenom kan även barns behov uppmärksammas. Möjligheten att ta emot även personer under 18 år vid sprututbyten, om särskilda skäl föreligger, är också positivt för att uppmärksamma behov och erbjuda insatser om vård och stöd.

De förslag och bedömningar vi lämnar som rör rättsväsendet, särskilt det förslag som innebär en möjlighet för Kriminalvården att kalla till en samordnad verkställighetsplanering, kan innebära förbättringar för barn och unga som är anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika, genom förbättrad planering och samverkan vid utskrivning.

28.2.5 Konsekvenser för brottslighet och det brottsförebyggande arbetet

Bedömning: Våra förslag bedöms ha positiva effekter på brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet.

Kriminalitet är i stor utsträckning relaterad till skadligt bruk eller beroende av narkotika och narkotikahandel. Vi har dock inte haft i uppgift att utvärdera narkotikapolitiken i hela dess bredd och våra förslag har fokus på liv och hälsa. Vi lämnar därför inte förslag på hur narkotikabrott eller narkotikarelaterad brottslighet bör hanteras.

Bland dem som var inskrivna på en anstalt den 1 oktober 2021 var narkotikabrott eller narkotikasmuggling det näst vanligaste huvudbrottet (cirka 30 procent). Drygt 60 procent av de intagna uppgav också att de använt någon form av narkotika under de senaste 12 månaderna före anstaltsvistelsen, vilket innebar en ökning från året innan.[21]

Kriminalitet innebär stora kostnader för samhället. Narkotikabrott genererar kostnader för exempelvis polisen, domstolarna, Kriminal-

[21] Folkhälsomyndigheten (2022). *Narkotikasituationen i Sverige.*

vården och Tullverket. Den direkta kostnaden för rättsväsendet avseende narkotikarelaterade brott uppgick till cirka 7 miljarder år 2020.[22] Till detta kommer väsentligt större samhälleliga kostnader för sociala, medicinska och psykologiska skadeverkningar.

Att ge ökad tillgång till behandling för skadligt bruk eller beroende är effektivt för att minska brott. Det innebär att våra förslag som sammantaget syftar till att stärka vård och stöd för personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika kommer att främja det brottsförebyggande arbetet. De förslag som syftar till att utveckla arbetet med tidiga insatser och förbättra tillgängligheten till behandling bidrar till att skapa bättre möjligheter till ett effektivt brottsförebyggande arbete genom att förebygga att personer utvecklar skadligt bruk eller beroende. Därigenom minskar risken för att de ska begå brott. När omfattningen av narkotikaanvändning minskar i samhället kan även minskad produktion och handel med narkotika, och indirekt minskade konflikter och våldsbrott som relaterar till handeln, bli en positiv konsekvens.

Vi bedömer också att det finns tydliga kopplingar mellan narkotikaförebyggande och brottsförebyggande arbete. Ett stärkt narkotikaförebyggande arbete kan förväntas ha en positiv effekt på annan brottslighet, då det finns likartade faktorer bakom flera olika normbrytande beteenden och samhällsproblem, såsom våld och utanförskap.

Vi bedömer också att det förstärkta skadereducerande perspektivet inom vård, stöd och behandling kan minska risken för återfall i brott och specifikt återfall i ringa narkotikabrott.

28.2.6 Konsekvenser för jämställdhet och för att mäns våld mot kvinnor ska upphöra

Bedömning: Förslagen gynnar både flickor/kvinnor och pojkar/män. Förslagen bedöms marginellt kunna påverka jämställdheten mellan könen.

[22] Hofmarcher, T. m.fl. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) Rapport 2022:5: *Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige.*

Som vi beskriver i kapitel 6 finns skillnader mellan könen vad gäller

- användningen av narkotika
- hur många som nås av samhällets insatser
- den dödlighet som orsakas av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.

Ett förebyggande arbete som syftar till att minska barns och ungas användning, senarelägga debuten och minska förekomsten av skadligt bruk eller beroende, bidrar till att flickor och pojkar ges mer likvärdiga möjligheter inom olika områden i livet.

Vad gäller konsekvenser för anhöriga är det vanligt att kvinnor upplever större negativa hälsokonsekvenser än män och också i större utsträckning söker vård och stöd för problem relaterade till att vara anhörig. Det är vanligt att kvinnor tar ett stort ansvar som anhöriga, med konsekvenser som påverkar deras eget liv. Våra förslag och bedömningar inom området anhörigstöd kan också på sikt bidra till ökad jämlikhet mellan kvinnor och män.

Vi belyser i betänkandet behovet av personcentrerad vård och omsorg, inte minst vad gäller särskilt utsatta grupper, exempelvis kvinnor och hbtqi[23]-personer. Det handlar inte minst om behov av mer uppsökande arbetssätt, tillgång till boenden, kunskap om våld i nära relationer och sex mot ersättning med mera. Genom ökad kunskap om dessa frågor i olika verksamheter kan jämställdheten mellan män och kvinnor på sikt öka.

28.2.7 Konsekvenser för jämlikhet och folkhälsa

Bedömning: Förslagen har förutsättningar att förbättra folkhälsan genom att insatserna kan få positiv effekt för personer med skadligt bruk eller beroende, deras familjer, anhöriga och samhället i stort. Förslagen kan också bidra till att minska ojämlikheten i fråga om hälsa.

[23] Homosexuella, bisexuella, trans- och queerpersoner samt intersexpersoner.

Skadligt bruk eller beroende är en multifaktoriell fråga med samma bakomliggande faktorer som flera andra samhällsutmaningar, såsom våld och brott samt andra folkhälsoområden. Insatser för att förebygga, behandla och minska skador och död på grund av skadligt bruk eller beroende kan därmed få effekt även på andra områden. På motsvarande sätt kan generella hälsofrämjande folkhälsoinsatser, som påverkar samhälleliga förutsättningar för en god hälsa, vara en grund även för det narkotikaförebyggande arbetet och ge synergieffekter inom fler preventionsområden.

Det finns systematiska skillnader mellan olika grupper i samhället avseende skadligt bruk eller beroende, och än tydligare avseende narkotikarelaterad död. Skadligt bruk eller beroende samt narkotikarelaterad dödlighet är betydligt vanligare bland personer med lägre socioekonomisk position än bland dem med högre socioekonomisk position. Genom att vi föreslår insatser som dels är universellt hälsofrämjande, dels riktade till riskgrupper där behoven kan vara större, kan förslagen bidra till mer jämlik hälsa.

Vi bedömer att en samlad effekt av förslagen om vård och stöd är en mer jämlik tillgång till vård och stöd av god kvalitet vid skadligt bruk eller beroende av narkotika. Speciellt gäller det minskade skillnader mellan invånare i olika kommuner och regioner.

Våra förslag handlar om att stärka stödet till en grupp personer som på grund av stigma och andra faktorer har svårt att ta del av rätten till hälsa på lika villkor som andra patienter. Genom insatser med ett skadereducerande perspektiv, icke stigmatiserande bemötande och mer individanpassade vård- och stödinsatser, stärks förutsättningarna för jämlikhet inom vård och omsorg.

28.2.8 Konsekvenser för företag

Bedömning: Förslagen innebär inte några effekter av betydelse för företagens arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt. Förslag och bedömningar gör ingen skillnad på offentliga och privata utförare.

I viss mån kan förslagen påverka hur huvudmännen utformar förfrågningsunderlag och avtal och därigenom villkor för företagen. Det handlar om hur regioner och kommuner kan öka sin tillgänglighet

genom exempelvis fritt vårdval, styra ersättningsmodeller för att premiera efterlevnad av nationella riktlinjer, mer samlokaliserade eller samverkande insatser och hur förfrågningsunderlag utformas. Det är dock samma förhållande som redan i dag gäller. I dag utförs en ökande andel av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården respektive omsorgssektorn av andra än egen förvaltning. En betydande andel av dessa privata utförare är företag.

Genom de förslag och bedömningar som vi har presenterar kan personer med narkotikaproblem få vård och stöd tidigare. Detta kan på sikt minska arbetsplatsrelaterade olyckor där narkotikapåverkan haft betydelse, vilket kan generera en positiv effekt för företag.

28.2.9 Konsekvenser i förhållande till EU-rätt

Bedömning: Förslagen är förenliga med EU-rätten.

Vi bedömer att förslagen är förenliga med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Våra förslag och bedömningar faller alla inom ramen för subsidiaritetsprincipen och är frågor som hanteras på nationell nivå. Handel med och försäljning av narkotika är lagbrott i hela EU och omfattas därför inte av regleringen vad gäller fri rörlighet på EU:s inre marknad.

Flera av förslagen och bedömningarna bidrar dock till att Sverige på ett tydligare sätt kan verka för genomförandet av EU:s narkotikastrategi för åren 2021–2025. Strategin anger den politiska inriktningen och prioriteringarna för EU:s narkotikapolitik och kompletterar medlemsstaternas politik. Vidare kan de förslag vi lägger om att säkerställa bättre statistik, data och uppföljning bidra till jämförelserna på narkotikaområdet i EU.

28.2.10 Konsekvenser i förhållande till andra internationella rättsliga åtaganden

Bedömning: Förslagen är förenliga med de konventioner Sverige ratificerat.

Sverige har anslutit sig till och ratificerat en rad internationella konventioner inom områden som narkotikapolitiken berör. Det handlar bland annat om

- FN:s allmänna narkotikakonvention från 1961 med 1972 års tillägg
- FN:s konvention om psykotropa ämnen
- FN:s konvention mot olaglig hantering av narkotika och psykotropa ämnen
- Europakonventionen och EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna med bestämmelser om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter
- FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter
- FN:s konvention om barnets rättigheter.

Våra förslag och bedömningar är förenliga med dessa åtaganden. Det skadereducerande perspektivet och mer och fler insatser som är anpassade till en kunskapsbaserad och personcentrerad vård och omsorg innebär enligt vår bedömning en förbättrad möjlighet till efterlevnad av exempelvis konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, men även andra konventioner och internationella åtaganden som finns listade i *Human Rights in Drug Policy: A self-assessment tool*.[24] Vi lämnar inga förslag eller bedömningar som strider mot våra åtaganden i de internationella konventioner som nämns ovan.

[24] Council of Europe. https://rm.coe.int/human-rights-in-drug-policy-final-web/1680a8148d. Besökt 2023-08-20.

28.3 Konsekvenser av våra specifika förslag

Nedan följer en beskrivning av konsekvenser, kostnader och finansiering för specifika förslag och områden. Enligt den så kallade finansieringsprincipen ska staten kompensera kommuner och regioner för ambitionshöjningar i befintliga uppgifter eller för införande av nya uppgifter. Detta tydliggörs specifikt under respektive förslag. När vi lämnar förslag som innebär ökade kostnader för staten föreslår vi även ur vilket utgiftsområde och anslagspost de ska finansieras. Vi har i dessa avsnitt inte med bedömningar som lämnats i betänkandet då de inte är skarpa förslag. Vi tar inte ställning till om regeringen bör öka eller omfördela medel mellan anslagen för att få en mer ändamålsenlig finansiering av området framöver. Vår bedömning är att resurserna kan tas inom befintlig ram, men det kan också behöva övervägas om mer omfattande medel ska läggas till något anslagsområde, exempelvis ANDTS-anslaget. Vi föreslår i huvudsak finansiering genom dessa anslag

- 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna
- 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård
- 1:8 Om bidrag till psykiatri
- 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.
- 2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.

28.3.1 Konsekvenser av förslag om bättre villkor för narkotikaförebyggande arbete, inklusive program för att förebygga barns och ungas narkotikaanvändning

Bedömning: Regioner och kommuner bedöms inte få nya åtaganden till följd av förslagen på det förebyggande området. För att öka likvärdigheten mellan kommuners förebyggande arbete föreslår vi ett antal insatser som innebär ökade kostnader för staten. Beräknad sammantagen kostnad för förslagen är 214 miljoner kronor för staten under en femårsperiod, varav 200 miljoner kronor avser en särskild satsning på ett program för att förebygga barns och ungas narkotikaanvändning.

Tabell 28.4 Kostnader för narkotikaförebyggande insatser

Miljoner kronor

Uppdrag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Summa
Särskilt program för barn och unga	40	40	40	40	40	**200**
Uppdrag till Folkhälsomyndigheten om nationellt ansvar samt uppföljning av program	2	2	2	2	2	**10**
Uppdrag till Folkhälsomyndigheten om kunskapsstöd	2	2				**4**
Summa	**44**	**44**	**42**	**42**	**42**	**214**

Regioner och kommuner har redan ett långtgående ansvar för att arbeta förebyggande mot narkotika. Det ansvar som finns bör fullföljas för att öka kvaliteten och likvärdigheten i insatserna. Vi ser inte att förslagen inom det förebyggande området innebär några nya uppgifter för kommuner och regioner, utan de är i första hand förtydliganden av huvudmännens ansvar enligt nuvarande lagstiftning. Däremot föreslår vi olika insatser som syftar till att öka kvaliteten och likvärdigheten i de förebyggande insatserna på nationell, regional och lokal nivå.

För genomförandet av förslaget om ett särskilt program för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga under en femårsperiod, som komplement till gällande ANDTS[25]-strategi, bör länsstyrelserna få 40 miljoner kronor per år i fem år. Medlen kan användas till att stödja kommunerna i genomförandet av programmet genom utbildningsinsatser, vägledning, utvecklingsprojekt och kunskapsstöd. Syftet är att öka likvärdigheten i kommunernas struktur och aktiviteter i den förebyggande verksamheten. Fördelningen av dessa 40 miljoner kronor mellan länen bör beslutas i samråd mellan länsstyrelserna.[26]

Vidare föreslår vi att Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att ansvara för att stödja genomförandet av programmet för att förebygga narkotikaanvändning hos barn och unga på nationell nivå, och för uppföljning av programmet. Där ingår att

- analysera utvecklingen av insatser och i förhållande till målen
- i samverkan med relevanta aktörer analysera utvecklingsbehov

[25] Alkohol, narkotika, dopning, tobaks- och nikotinprodukter samt spel om pengar.
[26] Medlen kan utbetalas på motsvarande sätt som medel fördelats i regionalt uppdrag att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (regeringsbeslut S2017/07420/JÄM).

- årligen rapportera till regeringen
- sprida kunskap om erfarenheter från uppföljningen.

För arbetet bör Folkhälsomyndigheten få 2 miljoner kronor per år under femårsperioden.

Vårt förslag att regeringen ska ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att utveckla ett kunskapsstöd som syftar till att klargöra kvalitetsfaktorer i det narkotikaförebyggande arbetet och genomföra regionala utbildningar bedöms kosta 2 miljoner kronor per år i två år.

Vårt förslag att Folkhälsomyndigheten ska utveckla en struktur för evidensbaserad kommunikation om narkotika som grund för det förebyggande arbetet, inklusive uppdraget att sprida målgruppsanpassad information om olika substanser och om hur personer som använder narkotika kan minska risker vid narkotikaanvändning kostar 2 miljoner kronor första året, 3 miljoner kronor andra året och 2 miljoner kronor tredje året. Efter denna period bör strukturen för sådan kommunikation och information vara uppbyggd. Därefter föreslås att Folkhälsomyndigheten ersätts med 500 000 kronor per år i permanent anslag för löpande förvaltning av arbetet som en del av ordinarie verksamhet. Se vidare avsnitt 28.3.5 *Konsekvenser av förslag inom skadereducering, LARO och program för att minska dödsfall vid narkotika- eller läkemedelsförgiftningar.*

Sammantaget föreslår vi utgifter om 214 miljoner kronor för staten under en femårsperiod. Medlen bör belasta anslag 2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.

28.3.2 Konsekvenser av samordnad individuell planering (SIP) och verkställighetsplaner för Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS) samt uppdrag att ta fram vägledning för vård och stöd

Bedömning: Att en SIP ska upprättas även när SiS bedömer att det finns ett sådant behov är inte att anse som ett nytt åtagande för kommuner och regioner.

Kriminalvårdens möjlighet att initiera samordnad verkställighetsplanering innebär ett nytt åtagande för regioner och kommuner som i enlighet med finansieringsprincipen ska ersättas med 12 miljoner kronor till regionerna och 12 miljoner kronor till kommunerna per år.

Kriminalvården och SiS ska få i uppdrag att ta fram riktlinjer för när det är lämpligt att kalla till SIP respektive samordnad verkställighetsplanering. För uppdragen får respektive myndighet använda 2 miljoner årligen i två år.

Digitaliseringsmyndigheten ska få i uppdrag att ta fram vägledning för hur digitala samordningsmöten ska kunna genomföras på ett tekniskt säkert sätt i enlighet med gällande lagstiftning och möjligt föreslå tekniska standarder. För uppdraget får Digitaliseringsmyndigheten använda fem miljoner kronor årligen i tre år.

Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ska ingå en överenskommelse om att fortsätta stödja regioner och kommuner i att implementera och utveckla SIP och samordnad verkställighetsplanering. Medel ska avsättas med 3 miljoner kronor per år under fem år inom ramen för detta arbete.

Bedömning: Polismyndigheten och Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram en vägledning för hur barn och unga under 21 år som misstänks för narkotikabrott kan erbjudas vård och stöd när det finns ett sådant behov. För uppdragets genomförande får Socialstyrelsen och Polismyndigheten använda 2 miljoner kronor var under två år.

Tabell 28.5 Kostnader för förslag om SIP, samordnad verkställighetsplan och vägledning för vård och stöd

Miljoner kronor

Förslag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a	Därefter/år
Regioner och kommuner för samordnad verkställighetsplan	24	24	24	24	24	**70**	24
Digitaliseringsmyndigheten uppdrag	5	5	5			**15**	
SKR stödja implementering av SIP	3	3	3	3	3	**15**	
Uppdrag Kriminalvården och SiS	4	4				**8**	
Vägledningsuppdrag till Polismyndigheten och Socialstyrelsen	4	4				**8**	
Summa	**40**	**40**	**32**	**27**	**27**	**170**	**24**

SIP ska upprättas även när SiS bedömer att det finns ett sådant behov

Förslaget innebär att SiS har möjlighet att initiera SIP men att det är kommunen och regionen som ansvarar för upprättandet av planen. Möjligheten till SIP infördes 2010 i HSL och socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I prop. 2008/09:193 diskuterades huruvida kravet på att ta fram samordnade individuella planer skulle ses som ett nytt åtagande. Regeringen bedömde, efter att ha inhämtat synpunkter från SKR, att finansieringsprincipen inte var tillämplig och att den föreslagna bestämmelsen om individuella planer för personer med behov av såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård inte skulle få några ekonomiska eller andra konsekvenser för huvudmännen, eftersom det inte var fråga om någon ambitionshöjning eller någon ny uppgift.

Redan innan lagändringen krävdes en individuell planering för att den enskildes samlade behov av socialtjänst samt hälso- och sjukvård skulle kunna tillgodoses. Det fanns också inom flera områden krav på att huvudmännen skulle planera hur individens samlade behov av socialtjänst samt hälso- och sjukvård skulle tillgodoses. Dessutom är det ur behandlingssynpunkt ofta nödvändigt att såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten planerar individens behov av åtgärder ur olika aspekter för att kunna leva upp till intentioner med lagar och effektivitetskrav. En sådan individuell plan som avsågs ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att personen ska få sina behov av socialtjänst samt hälso- och sjukvård tillgodosedda. Eftersom planerna ska ses som instrument för att huvud-

männen bättre ska kunna leva upp till lagstiftningens bestämmelser har dessa inte bedömts medföra ekonomiska konsekvenser för huvudmännen.[27]

Att en SIP ska upprättas även när SiS bedömer att det finns ett sådant behov innebär inte en förändring eller utökning av regioners eller kommuner ansvar för den samordnade planeringen av de insatser individen behöver. En SIP inför utskrivning från LVM[28]-hem kan effektivisera vårdkedjan och ökar chanserna för att individen får rätt insatser i rätt tid. Det innebär inte heller att fler huvudmän blir inblandade, utan det är fortfarande regionerna och kommunerna som har ansvar för att upprätta planen. Vi bedömer därför inte att detta förslag innebär ett nytt åtagande för kommunerna eller regionerna, och de ska därför inte heller ersättas i enlighet med finansieringsprincipen. Inte heller SiS bedöms få ökade kostnader på grund av förslaget.

Deltagande i samordnad verkställighetsplanering med Kriminalvården

Vi har bedömt att det innebär ett nytt åtagande för kommuner och regioner att delta i så kallad samordnad verkställighetsplanering med Kriminalvården. Planeringen rör visserligen insatser som regionerna och kommunerna redan i dag ansvarar för, och man skulle också kunna hävda att ett ansvar att planera de insatser som individen behöver snarare kan innebära ekonomiska vinster genom bättre planering tidigare i processen. För att vårt förslag om samordnad verkställighetsplanering ska få effekt krävs det dock enligt vår bedömning att regionerna och kommunerna avsätter tid och resurser för att delta i planeringen. Eftersom det är Kriminalvården som har rätt att kalla till den samordnade verkställighetsplaneringen, kan inte heller kommunerna och regionerna påverka när en sådan planering ska ske, vilket också talar för att det är en uppgift som regioner och kommuner ska få ersättning för.

[27] Prop. 2008(09:163. *Vissa psykiatrifrågor m.m.*
[28] Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Beräkning av antalet klienter som bedöms vara i behov av en samordnad verkställighetsplanering

Kriminalvården har granskat 165 ärenden där övervakning upphörde under mars–juni 2022 för att undersöka om klienterna nåtts av insatser från externa aktörer kopplat till identifierade behov i de verkställighetsplaner som Kriminalvården tar fram enligt fängelselagen (2010:610), FäL. I granskningen undersöktes i vilken grad de dömda fått insatser från socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård med koppling till skadligt bruk eller beroende av narkotika och/eller alkohol under den villkorliga frigivningen. Där framgick att:

- 37 procent hade en insats som helt eller delvis genomfördes under den villkorliga frigivningen.
- 38 procent hade en planerad insats som inte genomfördes.
- 21 procent hade ingen planerad insats från extern aktör, trots ett bedömt sådant behov.

Kriminalvården har gjort bedömningen att det i första hand är gruppen villkorligt frigivna som skulle gynnas av en samordnad verkställighetsplan. Under 2022 frigavs cirka 5 900 personer från anstalt och ställdes under övervakning. Cirka 45 procent av dem var så kallade högriskklienter (2 655 personer). Hälften av dem kan enligt Kriminalvården antas ha behov av samordnad verkställighetsplan, vilket blir 1 327 personer. Kriminalvården har vidare gjort ett antagande att lika många medelriskklienter skulle gynnas av en samordnad verkställighetsplan. Detta innebär en uppskattning på 2 000–3 000 klienter per år av frivårdens 12 000 övervakade klienter som skulle ha nytta av en samordnad verkställighetsplanering.

Kriminalvården planerar en utökning om totalt cirka 3 500 fasta platser fram till och med år 2031, varav 900 platser i häkte och 2 600 platser på anstalt. Medelantalet fängelsedömda förväntas öka från dagens (2022) knappt 5 500 till 6 880 klienter år 2025.[29] Det innebär en ökning på 26 procent under den fyraåriga prognosperioden. Det beror till stor del på förändrad lagstiftning som leder till att fler döms till frihetsberövande straff. Det är därför rimligt att anta att behovet av samordnad verkställighetsplanering framöver kommer att vara större än i dag.

[29] Kriminalvården (2022). *Kriminalvårdens platskapacitet 2022–2031.*

Även om samordning syftar till effektiviseringar och ökad kvalitet, är den resurskrävande för de inblandade huvudmännen. Vi föreslår att Kriminalvården även ska få i uppdrag att ta fram riktlinjer för när det ska anses nödvändigt att kalla till en samordnad verkställighetsplan. Kravet på att det ska vara nödvändigt innebär att Kriminalvården endast ska kalla till samordnad verkställighetsplanering när det inte finns andra möjligheter till samverkan som medför att personen får insatser baserat på sina behov. Vi har därför bedömt att det är rimligt att anta att Kriminalvården kommer att kalla till samordnad verkställighetsplanering för upp till 4 000 personer om året.

Beräkning av kostnad per framtagen samordnad verkställighetsplan för regioner och kommuner

Vi har räknat på en genomsnittlig kostnad per anställd på 1 miljon kronor per år och att en genomsnittlig anställd arbetar 2 080 timmar per år. Det motsvarar då en kostnad per timme på cirka 500 kronor. Vi har bedömt att planeringen av, deltagandet i och efterarbetet av en samordnad verkställighetsplanering tar cirka 4 timmar i genomsnitt för regionen eller kommunen, och övriga kringkostnader för till exempel resor motsvarar 2 000 kronor per tillfälle. Det innebär att vi har bedömt att varje samordnad verkställighetsplanering kostar 4 000 kronor i genomsnitt.

Vi bedömer att 2 000 personer per år kommer ha behov av en samordnad verkställighetsplan där både kommun, region och Kriminalvården deltar, medan 2 000 personer endast kommer att behöva en planering med antingen kommun eller region.

Det ger en total kostnad på 24 miljoner kronor för regionernas och kommunernas kostnader, som ska delas lika mellan regionerna och kommunerna.

Kommuner och regioner ska ersättas i enlighet med finansieringsprincipen

Vi föreslår att regioner ska ersättas med 12 miljoner kronor och kommunerna med 12 miljoner kronor. Medlen ska fördelas enligt en fördelningsnyckel och genom en höjning av det generella statsbidraget. De ska belasta anslag 1:8 Om bidrag till psykiatri.

Kriminalvårdens kostnader

Kriminalvården har redan ett uppdrag för att planera utslussning från anstalt och för att ta fram en egen verkställighetsplanering. Att Kriminalvården får möjlighet att kalla regioner och kommuner till samordnad verkställighetsplanering innebär inga betydande ökade kostnader för myndigheten. De ökade kostnaderna bör kunna tas inom befintlig ram. Om regeringen och Kriminalvården bedömer att myndigheten bör få förhöjt anslag på grund av förslaget, bör kostnaden uppgå till 8 miljoner kronor i enlighet med beräkningarna ovan.

SKR ska få medel för att stödja huvudmännen

Inom ramen för befintlig överenskommelse om psykisk hälsa och suicidprevention eller genom att teckna en ny överenskommelse ska SKR få medel för att stödja huvudmännen med att utveckla och implementera SIP och samordnad verkställighetsplanering under fem år med 3 miljoner kronor årligen.

Vägledning för vård och stöd för unga som misstänks för narkotikabrott

Vi föreslår att Socialstyrelsen och Polismyndigheten ska få i uppdrag att ta fram en vägledning för hur hälso- och sjukvården, socialtjänsten och Polismyndigheten ska samverka för att barn och unga som misstänks för narkotikabrott får den vård och det stöd de behöver. För uppdragets genomförande får Socialstyrelsen och Polismyndigheten använda 2 miljoner kronor vardera under två år.

28.3.3 Konsekvenser av förslag om tillgänglig vård och stöd med god kvalitet

Bedömning: För att stödja utvecklingen inom vårdområdet ska 200 miljoner per år i tre år särskilt avsättas till regionerna i satsningar på *god och nära vård* för vård av personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Förslaget att vården för barn och unga ska samordnas med socialtjänsten om det finns ett sådant behov innebär inte ett nytt åtagande för kommuner och regioner.

Staten ska dock främja utvecklingen av samordnade vård- och stödinsatser för barn och unga med skadligt bruk eller beroende av narkotika med totalt 79 miljoner kronor per år i fyra år.

Socialstyrelsen och Läkemedelsverket bör få sammanlagt 1 miljon kronor per år under två år för uppdragen om rationell läkemedelsförskrivning.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) bör få 500 000 kronor per år i två år för att utreda förutsättningarna för att främja mindre förpackningsstorlekar av narkotikaklassade läkemedel inom läkemedelsförmånen.

Tabell 28.6 Kostnader för att främja tillgänglig vård och stöd

Miljoner kronor

Uppdrag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	Summa
Ekonomiska incitament till regionerna för att utveckla vårdområdet skadligt bruk eller beroende	200	200	200			**600**
Främja regioners och kommuners arbete för samordnad vård- och stöd för barn och unga	79	79	79	79		**316**
Regeringsuppdrag till Socialstyrelsen och Läkemedelsverket om rationell och ändamålsenlig förskrivning av narkotikaklassade läkemedel	1	1				**2**
Regeringsuppdrag till TLV för att främja mindre förpackningsstorlekar	0,5	0,5				**1**
Summa	**280,5**	**280,5**	**279**	79	**0**	**919**

Sammantaget bör staten avsätta 919 miljoner kronor under en femårsperiod för att utveckla området tillgänglig vård och stöd med god kvalitet. Medlen ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård respektive 1:8 Om bidrag till psykiatri.

Konsekvenser av förslag om att statliga ekonomiska styrmedel bör anpassas för att stödja omhändertagandet vid skadligt bruk eller beroende

Bara en bråkdel av primärvårdens patienter har uppmärksammats som riskkonsumenter av alkohol. Socialstyrelsen följer sedan 2013 primärvårdens arbete utifrån de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor, för bland annat personer som röker tobak eller som har ett riskbruk av alkohol. Uppföljningen visar att regionerna i mycket olika utsträckning erbjuder besökare i primärvården rekommenderade insatser för att ändra ohälsosamma levnadsvanor. Men det går inte att bedöma hur stor andel som får insatser i förhållande till dem som är i behov av insatsen. Drygt en procent av besökarna i regionens primärvård får insatser mot rökning och knappt en procent får rådgivning om alkohol.[30]

Vi antar att åtgärder föranledda av skadligt bruk eller beroende av narkotika också förekommer, men att bara en liten andel av primärvårdens kostnader är relaterade till behandling av riskbruk, skadligt bruk eller beroende.

För att främja utvecklingen inom detta vårdområde, särskilt avseende tidig upptäckt, tidiga insatser och effektiva samverkansformer mellan primärvård och specialiserad beroendevård, behövs ekonomiska incitament. Vi föreslår att 200 miljoner per år i tre år (förutsatt att överenskommelser fortsätter upprättas) avsätts inom ramen för överenskommelsen mellan staten och SKR om *god och nära vård* för att primärvården ska utveckla sitt arbete med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Regeringen bör i överenskommelsen tydliggöra förväntningar, prioriterade områden samt medel för de förbättringsområden som nämnts i detta betänkande och som berör huvudmännens ansvar och uppgifter. På så sätt blir medlen incitament och möjligheter för primärvården att utveckla sitt arbete med patientgruppen.

Vård- och insatsprogrammet för missbruk och beroende bör implementeras inom primärvården. Det finns behov av att kompetensutveckla personal, och att utveckla arbetssätt för att bättre hantera somatisk vård för personer med skadligt bruk eller beroende. Detta kan underlättas genom att SKR sprider kunskap om goda exempel

[30] Socialstyrelsen (2023). *Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg.*

på modeller och arbetssätt. Vi har räknat på att medel avsätts i tre år eftersom det är en tillfällig satsning, men så länge det finns en överenskommelse om *god och nära vård* bör medel särskilt avsättas för skadligt bruk eller beroende.

Medlen ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Förslag om att främja en rationell och ändamålsenlig förskrivning av narkotikaklassade läkemedel

Vi föreslår att regeringen ska ge Socialstyrelsen och Läkemedelsverket i uppdrag att stödja implementering och lärande vad gäller rationell läkemedelsförskrivning av narkotikaklassade substanser. För detta bedömer vi att 500 000 kronor per år under två år ska anslås till respektive myndighet. Vidare föreslår vi att TLV ska ges i uppdrag att utreda förutsättningar för att främja mindre förpackningsstorlekar av narkotikaklassade läkemedel inom läkemedelsförmånen. För detta föreslår vi att myndigheten får 500 000 kronor årligen under två år. Medel för dessa två uppdrag ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Förslag om att främja fler samordnade vård- och stödverksamheter för barn och unga

I nuvarande lagstiftning finns flera bestämmelser som reglerar huvudmännens ansvar för samverkan kring målgruppen. Enligt 16 kap. 3 § HSL ska regionen ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om bland annat personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Motsvarande bestämmelse finns i SoL. Däremot har flera utredningar och myndighetsrapporter visat att det på många håll brister när det gäller samverkan och samordningen av vårdinsatser för barn och unga.

Nuvarande lagstiftning har resulterat i betydande skillnader mellan enskilda kommuner och regioner i utbyggnaden av vård och stöd för barn och unga med skadligt bruk eller beroende. På flera platser saknas ett grundläggande utbud av kunskapsbaserade insatser. Vi har övervägt olika alternativ för att barn och unga ska få samordnade insatser men ser inte att det är möjligt att åstadkomma på annat sätt än

att lagstifta om samordning mellan huvudmännen för en ökad kvalitet och större effektivitet.

Enligt den så kallade finansieringsprincipen ska staten kompensera kommuner och regioner för ambitionshöjningar i befintliga uppgifter eller införande av nya uppgifter. Vi ser inte att förslagen innebär några egentliga nya uppgifter för kommuner och regioner, utan de är i första hand förtydliganden av huvudmännens ansvar enligt nuvarande lagstiftning. Förbättrad samordning leder dessutom som regel till bättre effektivitet och användning av befintliga resurser hos huvudmännen. Mot denna bakgrund anser vi att finansieringsprincipen inte ska tillämpas, och att staten i första hand ska skapa incitament för kommuner och regioner för att utveckla kvaliteten och likvärdigheten i de samordnade insatserna över landet.

För att utveckla kvaliteten och öka likvärdigheten av samordnade insatser för barn och unga med skadligt bruk eller beroende föreslår vi att regeringen ska ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd eller föreskrifter om metoder och organisationsformer för hur beroendevården kan samordnas med övrig psykiatri och socialtjänst när ett sådant behov finns. Socialstyrelsen bör finansieras med 4 miljoner kronor per år i fyra år för detta uppdrag.

Vi föreslår vidare att det i uppdraget även ska ingå att fördela medel för att stärka regioner och kommuner i införandet av samordnade insatser för skadligt bruk eller beroende för barn och unga. Det statliga bidraget ska avse utveckling av samordnade insatser, inte löpande drift av verksamheten.

Baserat på de uppgifter vi har fått om befintliga kostnader för Mariamottagningar[31] beräknar vi att samordnade verksamheter för målgruppen barn och unga mellan 13 och 21 år, vilket motsvarar en population på 1 082 980 personer, utgör en total kostnad för kommuner och regioner på cirka 250 miljoner kronor. Eftersom syftet med medlen är att utveckla kvalitet och öka likvärdighet, inte bekosta löpande drift, anser vi att 75 miljoner kronor per år i fyra år bör avsättas till regioner och kommuner. Av dessa medel ska 73 miljoner kronor per år fördelas som incitament till regioner och kommuner i enlighet med en fördelningsnyckel, och 2 miljoner kronor per år får användas av Socialstyrelsen för eget arbete kopplat till uppdragets genomförande. Medlen ska belasta anslag 1:8 Om bidrag till psykiatri.

[31] https://www.harryda.se/download/18.7cb052ad182e93dee7e156b4/1664270970718/samverkansavtal.pdf. Besökt 2023-09-28.

28.3.4 Konsekvenser av förslag om lag om hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården

Bedömning: Kostnaden för utlämnande av naloxon från öppenvårdsapoteken till kommunala verksamheter, ideella verksamheter och privata verksamheter som bedriver socialtjänst beräknas uppgå till maximalt cirka 14 miljoner kronor per år.

Staten ska ersätta regionerna för kostnaderna enligt samma system som för läkemedel inom läkemedelsförmånerna och smittskyddsläkemedel. Förslaget bedöms inte påverka den kommunala självstyrelsen.

Bedömning: Kostnaden för naloxon på häkten och anstalter, i frivården och på SiS beräknas uppgå till cirka 6,4 miljoner kronor. Staten ska ansvara för den kostnaden, och Kriminalvårdens och SiS anslag ska höjas med motsvarande summa. Kostnader för övriga statliga myndigheter som kan ha behov av naloxon beräknas uppgå till maximalt 5 miljoner kronor.

E-hälsomyndigheten ska få medel för utveckling, driftsättning och årlig förvaltning av ett nytt register. Kostnaden beräknas till 2,5 miljoner kronor år 1 som är ett utvecklingsår, 1 miljon kronor år 2 och 3 och sedan 500 000 kronor per år permanent.

Läkemedelsverkets tillsyn över öppenvårdsapoteken bedöms medföra kostnader på upp till 1 miljon kronor per år.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (MyVA) eller annan lämplig myndighet ska få medel för uppföljning av lagens tillämpning under fem år.

Tabell 28.7 Kostnader för lagen om hantering av opioidantagonister

Miljoner kronor

Förslag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a	Därefter/år
Utlämnande av läkemedel enligt lagen	14	14	14	14	14	**70**	14
Uppdrag E-hälsomyndigheten register	2,5	1	1	0,5	0,5	**5,5**	0,5
Läkemedelsverkets tillsynsverksamhet	1	1	1	1	1	**5**	1
Statliga myndigheter	11,5	11,5	11,5	11,5	11,5	**57,5**	11,5
Uppföljning lagen av MyVA eller annan lämplig myndighet	2	2	2	2	2	**10**	
Summa	**31**	**29,5**	**29,5**	**29**	**29**	**148**	**26,5**

Förslaget påverkar inte den kommunala självstyrelsen

Den föreslagna lagen ger vissa utpekade verksamheter möjlighet att hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister. Kommunala verksamheter får hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt lagen. Förslaget medför dock ingen skyldighet för kommuner att bedriva sådan verksamhet. Eftersom det är frivilligt att hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister, påverkar förslaget inte den kommunala självstyrelsen.

Beräkning av kostnader

Hur många naloxondoser beräknas delas ut med stöd av den nya lagen?

Socialstyrelsen publicerade den 24 maj 2023 statistik om insatser till vuxna med skadligt bruk eller beroende.[32] Inom hälso- och sjukvården såg Socialstyrelsen en ökning framför allt när det gäller antalet patienter som fått vård på grund av vad som skulle kunna kallas blandmissbruk. Volymmässigt handlar diagnosen som rör blandmissbruk om cirka 13 000 patienter årligen, medan antalet patienter som vårdades på grund av opioider 2021 var nära 8 400.

I EMCDDA:s[33] rapport från 2011 uppskattade man antalet personer med skadligt bruk av opioider[34] till 1 300 000 personer i EU och Norge. Det motsvarar 0,4 procent av befolkningen och skulle inne-

[32] Socialstyrelsen 2023, *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2022.*
[33] EMCDDA (2021). *Årsrapport. Situationen på narkotikaområdet i Europa.*
[34] EMCDDA benämner det problematiska opioidanvändare.

bära att drygt 40 000 personer i Sverige skulle ha ett skadligt bruk av opioider i Sverige. Enligt uppgifter vi tagit fram är 40 000 ett rimligt antagande.[35] Det antagandet har endast använts för att beräkna det vi bedömt vara det högsta antalet personer i Sverige som kan komma att behöva naloxon årligen.

Utifrån de uppgifterna vi har uppskattar vi att åtminstone 10 000 av de potentiella 40 000 personerna redan har en återkommande kontakt med vården genom LARO, sprututbyte eller annan beroendevård. Där finns det redan tillgång till naloxon och möjlighet att få det utskrivet eller överlämnat för administrering av patienten eller anhöriga.

Vidare gör vi bedömningen att 7 000 personer som avtjänar ett frihetsberövande straff eller är villkorligt frigivna har behov av att få naloxon överlämnat vid till exempel frigivning eller permission, och att 2 000 personer som vårdas enligt LVM eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, har behov av naloxon vid utskrivning.

Återstående 21 000 personer av de 40 000 personer som vi bedömt skulle kunna vara i behov av naloxon, är potentiell målgrupp för att få läkemedel som verkar som opioidantagonister administrerat eller överlämnat enligt den föreslagna lagen. Vi återkommer nedan angående hur tillgång till naloxon ska säkras för personer som är frihetsberövade, villkorligt frigivna eller vårdas enligt LVM och LVU.

Kostnader för naloxon som rekvireras enligt den föreslagna lagen

Ett paket naloxonnässprej som innehåller två doser naloxon kostar i nuläget cirka 335 kronor. Socialstyrelsen bedömde i den samhällsekonomiska analys som gjordes i samband med revideringen av de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, att varje person skulle få ut två förpackningar per år (totalt fyra doser).[36] Det ger en kostnad på totalt drygt 14 miljoner kronor per år (335 × 2 × 21 000).

[35] Komm2022/00311/S_2022:01-87.
[36] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

Gratis administrering, utlämning och rekvirering

I lagförslaget regleras att administrering och utlämning alltid är gratis för den enskilde. Rekvirering är gratis för verksamheterna men ska ske i mängd som är i proportion till behovet.

Staten ska stå för kostnaden för läkemedel

Vi föreslår att det i lagen som omfattar verksamheter utanför hälso- och sjukvården ska uttryckas att rekvisition är utan kostnad för alla verksamheter utom för staten. Öppenvårdsapoteken får fakturera regionerna för den kostnad de har för att kommunerna, privata verksamheter som bedriver socialtjänst och ideella verksamheter får rekvirera kostnadsfritt. Det motsvarar den ordning som finns för smittskyddsläkemedel, som är gratis för den enskilda patienten.

Eftersom det är en regional angelägenhet att ekonomiskt ansvara för läkemedel, har vi ansett att det är rimligt att ordningen så långt det är möjligt följer detta avseende den föreslagna lagen. Om en patient i stället hade sökt till hälso- och sjukvården hade regionen fått bära kostnaden, men den hade sedan reglerats mellan regionerna och staten genom den årliga överenskommelsen *Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmånerna med mera.*

Vi föreslår därför att kostnaden för rekvirering av läkemedel enligt lagen ska omfattas av förhandlingarna kring ovan nämnda överenskommelse.

Hur många personer kan vara i behov av naloxon i Kriminalvården och SiS?

Enligt Kriminalvårdens egna beräkningar behöver cirka 4 000 personer som befinner sig på anstalt ett eller flera naloxonkit per år. Kriminalvården har i dagsläget kostnader om cirka 1,8 miljoner kronor årligen för naloxon, en kostnad som enligt riksavtalet för utomlänsvård egentligen ska belasta de intagnas hemregioner.[37]

Kriminalvården beställer läkemedel på rekvisition, vilket innebär att det inte går använda högkostnadsskyddet som vid förskrivning av läkemedel.

[37] Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*.

Under 2022 frigavs cirka 6 000 personer som ställdes under övervakning (villkorligt frigivna). Vi bedömer att cirka hälften av dem skulle ha behov av att få naloxon överlämnat. Frivården kommer att ha möjlighet att hantera naloxon enligt den föreslagna lagen.

Cirka 950 klienter vårdas enligt LVM inom SiS per år. Vi bedömer att i princip alla klienter som vårdas enligt LVM har nytta av att få med sig en förpackning naloxon. Om de inte själva använder opioider, så finns det många gånger någon i personens närhet som gör det. Vidare bedömer vi att ytterligare cirka 1 050 unga mellan 18 år och 21 år skulle ha behov av att få med sig naloxon vid utskrivning.

Det innebär att Kriminalvården kan komma att överlämna naloxon till 7 000 personer och SiS till 2 000 personer.

Kostnadsberäkning för Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse

Precis som vid överlämning av naloxon för kommunala, ideella och privata verksamheter som bedriver socialtjänst, bedömer vi att en utdelning på två förpackningar per person är rimligt.

Det ger då en kostnad på 4 690 000 kronor för Kriminalvården (335 × 2 × 7 000) och 1 340 000 kronor för SiS (335 × 2 × 2 000). Myndigheten kommer även ha vissa kostnader kring utbildning av personal. Vi föreslår att 216 000 kronor avsätts för detta ändamål till Kriminalvården och 100 000 kronor till SiS. Summan till Kriminalvården bygger på beräkningar som Socialstyrelsen gjort.[38]

Totala kostnader för SiS och Kriminalvårdens hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister uppgår då till 6,4 miljoner kronor.

Kostnad för övriga statliga myndigheter

Det finns fler statliga myndigheter där det vore värdefullt att de tillhandahåller naloxon i sin verksamhet. Framför allt skulle det vara Polismyndigheten och Migrationsverket. Hur stor mängd som respektive myndighet behöver får bestämmas i dialog mellan myndigheterna

[38] Socialstyrelsen webbsida. https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/sa-kan-naloxon-bli-tillgangligt-for-fler/. Besökt 2023-09-28.

och regeringen, men vi bedömer att 5 miljoner kronor maximalt ska anslås för detta ändamål.

Kostnad för register hos E-hälsomyndigheten

Utveckling och införande av funktioner där information överförs mellan parter ställer krav på ett strukturerat informationssäkerhetsarbete. I det här fallet ska inte någon känslig information delas mellan E-hälsomyndigheten och öppenvårdsapoteken. Dock ska personuppgifter i form av namn på de hanteringsansvariga finnas med.

E-hälsomyndigheten bör få i uppdrag att utreda om registret kan göras offentligt på myndighetens hemsida, så att öppenvårdsapoteken kan få tillgång till uppgifterna på det sättet. Om det inte bedöms vara möjligt, behöver öppenvårdsapoteken i stället ha tillgång till uppgifterna via direktåtkomst.

Vi bedömer att kostnaderna för att genomföra nödvändig utveckling/systemanpassning och driftsättning för E-hälsomyndigheten uppgår till 2,5 miljoner kronor. Den årliga förvaltningskostnaden uppskattas till 1 miljon år 1 och 2 efter driftsättning och sedan 500 000 kronor permanent. Förvaltningskostnader inkluderar löpande arbeten och systemunderhåll som krävs för att upprätthålla föreslagen process. E-hälsomyndighetens föreslås få ökade anslag för utveckling och drift av registret.

Kostnad för Läkemedelsverkets tillsynsverksamhet

Förslaget innebär en mycket begränsad tillsyn över öppenvårdsapoteken, vilket vi bedömer medför en kostnad på högst 2 miljoner kronor årligen. Läkemedelsverket ansvarar redan i dag för att bedriva tillsyn över apoteksverksamheter. Det finns i nuläget cirka 1 500 öppenvårdsapotek. Enligt myndighetens årsredovisning från 2022 var kostnaderna för tillsyn på läkemedelsområdet cirka 135 miljoner kronor totalt, men mycket av Läkemedelsverkets tillsyn är avgiftsfinansierad. Eftersom denna tillsyn inte är avgiftsfinansierad, bör regeringen överväga att tilldela myndigheten ytterligare medel för tillsyn enligt den föreslagna lagen.

Kostnad för uppföljning av lagens tillämpning

Vi föreslår att lämplig myndighet får i uppdrag att följa hur lagen tillämpas och årligen rapportera detta under en femårsperiod. Syftet är att följa upp konsekvenserna av införandet av lagen och om avsedd effekt med lagen uppnås. MyVA skulle kunna vara en lämplig myndighet för ett sådant uppdrag.

Hur ska förslaget finansieras?

Medel för hantering av läkemedel enligt den förslagna lagen och för Kriminalvården och SiS ska utbetalas från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslag 1:5 Bidrag för läkemedelsförmånerna, anslagspost 2 Bidrag för läkemedelsförmånerna, i enlighet med överenskommelsen. Anslaget får användas för utgifter för det särskilda statsbidraget till regionerna för deras kostnader för läkemedelsförmånerna. Syftet är att ändamålsenliga och säkra läkemedel ska kunna förskrivas till en rimlig kostnad för berörda personer. Anslaget får även användas för att ersätta regionerna och SKR för vissa kostnader inom läkemedelsområdet som inte ingår i läkemedelsförmånerna.

28.3.5 Konsekvenser av förslag inom skadereducering, LARO och program för att minska dödsfall vid narkotika- och läkemedelsförgiftningar

Bedömning: Regioner och kommuner bedöms inte få nya åtaganden av förslagen om LARO, skadereducering och ett nationellt program för att minska dödlighet till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Förslagen handlar om att genomföra de skyldigheter och det ansvar kommun och region redan har. Det gäller tillgänglig, god och likvärdig vård, stöd och skadereducering över hela landet. Vi beskriver under rubriken *Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning* de ekonomiska styrmedlen riktade till region och kommun vi föreslår för att under en begränsad period stärka insatserna inom områdena LARO, skadereducering och dödlighetsförebyggande arbete.

Ett av förslagen innebär att ge lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler ett bredare syfte att främja psykisk och fysisk

hälsa, och att planera för detta. Det är uppgifter som regionen enligt hälso- och sjukvårdslagen redan i dag har, men som kan ges inom andra verksamheter än sprututbyten. Under en omställningsperiod föreslår vi därför ekonomiskt stöd från staten för att planera för en omställning eller omorganisering internt inom regionernas olika verksamhetsgrenar.

Vad gäller förslaget om att utveckla ett personcentrerat vårdförlopp för LARO föreslås finansiering genom en överenskommelse mellan SKR och regeringen. Att utveckla vårdförloppet beräknas kosta 2 miljoner kronor per år under två år.

Vi lägger flera förslag som innebär uppdrag till statliga myndigheter.

Kostnaden för förslagen inom området uppgår till 26,5 miljoner kronor första året, 29,5 miljoner kronor andra året och 21,5 miljoner kronor tredje året.

Tabell 28.8 Kostnader för skadereducering, LARO och dödlighetsprogram

Miljoner kronor

Uppdrag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a	Därefter/år
Projektbidrag efter ansökan till Socialstyrelsen inom området skadereducering	5,5	5,5	5,5			**16,5**	
Vårdförlopp för LARO, överenskommelse SKR	2	2				**4**	
RU[a] till Socialstyrelsen att revidera *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*	1	1				**2**	
RU[a] till MyVA[b] att kartlägga omotiverade krav på drogfrihet	1	1				**2**	
RU[a] till Socialstyrelsen att kartlägga boendeformer	1	1				**2**	
RU[a] till Folkhälsomyndigheten om information substanser med mera	2	3	2	0,5	0,5	**8**	0,5
RU[a] Socialstyrelsen LARO	2	2	2			**6**	
RU[a] till Kriminalvården om förbättrad vård LARO	2	2				4	
RU[a] till Socialstyrelsen dödlighetsprogram	1	3	3	3	3	13	
RU[a] till andra myndigheter för medverkan i dödlighetsprogram	2	2	2	2	2	10	
RU[a] till Socialstyrelsen dödsfallsutredningar	7	7	7			21	
Summa	**26,5**	**29,5**	**21,5**	**5,5**	**5,5**	**88,5**	**0,5**

[a] Regeringsuppdrag.
[b] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Kostnader till följd av förslag om skadereducering

Förslagen inom området skadereducering handlar i stor utsträckning om att tydliggöra ansatsen i nationell policy, genom att definiera skadereducering i nationella mål och strategier för narkotikaområdet. Vi menar att detta innebär ett förtydligande av redan i dag gällande ordning, vilket inte kommer att generera nya skyldigheter eller kostnader för regioner eller kommuner.

De föreslagna ändringarna i lagen om utbyte av sprutor och kanyler innebär ett utvidgat syfte med lagstiftningen för att bedriva sprututbyte inom ramen för verksamheter som också ges i uppgift att främja psykisk och fysisk hälsa. Vi bedömer att det kan generera vissa kostnader under en omställningsperiod. Vi menar att lagens förändrade och breddade syfte omfattar verksamheter, insatser och skyldigheter som i dag ryms inom ramen för smittskyddslagstiftning[39] och annan sjukvårdslagstiftning.[40] Det innebär inget nytt åtagande i förhållande till regionernas befintliga skyldigheter, men möjligen att vården behöver organiseras på ett annat sätt och med större tydlighet arbeta med ökad tillgänglighet och att främja hälsa på olika sätt. Förbättrad samordning leder dessutom som regel till bättre effektivitet och användning av befintliga resurser hos huvudmännen.

Samsjuklighetsutredningen lade i sitt delbetänkande fram beräkningar för vad detta skulle kosta om regionerna får en skyldighet att bedriva sådan verksamhet. Enligt finansieringsprincipen beräknade Samsjuklighetsutredningen att hela kostnaden finansieras permanent av staten. Kostnaden beräknades till 84 miljoner kronor om året, vilket skulle överföras till regionerna permanent.

Vissa av Sveriges sprututbyten arbetar redan i dag på det sätt som vårt förslag om ett förändrat syfte innebär och erbjuder flera hälsoinsatser.

Sprututbyten finns i dag i 20 av 21 regioner, och den sista regionen ska enligt plan starta sin sprututbytesverksamhet under 2023. Vi har valt att inte göra lagstiftningen tvingande såsom Samsjuklighetsutredningen föreslog, eftersom alla regioner under 2023 förväntas ha infört sprututbyten. Vi föreslår att staten under en period bidrar till omställningen och det planeringsarbete i regionerna mot verksamheternas breddade syften och att detta sker genom att området upp-

[39] Smittskyddslag (2004:168).
[40] Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

märksammas i lämplig överenskommelse mellan regeringen och SKR med tillhörande medel.

Möjligheten för verksamheten att, om särskilda skäl föreligger, ta emot personer under 18 år behöver enligt vår bedömning inte ersättas. Sedan lagändringen 2017, då åldersgränsen sänktes från 20 år till 18 år, har endast mycket få i det åldersintervallet besökt verksamheterna, enligt rapporter från Socialstyrelsen och sprututbytesverksamheterna. Vi bedömer att möjligheten att ta emot deltagare under 18 år kommer att vara en sällanföreteelse som inte behöver kompenseras av staten.

Att tillståndsplikten förändras till att i stället bli en anmälningsplikt kommer enligt vår bedömning att innebära effektiviseringar för såväl Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som regionerna.

De förändringar i förordningen (2012:596) om införsel av och handel med sprutor och kanyler som föreslås kommer inte att få några kostnadsmässiga eller organisatoriska konsekvenser för kommuner eller regioner. Hanteringen kommer att ske inom öppenvårdsapoteken.

Det skadereducerande området behöver stärkas genom stimulansbidrag till innovativ metod- och pilotutveckling. Vi föreslår ett statsbidrag som incitament för metod- och pilotutveckling som kan utgå och fördelas efter ansökningsförfarande för specifika projekt. Regioner, kommuner, och allra helst även statliga aktörer, organisationer som företräder vårdens professioner, forskningsaktörer och ideella aktörer som bedriver skadereducerande insatser eller lågtröskelverksamhet ska kunna ansöka om medel. Medlen kan utbetalas efter ansökan till Socialstyrelsen på motsvarande sätt som medel fördelas för stöd till implementering av de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor och bedömas utifrån de kriterier Socialstyrelsen, eller den myndighet regeringen tilldelar uppdraget, ställer upp.[41] Ett kriterium för att få ta del av medel bör vara att arbetet kopplas till utvärdering eller forskning för att kunna följa insatsens resultat och effekt. Vår bedömning är att ett sådant uppdrag skulle kosta 5,5 miljoner kronor per år under tre år och att 500 000 kronor per år avser administrativa kostnader för Socialstyrelsen. Medlen ska belasta anslag 2:5 Åtgärd avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.

[41] Se regeringsuppdrag S2022/00454, Uppdrag att fördela medel för att stödja implementeringen av nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.

Vi lämnar flera förslag som innebär regeringsuppdrag till Socialstyrelsen. De kan med fördel läggas ihop till ett gemensamt, och också läggas ihop med den instruktionsändring vi föreslår finansiering för i avsnitt 28.3.8 *Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning*. Förslagen kan dock även genomföras fristående.

Socialstyrelsen ska få i uppdrag att revidera de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende, för att tydligare inkludera skadereducering som perspektiv och vad gäller metoder och verksamheter. Riktlinjerna behöver också hantera den kunskapsutveckling om LARO som skett och de nya beredningsformer av läkemedel som utvecklats. Riktlinjerna bör breddas så att de vänder sig till fler aktörer än kommun och region. Kostnaden för arbetet med riktlinjerna uppgår till 1 miljon kronor per år under två år. Medlen ska belasta anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

Socialstyrelsen ska få i uppdrag att kartlägga olika typer av boendeformer för personer med skadligt bruk eller beroende, och utreda behov av eventuell vägledning inom området. För detta ska 1 miljon kronor per år avsättas under två år. Medlen ska belasta anslag 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m.

MyVA ska ges i uppdrag att kartlägga huruvida omotiverade krav på drogfrihet finns i vård- och stödverksamheter eller boendeformer som är tillgängliga för personer med skadligt bruk eller beroende, inklusive att överväga om behov av ytterligare vägledning behövs. MyVA:s kostnad för detta beräknas till 1 miljon kronor per år under två år. Medlen ska belasta anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

Folkhälsomyndigheten ska få i uppdrag att, i dialog med civilsamhället, relevanta aktörer och målgruppen för insatsen, ta fram och sprida målgruppsanpassad information om olika substanser och om hur personer som använder narkotika kan minska risker vid narkotikaanvändning. I detta uppdrag bör också ingå att överväga hur information om tidiga varningar som samlas in inom ramen för det nationella Varningssystem Narkotika (VSN) på sikt kan nå målgruppen. Uppdraget bör koordineras och samfinansieras med uppdraget att utveckla en struktur för evidensbaserad kommunikation om narkotika som grund för det arbete vi föreslagit som en del i att stärka förutsättningarna för ett narkotikaförebyggande arbete. Se vidare avsnitt 28.3.1 *Konsekvenser av förslag om bättre villkor för narkotikaförebyggande arbete, inklusive program för att förebygga barns och ungas narkotikaanvändning*. För dessa uppdrag tillsammans föreslår vi att Folkhälsomyndig-

heten tilldelas 2 miljoner kronor första året, 3 miljoner år andra året och 2 miljoner tredje året. Efter denna period bör strukturen för sådan kommunikation och information vara uppbyggd. Därefter föreslås Folkhälsomyndigheten ersättas med 500 000 kronor per år i permanent anslag för löpande förvaltning av arbetet som en del av ordinarie verksamhet. Medlen ska belasta anslag 2:5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.

Kostnader till följd av förslag om LARO

Vi bedömer att ett personcentrerat vårdförlopp för skadligt bruk eller beroende av opioider, med fokus på LARO, bör utvecklas inom ramen för Nationellt programområde psykisk hälsa och i tät dialog med Socialstyrelsen, SKR och relevanta professionsföreningar. Staten kan stimulera den utvecklingen genom att exempelvis tydliggöra sådana behov och förväntade resultat inom ramen för någon av överenskommelserna *Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention* och *Sammanhållen, jämlik och säker vård*, som träffats med huvudmännen. I den senare ingår insatser för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.

Vi bedömer att detta arbete behöver finansieras och att arbetet med att ta fram ett sådant vårdförlopp innebär ett nytt åtagande. Utvecklingen av ett vårdförlopp beräknas kosta 2 miljoner kronor per år under två år. Ersättning för arbete med ett vårdförlopp för opioidberoende med fokus på LARO sker lämpligen genom överenskommelse mellan regeringen och SKR. Medlen ska belasta anslag 1:8 Bidrag till psykiatri. Kunskapsspridning och implementering av ett sådant vårdförlopp är frågor vi belyser i avsnitt 28.3.8 *Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning*.

Socialstyrelsen ska få i uppdrag att uppdatera föreskriften om läkemedelsassisterad behandling samt kunskapsstöd om LARO. Arbetet behöver ske parallellt med uppdraget att uppdatera de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende. Uppdraget handlar inte minst om att anpassa dessa dokument till de nya beredningsformer för läkemedel som sedan 2019 finns i Sverige, liksom att överväga formerna för om andra specialiteter ska kunna ordinera behandlingen. Även uppgifter som att tydliggöra krav för nationell uppföljning av LARO samt nätverk och kunskapsspridning bör om-

fattas av uppdraget. För detta ändamål ska regeringen avsätta 2 miljoner kronor per år under tre år (vilket är dubbelt så mycket som Samsjuklighetsutredningen föreslog, eftersom vi också i förslaget inkluderar att revidera gällande föreskrift). Medlen ska belasta anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

Kriminalvården ska, i samverkan med SKR, utreda formerna för hur specialiserad vård, med fokus på LARO-behandling, ska kunna erbjudas fler klienter under anstaltsvistelse och häkte, samt säkerställa fungerande vårdkedjor för att behandling ska kunna fortsätta vid utslussning från anstalt. Detta för att öka tillgängligheten till LARO på anstalt och häkte, då det i dag är oklart vad som gäller och vem som ska bära kostnaden.

Eftersom LARO är en del av specialiserad vård behöver frågan och uppdraget som ges till Kriminalvården omfatta specialiserad vård mer generellt, men med fokus på LARO. För genomförandet av ett sådant uppdrag skulle Kriminalvården behöva tilldelas 2 miljoner kronor årligen under två år. Uppdraget kan med fördel kombineras med det föreslagna uppdraget till Kriminalvården med anledning av möjligheten att kalla till SIP. Det beskriver vi i avsnitt 28.3.2 *Konsekvenser av SIP och verkställighetsplaner för Kriminalvården och SiS samt uppdrag att ta fram vägledning för vård och stöd*. Medlen ska belasta anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

För att SKR ska kunna bidra proaktivt i arbetet med LARO på anstalt och i fungerande vårdkedjor, kan uppdraget också lämpligen synliggöras i relevant överenskommelse mellan regeringen och SKR, vilket vi föreslår i avsnitt 28.3.8 *Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning* med tillhörande ekonomiska resurser.

Program för att minska dödlighet i narkotika- och läkemedelsförgiftningar

Vi föreslår att regeringen ska anta ett program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Socialstyrelsen ska få i uppdrag att, i dialog med andra relevanta aktörer, leda genomförandet och uppföljningen av programmet.

Socialstyrelsens kostnader för arbetet med att stödja genomförandet, analysera utfallet och följa upp programmet bedöms uppgå till 1 miljon kronor det första året och därefter 3 miljoner kronor under de år som arbetet pågår. Arbetet innebär bland annat kostnader för

kommunikation till hälso- och sjukvård, socialtjänst och andra aktörer vars insatser omfattas av programmet samt analys och utvecklingsarbete.

För att uppnå synergieffekter kan uppdraget med fördel kombineras med förslaget om instruktionsändring och permanent finansiering för en sådan förändring, vilket beskrivs i avsnitt 28.3.8 *Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning.*

I de fall insatser inom ramen för programmet medför kostnader för andra aktörer eller andra konsekvenser av betydelse, beskrivs dessa i andra kapitel i betänkandet där själva insatserna beskrivs. Det gäller exempelvis kostnader för naloxon, som tas upp i avsnitt 28.3.4 *Konsekvenser av förslag om lag om hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården*. Att kostnaden för själva programmet är relativt låg har att göra med att insatserna i programmet finansieras och beskrivs i de konsekvensavsnitt som berör själva insatsen.

Regeringen bör också ersätta kostnader för andra myndigheter som förväntas bidra i arbetet med exempelvis gemensamma analyser och fortsatt kunskapsutveckling. Vi uppskattar sådana kostnader till totalt 2 miljoner kronor per år under samma tidsperiod som programmet finns.

Uppdragen relaterade till ett nationellt program för att minska dödsfall till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar ska belasta anslag 1:8 Bidrag till psykiatri. Efter de fem åren som programmet omfattar ska Socialstyrelsen utvärdera programmet och resultaten och föreslå fortsatt hantering.

Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att genomföra dödsfallsutredningar inom området för att stärka kunskapen om vilka insatser som bör vidtas för att minska förgiftningsdödsfall till följd av narkotika och läkemedel. För detta föreslås myndigheten tilldelas 7 miljoner kronor per år under tre år för att därefter utvärdera insatsen och resultaten och föreslå fortsatt hantering. Medlen ska belasta anslag 4:7 Bidrag till utveckling av socialt arbete m.m. samt anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

28.3.6 Konsekvenser av förslag om stöd till anhöriga

Bedömning: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) ska få i uppdrag att bygga upp kunskap om anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende och/eller samsjuklighet. Kostnaden beräknas uppgå till 2 miljoner kronor per år under tre år.

Tabell 28.9 Kostnader för förslag om stöd till anhöriga

Miljoner kronor

Uppdrag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a
Uppdrag till Nka	2	2	2			6
Summa	**2**	**2**	**2**			**6**

Nka ska få ett särskilt uppdrag att bygga upp kunskap om anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende och/eller samsjuklighet. Uppdraget kan hanteras på liknande sätt som uppdraget att stärka och utveckla stödet till barn som anhöriga, där medel till Nka fördelats via Socialstyrelsen. Nka ska tilldelas 2 miljoner kronor per år under tre år för uppdraget. Därefter ska arbetet utvärderas och en mer långsiktig hantering föreslås. Medlen ska belasta anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

28.3.7 Konsekvenser av förslag om uppföljning och statistik

Bedömning: För förbättrad uppföljning och statistik ska ett antal uppdrag ges till fyra olika myndigheter, Socialstyrelsen, MyVA, Folkhälsomyndigheten och Rättsmedicinalverket (RMV). Under en femårsperiod beräknas kostnaden för uppdragen totalt uppgå till 18 miljoner kronor. För fortsatt förvaltning därefter beräknas 500 000 kronor i utökat ramanslag till Folkhälsomyndigheten. I övrigt ska fortsatt förvaltning och utveckling ske hos Socialstyrelsen och täckas av det ökade anslag som vi beräknat för förslaget om förändrad instruktion till Socialstyrelsen.

Kommuner eller regioner påverkas inte av dessa förslag i sådan mån att ersättning enligt finansieringsprincipen är aktuell.

Uppföljning är en grundläggande förutsättning för att utveckla och säkerställa kvalitet och effektivitet i verksamheten på alla nivåer. Förslagen om förbättrad uppföljning och statistik rör i huvudsak den övergripande nivån men bör även kunna fungera som en viktig förutsättning för regional och lokal uppföljning. Nationellt tillgängliga data om offentlig verksamhet är också viktiga för transparens och ansvarsutkrävande. Vissa av förslagen bidrar till att sjukdomsbördan i befolkningen på grund av narkotika bättre ska kunna följas. Vi har samlat förslagen i sex regeringsuppdrag där kostnader för respektive uppdrag redovisas i tabell 28.10.

Tabell 28.10 Kostnader för förslag om uppföljning och statistik

Miljoner kronor

Regeringsuppdrag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a	Därefter/år
Modell för uppföljning (MyVA)	1,5	2				**3,5**	Förvaltning ingår i ändrad instruktion för Socialstyrelsen. Se avsnitt 28.3.8.
Utveckla och publicera data för indikatorer och mått (Socialstyrelsen)	1,5	1,5	1,5			**4,5**	Förvaltning ingår i ändrad instruktion för Socialstyrelsen. Se avsnitt 28.3.8.
Skattningar av personer med skadligt bruk eller beroende (Folkhälsomyndigheten)	1	0,5	0,5	0,5	0,5	**3**	0,5 ramanslag.
Grundläggande uppgifter LARO (Socialstyrelsen)	1	1,5	0,5			**3**	
Uppgifter om substanser på dödsorsaksintyg (RMV & Socialstyrelsen)	1					**1**	
Fördjupad analys dödlighet och standardrapport* (Socialstyrelsen, RMV & Folkhälsomyndigheten)	1	1	1			**3**	
Summa	**7**	**6,5**	**3,5**	**0,5**	**0,5**	**18**	**0,5**

* Bör kombineras med uppdrag om att följa upp dödlighetsprogrammet.

Uppdrag till MyVA om utveckling av en modell för uppföljning av vård och stöd samt framtida förvaltning hos Socialstyrelsen

I uppdraget till MyVA ingår att fastställa ett ramverk för uppföljningen och att göra en första redovisning av data och analys utifrån ramverket. För detta ändamål bör regeringen avsätta sammantaget 3,5 miljoner under två år. Medel för detta bör tas från anslagsområdet 1.6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

För därefter kommande år ska arbetet med att förvalta modellen och publicera uppföljningar enligt modellen inrymmas i Socialstyrelsens ordinarie arbete, med den förändrade instruktion till Socialstyrelsen som vi föreslår. Se vidare för finansiering av Socialstyrelsens förvaltning i avsnitt 28.3.8 *Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning*.

Uppdrag till Socialstyrelsen att utveckla och publicera data för indikatorer

I uppdraget ryms arbete utifrån tre av våra förslag som handlar om att utveckla och publicera:

- indikatorer för övergripande utfall av vård och stöd
- indikatorer för iatrogent beroende
- mått för naloxonanvändning.

I uppdraget ingår dels att utveckla indikatorer och andra mått, dels att ta fram och uppdatera data för dessa mått. Socialstyrelsens kostnad för uppdraget uppgår till 1,5 miljoner per år under tre år. Medel för detta bör tas från anslagsområdet 1.6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

För därefter kommande år ska arbetet med att förvalta och publicera data inrymmas i Socialstyrelsens ordinarie arbete, med den förändrade instruktion som vi föreslår för myndigheten. Se vidare avsnitt 28.3.8 *Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning*.

Uppdrag till Folkhälsomyndigheten att göra skattningar av antalet personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika

I uppdraget ingår att årligen publicera uppdaterade skattningar. Folkhälsomyndighetens kostnad för uppdraget uppgår till 1 miljon kronor för utvecklingsarbete och analyser under ett år. Medel för detta bör tas från anslagsområdet 2.5 Åtgärder avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak samt spel.

Därefter bör arbetet med att uppdatera skattningarna ingå i Folkhälsomyndighetens ordinarie verksamhet. Ramanslaget till myndigheten utökas med 500 000 kronor för att kompensera för detta. Medel för ändamålet bör belasta anslagsområdet 2.1 Folkhälsomyndigheten.

Uppdrag till Socialstyrelsen att säkra uppgifter om LARO i patientregistret

I uppdraget ingår att identifiera och genomföra nödvändiga insatser för att säkra uppgifter om LARO i patientregistret. Socialstyrelsens kostnad för uppdraget uppgår till totalt 3 miljoner fördelat på en period om tre år. Medel för detta bör tas från anslagsområdet 1.6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Uppdrag till Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen om uppgifter om substanser på dödsorsaksintyg

I uppdraget ingår att förtydliga hur uppgifter ska fyllas i på dödsorsaksintyg. För arbetet bör regeringen avsätta 500 000 kronor till RMV och 500 000 kronor till Socialstyrelsen. Medel för detta bör tas från anslagsområdet 1.6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Uppdrag till Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket och Folkhälsomyndigheten om fördjupad analys av narkotikarelaterad dödlighet

I uppdraget ingår att ta fram fördjupade analyser av narkotikarelaterad dödlighet, inte bara begränsat till läkemedels- och narkotikaförgiftningar, samt att utarbeta en standardrapport. För uppdraget avsätts 1 miljon kronor per år under en treårsperiod, vilket delas lika

mellan de tre myndigheterna. Medel för detta bör tas från anslagsområdet 1.6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Uppdraget bör kombineras med uppdraget att följa upp det nationella programmet för att minska dödsfall på grund av narkotika- och läkemedelsförgiftningar. Se vidare avsnitt 28.3.5. *Konsekvenser av förslag inom skadereducering, LARO och program för att minska dödsfall vid narkotika- eller läkemedelsförgiftningar*.

28.3.8 Konsekvenser av förslag om kunskapsutveckling och forskning

Bedömning: Området skadligt bruk eller beroende ska tydliggöras i överenskommelser mellan staten och SKR, inte enbart som en del i arbetet med samsjuklighet i andra psykiatriska diagnoser. Sådana medel behöver kunna nå både kommun och region. Ett flertal områden och prioriteringar i detta betänkande bör synliggöras i överenskommelserna. Vi föreslår att 100 miljoner kronor per år avsätts för detta ändamål.

Övriga kostnader inom området innebär kostnader för förändringar och uppdrag till statliga myndigheter. Den förändrade instruktionen till Socialstyrelsen för att på ett tydligare sätt kunna fungera som nav i frågor om vård, stöd och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende bedöms inte påverka huvudmännen eller andra myndigheters verksamhetsområden, men medför en permanent kostnad.

Forte (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd) ska utreda hur ett nationellt forskningscentrum kan inrättas. Forte ska också utreda förutsättningarna för att inrätta en tvärvetenskaplig nationell forskarskola, liksom hur Sverige kan närma sig forskningsanslag i paritet med andra jämförbara länder inom OECD (Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling).

Nationella vårdkompetensrådet ska ta fram förslag om att säkra kompetensförsörjningen inom området skadligt bruk eller beroende.

Socialstyrelsen ska genomföra en förstudie om behov och förutsättningar för att genomföra uppdragsutbildningar riktade till hälso- och sjukvården samt vid behov socialtjänsten. Socialstyrel-

sen bör i redovisningen av förstudien lämna förslag på finansiering för genomförande av kompetenssatsningen.

Totalt uppgår insatser inom detta område till 119 miljoner kronor per år under två år och 115 miljoner kronor det tredje året. Av dessa utgör 15 miljoner kronor till Socialstyrelsen dock permanenta medel.

Tabell 28.11 Kostnader relaterade till kunskap, forskning och kompetens

Miljoner kronor

Uppdrag	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a	Därefter/år
Förändrad instruktion Socialstyrelsen	15	15	15	15	15	**45**	15
RU[a] till Socialstyrelsen vad avser förstudie om utbildningar hälso- och sjukvården och vid behov socialtjänsten	1	1				**2**	
RU[a] till Forte att utreda forskningscenter, forskarskola och forskningsanslag med mera.	2	2				**4**	
RU[a] till Nationella Vårdkompetensrådet	1	1				**2**	
Överenskommelse mellan regeringen och SKR, exempelvis *Överenskommelse om psykisk hälsa och suicidprevention*, ska tydligt identifiera prioriteringar för att skapa incitament om arbete med skadligt bruk eller beroende.	100	100	100			**300**	
Summa	**119**	**119**	**115**	**15**	**15**	**353**	**15**

[a] Regeringsuppdrag.

Socialstyrelsen föreslås få en förändrad instruktion för att tydligare fungera som sektorsansvarig för vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende, samt som motor i det nationella arbetet inom samma område. Denna förändring behöver finansieras permanent. Vid inrättandet av Nationellt kunskapscenter för äldreomsorg vid Socialstyrelsen tillfördes myndigheten 19 miljoner kronor som ett permanent tillskott. Socialstyrelsens uppdrag vad gäller *god och nära vård* omfattar under en flerårig tidsperiod cirka 10 miljoner kronor årligen. Detta är några exempel på större uppdrag som myndigheten ersatts för. Vi bedömer att instruktionsförändringen innebär ett delvis nytt uppdrag och medför permanenta merkostnader på 15 miljoner kronor per

år, vilket ska tillföras Socialstyrelsen genom en permanent ökning av Socialstyrelsens förvaltningsanslag, anslag 1:1 Socialstyrelsen.

Nationella vårdkompetensrådet ska utreda förutsättningar för långsiktig kompetensförsörjning inom områdena prevention, behandling och skadereducering vid skadligt bruk eller beroende. Kostnaden för uppdraget uppgår till 1 miljon kronor per år under två år. Medlen bör belasta anslag 1:8 Bidrag till psykiatri.

Kostnaden för Socialstyrelsens uppdrag att genomföra en förstudie om fortbildning för hälso- och sjukvården, och till viss del socialtjänsten, beräknas innebära merkostnader om 1 miljon kronor per år i två år. I uppdraget ingår att beräkna kostnader för genomförande, vilka på sikt kan belasta både stat, kommun och region men som inte är inräknade här. Medlen för uppdraget till Socialstyrelsen ska belasta anslag 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård.

Uppdraget till Forte om forskningscentrum, forskarskola och nivån för forskningsmedel om narkotika beräknas kosta 2 miljoner kronor per år i två år. Kostnaderna för satsningarna på längre sikt som blir ett utfall av Fortes arbete ingår inte i ovanstående uppdrag och kostnadsberäkning, utan ska beräknas av Forte. Regeringen kan också överväga att i stället finansiera uppdragen till Forte genom en ökning av myndighetens förvaltningsanslag.

För överenskommelsen med SKR bör 100 miljoner kronor per år tillföras under en treårsperiod från anslag 1:8 Bidrag till psykiatri. I den senaste överenskommelsen tillfördes 200 miljoner kronor för området samsjuklighet, vilket också gynnar området skadligt bruk eller beroende, men vi bedömer inte att det är tillräckligt.

Arbetet behöver länkas till pågående satsningar på samsjuklighet, men också ge utrymme för satsningar som är nödvändiga för att skapa incitament att genomföra de förslag och bedömningar vi presenterat i detta betänkande. Förslagen och bedömningarna innebär inte i vår mening nya uppgifter eller en ambitionsökning, utan är uppgifter som kommun och region redan har. Vi bedömer dock att området ska förstärkas med ekonomiska resurser under några år för att få fart på arbetet i hela landet och öka förutsättningarna för god och jämlik vård och omsorg.

Vi bedömer att de prioriterade områden som med fördel skulle kunna tydliggöras i en överenskommelse är insatser för att

- stärka stödet till anhöriga
- minska dödligheten hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika samt dödsfallen till följd av narkotika- och läkemedelsförgiftningar
- öka tillgängligheten till och kvaliteten i LARO
- uppdatera och implementera vård- och insatsprogram för missbruk och beroende inom den specialiserade hälso- och sjukvården samt socialtjänsten
- stödja samverkan och arbetssätt för att kunna arbeta utifrån ett skadereducerande arbetssätt
- utveckla ett personcentrerat vårdförlopp för opioidberoende med fokus på LARO
- stärka samverkan mellan Kriminalvården och regionerna för LARO-behandling
- stärka möjligheten till nationell uppföljning genom enhetlig tillämpning i rapportering till hälsodataregister och kvalitetsregister.

Vi bedömer att medel bör avsättas i tre år för en tillfällig satsning, men så länge det finns en psykiatriöverenskommelse bör medel särskilt avsättas för området skadligt bruk eller beroende. Det är angeläget att medlen fördelas till både kommuner och regioner och de bör fördelas så att 60 procent tillfaller regionerna och 40 procent kommunerna.

28.4 Kostnader uppdelat på områden och aktörer

I tabell 28.12 framgår statens kostnader uppdelat på aktörer och områden.

Tabell 28.12 Kostnader efter områden per regioner, kommuner, statliga myndigheter och övriga aktörer

Miljoner kronor

Aktörer och områden	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a	Därefter/år
Regioner	**326,5**	**326,5**	**324,5**	**62,5**	**26**	**1066**	**26**
SIP och verkställighetsplaner Kriminalvården & SiS. Vägledning	12	12	12	12	12	60	12
Tillgänglighet och kvalitet i vård och stöd	236,5	236,5	236,5	36,5		746	
Lag om hantering av opioidantagonister	14	14	14	14	14	70	14
Skadereducering, LARO och dödlighet	4	4	2			10	
Kunskapsutveckling och forskning	60	60	60			180	
Kommuner	**90,5**	**90,5**	**90,5**	**48,5**	**12**	**332**	**12**
SIP och verkställighetsplaner Kriminalvården & SiS. Vägledning	12	12	12	12	12	60	12
Tillgänglighet och kvalitet i vård och stöd	36,5	36,5	36,5	36,5		146	
Skadereducering, LARO och dödlighet	2	2	2			6	
Kunskapsutveckling och forskning	40	40	40			120	
Länsstyrelserna	**40**	**40**	**40**	**40**	**40**	**200**	
Förebyggande	40	40	40	40	40	200	
Socialstyrelsen	**40,3**	**42,3**	**37,8**	**24**	**18**	**162,5**	**15**
SIP och verkställighetsplaner Kriminalvården & SiS. Vägledning	2	2	2			6	
Tillgänglighet och kvalitet i vård och stöd	6,5	6,5	6	6		25	
Skadereducering, LARO och dödlighet	12,5	14,5	12,5	3	3	45,5	
Uppföljning och statistik	3,3	3,3	2,3			9	
Kunskapsutveckling och forskning	16	16	15	15	15	77	15

Aktörer och områden	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a	Därefter/år
Kriminalvården	**9**	**9**	**5**	**5**	**5**	**33**	**5**
SIP och verkställighetsplaner Kriminalvården & SiS. Vägledning	2	2				4	
Lag om hantering av opioidantagonister	5	5	5	5	5	25	5
Skadereducering, LARO och dödlighet	2	2				4	
Folkhälsomyndigheten	**7,3**	**7,8**	**4,8**	**3**	**3**	**26**	**1**
Förebyggande	4	4	2	2	2	14	
Skadereducering, LARO och dödlighet	2	3	2	0,5	0,5	8	0,5
Uppföljning och statistik	1,3	0,8	0,8	0,5	0,5	4	0,5
Polismyndigheten och Migrationsverket	**7**	**7**	**7**	**5**	**5**	**31**	**5**
SIP och verkställighetsplaner Kriminalvården & SiS. Vägledning	2	2	2			6	
Lag om hantering av opioidantagonister	5	5	5	5	5	25	5
Digitaliseringsmyndigheten	**5**	**5**	**5**			**15**	
SIP och verkställighetsplaner Kriminalvården & SiS. Vägledning	5	5	5			15	
MyVA	**4,5**	**5**	**2**	**2**	**2**	**15,5**	
Lag om hantering av opioidantagonister	2	2	2	2	2	10	
Skadereducering, LARO och dödlighet	1	1				2	
Uppföljning och statistik	1,5	2				3,5	
SiS	**3,5**	**3,5**	**1,5**	**1,5**	**1,5**	**11,5**	**1,5**
SIP och verkställighets-planer Kriminalvården & SiS. Vägledning	2	2				4	
Lag om hantering av opioidantagonister	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	7,5	1,5
SKR	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**15**	
SIP och verkställighetsplaner Kriminalvården & SiS. Vägledning	3	3	3	3	3	15	

Aktörer och områden	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	S:a	Därefter/år
E-hälsomyndigheten	**2,5**	**1**	**1**	**0,5**	**0,5**	**5,5**	**0,5**
Lag om hantering av opioidantagonister	2,5	1	1	0,5	0,5	5,5	0,5
Forte	**2**	**2**				**4**	
Kunskapsutveckling och forskning	2	2				4	
Nationellt kompetens-centrum anhöriga	**2**	**2**	**2**			**6**	
Anhöriga	2	2	2			6	
Nationella Vårdkompetensrådet	**1**	**1**				**2**	
Kunskapsutveckling och forskning	1	1				2	
Läkemedelsverket	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**5**	**1**
Lag om hantering av opioidantagonister	1	1	1	1	1	5	1
Tillgänglighet och kvalitet i vård och stöd	0,5	0,5				1	
RMV	**0,8**	**0,3**	**0,3**			**1,5**	
Uppföljning och statistik	0,8	0,3	0,3			1,5	
TLV	**0,5**	**0,5**				**1**	
Tillgänglighet och kvalitet i vård och stöd	0,5	0,5				1	
Andra myndigheter som medverkar i dödlighets-program	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**	**10**	
Skadereducering, LARO och dödlighet	2	2	2	2	2	10	
Andra aktörer som söker statsbidrag	**1**	**1**	**1**			**3**	
Skadereducering, LARO och dödlighet	1	1	1			3	
Summa	**550**	**551**	**528,5**	**198**	**119**	**1946,5**	**67**

29 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Förslaget om en ny lag (2000:00) om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården samt ändring i lagen (2009:366) om handel av läkemedel föreslås träda i kraft 1 januari 2025.

Övriga författningsändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 2026.

Bedömning: Några särskilda övergångsbestämmelser behövs inte.

Skälen för förslag och bedömning

Lagen om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården

Vår bedömning är att förslaget om en ny lag om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården bör införas så snart som det bedöms vara praktiskt genomförbart. Vi föreslår därför att lagen ska träda i kraft den 1 januari 2025.

Övriga författningsförslag

Flera författningsförslag som vi lämnar påverkas av eller påverkar förslagen som Samsjuklighetsutredningen lämnade i *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93) och slutbetänkande *Tvångsvården – som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja* (SOU 2023:5). Regeringen behöver samordna bered-

ningsprocessen dessa förslag. Även de författningsförslag som inte direkt påverkas av Samsjuklighetsutredningens förslag, kan regeringen med fördel samordna beredningsarbetet så att ett samlat förslag kan lämnas in till riksdagen. Samsjuklighetensutredningen har föreslagit att deras förslag ska träda kraft den 1 januari 2026. Vi föreslår därför att förslagen, bortsett från lagen om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården, ska träda i kraft samtidigt.

30 Författningskommentarer

30.1 Förslag till lag om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården

Lagens innehåll och syfte

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om när verksamheter utanför hälso- och sjukvården får hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Lagen är ny och behandlas i kapitel 20.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.2. I paragrafen finns en allmän beskrivning av innehållet i den nya lagen. Av bestämmelsen framgår att lagen innehåller bestämmelser om när verksamheter utanför hälso- och sjukvården får hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister. Vad som avses med opioidantagonister definieras i 5 §. Med opioidantagonister avses läkemedel som effektivt häver effekten av opioider vid livshotande opioidförgiftning. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får bemyndigande att föreskriva vilka läkemedel som ska omfattas av lagen se kommentaren till 32 §. Vad som avses med verksamheter framgår av 3 §.

2 § Syftet med lagen är att rädda liv genom ökad tillgänglighet till läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.3. Paragrafen anger syftet med lagen som är att rädda liv genom ökad tillgänglighet till läkemedel som verkar som opioidantagonister. Bestämmelsen är riktad till alla som tillämpar lagen och är en erinran om att det övergripande syftet är att rädda liv. Opioidantagonister som naloxon är ett effektivt sätt att häva en förgiftning av opioider. Användning av opioidantagonister är i princip utan biverkningar och saknar effekt på personer som inte tagit opioider.

Tillämpningsområde

3 § Under de förutsättningar som anges i denna lag får följande verksamheter utanför hälso- och sjukvården, som i sin ordinarie verksamhet möter enskilda som riskerar opioidförgiftning, hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister:
– statliga myndigheter,
– kommunala verksamheter,
– enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst, och
– ideella verksamheter.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.4.

Paragrafen anger vilka verksamheter som får hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt denna lag. Statliga myndigheter, kommunala verksamheter, enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst och ideella verksamheter omfattas av lagen. För att en verksamhet ska få hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister ska de i sin ordinarie verksamhet möta enskilda med risk för opioidförgiftning. Det behöver inte vara verksamhetens primära målgrupp utan det är tillräckligt att verksamheten möter målgruppen i sin ordinarie verksamhet. Lagens tillämpningsområde är begränsat till verksamheter eller verksamhetsgrenar som inte bedriver hälso- och sjukvård. För verksamheter eller verksamhetsgrenar som bedriver hälso- och sjukvård gäller hälso- och sjukvårdens regelverk vid hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister. Det är verksamheterna själva som avgör om de är en sådan verksamhet som avses i lagen och därmed får hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister i sin verksamhet. Med statliga myndigheter avses till exempel Polismyndigheten, Statens institutionsstyrelse och frivården inom Kriminalvården. Kommunala verksamheter kan till exempel vara socialpsykiatri eller kommunens uppsökande verksamhet. Enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst är verksamheter som bedriver verksamhet enligt 7 kap. 1 § socialtjänsten (2001:453), SoL eller enligt 23 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Med ideella verksamheter avses till exempel härbärgen.

En verksamhet enligt denna lag ska vara en juridisk person eller en organisatorisk enhet inom en juridisk person som i sin ordinarie verksamhet möter enskilda som riskerar opioidförgiftning.

4 § Hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt denna lag utgör inte hälso- och sjukvård i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5.

Paragrafen upplyser om att hantering av läkemedel enligt lagen inte utgör hälso- och sjukvård i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Eftersom hanteringen enligt denna lag inte utförs i verksamhet hos en vårdgivare eller sjukvårdshuvudman gäller således inte HSL vid utförandet (jfr 1 kap. 1 § första stycket HSL).

Det finns andra lagar än HSL som också gäller för vårdgivare och sjukvårdshuvudmän och som inte heller är tillämpliga när hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister sker enligt denna lag. Bestämmelsen innehåller inte någon uttömmande uppräkning av sådana lagar. Att endast HSL anges i bestämmelsen ska således inte tolkas motsatsvis.

Skador som uppstår vid hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt denna lag kan inte aktualisera ersättning enligt patientskadelagen (1996:799). Om den enskilde skadas vid hanteringen får därför bedömningen av ansvaret göras enligt allmänna skadestånds- och straffrättsliga regler. Riskerna med hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister är dock i princip obefintliga, se avsnitt 20.1.

Läkemedelsförsäkringen är tillämplig vid eventuella skador som uppstått vid användning av läkemedlet, eftersom sådan användning är i enlighet med Läkemedelsverkets indikation. Det gäller oavsett om administrering sker av personal i verksamheten eller av enskild efter ett överlämnande av läkemedlet.

Definitioner

5 § Med opioidantagonister avses läkemedel som häver effekten av opioider vid livshotande opioidförgiftning.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.1.

Paragrafen definierar vad som är läkemedel som verkar som opioidantagonister. Läkemedel som innehåller naloxon verkar till exempel som opioidantagonister. Naloxon är en förkortning av substansen naloxonhydroklorid, som finns i flera läkemedel som kan rädda liv vid en överdos av opioider. I lagen definieras inte vilka substanser, läke-

medel eller administreringssätt och beredningsformer som omfattas. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får utfärda närmare föreskrifter om vilka läkemedel som ska omfattas, se kommentarer till 32 §.

6 § Med hantering avses i denna lag rekvisition, förvaring, administrering och överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5.

Paragrafen anger vad som avses med hantering enligt lagen. Med hantering avses rekvisition, förvaring, administrering och överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister. Begreppen beskrivs närmare under kommentarerna till bland annat 13 § och 17–19 §§.

7 § Med administrering avses i denna lag att den hanteringsansvarige, eller någon som denne delegerat uppgiften till, ger läkemedel som verkar som opioidantagonister till en enskild vid misstänkt opioidförgiftning.

Förslaget behandlas i 20.5.

Paragrafen definierar vad som avses med administrering enligt lagen. Administrering är när behörig personal, det vill säga den hanteringsansvarige eller annan som fått uppgiften delegerad till sig, ger läkemedlet till en person vid en misstänkt opioidförgiftning. Närmare om hur administrering ska ske avgörs av administreringssättet och instruktionen för respektive läkemedel.

8 § Med överlämning avses i denna lag att den hanteringsansvarige, eller någon som denne delegerat uppgiften till, överlämnar läkemedel som verkar som opioidantagonister till enskilda.

I paragrafen definieras vad som avses med överlämning av läkemedel.

Att överlämna läkemedel betyder att det lämnas över till enskilda, vilket kan vara den som själv riskerar opioidförgiftning eller en annan person som i sin tur administrerar läkemedlet (se kommentaren till 11 §). Naloxon, som är ett godkänt läkemedel som verkar som opioidantagonist, har vissa särskilda villkor vad avser förskrivning, rekvirering och utlämnande från apotek. Det får enligt godkännandet administreras av annan än patienten. Naloxon överlämnas idag ofta från hälso- och sjukvården till patienten att administreras själv eller av andra i form av egenvård enligt lagen (2022:1250) om egenvård.

Hanteringsansvarig

9 § Verksamheten ska utse en person som ansvarar för hantering av läkemedel som verkar som opioidantagonister enligt denna lag (hanteringsansvarig).

Förslaget behandlas i avsnitt 20.7.

Paragrafen anger att verksamheterna ska utse en ansvarig person som kallas hanteringsansvarig. Den hanteringsansvarige ska ha god kunskap om hur läkemedlet ska administreras och förvaras och ska ha genomgått en utbildning, se kommentaren till 10 §. Den hanteringsansvarige ansvarar för att rekvirera läkemedlet. Se även kommentaren till 13 §. Den hanteringsansvarige får delegera vissa uppgifter till annan personal, se kommentaren till 11 §. Alla som arbetar i verksamheten kan utses som hanteringsansvarig oavsett anställningsform och oavsett om det rör sig om oavlönat eller avlönat arbete.

10 § Den hanteringsansvarige ska genomgå en godkänd utbildning om administrering, förvaring och överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.7.

Paragrafen anger att den hanteringsansvarige ska genomgå en godkänd utbildning om administrering, förvaring och överlämning av läkemedel som verkar som opioidantagonister. En sådan utbildning ska bland annat ge kunskap om hur man känner igen opioidförgiftning, hur opioidantagonister fungerar och vilka åtgärder som behöver vidtas vid en misstänkt opioidförgiftning. Utbildningen som den hanteringsansvarige ska ha genomgått enligt den föreslagna lagen ska omfatta både kunskap som är riktat till den hanteringsansvarige själv, gällande bland annat förvaring och administrering av läkemedlet, men även kunskap som behöver vidareförmedlas till de enskilda för att dessa ska få läkemedlet överlämnat till sig. I utbildningen ska även ingå närmare instruktioner om hur administreringen ska ske och hur en opioidförgiftning känns igen Även annan personal som den hanteringsansvarige delegerar hanteringen till ska genomgå utbildning, se kommentaren till 11 §.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om utbildningarnas innehåll och godkännande, se kommentaren till 32 §.

Delegering

11 § Den hanteringsansvarige får delegera uppgiften att förvara, administrera och överlämna läkemedel som verkar som opioidantagonister till annan personal som har genomgått en godkänd utbildning enligt 10 §. Hantering som innebär rekvisition får inte delegeras.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.7. Paragrafen anger vad som får delegeras från den hanteringsansvarige och till vem delegering får ske. Den hanteringsansvarige får delegera förvaring, administrering och överlämning av läkemedel. Rekvisition av läkemedel får inte delegeras. Delegering får ske till annan personal i verksamheten, som genomgått en godkänd utbildning. Med personal avses alla som arbetar i verksamheten oavsett anställningsform och oavsett om det rör sig om oavlönat eller avlönat arbete. Se även kommentaren till 10 § om vad som avses med godkänd utbildning.

Rekvisition

12 § Läkemedel får endast beställas i mängder som står i proportion till det förväntade behovet hos verksamheten.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5.

Av paragrafen framgår att läkemedel endast får beställas i mängder som står i proportion till det förväntade behovet. Bestämmelsen riktar sig till verksamheterna, som ska bedöma sitt eget behov av läkemedel för administrering och överlämning. Det bedömda behovet ska utgå ifrån hur stor målgrupp verksamheten möter som brukar opioider och därför riskerar en opioidförgiftning. Är behovet svårt att beräkna kan rekvirering ske i mindre mängder, vid fler tillfällen. Ett öppenvårdsapotek får neka det beställda antalet om mängden är uppenbart oskälig, se kommentar till 16 §.

13 § Rekvisition av läkemedel enligt denna lag ska ställas till ett öppenvårdsapotek av den hanteringsansvarige.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5.

I paragrafen anges att rekvisition ska ställas till öppenvårdsapotek och att det ska göras av den hanteringsansvarige. Rekvisition får inte delegeras till annan personal. Med rekvisition avses i denna lag en be-

ställning av läkemedel som verkar som opioidantagonister. Med öppenvårdsapotek avses sådan inrättning för detaljhandel med läkemedel som bedrivs med tillstånd enligt 2 kap. 1 § lagen (2009:366) om handel med läkemedel.

14 § En rekvisition ska innehålla uppgift om verksamhetens namn, vem som ansvarar för rekvisition och antalet doser som beställs.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5.

Paragrafen anger krav på utformningen av en rekvisition. Av rekvisitionen ska framgå verksamhetens namn, den som ansvarar för rekvisitionen och antalet som beställs. Den som ansvarar för rekvisitionen är den hanteringsansvarige. Läkemedelsverket har tillsyn över öppenvårdsapotekens kontroll av rekvisitioner, se kommentaren till 23 och 24 §§.

15 § Öppenvårdsapoteket ska kontrollera att den rekvirerande verksamheten finns upptagen i det register som E-hälsomyndigheten för enligt 28 § samt att den som undertecknat rekvisitionen är behörig beställare.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.10.

Paragrafen anger det ansvar som öppenvårdsapoteketen har att kontrollera att verksamheten finns i det register som E-hälsomyndigheten ansvarar för samt att den som undertecknat rekvisitionen är behörig beställare. Det är endast den hanteringsansvarige som är behörig att rekvirera läkemedel.

16 § Ett öppenvårdsapotek får neka behörig beställare helt eller delvis expediering av det antalet doser som framgår av rekvisitionen om

1. mängden är oskälig i förhållande till kraven i 12 §,
2. det finns risk för att det uppstår en brist på läkemedlet eller,
3. det finns andra särskilda skäl.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.11.

Paragrafen anger när ett öppenvårdsapotek får neka det beställda antalet doser. Ett öppenvårdsapotek får neka om det beställda antalet är uppenbart oskäligt eller om det finns risk för att det uppstår en brist på läkemedlet om det begärda antalet lämnas ut. Ett öppenvårdsapotek behöver inte neka till hela beställningen utan kan bedöma att en expediering kan ske, men i mindre antal än beställt. För att en beställning ska anses vara oskälig i antal ska det finnas starka

skäl. Det kan till exempel vara om samma verksamhet beställt en större mängd tidigare eller där beställningen rör ett så stort antal att det med stor sannolikhet inte står i proportion till verksamhetens målgrupp. Ett öppenvårdsapotek får även neka expediering om det finns risk för att brist på läkemedlet uppstår. Det är särskilt viktigt att beakta om det riskerar att uppstå en brist på läkemedlet i hälso- och sjukvården. Ett öppenvårdsapotek får även neka expediering av det antalet doser som framgår av rekvisitionen om det finns andra särskilda skäl. Det kan till exempel vara om det kommit till apotekets kännedom att verksamheten fått ett föreläggande att vidta rättelser avseende allvarliga brister från en myndighet.

Förvaring

17 § Läkemedel enligt denna lag ska förvars
1. i lämpliga och låsta skåp eller fack,
2. på ett sådant sätt att endast den hanteringsansvarige eller någon som denne delegerat uppgiften till har tillgång till läkemedlet, och
3. i originalförpackningarna.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5. Paragrafen anger hur förvaring av läkemedel enligt lagen ska ske.

Administrering

18 § Administrering av läkemedel enligt denna lag till en person som inte lämnat sitt samtycke till åtgärden får endast ske för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar personens liv vid en misstänkt opioidförgiftning och om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.6. Paragrafen motsvarar 4 kap. 4 § i patientlagen och innebär att administrering av läkemedel som verkar som opioidantagonister kan ske med stöd av paragrafen i en nödsituation till en person som inte är i stånd att samtycka till det. En misstänkt opioidförgiftning är som regel att anse som en fara som akut och allvarligt hotar personens liv.

Paragrafen avser situationer då en persons vilja på grund av medvetslöshet eller av annan orsak inte kan utredas. Andra orsaker till att en person inte kan ge sitt samtycke än att han eller hon är medvetslös

kan till exempel vara att personen är okontaktbar på grund av chock eller är på väg in i medvetslöshet.

Överlämning av läkemedel

19 § Läkemedel som verkar som opioidantagonister får överlämnas till personer som löper risk för opioidförgiftning, eller dennes närstående.

Om det finns särskilda skäl får läkemedel som verkar som opioidantagonister överlämnas till andra personer än som anges i första stycket.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5.

Paragrafen anger till vilka överlämning av läkemedel får ske. Överlämning av läkemedel får ske till en enskild som löper risk för opioidförgiftning, eller dennes närstående. En enskild kan löpa risk för opioidförgiftning när det föreligger ett skadligt bruk eller beroende av opioider, men även i andra situationer där den enskilde tillfälligt eller regelbundet använder opioider.

Med närstående avses en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till. Om det råder osäkerhet kring om det rör sig om en person som är närstående till personen som löper risk för opioidförgiftning, ska verksamheten utgå ifrån att det är en närstående och överlämna läkemedel. Personen som löper risk för en opioidförgiftning behöver inte samtycka till att en närstående får läkemedlet överlämnat till sig.

Om det finns särskilda skäl får läkemedel som verkar som opioidantagonister även överlämnas till andra personer. Särskilda skäl kan till exempel vara att personen har kontakt med en eller flera personer som riskerar opioidförgiftningar utan att formellt sett vara närstående till denne. Det kan till exempel vara ett familjehem, lärare eller privatpersoner som möter personer som riskerar opioidförgiftningar.

20 § I samband med överlämning av läkemedel enligt denna lag ska mottagaren få information om hur läkemedlet fungerar, hur det administreras och vilka övriga åtgärder som behöver vidtas vid en misstänkt opioidförgiftning.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5.

Paragrafen anger att den som överlämnar läkemedlet till en enskild behöver säkerställa att den som tar emot läkemedlet har kunskap om hur läkemedlet fungerar, hur det ska administreras och vilka övriga

åtgärder som behöver vidtas vid en misstänkt opioidförgiftning. I tillräcklig kunskap om hur läkemedlet fungerar ingår till exempel kunskap om hur läkemedlet fungerar vid en förgiftning och att ytterligare en dos kan behöva ges. Övriga åtgärder vid en misstänkt opioidförgiftning är till exempel att HLR behöver genomföras parallellt och att det alltid ska larmas till 112.

Särskilt om kostnader

21 § Rekvisition av läkemedel ska vara utan kostnad för kommunala verksamheter, enskilda verksamheter som bedriver socialtjänst och ideella verksamheter. Regionen har kostnadsansvar för dessa läkemedel. Ett öppenvårdsapotek som har lämnat ut läkemedel har rätt att få ersättning för kostnaderna för läkemedlet av den region där den rekvirerande verksamheten är belägen.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.12.

Paragrafen anger att det är regionen som har kostnadsansvar för läkemedel enligt lagen, förutom de läkemedel som rekvireras av statliga verksamheter. Det innebär att de verksamheter som räknas upp i bestämmelsen inte behöver betala för rekvisition av läkemedel enligt denna lag, utan att öppenvårdsapoteken ska lämna ut läkemedel som omfattas av lagen utan kostnad. Öppenvårdsapoteket får sedan kostnaden ersatt av den region där verksamheten är belägen. Statliga myndigheter som hanterar läkemedel enligt lagen rekvirerar läkemedel mot kostnad.

22 § Vid överlämning och administrering av läkemedel enligt denna lag ska läkemedlet vara kostnadsfritt för den enskilde.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.8.

Paragrafen anger att administrering och överlämning av läkemedel ska vara utan kostnad för den enskilde som ges eller tar emot läkemedlet. Det gäller även om det är närstående eller andra som fått läkemedlet överlämnat enligt denna lag. Paragrafen innebär att verksamheterna inte får ta betalt för hanteringen av läkemedel enligt denna lag och ska läsas som att ingen kostnad heller får tas ut av enskilda för förvaring, rekvisition, eller information vid överlämning.

Tillsyn

23 § Läkemedelsverket har tillsyn över efterlevnaden av bestämmelser som rör rekvisition enligt 13–15 §§ i denna lag.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.9.

Paragrafen innebär att Läkemedelsverket har tillsyn över öppenvårdsapotekens kontroll vid rekvisition. Tillsynsansvaret omfattar öppenvårdsapotekens kontroll av att rätt uppgifter finns med i rekvisitionen och att de kontrollerar detta mot uppgifterna i registret.

24 § Läkemedelsverket har rätt att på begäran få de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen.

Läkemedelsverket får meddela de förelägganden och förbud som behövs vid tillsynen. Beslut om föreläggande eller förbud får förenas med vite.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.9.

Paragrafen reglerar vilka befogenheter Läkemedelsverket har i tillsynsarbetet. Det är angeläget att Läkemedelsverket får möjlighet att fullgöra sina tillsynsuppgifter i 23 § på ett effektivt sätt. Myndigheten kan då behöva få tillgång till visst material hos öppenvårdsapoteken. Det är inte möjligt i lagtext att precisera vilka upplysningar och handlingar det rör sig om, utan avgörande är om de är nödvändiga för tillsynen.

Om det är nödvändigt för att Läkemedelsverket ska kunna fullgöra sin tillsynsplikt får myndigheten besluta om förelägganden eller förbud med eller utan vite. Lagen (1985:206) om viten blir tillämplig på de viten som myndigheten kan komma att förelägga. Det betyder att frågor om utdömande av viten som regel prövas av förvaltningsrätt.

Anmälan och register över verksamheter

25 § Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av denna lag ska anmäla detta till E-hälsomyndigheten senast en månad innan verksamheten avser att hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.10.

I paragrafen föreskrivs en anmälningsskyldighet för den som avser att hantera opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården. E-hälsomyndigheten ska inte göra någon ytterligare prövning av anmälan än att den innehåller rätt uppgifter. Anmälan är främst till för att

öppenvårdsapoteken ska kunna kontrollera att en verksamhet är anmäld i enlighet med bestämmelsen samt att kontrollera vem som är hanteringsansvarig och därför har rätt att rekvirera läkemedel enligt lagen. Se kommentaren till 28 § angående vad uppgifterna i registret får användas till.

26 § Anmälan ska innehålla uppgifter om
1. namn på verksamheten,
2. var verksamheten ska bedrivas, och
3. vem som är hanteringsansvarig.

Vidare ska anmälaren ge in underlag som stöder att verksamheten uppfyller kriterierna i 3 § och dokumentation på genomgången utbildning enligt 10 § samt en uppskattning av det förväntade årliga behovet av doser.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.10.

Paragrafen anger vilka uppgifter som ska finnas med i en anmälan Vilken verksamhet det rör, var verksamheten ska bedrivas, den hanteringsansvariges namn och ett bevis på att den hanteringsansvarige genomgått utbildning och blivit godkänd på utbildningen. Med dokumentation på genomgången utbildning avses någon form av bevis på att den hanteringesansvarige gått utbildningen. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får föreskriva om utbildningens innehåll och godkännande. Med var verksamheten ska bedrivas avses adress. Uppgiften behövs för att apoteken ska kunna fakturera rätt region för kostnaden för rekvirerade läkemedel.

27 § Förändringar eller nedläggning av verksamheten ska anmälas till E-hälsomyndigheten inom en månad efter genomförandet.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.10.

För att öppenvårdsapoteken ska kunna kontrollera att det rör sig om en anmäld verksamhet, rätt hanteringsansvarig och att denne genomgått en godkänd utbildning, så behöver uppgifterna vara uppdaterade. Verksamheterna ska därför även anmäla förändringar eller nedläggning av verksamheten till E-hälsomyndigheten. Det är endast förändringar av redan anmälda uppgifter som behöver anmälas.

28 § E-hälsomyndigheten ska med hjälp av automatiserad behandling föra register över de verksamheter som uppfyller kraven på anmälan enligt 26 §. Registret får användas för kontroll vid rekvisition, tillsyn, uppföljning och statistik.

Personuppgifter får inte registreras om andra än dem som utsetts som hanteringsansvarig enligt denna lag.

E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för registret.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.10.

E-hälsomyndigheten ska med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över de verksamheter som anmält att de avser att hantera läkemedel som verkar som opioidantagonister. Ändamålet med registret är att det ska användas av öppenvårdsapoteken för att kontrollera uppgifterna mot registret vid en rekvisition samt för användning vid tillsyn och statistik. Registret i sig omfattas inte av någon särskild sekretessbestämmelse vilket innebär att uppgifterna är offentliga om inte någon särskild sekretessbestämmelse gäller för viss uppgift. E-hälsomyndigheten är personuppgiftsansvarig för uppgifterna i registret.

29 § Direktåtkomst till de registrerade uppgifterna får ges till expedierande personal på öppenvårdsapotek för kontroll vid rekvisitioner.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.10.

Paragrafen reglerar öppenvårdsapotekens direktåtkomst till uppgifter i registret som E-hälsomyndigheten ansvarar för. Med direktåtkomst avses att någon själv kan söka och hämta hem uppgifter utan att kunna påverka innehållet. Med expedierande personal på öppenvårdsapotek avses farmaceuter, dvs. apotekare och receptarier, men även annan apotekspersonal som deltar i arbetet att expediera läkemedel och andra varor, till exempel apotekstekniker.

30 § E-hälsomyndigheten ska till expedierande personal på öppenvårdsapotek lämna ut de uppgifter som omfattas av direktåtkomst.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.10.

Paragrafen föreskriver en uppgiftsskyldighet för E-hälsomyndigheten till expedierande personal på öppenvårdsapotek. Uppgiftsskyldigheten rör de uppgifter som omfattas av direktåtkomst enligt 29 §.

Bemyndigande

31 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får besluta ytterligare föreskrifter om

1. rekvisition,
2. förvaring,
3. hur anmälningsskyldigheten i 25–27 §§ ska fullgöras, och
4. Läkemedelsverkets tillsynsansvar.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.13.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela ytterligare föreskrifter som kan komplettera bestämmelserna i lagen avseende rekvisition, förvaring, om hur anmälningsplikten ska fullgöras och om Läkemedelsverkets tillsynsansvar.

32 § Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om

1. vilka läkemedel som verkar som opioidantagonister som ska omfattas av lagen, och
2. innehållet i och omfattningen av sådan utbildning som avses i 10 § samt kraven för godkännande av deltagare.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.13.

Paragrafen innehåller ett bemyndigande för regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter som kan komplettera bestämmelserna i lagen avseende vilka läkemedel som ska omfattas av lagen och om utbildningars innehåll och godkännande.

Överklagande

33 § Läkemedelsverkets beslut enligt denna lag eller anslutande föreskrifter får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.14.

I paragrafen anges att Läkemedelsverket beslut enligt den föreslagna lagen får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. I fråga om vem som ska ha rätt att överklaga gäller de allmänna förvaltningsrättsliga reglerna som framgår av 42 § förvaltningslagen (2017:900). Ett beslut överklagas av den som beslutet angår, om det har gått honom eller henne emot och beslutet kan överklagas. Öppenvårdsapoteken kan således överklaga Läkemedelsverkets beslut enligt denna lag.

30.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2009:366) om handel med läkemedel

1 kap. Inledande bestämmelser och definitioner

5 a §

Bestämmelserna i denna lag gäller läkemedel som verkar som opioidantagonister, om de inte strider mot vad som är särskilt föreskrivet i lagen (0000:00) om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården.

Förslaget behandlas i avsnitt 20.5.

Paragrafen är ny och anger att lagen (0000:00) om hantering av opioidantagonister utanför hälso- och sjukvården har företräde framför lagen om handel med läkemedel i de delar där bestämmelserna strider mot varandra.

30.3 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

2 kap. Kommunens ansvar

7 §

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

När den enskilde vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska planen även upprättas när Statens institutionsstyrelse bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående 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 respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Förslaget behandlas i avsnitt 22.3.2.

Ändringen innebär ett nytt andra stycke som anger att en individuell plan ska upprättas även när Statens institutionsstyrelse bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Regionen har enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen motsvarande ansvar som kommunen. Förslaget innebär inte förändringar i hur en individuell plan ska utformas eller i vilka situationer den ska upprättas. Det är fortsatt regionen och kommunen som ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Förslaget innebär enbart att Statens institutionsstyrelsen kan initiera upprättandet av en individuell plan när någon vårdas med stöd av LVM och myndigheten bedömer att ett sådant behov finns. Planen ska fortsatt endast upprättas om den enskilde samtycker till det. Under LVM-vård kan det exempelvis vara aktuellt med en plan när det finns ett behov av samordning av insatser, samsjuklighet, planering inför utskrivning eller behov av LARO.

Med socialtjänstinsatser avses i denna paragraf insatser enligt SoL eller någon annan lag som reglerar sociala insatser från kommunen, såsom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Paragrafen ska dock inte tillämpas när det huvudsakliga skälet till kontakten med socialtjänsten är att man vill åstadkomma en prövning av behov av tvångsvård. Bestämmelsen innebär inte ett utökat ansvar för kommunerna att erbjuda socialtjänst. Socialnämnden har redan det övergripande vårdansvaret för den som vårdas enligt LVM (se prop. 1987/88:147 s. 75).

8 §

Kommunen ska på begäran från Kriminalvården delta i en samordnad verkställighetsplanering enligt 1 kap. 5 a § fängelselagen (2010:610).

Förslaget behandlas i avsnitt 22.3.3.

Paragrafen är ny och anger en skyldighet för kommunen att delta i en samordnad verkställighetsplanering när Kriminalvården begär det. En samordnad verkställighetsplanering kan avse planering av insatser under tiden någon avtjänar sitt straff på anstalt, under villkorlig frigivning och efter verkställighetstiden.

En begäran kan ske både muntligt och skriftligt. Bestämmelsen innebär inte ett ökat ansvar för kommunen att erbjuda socialtjänst till enskilda, utan klargör endast ett ansvar att delta i planeringen. Kriminalvården har ansvaret för upprättande av en samordnad verkställighetsplan. Regionens hälso- och sjukvård får enligt 7 kap. 10 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) motsvarande ansvar som kommunen att delta i planeringen.

Vad som menas med en samordnad verkställighetsplanering framgår av kommentaren till 1 kap. 5 a § fängelselagen.

30.4 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap. Organisationen, planering och samverkan

10 §

Regionen ska på begäran från Kriminalvården delta i en samordnad verkställighetsplanering enligt 1 kap. 5 a § fängelselagen (2010:610).

Förslaget behandlas i avsnitt 20.3.3.

Paragrafen är ny och anger en skyldighet för regionen att delta i en samordnad verkställighetsplanering när Kriminalvården begär det. En samordnad verkställighetsplanering kan avse planering av insatser under tiden någon avtjänar sitt straff på anstalt, under villkorlig frigivning och efter verkställighetstiden.

En begäran kan ske både muntligt och skriftligt. Bestämmelsen innebär inte ett ökat ansvar för regionen att erbjuda hälso- och sjukvård till enskilda, utan klargör endast ett ansvar att delta i planeringen. Kriminalvården har ansvaret för upprättande av en samordnad verkställighetsplan. Kommunen får enligt 2 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL motsvarande ansvar som regionen att delta i planeringen.

Vad som menas med en samordnad verkställighetsplanering framgår av kommentaren till 1 kap. 5 a § fängelselagen.

8 kap. Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård

11 §

Regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar den vård som han eller hon behöver. Vården ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Om personen inte fyllt 21 år ska vården även organiseras så att den ges samordnat med socialtjänsten om det finns ett sådant behov.

Förslaget behandlas i avsnitt 19.8.

Paragrafen är ny och första meningen är en erinran om hälso- och sjukvårdens ansvar för behandling vid skadligt bruk och beroende och är inte ett nytt åtagande. Innebörden av begreppen alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel är densamma som i 16 kap. 3 §. Av förarbetena till den bestämmelsen framgår att exempel på andra beroendeframkallande medel är vissa flyktiga lösningsmedel, thinner och lim. Ett beroendeframkallande medel kan också vara sådan vara som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att en sådan vara är beroendeframkallande. Det kan också dyka upp nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande. När det gäller läkemedel och dopningsmedel omfattas alla sådana medel av paragrafen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte. Se regeringens proposition 2012/13:77 s. 50.

Med samordning avses koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet. Det kan till exempel ske mellan olika verksamheter, eller genom samordnade team inom en verksamhet.

Andra stycket anger att vården även ska samordnas med socialtjänsten för barn eller unga som inte fyllt 21 år när det finns ett sådant behov. Även andra stycket är erinran om ett ansvar som regioner och kommuner redan har.

16 kap. Samverkan mellan huvudmännen

4 §

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.

När den enskilde vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall ska planen även upprättas när Statens institutionsstyrelse bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.

Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående 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 regionen eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Förslaget behandlas i avsnitt 22.3.2.

Ändringen innebär ett nytt andra stycke som anger att en individuell plan ska upprättas även när Statens institutionsstyrelse bedömer att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Kommunen har enligt 2 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen motsvarande ansvar som regionen. Förslaget innebär inte förändringar i hur en individuell plan ska utformas eller i vilka situationer den ska upprättas. Det är fortsatt regionen och kommunen som ska upprätta en individuell plan när enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. Förslaget innebär enbart att Statens institutionsstyrelsen kan initiera upprättandet av en individuell plan när någon vårdas med stöd av LVM och myndigheten bedömer att ett sådant behov finns. Planen ska även fortsatt endast upprättas om den enskilde samtycker till det.

Under LVM-vård kan det exempelvis vara aktuellt med en plan när det finns ett behov av samordning av insatser, vid samsjuklighet, planering inför utskrivning eller behov av LARO.

Begreppet hälso- och sjukvård har här samma betydelse som i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i övrigt. Således omfattas även behov av rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Regionen ska

enligt 8 kap. 1 § erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Förslaget innebär inte ett utökat ansvar för regionerna att erbjuda hälso- och sjukvård, utan behandlar det ansvar för insatser som regionerna redan har för en som vårdas enligt LVM och vid utskrivning från sådan vård.

30.5 Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler

1 §

I denna lag finns bestämmelser om verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler (sprututbytesverksamhet).

Syftet med en sådan verksamhet är att förebygga spridning av blodburna infektioner samt att främja fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Sprututbytesverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan motiveras för vård och behandling *samt för att främja inlämning av begagnade sprutor och kanyler.*

Det som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

Förslaget behandlas i avsnitt 21.3.1.

Det i första stycket angivna syftet med sprututbytesverksamheten vidgas från att enbart ha omfattat förebyggande av smittspridning av blodburna infektioner till att även syfta till att främja fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

I det andra stycket läggs till att sprututbytesverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att det främjar inlämning av begagnade sprutor och kanyler. Kravet på återlämnande av sprutor och kanyler i 6 § 1 st. upphör att gälla, se kommentaren till 6 §.

Övriga ändringar är redaktionella i syfte att mönstra ut begreppen missbruk och missbrukare.

2 §

Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård och sedan *verksamheten har anmälts till Inspektionen för vård och omsorg.*

Förslaget behandlas i avsnitt 21.3.1.

Ändringen i paragrafen innebär att tillståndskravet för att bedriva sprututbytesverksamhet tas bort och att anmälningsplikt införs i stället. Som en följdändring av detta utgår 4 och 5 §§ ur lagen.

3 §

Innan en sprututbytesverksamhet inrättas ska regionen samverka med samtliga kommuner inom regionen och andra berörda aktörer.

Förslaget behandlas i avsnitt 21.3.1.

Paragrafen är ändrats för att spegla att det inte längre finns tillståndsplikt för sprututbytesverksamhet. Enligt bestämmelsen ska regionen innan inrättandet av en sprututbytesverksamhet samverka med samtliga kommuner inom regionen och andra berörda aktörer.

6 §

Sprutor eller kanyler får lämnas ut *till den som har fyllt 18 år. Om det finns särskilda skäl får sprutor eller kanyler lämnas ut till en person som inte fyllt 18 år.*

Utlämnande får ske endast vid personligt besök.

Förslaget behandlas i avsnitt 21.3.1.

Förslaget innebär att kravet på att begagnade sprutor och kanyler ska lämnas in i samband med utlämning av nya sprutor och kanyler, tas bort. Verksamheterna ska i stället på andra sätt underlätta och stimulera till återlämning av använda sprutor och kanyler genom att till exempel erbjuda behållare för detta samt skapa incitament för frivillig återlämning. Förslaget innebär att kravet på återlämnande av sprutor och kanyler enligt 6 § ska upphöra att gälla. Förslaget avseende ändringar i 1 § anger att verksamheten ska organiseras på ett sådant sätt att det främjar återlämnande av sprutor och kanyler men innebär inte att krav på återlämnande ska ställas på den enskilde inför utlämning av nya sprutor och kanyler.

Förslaget innebär också att det införs en möjlighet att lämna ut sprutor och kanyler till personer under 18 år om särskilda skäl föreligger. Med särskilda skäl avses att bestämmelsen ska användas i undantagsfall och då det uppenbart är för barnets bästa att sprutor eller

kanyler lämnas ut. Bestämmelsen påverkar inte hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att genast anmäla till socialtjänsten om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn, det vill säga en person under 18 år, far illa (14 kap. 1 § socialtjänstlagen). Sprututbytesverksamheterna förutsätts ha kunskap om i vilka situationer skyldigheten aktualiseras. Personal som arbetar i sprututdelningsverksamheterna kommer som regel vara skyldiga att anmäla till socialtjänsten när en person under 18 år önskar ta del av insatserna i verksamheten.

30.6 Förslag till lag om ändring i fängelselagen (2010:610)

1 kap. Inledande bestämmelser

5 a §

När en intagen har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser eller socialtjänstinsatser som regionen eller kommunen ansvarar för får Kriminalvården kalla regionen eller kommunen till samordnad verkställighetsplanering om det är nödvändigt för att den enskilde ska få sina behov av insatser tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Behövs insatser av både region och kommun ska båda delta i samordnad verkställighetsplanering. Kriminalvården ansvarar för upprättandet av en plan vid samordnad verkställighetsplanering.

Av en samordnad verkställighetsplan ska framgå

1. vilka insatser som behövs

2. vilka insatser som respektive huvudman ska svara för

3. vilka insatser som ska vidtas av någon annan än Kriminalvården, regionen eller kommunen, och

4. vem eller vilka som ska ta över ansvaret för insatser efter att verkställigheten avslutas.

Insatserna i en verkställighetsplan kan avse insatser under tiden någon avtjänar sitt straff på anstalt, under villkorlig frigivning och efter verkställighetstiden.

Förslaget behandlas i avsnitt 22.3.3.

Paragrafen är ny och anger vad en samordnad verkställighetsplanering och samordnad verkställighetsplan är, vilka som är skyldiga att delta i planeringen och vad en sådan plan ska innehålla. Den samordnade verkställighetsplaneringen kan komplettera den verkställighetsplan som Kriminalvården ska ta fram i enlighet med 6 § (2010:2010) fängelseförordningen.

Bedömningen enligt första stycket, av när det är nödvändigt att kalla regionen och kommunen till en samordnad verkställighetsplanering, får avgöras i varje enskilt fall utifrån det som framkommer i kontakten med den enskilde och övriga uppgifter om hans eller hennes hälsotillstånd och sociala situation. För vissa grupper med komplex och omfattande problematik, kan Kriminalvården utgå ifrån att det finns behov av samordnad verkställighetsplanering. Det gäller till exempel personer med samsjuklighet i skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd. Kriminalvården får endast kalla till en samordnad verkställighetsplanering om den enskilde samtycker till det. Det skiljer sig från den verkställighetsplanering som Kriminalvården ska genomföra enligt 1 kap. 5 § fängelselagen (2010:610), FäL och 6 § fängelseförordningen (2010:2010), som får ske även utan den intagnes samtycke.

Med socialtjänstinsatser avses i denna paragraf insatser enligt SoL eller någon annan lag som reglerar sociala insatser från kommunen, såsom lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Paragrafen ska dock inte tillämpas när det huvudsakliga skälet till kontakten med socialtjänsten är att man vill åstadkomma en prövning av behov av tvångsvård. Bestämmelsen innebär att Kriminalvårdens ansvar utvidgas till att uppmärksamma den enskildes samlade behov av insatser från socialtjänst, hälso- och sjukvård och insatser från Kriminalvården. Det är Kriminalvården som avgör när det är nödvändigt att kalla till samordnad verkställighetsplanering. Att det ska vara nödvändigt innebär att Kriminalvården endast får kalla till samordnad verkställighetsplanering när det inte finns andra möjligheter att säkerställa att individen får de insatser som denne är i behov av. Kravet på nödvändighet innebär också att insatserna som det finns behov av ska vara av viss dignitet för att det ska anses vara nödvändigt att kalla till samordnad verkställighetsplanering. Att regionerna och kommunerna är skyldiga att delta om Kriminalvården kallar till en samordnad verkställighetsplanering innebär inte att Kriminalvården kan besluta om insatser som ska tillhandahållas av en annan huvudman.

Av planen ska framgå vilka insatser respektive huvudman svarar för. I begreppet svara för ingår också vem som ska bekosta insatserna. Detta ska emellertid bara anges när det är relevant. Insatser som kan omfattas av planen kan vara av akut och omedelbar karaktär men också

avse en flerårig process när en klient avtjänar ett längre frihetsberövade straff.

För att en samordnad verkställighetsplanering ska få genomföras och en samordnad verkställighetsplan tas fram behöver den enskilde ha samtyckt till det. Kriminalvården ska alltid planera verkställigheten för alla intagna enligt 1 kap. 5 § fängelselagen (2010:610) och verkställigheten ska planeras och utformas efter samråd med den intagne. Den enskilde behöver inte samtycka till en sådan planering, utan det är den samordnade verkställighetsplaneringen som den enskilde har möjlighet att neka till. Eftersom hälso- och sjukvård och socialtjänst som regel är frivilligt för den enskilde, behöver den enskilde även samtycka till hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser i planen.

När Kriminalvården bedömer att en samordnad verkställighetsplanering är nödvändig får myndigheten kalla regionen och/eller kommunen till planering. Kallelsen bör ske så snart behovet identifierats. Att planeringen inleds innebär att en första kontakt tas mellan Kriminalvården och regionen och/eller kommunen.

Referenser

Betänkanden från riksdagens utskott

Justitieutskottets betänkande 1998/99:JUU22. *Straffrättsliga frågor*.

Socialutskottets betänkande. 2017/18:SoU27. *Klassificering av nya psykoaktiva substanser*.

Socialutskottets betänkande 2019/20:SoU7. *Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks och spelfrågor*.

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU20. *Alkohol-, narkotika-, dopnings-, tobaks och spelfrågor.*

Socialutskottets betänkande 2020/21:SoU16. *Hälso- och sjukvårdens organisation m.m.*

Socialutskottets betänkande 2022/23:SoU1. *Utgiftsområde 9*

Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Socialutskottets betänkande. 2020/21:SoU25. *En förnyad strategi för politiken avseende alkohol, narkotika, dopning, tobak och nikotin samt spel om pengar 2021–2025.*

Propositioner

Prop. 1968:7. *med förslag till narkotikastrafflag, m.m*.

Prop. 1968:68. *angående ökat statligt stöd till teknisk forskning och industriellt utvecklingsarbete*.

Prop. 1982/83:141. *om ändringar i narkotikastrafflagen*.

Prop. 1984/85:46. *om ändringar i narkotikastrafflagen (1968:64), m.m*.

Prop. 1987/88:71. *om ändringar i narkotikastrafflagen (1968:64).*

Prop. 1990/91:127. *om Sveriges tillträde till FN:s narkotikabrotts-konvention, m.m*.

Prop. 1992/93:142. *om åtgärder mot bruk av narkotika samt ringa narkotikabrott*.

Prop. 2000/01:80. *Ny socialtjänstlag m.m.*

Prop. 2001/02:91. *Nationell narkotikahandlingsplan.*

Prop. 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*.

Prop. 2005/06:60. *Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar*.

Prop. 2010/11:47. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*.

Lag (2012:595). *om införsel av och handel med sprutor och kanyler.*

Prop. 2015/16:111. *Synnerligen grova narkotikabrott*.

Prop. 2016/17:15. *Ökad tillgänglighet till sprututbytesverksamheter i Sverige.*

Prop. 2016/17:50. *Kunskap i samverkan – för samhällets utmaningar och stärkt konkurrenskraft.*

Prop. 2017/18:221. *Klassificeringar av nya psykoaktiva substanser.*

Prop. 2020/21:60. *Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige*.

Prop. 2021/22:129. *Borttagande av bosättningsprincipen vid sprututbyte.*

Prop. 2022/23:53. *Skärpta straff för brott i kriminella nätverk.*

Rättsfall

NJA 2017 s. 415.

NJA 1983 s. 893 och 1983 s. 887.

NJA 2012 s.144.

NJA 2012 s. 535.

NJA 1995 s. 219.

NJA 2005 s. 348.

NJA 2014 s. 259.

Förarbeten

Lagrådsremiss, justitiedepartementet (2022). *Skärpta straff för brott i kriminella nätverk*.

Statens offentliga utredningar (SOU)

SOU 1998:31. Det gäller livet! *Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem.*

SOU 2000:126. *Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen*.

SOU 2006:5. Nationella psykiatrisamordning. Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder.

SOU 2006:100. *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.

SOU 2008:120. *Bättre kontroll av missbruksmedel. En effektivare narkotika- och dopningslagstiftning m.m.*

SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individen, kunskapen och ansvaret. Bättre insatser vid missbruk och beroende.*

SOU 2011:66. *Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet*.

SOU 2013:2. *Patientlag.*

SOU 2014:43. *Synnerligen grova narkotikabrott*.

SOU 2016:93. *Klassificering av nya psykoaktiva substanser*.

SOU 2017:35. *Samling för skolan. Nationell strategi för kunskap och likvärdighet*. Slutbetänkande av 2015 års skolkommission.

SOU 2018:39. *God och nära vård – en primärvårdsreform*.

SOU 2018:89. *Tydligare ansvar och regler för läkemedel.*

SOU 2020:47. *Hållbar socialtjänst. En ny socialtjänstlag*.

SOU 2021:6. *God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa*.

SOU 2021:11. *Bättre möjligheter för elever att nå kunskapskraven – aktivt stöd- och elevhälsoarbete samt stärkt utbildning för elever med intellektuell funktionsnedsättning*.

SOU 2021:29. *Ökade möjligheter att förhindra illegal handel via post*.

SOU 2021:34. *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga*.

SOU 2021:52. *Vilja välja vård och omsorg. En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre*.

SOU 2021:68. *Skärpta straff för brott i kriminella nätverk*.

SOU: 2021:85. *Vägar till ett tryggare samhälle. Samtida och framtida kriminalpolitiska utmaningar*.

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

Remissvar på SOU 2021:93. *Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*.

SOU 2022:22. *Vägen till ökad tillgänglighet. Delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram*.

SOU 2022:35. *Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska*.

SOU 2022:54. *Naloxon kan rädda liv – bedömningar av nuläget och nästa steg*.

SOU 2022:67. *Vägar till ett tryggare samhälle. Kraftsamling för barn och unga.*

SOU 2022:70. *En uppväxt fri från våld. En nationell strategi för att förebygga och bekämpa våld mot barn*.

SOU 2023:5. *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*.

Remissvar SOU 2023:5. *Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*.

Regeringens skrivelser och regeringsbeslut

Justitiedepartementet, 2016:E. *Inslussning – en idéskiss.*

Regeringen kommittédirektiv 1998:18. *En narkotikakommission för översyn och förstärkning av narkotikapolitiken.*

Regeringen kommittédirektiv 2002:6: *En nationell narkotikasamordnare, dir. 2005:126: Tilläggsdirektiv till En nationell narkotikasamordnare (S 2002:03).*

Regeringen kommittédirektiv 2010:82. *Sveriges internationella engagemang på narkotikaområdet.*

Regeringen kommittédirektiv 2021:99. *En översyn av regleringen om frihetsberövade påföljder för unga.*

Regeringen kommittédirektiv 2023:48. *Bättre förutsättningar för uppföljning av hälso- och sjukvården.*

Regeringen kommittédirektiv 2023:3. *Översyn av vissa frågor inom det suicid-preventiva området.*

Regeringen kommittédirektiv 2023:121. *Översyn av socionomexamen för att motverka ungdomskriminalitet.*

Regeringen S2023/02343 *Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Socialstyrelsen.*

Regeringens skrivelse 2015/16:86. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016–2020.*

Regeringens skrivelse 2021/22:213. *En samlad strategi för alkohol-, narkotika dopnings- och tobakspolitiken samt spel om pengar 2022–2025.*

Regeringen (2022). *Regeringens strategi för att motverka hemlöshet 2022–2026.*

Regeringsuppdrag Ju2019/02681/PO. *Uppdrag till Polismyndigheten att förstärka bekämpningen av den illegala handeln med narkotika*.

Regeringsuppdrag S2021/08232 S2022/03180. *Uppdrag inför inrättande av ett Nationellt kompetenscentrum för äldreomsorg vid Socialstyrelsen*.

Regeringsuppdrag S2022/00778. *Uppdrag avseende nationella kompetenscentrum för anhörigstöd samt inom demensområdet m.m*.

Regeringsuppdrag S2023/02123. *Uppdrag att analysera kommunernas förutsättningar och behov inför införandet av en socialtjänstdataregisterlag.*

Regeringsuppdrag S2021/05369. *Uppdrag att kartlägga datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet.*

Regeringsuppdrag S2020/06171. *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicid-prevention. S2020/06171/FS.*

Socialdepartementet (2022). *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg, S2022/02134*.

Socialdepartementet S2023/00484. *Regleringsbrev för budgetåret 2023 avseende Socialstyrelsen*.

Socialdepartementet (2023). *Uppdrag att förbereda och införa ett fritidskort för barn och unga*.

Övriga referenser

Abel-Ollo, K. (2022). *What lessons from Estonia's experience could be applied in the United States in response to the addiction and overdose crisis?*

Agardh E., Boman U., Allebäck P. (2015). *Alkohol, narkotika och tobaksrökning ger stor del av sjukdomsbördan. Utvecklingen i Sverige 1990–2010 kartlagd utifrån DALY-metoden*. Läkartidningen.

Agosti V. m.fl. (2009). *Predictors of Treatment Contact Among Individuals with Cannabis Dependence*.

Agrawal A, Lynskey MT (2008). *Are there genetic influences on addiction: evidence from family, adoption and twin studies*.

Aldabergenov, D., Reynolds, L., Scott, J., Kelleher, MJ., Strang, J., Copeland, C. S.; Kalk, NJ. (2022). *Methadone and buprenorphine-related deaths among people prescribed and not prescribed Opioid Agonist Therapy during the COVID-19 pandemic in England*.

van Amsterdam J., Nutt D., van den Brink, W. (2013). *Generic legislation of new psychoactive drugs.* J Psychopharmacol.

Anderberg, M. och Dahlberg, M. (2018). *Gender differences among adolescents with substance abuse problems at Maria clinics in Sweden*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs.

Anderberg, M., & Dahlberg, M. (2021). *Between motivation and unwillingness: Young people in outpatient treatment for substance use problems*. Youth Voice Journal, 11, 1–20.

Anderberg, M., Dahlberg M., Wennberg P. (2021). *Adolescents with substance abuse problems in outpatient treatment: A one-year prospective follow-up study.* Nordic Studies on Alcohol and Drugs 38(5), 466–479.

Anderberg, M. och Dahlberg, M. (2022). *Minskad alkohol- och cannabisanvändning bland ungdomar på Mariamottagningar: En effekt av Coronapandemin?*

Andersson, F. m.fl. (2023). *Prevalence of cannabis use among young adults in Sweden comparing randomized response technique with a traditional survey*.

Andersson, L., Håkansson, A., Krantz, P., Johnson, B. (2020). *Investigating opioid-related fatalities in southern Sweden: contact with care-providing authorities and comparison of substances.*

Andersson, L., Håkansson, A., Berge, J., Johnson, B. (2021). *Changes in opioid-related deaths following increased access to opioid substitution treatment.*

Arve K. (2023). *"You get stuck in it": Young people's accounts of attempting to quit non-medical tramadol use*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 1–16.

Askari M. m.fl. (2021). *Cannabis use disorder treatment use and perceived treatment need in the United States: Time trends and age differences between 2002–2019.*

Barnett E. R., Knight E., Herman R. J., Amarakaran K., Jankowski M. K. (2021). *Difficult binds: A systematic review of facilitators and barriers to treatment among mothers with substance use disorders*. J Subst Abuse Treat. 2021;126:108341.

Brottsförebyggande rådet (2021). *Narkotikamarknader. En studie av smuggling, gatuförsäljning, internethandel och köpare.*

Brottsförebyggande rådet (2021). *Skolundersökningen om brott. Om utsatthet för och delaktighet i brott*.

Beijer U., Birath C., Klinteberg B., Sage Journals (2018). *Facets of Male Violence Against Women With Substance Abuse Problems: Women With a Residence and Homeless Women.* Journal of Interpersonal Violence, 33(9), 1391–1411.

Boumparis N., Karyotaki E., Schaub M. P., Cuijpers P., Riper H. (2017). *Internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis*. Addiction. 2017 Sep, 112(9), 1521–1532.

Brar, R., Fairbairn, N., Colizza, K., Ryan, A., Nolan, S. (2022). *Hospital initiated injectable opioid agonist therapy for the treatment of severe opioid use disorder*.

Brå (2000:21). *Kriminaliseringen av narkotikabruk. En utvärdering av rättsväsendets insatser.*

Brå (2023). *Tidigare belastningar bland personer som lagförts för innehav eller bruk av narkotika i huvudbrott*.

Brå (2016). *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2015.*

Bättre beroendevård (2022). *Bättre beroendevård. Årsrapport 2021.*

Caulkins J. P., Pardo, B., Kilmer, B. (2019). *Supervised consumption sites: a nuanced assessment of the causal evidence.*

Center for Rusmiddelforskning (2017). *Behandling af unge, der misbruger stoffer: En undersøgelse af 4 behandlingsmetoders effekt.*

Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (2018). *Småkommuners ANT-situation och förebyggande arbete – är det annorlunda än i större kommuner?*

Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (2020). *Kunskapsunderlag om narkotikautvecklingen i Sverige under 2000-talet*.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2020). *Upp till var och en? Förändringar i ungas attityder till narkotika mellan åren 2003 och 2019.*

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2021). *Hur mår de som använder narkotika? Hälsotillståndet hos personer i den vuxna befolkningen som använder narkotika*.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2021). *Skillnader i hälsa? Självskattad hälsa hos personer som har någon i sitt liv som använder narkotika, jämfört med befolkningen i övrigt.*

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2021). *Socioekonomiska skillnader i narkotikaanvändning bland vuxna i Sverige.*

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2021) *Ungas erfarenheter av alkohol, narkotika, doping, tobak och spel*.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022) *Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988–2021*.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2022). *Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. En studie med fokus på år 2021 i Sverige.*

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2023). *Vem kan man lita på? Undersökning om unga, medier och känsliga frågor.*

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2022). *Cannabis-relaterad vård bland unga vuxna*. Delrapport 4 i en serie om cannabisproblematiken bland unga vuxna i Stockholms län.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2022). *Ungas uppfattning om cannabis*. Rapport 2002:4. Delrapport 3 i en serie om cannabisproblematiken bland unga vuxna i Stockholms län

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (2023). *Stigma kring psykisk ohälsa. Individuellt lidande och hinder till vård*.

Centrum för psykiatriforskning och Region Stockholm (2022). *Ungas uppfattning om cannabis – En intervjustudie bland brukare och icke-brukare.*

Cernasev A., Hohmeier K. C., Frederick K., Jasmin H, Gatwood J. (2021). *A systematic literature review of patient perspectives of barriers and facilitators to access, adherence, stigma, and persistence to treatment for substance use disorder*. Explor Res Clin Soc Pharm. 2021;2:100029.

Choi S., Rosenbloom D., Stein M. D., Raifman J., Clark J. A. (2022). *Differential gateways, facilitators, and barriers to substance use disorder treatment for pregnant women and mothers: a scoping systematic review*. J Addict Med. 2022;16(3), e185–e96.

Collins, S. E., Lonczak, H. S., Clifasefi, S. L. (2018). *Seattle's Law Enforcement Assisted Diversion (LEAD): Program effects on recidivism outcomes.*

Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health (2017). *National Drug Strategy 2017–2026.*

Council of the European Union (2020). *EU Drugs Strategy 2021–2025, Council of the European Union, 2015: Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union.*

Crunelle C. m.fl. (2018). *International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity disorder.*

Csete J. m.fl. (2016). *Public health and international drug policy.*

Cumming C., Troeung L., Young J. T., Kelty E., Preen D. B. (2016). *Barriers to accessing methamphetamine treatment: A systematic review and meta-analysis*. Drug Alcohol Depend. 2016;168:263–73.

Danielsson, M. m.fl. Dahlin & Grann (2008). *Våga välja: Utvärdering av återfall för åren 2002–2006.*

Dahlberg, M. m.fl. (2022). *Long-Term Outcomes for Young People With Substance Use Problems in Outpatient Treatment: Gender-Specific Patterns*.

Dahlberg, M. och Anderberg, M., Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården (2022). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2021.*

Dahlman, D., Magnusson, H., Li, X., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2021). *Drug use disorder and risk of incident and fatal breast cancer: a nationwide epidemiological study*. Breast Cancer Research and Treatment, 186(1), 199–207.

Dahlman, D., Li, X., Crump, C., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2022). *Drug use disorder and risk of incident and fatal prostate cancer among Swedish men: a nationwide epidemiological study.* Cancer Causes and Control, 33(2), 213–222.

Dahlman D. m.fl. (2022). *Health Literacy among Swedish Patients in Opioid Substitution Treatment: A Mixed-Methods Study*.

Danielsson, Maria m.fl. (2008). *Våga välja: Utvärdering av återfall för åren 2002–2006*.

Ds 1992/93 s. 56.

van Dishoeck, Anne-Margreet m.fl. (2011). *Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators*.

Eklund N, & Hildebrand M. (2017). *Dogmer som dödar. Vägval för svensk narkotikapolitik.*

Elgán T. m.fl. (2021). *Narkotika- och alkoholkonsumtion bland besökare i Stockholms nöjesmiljöer. Självrapportering och biologisk testning*. STAD rapport 68.

EMCDDA (2004). *Recommended Draft Technical Tools and Guidelines. Key Epidemiological Indicator: Prevalence of problem drug use*.

EMCDDA (2012). *INSIGHTS New heroin-assisted treatment Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond.*

EMCDDA (2019). *European Prevention Curriculum (EUPC): a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use.*

EMCDDA (2019). *Take-home naloxone.*

EMCDDA (2020). *EMCDDA Best Practice Portal: Protocol for updating the Evidence database*.

EMCDDA (2021). *Action framework for developing and implementing health and social responses to drug problems*.

EMCDDA (2021). *Cannabis: health and social responses.*

EMCDDA (2021). *Implementing quality standards for drug services and systems: a six-step guide to support quality assurance.*

EMCDDA (2021). *Opioid-related deaths: health and social Responses*.

EMCDDA (2022). *Europeisk narkotikarapport. Trender och utveckling*.

EMCDDA (2022). *Årsrapport 2022*.

EMCDDA (2022). *Heroin maintenance treatment (HAT) to reduce criminal activity – evidence summary.*

EMCDDA (2023). *Drug-induced deaths – the current situation in Europe. European Drug Report 2023.*

EMCDDA, Thanki, D. och Vicente, J. (2013). *PDU (Problem drug use) revision summary*.

Enebrink P. och Stattin H. (2020). *Föräldraskapsstöd på selektiv och indikerad nivå. En sammanfattning av forskningsläget.* Socialmedicinsk tidskrift.

Enns, E., Zaric, G., Strike, C., Jairam, J., Kolla, G., Bayoumi, A. (2015). *Potential cost-effectiveness of supervised injection facilities in Toronto and Ottawa, Canada.*

Europeiska unionens råd (2015). *Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013–2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union*.

Europeiska unionens råd (2021). *EU:s narkotikastrategi 2021–2025, 14 178/1/20.*

Farhoudian A., Razaghi E., Hooshyari Z., Noroozi A., Pilevari A., Mokri A. (2022): *Barriers and Facilitators to Substance Use Disorder Treatment: An Overview of Systematic Reviews*. Subst Abuse. 2022;16:11782218221118462.

Farrell, M. m.fl. (2022). *Outcomes of a single-arm implementation trial of extended-release subcutaneous buprenorphine depot injections in people with opioid dependence*.

FN:s Generalförsamling (2016). *Outcome document of the 2016 United Nations General Assembly special session on the world drug problem.*

Folkehelseinstituttet (2017). *Utelivsstudien 2017. Rusmiddelbruk blant folk «på byen» i Oslo og seks andre byer på Østlandet.*

Folkhälsomyndigheten (2016). *Hälsofrämjande och förebyggande arbete med hepatit och hiv för personer som injicerar droger – en vägledning.*

Folkhälsomyndigheten (2017). *Föräldraskapsfaktorer kan påverka konsumtion av alkohol och relaterade problem hos ungdomar.*

Folkhälsomyndigheten (2017). *Hälsomässiga och sociala effekter av cannabisbruk.*

Folkhälsomyndigheten (2018). *Hälsokommunikation i det nya medielandskapet. Kartläggning av internationell och svensk forskning 2010–2016.*

Folkhälsomyndigheten (2020). *Det här kan vi göra för att minska stigmatisering av psykisk ohälsa*.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Hur kan vi skjuta fram minderårigas alkoholdebut och minska deras alkoholkonsumtion och*

alkoholrelaterade skador? En kartläggande litteraturöversikt av metoder som används i Sverige.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Jämlikhetsperspektiv på lokalt hälsofrämjande och förebyggande arbete – En jämförelse av kommunernas arbete mot alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobaksrelaterad ohälsa*.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Kunskapsbaserat ANDT-arbete – Folkhälsomyndighetens uppdrag att inom ANDT-strategin 2016–2020 verka för ett effektivt och kunskapsbaserat arbete inom ANDT-området.*

Folkhälsomyndigheten (2020). *Kunskapsläget om cannabis och folkhälsa kortet*.

Folkhälsomyndigheten (2020). *På väg mot en god och jämlik hälsa. Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Rapport över länsstyrelsernas och kommunernas ANDT-arbete. En återredovisning av länsstyrelsernas och kommunernas ANDT-arbete under perioden 2011–2019*.

Folkhälsomyndigheten (2020). *Åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika. Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag S2019/04314/FS.*

Folkhälsomyndigheten (2021). *03 Forskningsplan. Utveckling och tillämpning av en metod för att skatta förekomsten av problematiskt narkotikabruk i Sverige*.
Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-81.

Folkhälsomyndigheten (2021). *Riskfaktorer för ungas narkotikabruk och narkotikarelaterade problem*.

Folkhälsomyndigheten (2021). *Utvecklingen i förhållande till ANDTS-politiken.*

Folkhälsomyndigheten (2022). *Den europeiska webbundersökningen om narkotika 2021 – Användningsmönster, köpvanor och upplevelser av narkotika bland personer med ett aktuellt bruk i Sverige.*

Folkhälsomyndigheten (2022). *Den svenska narkotikasituationen 2021.*

Folkhälsomyndigheten (2022). *Förslag för kunskapsbaserat förebyggande ANDTS-arbete på lokal och regional nivå.*

Folkhälsomyndigheten (2022). *Hälsa på lika villkor.*

Folkhälsomyndigheten (2022). *Länsstyrelsernas ANDTS-arbete 2021. En återredovisning av länsstyrelsernas arbete med ANDTS-samordning samt alkohol- och tobakstillsyn*.

Folkhälsomyndigheten (2022). *Synen på psykisk ohälsa och suicid En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder*.

Folkhälsomyndigheten (2022). *På väg mot en god och jämlik hälsa – Stödstruktur för det statliga folkhälsoarbetet*.

Folkhälsomyndigheten (2022). *Risk- och skyddsfaktorer för alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar hos barn och unga.*

Folkhälsomyndigheten (2022). *Unga och spel om pengar. Resultat från en undersökning om spel om pengar bland unga 16–19 år och föräldrar 2021.*

Folkhälsomyndigheten (2022). *Återrapportering av regerings-uppdrag. Uppdrag att genomföra insatser som syftar till att utveckla och förbättra tillgången till data avseende dopning och narkotika.*

Folkhälsomyndigheten (2023). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2023.*

Folkhälsomyndigheten (2023). *Vuxnas attityder till cannabis och annan narkotika.*

Folkhälsomyndigheten (2023). *Den svenska narkotikasituationen 2022.*

Folkhälsomyndigheten (2023). *Folkhälsomyndighetens återrapportering av regeringsuppdrag. Uppdrag att genomföra en kartläggning av rådgivning och stöd via telefon och webb inom narkotika och dopningsområdet m.m.*

FOU-välfärd i Region Gävleborg (2023). *Intoxikationsdödlighet i Söderhamn. En registerstudie av narkotika- och läkemedelsdödlighet i Söderhamns kommun*.

Frauger, E. m.fl. (2023). *Increase of overdose and deaths related to methadone during COVID-19 epidemic in 2020.*

Fuentes J., Fonseca F., Elices, Farré, Torrens (2020). *Therapeutic Use of LSD in Psychiatry: A Systematic Review of Randomized-Controlled Clinical Trials.*

Fugelstad, A. (2023). *Den svenska opioidkrisen*.

Fugelstad, A., Karlsson, L., Thiblin, I. (2023) Debattartikel Svenska Dagbladet: *Utan kunskap kan inte dödsfallen förhindras.*

Fugelstad, A., Ågren, G., M., Thiblin I., Hjelmström, P. (2022). *Oxycodone-related deaths in Sweden 2006–2018.*

Gao, Robertson, Bird (2019). *Non drug-related and opioid-specific causes of 3262 deaths in Scotland's methadone-prescription clients, 2009–2015*.

Garpenhag, L. m.fl. (2021). *Perceived healthcare stigma among patients in opioid substitution treatment: a qualitative study*.

Gehring, N. m.fl. (2022). *The state of the science on including inhalation within supervised consumption services: A scoping review of academic and grey literature.*

Giglio, R., Mantha, S., Harocopos, A., Saha., Reilly, J., Cipriano, C., Kennelly, Landau, L., McRae, M., Chokshi, D. (2023). *The Nation's First Publicly Recognized Overdose Prevention Centers: Lessons Learned in New York City.*

Gomes, T. m.fl. (2022). *Clinical outcomes and health care costs among people entering a safer opioid supply program in Ontario.*

Grinspoon, P. m.fl. (2022). *The popularity of microdosing of psychedelics: What does the science say?*

Gripenberg, J. m.fl. (2011). *Long-term effects of a community-based intervention: 5-year follow-up of 'Clubs against Drugs'.* Addiction.

Guterstam J. m.fl., Lakartidningen.se 2022-01-26. *När bör beroendeframkallande läkemedel trappas ut – och hur*?

Gunne, Lars, Grönbladh, Leif & Öhlund, Lennart. (2002). *Treatment characteristics and retention in methadone maintenance: High and stable retention rates in a Swedish two-phase programme.*

Göteborg stad (2023). *Slutrapport Vamos. Individuella (irr)vägar mot arbete.*

Haines, M., O'Byrne, P. (2023). *Safer opioid supply: qualitative program evaluation.* Harm Reduction Journal.

Hall NY Le L, Majmudar I, Mihalopoulos C. (2021). *Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder:*

A systematic review from the client perspective. Drug Alcohol Depend. 2021;221:108651.

Hammarberg, A. m.fl. (2018). *Medberoende bör inte bli diagnos.*

Harm Reduction International (2022). *The Global State of Harm Reduction.*

Hood, J., Behrends, C., Irwin, A., Schackman, B., Chan, D., Hartfield, K., Hess, J., Banta-Green, C., Whiteside, L., Finegood, B., Duchin. (2019). *The projected costs and benefits of a supervised injection facility in Seattle,WA, USA*.

Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning i rusbehandling.*

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal Overdosstrategi 2019–2022, Javisst kan du bli rusfri – men først må du overleve*.

Hogue, A. m.fl. (2018). *Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014–2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons.*

Hultkrantz, L. (2020). *Värdet av ett statistiskt liv och covid-19.*

Hultkrantz, L. Svensson, M. (2008). *Värdet av liv.*

Indivior Nordics (2022). *Så kan Sveriges höga narkotikadödlighet minska.*

Inspektionen för vård och omsorg, 2015:75. *Tillsyn av elevhälsans medicinska och hälsofrämjande roll i sju län*.

Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi Rapport 2022:5. *Samhällsekonomiska kostnader för narkotikabruk i Sverige.*

Institutet för hälsa och välfärd (2022). *Diskussionsunderlag 15/2022. Finlands modell för förebyggande av narkotikadödsfall. Rekommendationer för att förebygga narkotikadödsfall.*

Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvården, IKM (2021). *Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö Ungdomar i öppenvård år 2021*.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966.

International Narcotics Control Board (2022). A*nnual Reports.*

International Narcotics Control Board (2023). *Report of the International Narcotics Control Board for 2022*.

Jacobsson m.fl. (201). *Ungdomar och missbruk – kunskap och praktik*. Rapport för Missbruksutredningen.

Jones, H. E. m.fl. (2020). *Estimating the prevalence of problem drug use from drug-related mortality data. Addiction, 115 (12), 2393–2404.*

Johnson, B. (2003). *Policyspridning som översättning. Den politiska översättningen av metadonbehandling och husläkare i Sverige.* Diss. Lund Universitet.

Johnson, B. (2013). *Vetenskap och beprövad erfarenhet eller ett blött finger i luften? Ingår i antologin Med narkotikan som följeslagare.*

Johnson, B. & Richert, T. (2015). *Diversion of methadone and buprenorphine by patients in opioid substitution treatment in Sweden: prevalence estimates and risk factors.*

Johnson, B., Richert T. & Svensson B. (2017*). Alkohol- och narkotikaproblem.*

Johnson, T. P. (2014). *Sources of Error in Substance Use Prevalence Surveys.* Int Sch Res Notices.

Johnson (2019). *Icke-förskrivet bruk av metadon och buprenorfin samt vidareförmedling av dessa substanser från patienter i substitutionsbehandling – en kunskapsöversikt.*

Johnson, B., Liahaugen Flensburg, O., Johansson Capusan, A. (2022). *Patient perspectives on depot buprenorphine treatment for opioid addiction – a qualitative interview study.*

Junis (2023). *Plats för barnen. Om kommunernas stöd till barn som växer upp i familjer med missbruk.*

Kalin, T., Persdotter, B., Ahlgren, T., Gerdner, A. (2022). *How do child welfare referrals in Sweden match children's self-reporting of severe exposure?* Child & Family Social Work, 27(2), 100–111.

Kaufman, D. m.fl. (2023). *Examination of methadone involved overdoses during the COVID-19 pandemic.*

Kennedy, M., Karamouzian, M., Kerr, T. (2017). *Public Health and Public Order outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: A systematic review.*

Kerman, N. Polillo, A., Bardwell, G., Gran-Ruaz, S., Savage, C., Felteau, C., Tsemberis, S. (2021). *Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed methods systematic review*.

Kleinman, A. and Sanchez, M. (2023). *Methadone-involved overdose deaths in the United States before and during the COVID-19 pandemic.*

Kolind, T. & Duke, K. (2016). *Drugs in prisons: Exploring use, control, treatment and policy.*

Kolind, T., Holm, K., Duff, K., Asmussen Frank, V. (2016). *Three enactments of drugs in Danish prison drug treatment: Illegal drugs, medicine and constrainers.*

Kriminalvården (2016) *Utvärdering av behandlingsprogrammet Prism i Kriminalvården.*

Kriminologiska institutionen, rapport 2003:1 (red. Henrik Tham). *Forskare om narkotikapolitiken*.

Kristjansson A. m.fl. (2020) *Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use.*

Kvillemo P. m.fl., STAD (2022). *Slutrapport om polisens arbete mot öppna drogscener*. Rapport nr 70.

Kühnl, R., Aydin, D., Horn, S., Olderbak, S., Verthein, U., Kraus, L. (2022). *Taking the cat-and-mouse game to the next level: different perspectives on the introduction of the German New Psychoactive Substances Act*. Harm Reduct J 19, 122.

Kåberg, M., Karlsson, N., Discacciati, A., Widgren, A., Weiland, O., Ekström, A.M., Hammarberg, A. (2020). *Significant decrease in injection risk behaviours among participants in a needle exchange programme.*

Larney, S., Thi Tran, L., Leung, J. S. (2020). *All-Cause and Cause-Specific Mortality Among People Using Extramedical Opioids: A Systematic Review and Meta-analysis.*

Ledberg, Anders (2023). *Skattning av antalet personer med skadligt bruk*. Dnr: Komm2022/00311/S 2022:01-80.

Ledberg, Anders och Wennberg, Peter (2014). *Estimating the size of hidden populations from register data*.

Leifman, H. (2016). *Drug-related deaths in Sweden – Estimations of trends, effects of changes in recording practices and studies of drug patterns.*

Leifman H. (2023). *Det lokala ANDT-förebyggande arbetet – utveckling och skillnader 2016–2021*. Arbetsmaterial – underlag till Narkotikautredningen. Dnr Komm2022/00311/S 2022:01-88.

Levengood, T., Yoon, G., Davoust, M., Ogden, S., Marshall, B., Cahill, S., Bazzi, A. (2021). *Supervised Injection Facilities as Harm Reduction: A Systematic Review.*

Lewis, C., Vo, H., Fishman, L. (2017). *Intranasal naloxone and related strategies for opioid overdose intervention by nonmedical personnel: a review.*

Lindström, P. (1999) *Innebär färre rapporteftergifter och åtalsunderlåtelser minskad brottslighet och ökad trygghet. I Åtta reflektioner om kriminalpolitik. En antologi.* BRÅ rapport 1999:9. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Fritzes.

Lister J. J., Weaver A., Ellis J. D., Himle J.A., Ledgerwood D. M. (2019). *A systematic review of rural-specific barriers to medication treatment for opioid use disorder in the United States*. Am J Drug Alcohol Abuse. 2020;46(3):273–88.

Lov om ordning med brukerrom for inntak av narkotika (brukerromsloven).

Lundgren, L., Padyab, M., Sandlund, M., McCarty, D. (2022). *Frequency and recency of non-medical opioid use and death due to overdose or suicide among individuals assessed for risky substance use: A national registry study in Sweden.*

Läkarförbundet (2023). *Förutsättningar för fortbildning saknas – En rapport om läkarnas möjligheter till fortbildning från Sveriges läkarförbund.*

Läkemedelsverket (2017). *Läkemedel vid långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlings-rekommendation.*

Läkemedelsverket (2020). *Förskrivning av opioider i Sverige. Användning över tid.*

Läkemedelsverket (2020). *Förskrivning av opioider i Sverige – Läkemedel, doser och diagnoser*.

Läkemedelsverket (2022). *Receptfrihetsstatus för naloxon i nasal beredning.*

Länsstyrelsen Stockholm (2020) *Är samverkan för bättre folkhälsa lönsamt?*

Länsstyrelsen i Västmanland (2021). *Vem ser oss? En studie om kvinnor i missbruk och deras upplevelser av våld i nära relation.*

Maghsoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C., Werb, D., Scheim, A. (2022). *Drug checking services for people who use drugs: a systematic review.* Addiction.

Magwood, O., Salvalaggio, G., Beder, M., Kendall, C., Kpade, V., Daghmach, W., Habonimana, G., Marshall, Z., Snyder, E., O'Shea, T., Lennox, R., Hsu, H., Tugwell, P., Pottie, K. (2020). *The effectiveness of substance use interventions for homeless and vulnerably housed persons: A systematic review of systematic reviews on supervised consumption facilities, managed alcohol programs, and pharmacological agents for opioid use disorder.*

Malmö stad (2020). *Låga trösklar och högt i tak. Bemötande och förändring på Sigtunaboendet.*

Malmö stad (2023). *Helårssammanfattning Piloten, 2022* (samarbetspilot unga-vuxna, 16–24 år, med opioid riskbruk-missbruk med särskilt fokus på unga användare av tramadol).

Mariottini, C., Kriikku, P., Ojanperä, I. (2021). *Concomitant drugs with buprenorphine user deaths.*

McNair, R., Monaghan, M., Montgomery, P. (2023). *Heroin assisted treatment for key health outcomes in people with chronic heroin addictions: A context focused systematic review*.

Meyer, M., Westenberg, J., Strasser, J., Dürsteler, K., Lang, U., Krausz, M., Vogel, M. (2022). *Nasal administration of diacetylmorphine improved the adherence in a patient receiving heroin-assisted treatment.*

Moallef, S. och Hayashi, K. (2021). *The effectiveness of drug-related Good Samaritan laws:* A review of the literature. Int J Drug Policy. 2021 Apr;90:102773.

Moeller, S., Platt, J., Wu, M., Goodwin, R. (2020): *Perception of treatment need among adults with substance use disorders: Longitudinal data from a representative sample of adults in the United States*.

Morisano D. m.fl. (2014). *Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services*.

Moskalewicz J. m.fl. (2021). *Unintended consequences of drug policies experienced by young drug users in contact with the criminal justice systems*. Drugs: Education, Prevention and Policy.

Moore, K., Roberts, W., Reid, H., Smith, K., Oberleitner, L., McKee, S. (2017). *Effectiveness of medication assisted treatment for opioid use in prison and jail settings: A meta-analysis and systematic review.*

Morisano D. m.fl. (2014). *Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: Implications for treatment services.*

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd (2023). *Fortsatt stöd i genomförande av nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Varierande väntan på vård – Analys och uppföljning av den nationella vårdgarantin*, rapport 2015:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Del 1: Angreppssätt och utgångspunkter.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022). *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet.*

National Records of Scotland (2022). *Drug-related deaths in Scotland in 2021.*

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2022). *Unga omsorgsgivare – Svensk kartläggning– delstudie i det europeiska ME-WE-projektet*.

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, SKR (2023). *Vårdförlopp smärta – långvarig hos vuxna.*

Narkotikapolitiskt Center, NPC (2021). *Avkriminalisering av narkotika. Vad kan vi lära av Portugal?.*

Neicun,J, Roman-Urrestarazu, A, Czabanowska, K. (2022). *Legal Reponses to Novel Psychoactive Substances implemented by ten European Countries: an analysis from legal epidemiology.* Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health.

New South Wales Ministry of Health (2019). *Clinical guidelines for use of depot buprenorphine (Buvidal® and Sublocade®) in the treatment of opioid dependence.*

Nilsson, T. (2019). *Local alcohol prevention in Sweden. Construction of a prevention index and assessments of prevention effects on consumption and harm*.

Nordgren, J., Richert, T., Stallwitz, A. (2022). *Police officers' attitudes and practices toward harm reduction services in Sweden: a qualitative study.*

NOU, Norges offentlige utredninger 2019:26. *Rusreform – fra straff til hjelp.*

Olofsson, S. m.fl. (2019), *Value of a QALY and VSI Estimated with the Chained Approach.*

Olsson, Börje m.fl. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2001*). Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998.*

Olsson O., Byqvist G. & Gomér S. (1994). *The prevalence of heavy narcotics abuse in Sweden in 1992. Scandinavian Journal of Social Welfare, 3, 81–84.*

Olsson S. m.fl. (2020). *Unmet Need for Mental Healthcare in a Population Sample in Sweden: A Cross-Sectional Study of Inequalities Based on Gender, Education, and Country of Birth.*

O'Toole, J., Hambly, R., Cox, A-M., O'Shea, B., Darker, C. (2014). *Methadone-maintained patients in primary care have higher rates of chronic disease and multimorbidity and use health services more intensively than matched controls*.

Ottosen. C., Petersen. L., Larsen. J. T., Dalsgaard S. (2016). *Gender Differences in Associations Between Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Palmateer, N. m.fl. (2022). *Interventions to prevent HIV and Hepatitis C among people who inject drugs: Latest evidence and effectiveness from a systematic review 2022 to 2020*.

Petersson, F. (2013). *Kontroll av beroende: substitutionsbehandlingens logik, praktik och semantik* (avhandling).

Polismyndigheten (2019). *Polismyndighetens strategi för narkotikabekämpning, PM 2019:15.*

Polismyndigheten (2021). *Lärdomar av Encrochat – Analysprojekt Robinson.*

Polismyndigheten (2022). *Polismyndighetens årsredovisning 2022.*

Polismyndigheten (2022). *Uppdrag till Polismyndigheten att förstärka bekämpningen av den illegala handelns med narkotika.*

Polismyndigheten (2023). *Faktablad arrest A406.716/2023.*

Polismyndigheten (2023). *Polismyndighetens strategiska verksamhetsplan 2020–2024.*

Pompidou group, Council of Europe (2021). *Human rights in drug policy: A self-assessment tool*.

Preston K. L., Umbricht A., Epstein D. H. (2000). *Methadone dose increase and abstinence reinforcement for treatment of continued heroin use during methadone maintenance*. Arch Gen Psychiatry 57: 395–404.

Prindsens Mottakssenter (2021). *Brukerrommet og Smittevern. Årsrapport 2021.*

Public Health Ontario (2022). *Scan of Evidence and Jurisdictional Approaches to Safer Supply. Environmental scan*.

Ramboll (2019). *Uppföljning av fyra nationella satsningar för att utveckla lokalt ANDT-förebyggande arbete*.

Region Gävleborg, FoU-rapport 1/2022. *Intoxikationsdödlighet i Söderhamn. En registerstudie av narkotika- och läkemedels-dödlighet i Söderhamns kommun*.

Region Skåne/Dahlman D. (2022). *Interventionen PRIO – Primärvård i LARO*.

Region Skåne (2022). *Kunskapsunderlag och utvärdering 2014–2022 Interventionen PRIO – Primärvård i LARO*.

Region Västmanland (2021). *Förskrivning, uppföljning och utsättning av beroendeframkallande läkemedel*.

Retsinformation. *Vejledning om ordination af diacetylmorphin (heroin) ved Opioidafhængighed*, VEJ nr 9507 af 17/09/2013.

RFMA (2023). *Svenska folkets inställning till cannabis våren 2023.*

Richert T. och Johnson B. (2015). *Long-term self-treatment with methadone or buprenorphine as a response to barriers to opioid substitution treatment: the case of Sweden*. Harm Reduction Journal (2015) 12:12 DOI 10.1186/s12954-015-0037-2.

Richert, T., Svensson, B., Johnson, B. (2021). *Experiences of Swedish Parents Seeking Social Services Support for Their Adult Children With Drug Addiction.*

Riksrevisionen (2010). *Statliga stöd i alkoholpolitiken – Påverkas ungas alkoholkonsumtion?* (RiR 2010:21).

RiR (2010:10). *Hanteringen av mängdbrott*.

Riksåklagarens cirkulär, RÅC 1:94.

Room R. m.fl. (2012). *How well do international drug conventions protect public health?* Lancet.

Roux, P., Jauffret-Roustide, M., Donadille, C., Briand Madrid, L., Denis, C., Célérier, I., Chauvin, C., Hamelin, N., Maradan, G., Carrieri, M P., Protopopescu, C., Lalanne, L., Auriacombe, M. (2023). *Impact of drug consumption rooms on non-fatal overdoses, abscesses and emergency department visits in people who inject drugs in France: results from the COSINUS cohort.*

RSS, SKR och Socialstyrelsen (2022). *Förstudie inför beslut om framtagande av yrkesresa inom område missbruk och beroende inom socialtjänsten.*

Rättspsyk (2020). *Årsrapport 2020 – Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.*

Rättspsyk (2022). *Årsrapport 2022-Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.*

Rögeberg O och Pedersen W (2021). *Help-seeking behaviour among illegal substance users*. Tidskriftet den norske legeforening.

Saleh E. A., Lazaridou F. B., Klapprott F., Wazaify M., Heinz A., Kluge U. A. (2022). *A systematic review of qualitative research on substance use among refugees*. Addiction. 2023;118(2):218–53.

Santo, T., Clark, B., Hickman,M. m.fl. (2021). *Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis*.

Scarpa, S., Grahn, R., Lundgren, L. (2023). *Compulsory care of individuals with severe substance use disorders and alcohol- and drug-related mortality: A Swedish registry study.*

Schomerus G. m.fl. (2011). *The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies.*

Seraf (2019). *Behandling av opioiddominert ruslidelse: et prøveprosjekt med heroinassistert behandling.*

Shaw, S. m.fl. (2011). *What is integrated care? Research report.*

Shewhart, Walter Andrew (1931). *Economic Control of Quality of Manufactured Product.*

Simonsen, K., Kriikku, P., Thelander, G., Edvardsen, H., Thordardottir, S., Andersen, C., Jönsson, A., Frost, J., Christoffersen, D., Delaveris, G., Ojanperä, J. (2017). *Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2017*.

Sjölund, Karl-Fredrik (2022) *Läkarens behandlingsansvar vid opioidförskrivning kan förbättras*. Lakartidningen.se, 2022-01-26.

Skolinspektionen 2015:5. *Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser*.

Skolverket (2019). *Hälsa för lärande – lärande för hälsa*.

Skolverket och Socialstyrelsen (2021). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI). Lägesbeskrivning 2021*.

Skolverket och Socialstyrelsen (2023). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga*. Delredovisning av regeringsuppdrag 2017–2023.

Smart, R. m.fl. (2021). *Does heroin-assisted treatment reduce crime? A review of randomized-controlled trials*.

Socialdepartementet (2018). *En nationell strategi för ett stärkt föräldraskapsstöd*.

Socialdepartementet (2023). Pressmeddelande: *Mer hälsodata ska samlas in för att stärka sjukvården.*

Socialdepartementet (2023). Pressmeddelande: *Regeringen tillsätter utredning om bättre förutsättningar för att utveckla en kunskapsbaserad socialtjänst.*

Socialdepartementet och SKR (2023): *God och nära vård 2023. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*

Socialstyrelsen (2010). *Kostnader för alkohol och narkotika Beräkning av samhällets direkta kostnader 2003*.

Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.*

Socialstyrelsen (2015). *Läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende. Slutsatser och förslag.*

Socialstyrelsen (2016): *Kartläggning av vårdlandskapet. Hur ser utbudet och tillgången till vård och behandlingsinsatser ut för personer med missbruk och beroendeproblem?*. Underlagsrapport till Socialstyrelsens Lägesrapport 2017 inom individ- och familjeomsorgen samt inom missbruks- och beroendevården. Dnr 3.1- 30701/2015.

Socialstyrelsen (2016). *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet – Slutrapport mars 2016*.

Socialstyrelsen (2017). *Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet. Åtgärdsplan med förslag på insatser och aktörer.*

Socialstyrelsen (2017). *Uppföljning av föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO*).

Socialstyrelsen (2018). *Allmänhetens kunskaper om psykiska sjukdomar samt attityder till och avsikter för framtida beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom*.

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor.*

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning.*

Socialstyrelsen (2019). *Dödsorsaksregistrets substansmodul. Bakgrund, utveckling och metod.*

Socialstyrelsen (2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*.

Socialstyrelsen (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.*

Socialstyrelsen (2019). *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga, öppna jämförelser.*

Socialstyrelsen (2019). *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2018.*

Socialstyrelsen (2019). *Öppna jämförelser av missbruk- och beroendevård*.

Socialstyrelsen (2020). *Anhöriga som vårdar eller stöder närstående äldre personer. Underlag till en nationell strategi.*

Socialstyrelsen (2020). *Individ- och familjeomsorg Lägesrapport 2020*.

Socialstyrelsen (2020). *Kartläggning av skyddade boenden i Sverige.*

Socialstyrelsen (2020). *Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende – Kunskapsstöd i hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

Socialstyrelsen (2020). *Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat*.

Socialstyrelsen (2020) *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2019.*

Socialstyrelsen (2020). *Uppföljning och analys av överenskommelsen om ökad tillgänglighet 2020. Regionernas inrapportering av primärvårdsdata till den nationella väntetidsdatabasen*.

Socialstyrelsen (2021). *Ekonomiskt bistånd. Handbok för socialtjänsten.*

Socialstyrelsen (2021). *Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport 2021*.

Socialstyrelsen (2021). *Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år*.

Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar.*

Socialstyrelsen (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i*

förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. Bilaga 6. (Fristående excelfil).

Socialstyrelsen (2021). Statistik om dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar 2012–2020.

Socialstyrelsen (2021) *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2020.*

Socialstyrelsen (2021). *Uppföljning av primärvård och omställningen till en mer nära vård. Deluppdrag I. Nationell insamling av registeruppgifter från primärvården.*

Socialstyrelsen (2021). *Utvärdering av metoden självvald inläggning. Kartläggning och analys av metoden inom svensk psykiatri*.

Socialstyrelsen (2021). *Vårdprocesser för narkotikarelaterad förgiftning. Kartläggning av patientflöden, insatser och samverkan samt identifiering av brister och utvecklingsområden.*

Socialstyrelsen (2021). *Årsredovisning 2021.*

Socialstyrelsen (2021). *Öppna jämförelser 2021. Missbruks- och beroendevården. Bilaga. Resultat. Öppna jämförelser 2021. Missbruks- och beroendevården.*

Socialstyrelsen (2022). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid adhd och autism*.

Socialstyrelsen (2022). *Slutrapport – Förstudie avseende ett nationellt hälsoprogram för barn och unga.*

Socialstyrelsen (2022). *Socialt fältarbete med barn och unga. Kartläggning av uppsökande och förebyggande socialt fältarbete i kommunal regi*.

Socialstyrelsen (2022). Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2018–2021.

Socialstyrelsen (2022) *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2021.*

Socialstyrelsen (2022). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2022.*

Socialstyrelsen (2022). *Vårdinsats som rättslig reaktion för unga som lagförs för narkotikabrott. En forskningsstudie om socialtjänstens insatser för barn och unga vuxna 15–20 år som under 2017 lagförts för brott mot narkotikastrafflagen*.

Socialstyrelsen (2022). *Öppna jämförelser av missbruk- och beroendevård*.

Socialstyrelsen (2022). *Öppna jämförelser missbruk och beroende, 2022, resultatbilaga. Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevård – Socialstyrelsen.*

Socialstyrelsen (2023). *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem. Systematisk förteckning*. Svensk version 2023. Del 1 (3) A–G.

Socialstyrelsen (2023). *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport*.

Socialstyrelsen (2023). *Lägesbild 2023. Uppföljning av ANDTS-strategins mål avseende vård och omsorg*.

Socialstyrelsen (2023). *Självvald inläggning inom svensk psykiatri – nationellt kunskapsstöd med rekommendationer.*

Socialstyrelsen (2023). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2023*.

Socialstyrelsen (2023). *Uppdrag att stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon. Delredovisning om genomförda och planerade aktiviteter inom ramen för uppdraget*.

Socialstyrelsen (2023). *Vem får ordinera läkemedel? (särskilt reglerad). För hälso- och sjukvården och tandvården.*

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket (2022). *Dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar – en statistiksammanställning*.

Socialstyrelsen och Skolverket (2022). *Tidiga och samordnade insatser för barn och unga (TSI) Lägesbeskrivning 2021.*

Socialstyrelsens regleringsbrev (2023). *Uppdrag att inhämta kunskaper om och analysera vården och stödet för flickor och kvinnor med missbruk och beroendeproblematik.*

Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2023). *Underlag till nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2023.*

Socialstyrelsen, Danmark (2020). *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling.*

Soussan C. och Kjellgren A. (2019): *Alarming attitudinal barriers to help-seeking in drug-related emergency situations: Results from a Swedish online survey*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs.

STAD (2018). *Droger på krogen. En uppföljning av narkotika-situationen i Stockholms krogmiljö, Rapport 62.*

STAD (2021*). Narkotika- och alkoholkonsumtion bland besökare i Stockholms nöjesmiljöer Självrapportering och biologisk testing, rapport 68.*

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2015). *Att förebygga missbruk av alkohol, droger och spel hos barn och unga*. Rapport 243/2015.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2021). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn*.

Statens folkhälsoinstitut (2010) *Narkotikabruket i Sverige. Bilaga 7 Skattning av problematiskt narkotikabruk.*

Statens institutionsstyrelse (2020). *Personer intagna på SiS LVM-hem*.

Statens institutionsstyrelse (2022). *Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2020. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju.*

Statskontoret (2015). *Utvärdering av regeringens strategi för alkohol, narkotika , dopnings- och tobakspolitiken*.

Stattin H., Enebrink P. (2020). *Föräldraskapsstöd på universell nivå. En forskningsöversikt*. Socialmedicinsk tidskrift.

Strandberg m.fl. (2018). *Droger på krogen. En uppföljning av narkotikasituationen i Stockholms krogmiljö*. STAD Rapport 62.

Strandberg, A. m.fl. (2019). *Alcohol and illicit drug consumption and the association with risky sexual behaviour among Swedish youths visiting youth health clinics;* Nordic Studies on Alcohol and Drugs 2019, Vol. 36(5) 442–459.

Sundin E., Landberg .J, Ramstedt M., CAN (2018). *Negativa konsekvenser av alkohol, narkotika och tobak – en studie med fokus på beroende och problem från andras konsumtion i Sverige 2017.*

Sundquist J., Ohlsson H., Sundquist K., Kendler K. S. (2014). *Attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for drug use*

disorder: a population-based follow-up and co-relative study. Psychological medicine.2015;45(5):977–83.

Svensson, E. (2021). *Special Straffrätt*, 1 uppl. Uppsala.

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2018). *Handlingsplan mot missbruk och beroende – Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer 13–29 år.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). *Ungdomsmottagningar och ungas sexuella hälsa. Nuläge och vägar framåt*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Kartläggning av socialtjänstens insatser*.

Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Psykiatrin i siffror – Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2021.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2022). *Psykiatrin i siffror, Barn och ungdomspsykiatrin: Kartläggning 2021.*

Sveriges Kommuner och Regioner (2023). *Psykiatrin i siffror, Barn och ungdomspsykiatrin: Kartläggning 2022*.

Sveriges Läkarförbund (2023). *Förutsättningar för fortbildning saknas" – En rapport om läkarnas möjligheter till fortbildning från Sveriges läkarförbund.*

Sveriges regioner i samverkan (2022). *Nationell elimineringsplan – Plan för eliminering av hepatit C.*

Tanner, Smith E. m.fl. (2013). *The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis*.

Tardelli, V., Bisaga, A., Arcadepani, F., Gerra, G., Levin, F., Fidalgo, T. (2020). *Prescription psychostimulants for the treatment of stimulant use disorder: a systematic review and meta-analysis*.

Tham, H. (red.), Kriminologiska institutionen (2003). *Forskare om narkotikapolitiken*.

Trafikverket (2023). *Analysmetod och samhällsekonomiska kalkylvärden för transportsektorn: ASEK 7.1.*

Tran, V. (2021). *Assessing Drug Consumption Rooms and Longer Term (5 year) Impacts on Community and Clients.*

Troberg, K. m.fl. (2022). *Characteristics of and Experience Among People Who Use Take-Home Naloxone in Skåne County, Sweden*. Front Public Health. 2022 Mar 10; 10:811001.

Troberg, K. m.fl. (2022). *Healthcare seeking among Swedish patients in opioid substitution treatment – a mixed methods study on barriers and facilitators*.

Turner, R., Barrett, D., Petersson, F., Kåberg, M. (2023). *Legal Minors Who Inject: Differences in Socio-Demographics and Treatment Needs Compared to Adults in a Swedish National Sample of People with Injecting Drug Use.*

Uchtenhagen, A. (2017). *The role and function of heroin assisted treatment at the treatment system level.*

United Nations Treaty Collection (1972). *Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961*.

United Nations (2007). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Addendum: Mission to Sweden.

United Nations (2016). *Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2016). Concluding observations on the sixth periodic report of Sweden, E/C.12/SWE/CO/6, (2016). Punkt 21 och 42.*

United Nations (2023) *International Narcotics Control Board, Report.*

UNODC (2007). *Sweden's successful drug policy. A review of the evidence.*

UNODC (2018). *International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition.*

UNODC (2019) *Database of national legal responses to control NPS.*

UNODC (2021). *Early Warning Advisory on NPS*.

U.S Food and Drug Administration (FDA) (2023). Pressmeddelande: *FDA Approves First Over-the-Counter Naloxone Nasal Spray*.

Vetenskapsrådet (2019). *Genomlysning av rambidragen och forskarskolan inom satsningen SIMSAM 2014–2018.*

Vikbladh T. m.fl. (2022). *Healthcare utilization for somatic conditions among Swedish patients in opioid substitution treatment, with and without on-site primary healthcare*.

Walde, J. Andersson, L., Johnson, B., Håkansson, A. (2023). *Drug prescriptions preceding opioid-related deaths – a register study in forensic autopsy patients*.

WHO (2005). *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users.*

WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.*

WHO, UNODC och UNAIDS (2012). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.*

WHO (2014). *Community management of opioid overdose.*

WHO (2016). *The health and social effects of nonmedical cannabis use*.

WHO (2018). *Continuity and coordination of care. A practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services.*

WHO (2019). *The public health dimension of the world drug problem: how WHO works to prevent drug misuse, reduce harm and improve safe access to medicine.*

WHO & UNODC (2021). *International Standards for the treatment of Drug Use Disorders.*

Winters K. m.fl. (2011). *Advances in Adolescent Substance Abuse Treatment*.

Winters K. m.fl. (2018). *Adolescent Substance Abuse Treatment: A Review of Evidence-Based Research*.

Xavier, J. m.fl. (2022). *"There are solutions and I think we're still working in the problem": The limitations of decriminalization under the good Samaritan drug overdose act and lessons from an evaluation in British Columbia, Canada.*

Xavier, J. m.fl. (2021). *Police officers' knowledge, understanding and implementation of the Good Samaritan Drug Overdose Act in BC, Canada.*

Webbplatser

Energy Control. https://energycontrol-international.org/what-is-energy-control/.

Ares do Pinhal. https://aresdopinhal.pt.

Australian Institute of Health and Welfare. https://www.aihw.gov.au/reports/illicit-use-of-drugs/illicit-drug-use.

Beroendecentrum. https://www.beroendecentrum.se/vard-hos-oss/narstaende/stod-via-natet-for-narstaende/.

Bekendtgørelse om stofindtagelsesrum. https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2016/972.

Brottsförebyggande rådet. https://bra.se/statistik/statistik-om-brottstyper/narkotikabrott.html.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. www.can.se.

Centers for Disease Control and Prevention, CDC. https://www.cdc.gov/drugoverdose/basics/.

Centre for Alcohol and Drug Research. https://psy.au.dk/en/research/research-centres-and-units/centre-for-alcohol-and-drug-research.

Controlled Drugs and Substances Act, stycke 56.1 och 56.1(1). https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-38.8/page-7.html#h-95171.

Dagens Nyheter. https://www.dn.se/sverige/kritik-mot-nya-narkotikautredningen-fel-sak-att-gora.

Department of Psychology and Behavioural Sciences. https://psy.au.dk/en/research/research-centres-and-units/centre-for-alcohol-and-drug-research.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. https://www.dhs.de/suechte/illegale-drogen.

Directions Pathways to recovery. www.directionshealth.com.

Drug, Tobacco and Alcohol Control Department in Lithuania. https://visuomene.ntakd.lt/en.

Drugsmart. https://www.drugsmart.se/. Besökt 2023-03-22.

EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu.

Federal Office of Public Health in Switzerland. https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/vier-saeulen-politik.html.

Folkehelseinstituttet i Norge. https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/narkotikautloste-dodsfall/?term=&h=1.

Folkhälsomyndigheten. https://www.folkhalsomyndigheten.se.

Forskarskolan Fys. https://forskarskolanfys.se/om-forskarskolan/.

French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://en.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftammya.pdf.

Giftinformationscentralen. www.giftinformation.se.

Good Samaritan Drug Overdose Act (S.C. 2017, c. 4). https://laws.justice.gc.ca/eng/AnnualStatutes/2017_4/index.html.

Government of Canada. https://health-infobase.canada.ca

Göteborgs universitet. www.gu.se.

Harm reduction international. https://hri.global/what-is-harm-reduction.

The Institute for health metrics and evaluation (IHME). https://www.healthdata.org/data-tools-practices/data-sources.

International federation of Social Workers. https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO. https://www.ivo.se/publicerat-material/blanketter/rapportering-av-sprututbytesverksamhetens-verksamhetsberattelse/.

Kriminalvården. https://www.kriminalvarden.se.

Läkarförbundet. www.slf.se.

Lunds universitet Socialhögskolan. www.soch.lu.se.

Metzineres webbplats. https://metzineres.org/metzineres-en.html.

Ministry of the Interior in Estonia. https://www.siseministeerium.ee/en/drug-prevention.

Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd. www.mfof.se.

National institute for Health and Care Excellence. https://www.nice.org.uk/guidance/ng193.

National Institute on Drug Abuse. https://nida.nih.gov/research-topics/trends-statistics/overdose-death-rates.

Nationella vårdkompetensrådet. https://www.nationellavardkompetensradet.se/om-radet/om-nationella-vardkompetensradet/.

Nationellt centrum för kvinnofrid. NCK, https://www.nck.uu.se/.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga. www.anhoriga.se.

Nationella Vård- och Insatsprogrammet vid Missbruk och beroende. https://www.vardochinsats.se/missbruk-och-beroende/.

NHS inform. https://www.nhsinform.scot/healthy-living/drugs-and-drug-use/advice-if-you-inject-drugs.

NordFors. https://www.nordforsk.org/sv.

Norska Naloksonprosjektet. https://www.nalokson.uio.no/om/registrering/.

Onpoint NYC, www.onpointnyc.org.

Polisen. https://polisen.se/om-polisen/polisens-arbete/narkotikabrott/.

Psykologförbundet. https://www.psykologforbundet.se/Specialistutbildning/Specialistutbildningen/spec_ex.

Rusopplysningen, kunnskap kan redde liv. https://rusopplysningen.no/.

Scotland's national health information service. https://www.nhsinform.scot/healthy-living/drugs-and-drug-use/advice-if-you-inject-drugs.

Seraf. https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf.

Statistikcentralen i Finland. https://stat.fi/sv/publikation/cl8slomfgpjyk0bw7wivrbxpa.

Stop the Deaths. https://www.stopthedeaths.com.

St Vincents hospital. https://www.svhs.org.au/our-services/list-of-services/alcohol-and-drug-service.

Sveriges Kommuner och Regioner. www.skr.se.

Sveriges Radio. https://sverigesradio.se/avsnitt/nar-staten-delade-ut-knark-del-1-kliniken.

SVT. https://www.svt.se/nyheter/lokalt/stockholm/knarklakare-atalas-det-fanns-risk-att-flera-patienter-skulle-ha-dott-av-overdoser.

Substance. www.substance.uvic.ca.

Region Stockholm, http://dok.slso.sll.se/BeroendeC/sakrare%20injicering.pdf.

Sahlgrenska Universitetssjukhusets webbplats, https://sahlgrenskaliv.se/sahlgrenska-universitetssjukhuset-startar-mobilt-beroendeteam/.

Statens institutionsstyrelse. https://www.stat-inst.se/var-verksamhet.

Statens Medicinsk-etiska råd. www.smer.se.

Statistiska Centralbyrån: https://www.scb.se/.

Socialstyrelsens webbplats. https://www.socialstyrelsen.se.

Spike on a bike. https://www.spikeonabike.cymru/about.

Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem. www.stad.org.

Substance use and associated behaviours. https://www.mmu.ac.uk/research/research-centres/rcass/groups/suab.

Svenska rättspsykiatriska föreningen. https://www.srpf.se/verksamheter/rpv/.

Sveriges kommuner och regioner. www.skr.se.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. https://www.tlv.se/lakemedelsforetag/hogkostnadsskyddet/sa-fungerar-hogkostnadsskyddet.html.

The National Drug and Alcohol Research Centre. https://ndarc.med.unsw.edu.au.

Trimbos institut. https://www.trimbos.nl/english/drugs-monitoring-research-and-prevention/.

Tysklands Hälsoministerium. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/evaluation-der-auswirkungen-des-neue-psychoaktive-stoffe-gesetzes-npsg.html.

Tullverket. https://www.tullverket.se.

UNAIDS. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05_Peoplewhoinjectdrugs.pdf besökt 2023-02 23.

Universitet i Oslo. https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/.

UNODC. https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS.

Uppdrag Psykisk Hälsa. https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2022/12/SPOT-Specialistpsykiatriskt-Omvardnadsteam-Solleftea-Kramfors.pdf.

World Health Organization. https://www.who.int/.

1177. https://www.1177.se.

Andra underlag

Dessutom utgör en rad möten underlag för betänkandet. Dessa finns sammanställda och tillgängliga på sou.gov.se/avslutade utredningar/socialdepartementet/.

Vissa underlag, exempelvis workshops eller svar från andra länder har använts med referens kopplad till diarienummer i betänkandet. Dessa kan efter utredningens avslut beställas av Riksarkivet.

Kommittédirektiv 2022:24

En svensk narkotikapolitik anpassad till nutidens och framtidens utmaningar

Beslut vid regeringssammanträde den 24 mars 2022

Sammanfattning

En särskild utredare ska föreslå hur en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kan kombineras med ett effektivt narkotikaförebyggande arbete, en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering samt insatser för att ingen ska dö till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Syftet med utredningen är att säkerställa att narkotikapolitiken är förenlig med kraven på evidensbaserad vård, beprövad erfarenhet och skademinimering samt att den utvecklas och anpassas till nutidens och framtidens utmaningar.

Utredaren ska bl.a. göra följande:

– Föreslå vilka insatser som bör vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att stärka det narkotikaförebyggande arbetet i Sverige.

– Föreslå hur vård- och stödinsatser kan utvecklas för att skapa en god och jämlik kvalitet utifrån brukarnas och patienternas behov och erfarenheter. I denna del ingår även att analysera om särskild vård- och stödverksamhet ska utformas för barn och unga.

– Föreslå om och i så fall hur vård- och stödinsatser kan erbjudas på ett mer systematiskt sätt till personer som döms för ringa narkotikabrott.

– Föreslå hur samverkan kan stärkas så att vårdkedjorna håller ihop när Statens institutionsstyrelses (SiS) eller Kriminalvårdens ansvar upphör, bland annat samverkan kring personer som återkommande

döms för narkotikabrott eller blir tvångsomhändertagna enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM.

- Föreslå åtgärder för att stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten för att säkerställa att personer med skadligt bruk eller beroende får adekvata insatser.
- Undersöka hur befintliga skadereducerande insatser, inklusive läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) och sprututbytesverksamheten, kan utvecklas och införas i större utsträckning samt bli mer jämlika, jämställda och tillgängliga i hela landet.
- Föreslå ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.
- Undersöka erfarenheter från länder som har infört systemet med generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser.
- Föreslå en modell för en ändamålsenlig uppföljning av missbruks- och beroendevården, vilken även ska inkludera uppföljning av användningen av naloxonläkemedel, samt hur uppföljningen ska utvecklas över tid.

En delredovisning ska lämnas senast den 14 oktober 2022 avseende följande deluppdrag:

- Analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt vid behov lämna författningsförslag för hur det bör regleras.

Uppdraget i övrigt ska redovisas senast den 29 september 2023.

Bakgrund

Den svenska narkotikasituationen

Cannabis är den vanligaste narkotikasorten i Sverige, men den svenska drogmarknaden består av både traditionella illegala droger, nya psykoaktiva substanser och icke-förskriven användning av narkotikaklassade läkemedel. I Folkhälsomyndighetens senaste nationella folkhälso-

enkät Hälsa på lika villkor från 2020 uppgav 3,8 procent av befolkningen i åldern 16–64 år att de hade använt cannabis under de senaste 12 månaderna (5,0 procent av männen och 2,5 procent av kvinnorna). Detta kan jämföras med 2,8 procent 2010. Fler män än kvinnor hade använt cannabis. I åldersgruppen 16–34 år uppgav 7,6 procent att de använt cannabis under de senaste 12 månaderna (9,5 procent av männen av männen och 5,4 procent av kvinnorna). Detta kan jämföras med 6,2 procent 2010. I CAN:s drogvaneundersökning 2020 uppgav 7,8 procent av pojkarna och 5,5 procent av flickorna i årskurs 9 att de använt cannabis någon gång. Resultaten gällande cannabisanvändning i CAN:s drogvaneundersökning har under de senaste tio åren legat på ungefär samma nivå.

Polismyndigheten bedömer att den illegala narkotikamarknaden fortsätter att öka, både när det gäller den öppna och den dolda handeln. Polismyndigheten publicerade i maj 2021 en rapport med en sammanställning av kunskap genererad från kommunikationen i den krypterade tjänsten Encrochat som använts inom organiserad brottslighet i Europa. I rapporten reviderar polisen kraftigt omfattningen av den narkotika som smugglas till Sverige. Enligt rapporten smugglas 100–150 ton narkotika årligen till Sverige och det sker i närmast industriell skala. Den tidigare rådande uppskattningen från CAN var att 15 ton årligen smugglas till landet. Polismyndigheten bedömer att pengarna som omsätts och kostnaderna för narkotikainförseln uppnår miljardbelopp årligen. Stora delar av brottspengarna som genereras i Sverige växlas till euro och förs utomlands för återinvestering i nya partier. Valutaväxling är en central funktion i smugglingskedjan. Brottsförebyggande rådets rapport om narkotikamarknaderna i Sverige, från september 2021, bekräftar denna utveckling och visar bl.a. att tillgängligheten till narkotika för köparna har ökat till följd av att det finns fler digitala och fysiska marknadsplatser. Narkotika finns att tillgå i hela Sverige. Polismyndigheten uppger också att det finns en omfattande produktion av dopningspreparat i landet. Under 2019 ökade polisens och tullens beslag av narkotika i Sverige med runt 4 procent jämfört med 2018. Cannabis stod för mer än hälften av alla beslag som gjordes 2019, men beslagsdata visar bland annat en ökning av antalet beslag av amfetamin, heroin och kokain. Narkotikabrotten tillhör de brottskategorier där antalet anmälda brott i hög grad påverkas av polisens och tullens spanings- och ingripandeverksamhet.

Runt 124 000 brott mot narkotikastrafflagen (1968:64) anmäldes under 2020. De flesta av dessa avsåg eget bruk och innehav av narkotika.

Enligt uppgifter från Socialstyrelsens patientregister, Statens institutionsstyrelses utvärderings- och dokumentationssystem (DOK) samt Kriminalvårdsregistret fick 34 629 personer under 2019 vård för beroende eller skadligt bruk av narkotika, vilket är ungefär samma antal som rapporterades 2018. Av dessa personer var 69 procent män. Av de personer som fick vård för narkotikarelaterade orsaker fick knappt 32 000 personer vård i slutenvård eller specialiserad öppenvård, drygt 2 000 personer fick vårdinsatser inom Kriminalvården och knappt 500 fick vård med stöd av LVM. Under 2019 var majoriteten av de vårdade 15–44 år vid behandlingens början och den största åldersgruppen var 15–29-åringar (38 procent).

Socialstyrelsen konstaterar att yngre personer har mer narkotikarelaterade problem än äldre. Socioekonomiska faktorer, såsom utbildningsbakgrund, kan ha betydelse för utveckling av substansrelaterade problem. Bland dem som söker eller får vård för narkotikarelaterade problem är det betydligt vanligare med endast förgymnasial utbildning. Bland dem som fått vård för substansrelaterad diagnos är det vanligt med vård också för andra psykiatriska tillstånd.

Under perioden 2012–2020 avled i genomsnitt 890 personer per år till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. Läkemedels- och narkotikaförgiftningar är vanligare bland män än bland kvinnor. Bland män är olycksfallsförgiftningar (överdos) vanligast medan det bland kvinnor är vanligast med suicid.

Narkotikasituationen inom EU och internationellt

Både EU:s narkotikabyrå (EMCDDA) och FN:s kontor mot narkotika och brottslighet (UNODC) konstaterar att det finns stora utmaningar inom EU och internationellt kopplat till narkotika, både vad avser illegal odling och produktion av och handel med narkotika samt att det finns ett brett utbud av psykoaktiva substanser med hög potens och renhet. Europeiska kommissionen uppskattar att den olagliga narkotikamarknaden i EU motsvarar ett lägsta detaljhandelspris på 30 miljarder euro per år, vilket utgör en viktig inkomstkälla för organiserade kriminella grupper i EU. Narkotikamarknaden har indirekt negativ inverkan genom kopplingar till organiserad brotts-

lighet och genom att narkotika bidrar till störningar i den lagliga ekonomin. Narkotika bidrar till våld i samhället, skador på miljön och fungerar även som en drivkraft för korruption som kan undergräva en god samhällsstyrning. Narkotika bidrar även till ökad utsatthet och förtida död för individer som utvecklat ett beroende. Tillgången till narkotika i Europa är hög.

Under de senaste 24 åren har i vissa delar av världen THC-halten i cannabis ökat med så mycket som fyra gånger. Samtidigt har andelen ungdomar som uppfattar cannabis som skadligt minskat med upp till 40 procent, trots vetenskaplig evidens om att cannabisanvändning är förknippad med en mängd olika hälsomässiga och andra skador, särskilt vid långvarigt bruk. Uppskattningsvis har 36 miljoner människor globalt en beroendesjukdom (könsuppdelad statistik saknas). Tillgängligheten till vård och stöd vid skadligt bruk och beroende är ofta bristfällig. Ett stort antal människor dör såväl inom EU som internationellt till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning. Narkotikasituationen i världen skapar stora utmaningar för samhället.

Skadligt bruk och beroende av narkotika är en folkhälsofråga

Förutom ökad risk för akut förgiftning och förlust av människoliv medför narkotikabruk ökad risk för mer långsiktiga medicinska skador och skador ur ett socialt perspektiv. Jämfört med den övriga befolkningen har personer som använder narkotika och personer med skadligt bruk och beroende högre risk att drabbas av annan sjuklighet och dö i förtid. Högst risk för ohälsa, skador och dödsfall har personer som använder opioider eller använder narkotika ofta och i höga doser eller med hög renhet. Även personer som börjar använda narkotika i unga åldrar, personer som injicerar narkotika och personer som använder flera olika substanser samtidigt har förhöjd risk för ohälsa, skador och dödsfall. Personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika har en klart ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom, och det är vanligt förekommande att avlida i suicid. Inte sällan förekommer också en hög samsjuklighet mellan beroende och någon annan psykiatrisk diagnos eller något annat närliggande tillstånd och det finns ofta stora somatiska vårdbehov hos målgruppen.

Personer med skadligt bruk och beroende kan uppleva utsatthet

Personer med skadligt bruk och beroende är ofta utsatta. Utöver ökad risk för ohälsa finns också andra möjliga negativa konsekvenser av narkotikabruk som t.ex. stigmatisering, utanförskap och marginalisering, lägre utbildningsnivå och begränsade möjligheter till försörjning samt kriminalitet relaterat till droganvändandet. Exempelvis har många med långvarig och riskfylld narkotikaanvändning ekonomiska problem, eftersom de inte har någon stabil koppling till arbetslivet. Dessa personer hamnar ofta utanför olika sociala arenor och kan uppleva utsatthet. Det är därför viktigt att tidigt fånga upp de personer som ännu inte utvecklat ett skadligt bruk eller ett beroende. Kvinnor med skadligt bruk eller beroende är också relativt sett mer utsatta för våld, sexuellt utnyttjande och har en ökad risk att utnyttjas i prostitution.

Skadligt bruk och beroende drabbar närstående

Problem med narkotikabruk drabbar i första hand personen själv, men har också negativa konsekvenser för anhöriga och närstående, bl.a. i form av försämrad livskvalitet. Anhörigperspektivet är centralt inom narkotikapolitiken. Närstående riskerar att få försämrad livskvalitet. Folkhälsomyndigheten konstaterar att personer som använder narkotika och deras närstående rapporterar en sämre hälsa jämfört med resten av befolkningen. Förutom ökad risk för sämre hälsa drabbas föräldrar med vuxna barn med narkotikaberoende på olika sätt, vanligast är stölder eller psykiskt våld. Mer ovanligt förekommande är utpressning och fysiskt våld. Barn som växer upp i en familj med föräldrar som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika kan uppleva oro, orimligt ansvarstagande, förändringar i vardagen och svåra upplevelser, vilket för barnen kan leda till skolsvårigheter, egen ohälsa och andra negativa konsekvenser på sikt. Skadligt bruk och beroende av alkohol, dopningsmedel och narkotika är en riskfaktor för våld.

Svensk narkotikapolitik har blivit mer folkhälsoinriktad de senaste åren

Regeringen driver en folkhälsobaserad narkotikapolitik med syftet att minska ojämlikheten i hälsa. Narkotikapolitiken är en del av folkhälsopolitiken. Sedan 2018 gäller ett nytt övergripande nationellt mål för folkhälsopolitiken (prop. 2017/18:249, bet. 2017/18:SoU26, rskr. 2017/18:406). Målet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation. Den nationella folkhälsopolitiken ligger i linje med FN:s globala mål för hållbar utveckling, Agenda 2030. Restriktivitet ryms inom ramen för en folkhälsobaserad politik. En restriktiv inriktning syftar till att minska de negativa konsekvenserna av narkotika för individer och i samhället i stort. De senaste åren har regeringen tagit initiativ till att utveckla narkotikapolitiken. Insatser har genomförts för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning samt de medicinska och sociala skadeverkningarna till följd av narkotikabruk (se vidare i avsnitten Vad definierar en insats av skadereducerande karaktär och vilka skadereducerande insatser ska vi ha i Sverige? s. 19, respektive Hur ska den svenska narkotikapolitiken bidra till att färre avlider till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning? s. 21).

Uppdraget att utvärdera svensk narkotikapolitik och föreslå insatser som bör vidtas för att utveckla det svenska narkotikaarbetet

Riksdagen har i mars 2020 tillkännagett att regeringen bör utvärdera den nuvarande narkotikapolitiken (bet. 2019/20:SoU7 punkt 7, rskr. 2019/20:174). Enligt tillkännagivandet måste en fortsatt restriktiv narkotikapolitik kombineras med en god missbruks- och beroendevård som innehåller insatser för skademinimering, som exempelvis minskad spridning av blodsmittor. Narkotikapolitiken bör utvärderas i syfte att säkerställa att den är förenlig med kraven på evidensbaserad vård, beprövad erfarenhet och skademinimering. Med utgångspunkt i tillkännagivandet bedömer regeringen det som viktigt att genomlysa svensk narkotikapolitik ur ett brett perspektiv för att se vilka delar som behöver utvecklas för att anpassa narkotikapolitiken inför nutidens och framtidens utmaningar. Bland annat behöver utredaren

beakta följande perspektiv och områden i sitt arbete: folkhälsa, beroendesjukdom, evidensbaserade vård- och stödinsatser, jämlikhet och jämställdhet, socioekonomi, barn, unga och äldre samt de brottsförebyggande och brottsbekämpande perspektiven.

Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget beakta den kunskap och de förslag som Samsjuklighetsutredningen presenterat i betänkandet Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93). Utredaren kan i arbetet även beakta regeringens aviserade hemlöshetsstrategi.

Hur ska det förebyggande arbetet utvecklas för att minska användningen av narkotika?

För att minska de negativa sociala och hälsomässiga konsekvenserna av narkotika är det förebyggande arbetet av stor vikt. Det är också en viktig insats för att bidra till minskad tillgång till narkotika och för att främja ökad trygghet i samhället. Det förebyggande arbetet kräver långsiktighet och varierande typer av insatser, policyer och strategier på olika arenor och nivåer i samhället. Förebyggande insatser bör i största möjliga mån vila på evidens, men det faktum att det i vissa fall finns begränsat vetenskapligt stöd för enskilda narkotikaförebyggande metoder får inte innebära en passivitet eller sänkta ambitioner. I dessa fall blir uppföljning och utvärdering desto viktigare. Erfarenheter av förebyggande arbete inom andra sektorer kan även tas tillvara.

I Sverige finns det en upparbetad struktur för det narkotikaförebyggande arbetet. Kommunerna har en central roll i arbetet med att förebygga narkotika, men även andra aktörer är aktiva inom området såsom det civila samhället. År 2019 hade majoriteten av kommunerna en utsedd samordnare för det narkotikaförebyggande arbetet. Samordnarna genomförde olika aktiviteter och deltog även i hög grad i de nätverk som länsstyrelsen organiserade för att stötta dem genom länsstyrelsernas ANDT-samordnare. Folkhälsomyndigheten har visat att den kommunala arbetstiden för att samordna och planera ANDT-förebyggande arbete minskade 2011–2018 från 148 till 89 årsarbetskrafter. Antalet kommuner med ett övergripande dokument, s.k. politiskt program som beskriver kommunens arbete med förebyggande insatser på ANDT-området, minskade också under perio-

den, liksom den lokala samverkan kring det ANDT-förebyggande arbetet.

Trots en god grundstruktur finns det alltså skillnader mellan kommuner när det gäller dessa grundläggande förutsättningar, och även i fråga om förebyggande aktiviteter. Analyser av uppgifter från länsstyrelsernas rapportering har visat att kommuner med en mer utsatt sociodemografisk situation, t.ex. avseende utbildningsnivå, i mindre omfattning har ett förebyggande ANDT-arbete med hög kvalitet.

Det är viktigt att förbättra förutsättningarna för ett stärkt lokalt arbete där alla kommuner har förutsättningar att bedriva ett narkotikaförebyggande arbete som kan bidra till det nationella målet om en god och jämlik hälsa i hela befolkningen. Det förebyggande arbetet mot narkotika behöver även stärkas på regional och nationell nivå.

Av särskild vikt är att skydda barn och unga. Barn och unga löper större risk för skador av narkotikabruk och behöver därför skyddas särskilt. Samtidigt står barn och unga i dag för den största användningen av narkotika i samhället. Det finns tecken på att attityderna bland barn och unga till framför allt cannabis har förändrats. Särskilda förebyggande insatser behöver därför riktas mot denna grupp.

Det finns möjlighet att få inspiration och ytterligare kunskap genom att ta del av preventionsarbete mot narkotika som genomförts i andra länder eller som föreslås av internationella organisationer.

Utredaren ska därför göra följande:

– Undersöka erfarenheter av och ge exempel på organisering av gemensamma utvecklingsinsatser och samverkansmodeller.
– Föreslå vilka insatser som bör vidtas på nationell, regional och lokal nivå för att stärka det narkotikaförebyggande arbetet i Sverige.
– Föreslå ett särskilt program för att förebygga barns och ungas användning av narkotika.

Hur kan tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet öka för personer med skadligt bruk och beroende av narkotika och deras anhöriga och närstående?

Vård- och stödlandskapet är fragmenterat avseende huvudmannaansvar och aktörer. Det är svårt att få en exakt bild av den vård och det stöd som ges. Regionerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Inom regionernas ansvarsområde tar personer med skadligt bruk och beroende bl.a. del av åtgärder inom psykiatrin och akutsjukvården. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, ansvar för missbruks- och beroendevård. Socialtjänsten ansvarar också för sociala stödinsatser i form av t.ex. boende, sysselsättning, försörjning samt stöd till barn och anhöriga. Socialstyrelsen har tagit fram nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Inom Kriminalvårdens verksamhet finns många personer som har skadligt bruk eller beroende av narkotika. Statens institutionsstyrelse behandlar ungdomar med allvarliga psykosociala problem och vuxna med missbruksproblem.

Socialstyrelsen konstaterar att det skedde en ökning av vård av personer med missbruks- och beroendeproblem inom hälso- och sjukvårdens slutenvård och specialiserade öppenvård under tidsperioden 2009–2019. Antalet som får en vårdinsats för narkotikarelaterad diagnos har ökat med cirka 40 procent de senaste tio åren. Inom öppenvården har det skett en ökning av antalet insatser till personer som vårdas för narkotikarelaterade diagnoser. Samtidigt ligger antalet som vårdas inom slutenvården kvar på samma nivå. Det kan finnas flera förklaringar till att fler personer vårdas för narkotikarelaterade diagnoser, men det går inte att utesluta att andelelen individer i befolkningen som utvecklar narkotikarelaterade diagnoser har ökat. Socialstyrelsen konstaterar även att institutionsvården för missbruk beviljad av socialtjänsten har minskat både i andel individer som får insatsen och vårdtidens längd. Även socialtjänstens öppna insatser har minskat över tid.

Bland personer med skadligt bruk och beroende finns en ökad risk för våldsutsatthet. Trots detta är det få skyddade boenden som anger att de tar emot personer med missbruks- eller beroendeproblematik. Våldsutsatta kvinnor med ett skadligt bruk eller beroende fångas ofta inte upp av socialtjänsten då insatser för målgruppen saknas,

vilket innebär att de riskerar att hamna mellan beroendevården och psykiatrin.

För att kunna skapa en mer jämlik beroendevård över landet är det viktigt att förbättra kunskapen om hur missbruks- och beroendevården ser ut i dag. Insatser och aktörer behöver definieras för att skapa större jämförbarhet. Det behöver även klargöras hur uppgifter ska samlas in för att myndigheter regelbundet ska kunna sammanställa och presentera en aktuell och uppdaterad bild av vård- och stödlandskapet. I svensk hälso- och sjukvård och omsorg finns omotiverat stora regionala skillnader. Tillgången till insatser är även ojämlik utifrån socioekonomi samt ojämställd mellan kvinnor och män.

Samordnade insatser är av stor betydelse. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla vård- och stödinsatser till personer med skadligt bruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Fungerande samverkan och sammanhållna vårdkedjor är viktigt för att insatserna ska ge bästa möjliga resultat. Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar att ingå överenskommelser om samarbete. Sådan formaliserad samverkan har inte upprättats i alla delar av landet. Det finns även behov av att utveckla samverkan mellan kommuner och regioner å ena sidan och staten, genom Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse, å andra sidan. Vidare är det viktigt med intern samordning av olika insatser inom omsorgs- respektive hälso- och sjukvårdssektorn. En särskilt utsatt grupp är personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. Regeringen har därför tillsatt en utredning, Samsjuklighetsutredningen, för att se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen vad gäller personer med samsjuklighet (dir. 2020:68).

Kvaliteten i insatserna som erbjuds för vård och stöd behöver synliggöras. Det är angeläget att vård och stöd som tillhandahålls är evidensbaserad och genomförs utifrån gällande riktlinjer. Det är också viktigt att definiera vad som är god kvalitet och vilka resultat som eftersträvas ur ett professions samt ett patient- och brukarperspektiv. En god kvalitet och de resultat som eftersträvas knyter an till fysisk och psykisk hälsa, boendesituation, försörjning och ekonomisk stabilitet, arbete och sysselsättning, kriminalitet, trygghet och säkerhet, närståendes situation, socialt nätverk, självständighet, minskad stigmatisering och ökad känsla av sammanhang. Den individuella brukarens eller patientens önskade resultat av olika insatser behöver inte alltid stämma överens med professionens eller närståendes uppfattning.

Det är dock viktigt att ha en samsyn kring vad som är kvalitet inom missbruks- och beroendevården samt att höja kvaliteten på insatserna som erbjuds. Dessutom behöver kvaliteten över tid kunna följas upp genom tillgänglig statistik.

Det är viktigt med god tillgänglighet till vård- och stödinsatser. Bristande tillgänglighet med långa väntetider är ett generellt problem som gäller för hela hälso- och sjukvården sedan många år. Regeringen har tillsatt en delegation för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården, som den 30 juni 2021 presenterade delbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59). Socialstyrelsen har redovisat uppgifter om att utvecklingen går åt olika håll avseende tillgängligheten till kommunens missbruks- och beroendevård. Myndigheten har även visat att tillgängligheten för personer med missbruk och beroende till vård och stöd inom socialtjänsten varit relativt oförändrad de senaste tre åren. Vidare varierar tillgängligheten till läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) i landet, och denna behandling kan även ibland erbjudas på SiS-institutioner och inom Kriminalvården. Dagens vårdgaranti, som innebär en skyldighet för regionerna att erbjuda behandling inom 90 dagar, räknat från den dag beslut om behandling togs, kan vara otillräcklig. En förstärkt vårdgaranti som ger personer med beroendeproblematik rätt till vård och stöd betydligt snabbare än i dag behöver övervägas. Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården har bl.a. i uppdrag att utreda för- och nackdelar med en utökad vårdgaranti. Det är viktigt att personer med skadligt bruk eller beroende får insatser när det finns motivation att ta itu med den problematik som finns. Motivation är en nyckelfaktor för ett lyckat behandlingsresultat för en beroendesjukdom, varför insatser behöver finnas på plats så fort som möjligt för den som söker vård och stöd. Genom att öka tillgängligheten till vård och stöd till personer med missbruk, skadligt bruk och beroende och genom att stärka det förebyggande arbetet så kan efterfrågan på narkotika minska.

Primärvården har en central roll i att stödja personer med skadligt bruk och beroende av narkotika för att rätt vård- och stödinsatser ska kunna erbjudas i ett tidigt skede och efter behov. Rehabiliteringen behöver utformas utifrån olika individers skilda målsättningar, preferenser och förutsättningar. För personer med en beroendesjukdom är även sociala stödinsatser en central komponent av vård- och stödinsatserna. För att stärka individperspektivet finns behov av att

analysera drogfrihetens roll inom vård- och stödområdet till personer med ett narkotikaberoende utifrån vilka krav på drogfrihet som finns inom olika verksamheter och vilka konsekvenser kraven får för brukarna och deras närstående.

Personer som använder narkotika kan ha ett skadligt bruk eller beroende. Studier visar att stigma kan ha en djupgående påverkan på individer som använder eller har använt narkotika, inklusive de individer som överväger att söka hjälp för en beroendesjukdom. Stigma kan minska motivationen hos individer att hantera sitt narkotikabruk, och kan leda till ovilja att söka vård och stöd, social utslagning samt utgöra hinder för rehabilitering. Stigma kan orsakas av en mängd olika faktorer. Det är viktigt att arbeta för att främja icke-stigmatiserande attityder och en god tillgång till vård och stöd. Det finns behov av att se över om det behöver vidtas insatser för att minska upplevelsen av stigma som hinder för att söka vård och stöd.

Utredaren ska därför göra följande:

- Kartlägga hur vård- och stödlandskapet ser ut och tydligt definiera aktörer och insatser samt belysa geografiska och socioekonomiska skillnader samt skillnader för kvinnor och män.
- Föreslå hur vård- och stödinsatser kan utvecklas för att skapa en god och jämlik kvalitet utifrån brukarnas och patienternas behov och erfarenheter. I denna del ingår även att analysera om särskild vård- och stödverksamhet ska utformas för barn och unga.
- Föreslå vilka insatser som bör genomföras för att få en god tillgänglighet till vård och stöd. I denna del ingår att analysera om en förstärkt vårdgaranti, som ger personer med beroendeproblematik rätt till vård och stöd betydligt snabbare än i dag, bör införas samt vid behov lämna nödvändiga författningsförslag.
- Analysera drogfrihetens roll inom vård- och stödområdet inklusive i vilken utsträckning det ställs krav på drogfrihet för personer med skadligt bruk eller beroende för att få tillgång till andra typer av vård- och stödinsatser, t.ex. med anledning av våldsutsatthet samt vilka eventuella konsekvenser detta får för brukarna och deras närstående.
- Lämna förslag på hur tillgängligheten till och kvaliteten i närstående- och anhöriginsatser kan förbättras.

– Undersöka om och i så fall i vilken utsträckning personer med skadligt bruk eller beroende avstår från att ta kontakt med socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt vad det i så fall beror på.
– Föreslå insatser för att personer med skadligt bruk och beroende inte ska uppleva stigmatisering i kontakterna med socialtjänsten och hälso- och sjukvården så att de väljer att inte söka vård och stöd.

Rättsvårdande myndigheter och insatser

Vård och stöd för personer som begår narkotikabrott

Olika slags olovlig befattning med narkotika är kriminaliserad genom narkotikastrafflagen. En generell straffbeläggning av narkotikainnehav, inklusive för egen konsumtion, har ansetts nödvändig för att motverka narkotikamissbrukets utbredning i samhället. Sedan 1988 är det straffbart även att bruka narkotika, dvs. att konsumera eller på något annat sätt tillföra narkotika till kroppen. Kriminaliseringen av eget bruk infördes för att på ett klart och otvetydigt sätt ge uttryck för samhällets avståndstagande från alla former av befattning med illegal narkotika. Den ansågs även kunna ha ett psykologiskt värde och en preventiv funktion bland framför allt ungdomar och andra som befinner sig i riskzonen för att bli narkotikaberoende eller som överväger att använda narkotika. De skälen gör sig alltjämt gällande. Även narkotikans koppling till den organiserade brottsligheten innebär att det finns behov av en fortsatt restriktiv narkotikapolitik som bl.a. innehåller ett straffansvar för narkotikabruk.

Allvaret i ett narkotikabrott bestäms i huvudsak med utgångspunkt i sorten och mängden narkotika samt övriga omständigheter vid brottet. Den som brukar narkotika döms normalt sett till böter för ringa narkotikabrott. Ringa narkotikabrott kan även avse exempelvis innehav av en mindre mängd narkotika för eget bruk. Handlar det t.ex. om innehav av en större mängd narkotika, försäljning av narkotika eller befattning med narkotika som inte är avsedd för eget bruk rubriceras gärningen oftast som narkotikabrott av normalgraden eller, i kvalificerade fall, som grovt eller synnerligen grovt narkotikabrott.

För narkotikabrott som inte är ringa finns endast fängelse i straffskalan. I enlighet med allmänna regler går det under vissa förutsättningar att ersätta fängelsestraffet med en annan påföljd: villkorlig dom, skyddstillsyn eller överlämnande till särskild vård (överlämnande till LVM-vård respektive rättspsykiatrisk vård och, när det gäller unga lagöverträdare, de särskilda ungdomspåföljderna). Flera av påföljderna har utrymme för inslag av vård och behandling. En skyddstillsyn kan förenas med föreskrifter om exempelvis missbruksvård, psykiatrisk vård eller annan behandling. Sådana föreskrifter är möjliga även för den som står under övervakning efter att ha frigetts villkorligt från ett fängelsestraff, och behandlingsinslag kan även förekomma inom ramen för fängelsestraffet.

Det saknas möjlighet att erbjuda personer som döms till böter vård- och stödinsatser inom påföljdssystemet. Detta hänger samman med att böter är en lindrigare påföljd än fängelse och att de påföljder som har ett vårdinslag enbart används som ett alternativ till fängelse. Däremot skulle sådana erbjudanden kunna ske utanför det rättsliga systemet. Erbjudanden om vård- och stödinsatser ges redan i dag till personer med skadligt bruk eller beroende, om än inte på ett systematiskt sätt. Det kan finnas behov av att skapa tydligare erbjudanden om vård och stöd för denna grupp. En sådan metod finns inom trafikområdet, där personer som misstänks för rattfylleri eller drograttfylleri blir erbjudna hjälp enligt SMADIT-metoden (samverkan mot alkohol och droger i trafiken). Metoden innebär att polisen ska erbjuda misstänkta rattfyllerister att få kontakt med socialtjänst eller beroendevård.

Utredaren ska därför göra följande:

– Föreslå om och i så fall hur vård- och stödinsatser kan erbjudas på ett mer systematiskt sätt till personer som döms för ringa narkotikabrott.
– Se över hur vårdinslagen inom de påföljder som används vid narkotikabrott genomförs.

Utredaren ska inte lämna förslag på ändring i straffrättslig lagstiftning eller lagstiftning om förundersökning och åtal.

Kriminalvårdens och Statens institutionsstyrelses vård- och stödinsatser

En av Kriminalvårdens grundläggande uppgifter är att verkställa påföljder. Myndigheten ska verka för att återfall i brott förebyggs och ska vidta åtgärder bl.a. för att minska återfall i beroendesjukdom. Narkotikaproblematik är vanligt förekommande bland Kriminalvårdens klienter. I Kriminalvårdens anstalter, häkten och i frivård befinner sig varje dag cirka 10 000 klienter som har mer eller mindre uttalade problem med narkotika. Kriminalvården har de senaste åren utvecklat arbetet med individuella verkställighetsplaner där det framgår vilka insatser klienten behöver för att inte återfalla i brott eller missbruk samt vilka förberedelser som måste göras inför livet i frihet.

Samverkan mellan aktörer är viktig för att klienter inom Kriminalvården med skadligt bruk eller beroende ska få rätt behandlingsinsatser under och efter verkställigheten. Kriminalvården har inte primärt ansvar för vård och stöd, utan det har andra huvudmän enligt den s.k. normaliseringsprincipen. Kriminalvården förväntas dock ta ett stort ansvar för att behov identifieras och att kontakt kan etableras med aktuella huvudmän. Samtidigt finns det ibland möjlighet att få vård inom vissa anstalter.

Drygt tusen män och kvinnor blir varje år tvångsomhändertagna med stöd av LVM, och placerade på något av Statens institutionsstyrelses (SiS) LVM-hem. Det finns elva LVM-hem med knappt 400 platser för abstinensbehandling, motivationsarbete eller utslussning. Klienterna på LVM-hemmen har många års drogberoende bakom sig. Det handlar om missbruk av alkohol, narkotika eller läkemedel eller om ett blandmissbruk.

Syftet med LVM-vården är att avbryta ett livshotande missbruk och motivera till frivillig behandling. LVM-vården får pågå i högst sex månader. Så snart som möjligt ska vården övergå i annan form utanför institutionen, s.k. § 27-vård. Vården kan då fortsätta på ett öppet behandlingshem, i familjehem eller genom att personen deltar i öppenvårdsprogram. Den genomsnittliga vårdtiden inom LVM är drygt fyra månader. SiS har LARO-behandling inom LVM.

En kort vistelse på LVM-hem bryter inte en lång period av missbruk. Långvarigt missbruk kräver behandling och stöd under lång tid. SiS samarbetar under placeringstiden med klientens nätverk och placerande socialtjänst för att insatserna på LVM-hemmet ska följas av kvalificerade insatser efter utskrivning.

Alla klienter inom LVM-vården får ett erbjudande om att göra en s.k. SiS-utredning-LVM. Utredningen ligger till grund för planeringen av den fortsatta vården. En kartläggning av såväl missbruk och kriminalitet som psykiska, medicinska och sociala förhållanden ökar chansen att hitta rätt insatser för varje enskild klient. Resultatet av utredningen lämnas till socialtjänsten. Klienten får också ta del av utredningens resultat.

Utredaren ska därför göra följande:

- Kartlägga vilka vård- och stödinsatser som erbjuds inom ramen för SiS och Kriminalvårdens verksamhet samt analysera hur denna verksamhet förhåller sig till den hälso- och sjukvård och omsorg som erbjuds av andra huvudmän.
- Undersöka om möjligheten till att initiera en samordnad individuell plan (SIP) kan underlätta SiS och Kriminalvårdens arbete med klienter med skadligt bruk och beroende av narkotika, och vid behov lämna nödvändiga författningsförslag, samt undersöka hur huvudmännen för vård och stöd kan underlätta SiS och Kriminalvårdens arbete med dessa klienter.
- Analysera hur personers beroendesjukdom beaktas i framtagandet och genomförandet av verkställighetsplaner respektive behandlingsplaner inom Kriminalvården och SiS.
- Föreslå hur samverkan med andra aktörer kan stärkas så att det kan säkerställas att andra aktörer tar vid avseende vård och stöd när SiS eller Kriminalvårdens ansvar upphör så att vårdkedjorna håller ihop. I denna del ingår att analysera samverkan kring personer som återkommande döms för narkotikabrott eller blir tvångsomhändertagna enligt LVM.

Hälso- och sjukvårdens, Polismyndighetens och socialtjänstens uppdrag och samverkan

Missbruks- och beroendevården omfattar hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens ansvar för människor i alla åldrar med missbruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel samt spel om pengar. Ytterligare beskrivning av hälso- och sjukvårdens och socialtjänsten ansvar finns i avsnittet Hur kan tillgängligheten till vård och stöd av god kvalitet

öka för personer med skadligt bruk och beroende av narkotika och deras anhöriga och närstående? (s. 9).

Polismyndigheten ska tillsammans med övriga myndigheter inom och utom rättsväsendet genom sina insatser bidra till målet för kriminalpolitiken – att minska brottsligheten och öka människors trygghet. Polismyndighetens arbete bidrar till att tillgången till narkotika i samhället minskar.

Det är vanligt att polismän kommer i kontakt med personer som använder narkotika. En rad olika insatser genomförs i dessa fall. Ofta kopplas socialtjänst in, och vid allvarliga situationer finns det behov av att uppsöka hälso- och sjukvård. Polismyndigheten har i grunden ett brottsbekämpande uppdrag. Socialtjänst och hälso- och sjukvård ansvarar för att tillgodose individers behov av stöd och vård.

Det finns skäl att stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten. Kunskapen behöver öka om berörda aktörers verksamheter samt om narkotika och narkotikaanvändning, inklusive beroendesjukdom. Bristfälliga kontaktvägar mellan olika aktörer och otydliga ansvarsförhållanden försämrar förutsättningarna för att på bästa sätt hjälpa människor med skadligt bruk eller beroende av narkotika.

Utredaren ska därför göra följande:

– Föreslå åtgärder för att stärka samverkan mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten för att säkerställa att personer med skadligt bruk eller beroende får adekvata insatser.
– Föreslå hur kunskapsnivån kring narkotika och narkotikaanvändning, inklusive beroendesjukdom, kan stärkas hos Polismyndigheten, vård- och stödaktörer och andra berörda aktörer samt hur kunskapsnivån kan öka om respektive verksamhets ansvar, med målsättningen att kunskapen kontinuerligt ska öka.
– Föreslå hur kontaktvägarna kan stärkas mellan hälso- och sjukvården, Polismyndigheten och socialtjänsten samt andra aktörer i samband med att polisen kommer i kontakt med personer som använder narkotika.
– Med beaktande av aktörernas olika uppdrag, föreslå åtgärder som bidrar till att insatser svarar upp mot den enskildes behov.

Vad definierar en insats av skadereducerande karaktär och vilka skadereducerande insatser ska vi ha i Sverige?

Insatser för att minska medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika är av stor betydelse ur olika perspektiv. En central princip för skadereducering är utvecklingen av pragmatiska svar på hanteringen av skadligt bruk och beroende av narkotika. Detta görs genom olika typer av interventioner som lägger främsta vikten vid att minska de hälsorelaterade skadorna vid fortsatt användning av narkotika. Mänskliga rättigheter är en viktig utgångspunkt för skadereducerande insatser inklusive allas rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa. Skadereducering brukar benämnas ”harm reduction” på engelska. Det finns ingen allmänt accepterad definition av harm reduction. Världshälsoorganisationen (WHO) beskriver detta område enligt följande: “Harm reduction is a set of policies, programmes, services and actions that aim to reduce the harm to individuals, communities and society related to drugs, including HIV infection.”

En viktig skadereducerande åtgärd är införande av sprututbytesprogram. I syfte att förbättra tillgången i hela landet till sprututbyten för personer som injicerar narkotika gjordes 2016 en ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler (prop. 2016/17:15). Socialstyrelsens uppföljning av lagändringen, som presenterades i december 2019, visar att tillgängligheten till sprututbytesverksamhet har ökat i landet. För att ytterligare tillgängliggöra sprututbytesverksamheten föreslår regeringen att bosättningsprincipen i lagen om utbyte av sprutor och kanyler ska tas bort, så att även personer som inte anses vara bosatta i en viss region kan få möjlighet att delta i sprututbytesverksamhet (prop. 2021/22:129). Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 augusti 2022. Även tillgängligheten till naloxonläkemedel är en viktig skadereducerande åtgärd. Naloxon häver överdoser av opioider som heroin eller metadon och tillgängligheten till detta läkemedel har ökat. Sprututbyten och naloxonprogram finns nu i stort sett i alla regioner. Antalet personer som fått hepatit C-infektion via injektion av droger har minskat.

En vanlig behandlingsinsats vid opioidberoende är LARO, läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Socialstyrelsen har beslutat föreskrifter och allmänna råd om LARO. I mars 2020 publicerade Socialstyrelsen ett kunskapsstöd för behandlingen, och insat-

sen har hög prioritet i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende.

Folkhälsomyndigheten föreslår en fortsatt utveckling av sprututbytesprogram samt en utbyggnad av mobila lågtröskelverksamheter i sin rapport om åtgärdsförslag för att förebygga användning samt medicinska och sociala skadeverkningar av narkotika. Lågtröskelverksamhet handlar om att man ”sänker tröskeln” – det vill säga att det finns en högre tolerans för att människor som deltar i verksamheterna fortfarande har ett aktivt missbruk. Detta förhållningssätt avviker från inställningen om drogfrihet som villkor för deltagande i insatser.

En internationell utblick ger vid handen att det i olika länder görs olika insatser för att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av narkotikabruk. Det finns en bred enighet inom EU om vikten av att minska skador, inte minst spridning av smittsamma sjukdomar och insatser för att minska överdosrelaterad sjuklighet och dödlighet. LARO-behandling och sprututbyten är de vanligast förekommande skadereducerande åtgärderna, samt naloxonprogram (se vidare i avsnittet Hur ska den svenska narkotikapolitiken bidra till att färre avlider till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning? s. 21). Ytterligare exempel på insatser är uppsökande arbete, hälsofrämjande insatser samt utbildning.

På senare tid har det öppnats upp nya möjligheter för att förbättra tillgängligheten till och effektiviteten av skadereducerande insatser, särskilt genom utveckling av informationsteknik och mobilapplikationer. Nya sätt att erbjuda skadereducerande insatser består bl.a. av nyttjandet av nya e-hälsolösningar för att leverera korta insatser eller stöd till återhämtning eller rehabilitering. Det kan finnas behov av att ta lärdom från andra länder kring effektiva insatser för att minska de medicinska och sociala skadeverkningarna av narkotikabruk.

Utredaren ska därför göra följande:

– Definiera vad som ska anses vara skadereducerande insatser i Sverige i syfte att skapa en gemensam definition som kan utgöra en gemensam utgångspunkt för kunskapsbaserat arbete inom området i Sverige.

– Undersöka hur befintliga skadereducerande insatser, inklusive läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) och sprututbytesverksamheten, kan utvecklas och införas i större ut-

sträckning samt bli mer jämlika, jämställda och tillgängliga i hela landet.

- Föreslå hur lågtröskelverksamhet kan införas i större utsträckning, utvecklas och följas upp i Sverige.
- Göra en internationell utblick av tillgängliga skadereducerande insatser och den aktuella utvecklingen inom området samt vid behov lämna förslag på nya insatser som bör vidtas i Sverige för att minska demedicinska och sociala skadeverkningarna av narkotikabruk.

Hur ska den svenska narkotikapolitiken bidra till att färre avlider till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning?

Antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar i Sverige är högt. Dessa dödsfall drabbar ofta utsatta personer, och dödsfallen innebär också lidande för anhöriga och närstående. Under 2018 och 2019 skedde en minskning, vilket framför allt beror på färre dödsfall orsakade av fentanylanaloger. År 2020 avled 822 personer med nämnda dödsorsaker, vilket innebär en minskning med åtta procent jämfört med föregående år. Målsättningen är att antalet avlidna kontinuerligt ska minska.

De senaste åren har flera nationella åtgärder vidtagits för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning. Regeringen har verkat för en utbyggnad av naloxonprogram och sprututbytesverksamheter. Medel har tillförts Folkhälsomyndighetens förvaltningsanslag för snabbare klassificering av nya psykoaktiva substanser. Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag tagit fram ett kunskapsstöd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende. Socialstyrelsen presenterade i juni 2021 regeringsuppdraget om att kartlägga akutmottagningars rutiner vid narkotikarelaterad överdos. Folkhälsomyndigheten fick i juni 2021 i uppdrag att implementera ett nationellt varningssystem för att motverka narkotikarelaterade dödsfall. Det är dock tydligt att ytterligare insatser behöver vidtas för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning. Riksdagen har tillkännagett att regeringen bör låta analysera utfallet av insatser som i ett internationellt perspektiv har vidtagits i syfte att minska narkotikadödligheten (bet. 2021/22:SoU10 punkt 9, rskr. 2021/22:150).

Naloxon häver överdoser av opioider som heroin eller metadon. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende innehåller en rekommendation om att hälso- och sjukvården bör erbjuda naloxon och en utbildningsinsats till personer med opioidberoende och risk för överdos. Flera insatser har genomförts de senaste åren för att öka tillgängligheten till naloxon, men mer kan göras. I juni 2021 fick Socialstyrelsen därför i uppdrag av regeringen att, inom ramen för nuvarande regelverk, aktivt stödja ett ökat tillgängliggörande av naloxon. Tillgängligheten till naloxon skulle kunna öka ytterligare om naloxon kan förskrivas på ett sådant sätt att ytterligare yrkesgrupper kan administrera läkemedlet till personer som har tagit en överdos. Genom att fler grupper innehar och administrerar naloxon kan ett snabbt och effektivt agerande möjliggöras för att rädda liv. Läkemedelsverket och Socialstyrelsen bedömde 2018 att förslag som möjliggör för nyckelgrupper utanför hälso- och sjukvården att inneha och administrera naloxonläkemedel till en annan person behöver utredas i särskild ordning. Myndigheterna konstaterade att ett sådant förslag nödvändiggör övergripande överväganden om bl.a. grundlagsskyddade rättigheter, och de eventuella författningsändringar de föranleder måste sannolikt göras på lag- och förordningsnivå i stor utsträckning. Utöver detta är det viktigt att arbetsmiljö-, ansvars- och kompetensfrågor utreds i förhållande till berörda aktörers uppdrag och förutsättningar.

Utredaren ska därför göra följande:

– Genomföra en analys av utfallet av insatser som i ett internationellt perspektiv har vidtagits i syfte att minska narkotikadödligheten.
– Föreslå ett nationellt program för att minska antalet dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar.
– Analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt vid behov lämna författningsförslag för hur detta bör regleras.

Vilka erfarenheter från andra länder finns kring generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser?

Den ökande förekomsten av nya psykoaktiva substanser är ett allvarligt problem, vilket kräver ett effektivt system för skyndsam klassificering av substanser som narkotika eller hälsofarlig vara. Bland annat skulle s.k. generisk klassificering medföra att fler substanser snabbare omfattas av lagstiftningen på området. Generisk klassificering innebär att klassificeringen görs utifrån substansernas kemiska grundstruktur. Ett sådant system är dock svårförenligt med de rättssäkerhetskrav som bör ställas när det gäller narkotikabrott eller brott mot lagen om förbud mot vissa hälsofarliga varor. För att en substans ska kunna klassificeras som narkotika i dag måste det vara fråga om ett läkemedel eller en hälsofarlig vara, som konstaterats ha beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter eller med lätthet kunna omvandlas till en sådan vara. För att en substans ska klassificeras som en hälsofarlig vara på grund av sina inneboende egenskaper ska den ha konstaterats medföra fara för människors liv eller hälsa samt användas eller antas användas i berusningssyfte eller för annan påverkan.

I propositionen Klassificering av nya psykoaktiva substanser (prop. 2017/18:221) bedömde regeringen att något system med generisk klassificering inte bör införas med nuvarande kunskapsunderlag. Riksdagen har tillkännagett att regeringen bör låta göra en analys av erfarenheterna från länder som redan har infört systemet med generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser (bet. 2017/18:SoU7 punkt 27, rskr. 2017/18:354).

Utredaren ska därför göra följande:

– Undersöka erfarenheter från länder som har infört systemet med generisk klassificering av nya psykoaktiva substanser.

Uppföljning av vissa delar av narkotikaområdet

I dagsläget finns ingen helhetsbild över antalet personer som har ett beroende eller skadligt narkotikabruk. Det beror på att insatserna ges av olika huvudmän och aktörer samt att det inte alltid är klarlagt varför en person söker vård eller om personer har ett aktivt skadligt bruk eller beroende. För att få en bild av vård- och stödlandskapet utifrån dimensioner som individanpassning, tillgänglighet, kvalitet

och effekt (t.ex. minskad dödlighet) samt effektivitet behöver uppföljningen förbättras.

Regeringen har gett Folkhälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen i uppdrag att sammanställa, analysera och presentera statistik avseende dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftningar. I uppdraget ingår att beskriva likheter och skillnader i registrerings- och rapporteringspraxis mellan Sverige och övriga länder i Norden, andra europeiska länder och internationellt samt göra en analys av vilken betydelse dessa skillnader har. Uppdraget slutredovisas 1 juni 2022. Det kan finnas skäl att utifrån vad myndigheterna presenterar vidta åtgärder för att utveckla det nationella arbetet med statistik inom detta område för att skapa en skarpare nationell uppföljning med statistik som om möjligt är uppdelad utifrån kön.

Utredaren ska därför göra följande:

– Analysera och kartlägga hur många människor som finns i skadligt bruk och beroende av narkotika i Sverige i dag samt ta fram ett system med metoder för att kontinuerligt beräkna antalet personer som finns i landet med skadligt bruk och beroende. Utredaren ska vid behov ta fram nödvändiga författningsförslag.
– Föreslå en modell för en ändamålsenlig uppföljning av missbruks- och beroendevården, vilken även ska inkludera uppföljning av användningen av naloxonläkemedel samt hur uppföljningen ska utvecklas över tid.
– Föreslå hur statistiken avseende dödsfall till följd av läkemedels- och narkotikaförgiftning kan utvecklas för att skapa en skarpare uppföljning. Utredaren ska vid behov ta fram nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

De samhällsekonomiska effekterna av förslagen som lämnas ska beskrivas och, när det är möjligt, kvantifieras. Samtliga offentligfinansiella effekter av utredarens förslag ska beräknas. Om förslagen innebär offentligfinansiella kostnader, ska förslag till finansiering lämnas. Om förslagen påverkar kostnader eller intäkter för kommuner och regioner, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänk-

andet. Om förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen, ska de särskilda överväganden som gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas. Därutöver ska utredaren redovisa förslagens konsekvenser för socialtjänsten och för hälso- och sjukvården samt för de övriga aktörer som kan komma att beröras av förslagen.

Vidare ska förslagens konsekvenser för patienter och brukare beskrivas. I arbetet ska utredaren beakta ett jämlikhetsperspektiv, bl.a. med jämlik vård som utgångspunkt. I enlighet med detta ska förslagens konsekvenser belysas också i fråga om socioekonomisk och regional jämlikhet. Konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska särskilt beakta de jämställdhetspolitiska delmålen jämställd hälsa och att mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Utredaren ska därtill särskilt redovisa konsekvenserna av förslagen utifrån FN:s konvention om barnets rättigheter.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Inom ramen för uppdraget ska utredaren samråda med berörda statliga myndigheter, Sveriges Kommuner och Regioner, ett urval kommuner och regioner, patient-, brukar- och anhörigorganisationer samt företrädare för professionerna. Utredarens arbetssätt ska vara utåtriktat och inkluderande. Utredaren ska vidare hålla sig informerad om och beakta det arbete som bedrivs i Regeringskansliet och på berörda myndigheter som är av relevans för uppdragets genomförande och initiera en dialog med berörda statliga utredningar. Utredaren ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om sitt arbete.

En delredovisning ska lämnas senast den 14 oktober 2022 avseende följande deluppdrag:

– Analysera om andra yrkesgrupper än hälso- och sjukvårdspersonal, och i så fall vilka, ska kunna ge naloxon mot opioidöverdoser samt vid behov lämna författningsförslag för hur detta bör regleras.

Uppdraget i övrigt ska redovisas senast den 29 september 2023.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2023

Kronologisk förteckning

1. Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. Ju.
2. En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. Fi.
3. Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. Ju.
4. Posttjänst för hela slanten. Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. Fi.
5. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. S.
6. En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. Fi.
7. På egna ben. Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. A.
8. Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. A.
9. Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. S.
10. Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. S.
11. Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. KN.
12. Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. Ju.
13. Patientöversikter inom EES och Sverige. S.
14. Organisera för hållbar utveckling. KN.
15. Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en stärkt bioekonomi. LI.
16. Staten och betalningarna. Del 1 och 2. Fi.
17. En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. Ju.
18. Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. KN.
19. Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. U.
20. Förbud mot bottentrålning i marina skyddade områden. LI.
21. Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. U.
22. Datalagring och åtkomst till elektronisk information. Ju.
23. Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. S.
24. Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. A.
25. Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. Ju.
26. Översyn av entreprenörsansvaret. A.
27. Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. LI.
28. Samhället mot skolattacker. U.
29. Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? S.
30. Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. S.
31. Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. U.
32. Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. Ju.
33. Ett förbättrat resegarantisystem. Fi.
34. Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. Ju.
35. Nya regler om hållbarhetsredovisning. Ju.
36. Genomförande av minimilönedirektivet. A.

37. Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldsintyg och oskuldsingrepp samt omvändelseförsök. Ju.
38. Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldsättning. Fi.
39. En inre marknad för digitala tjänster – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Fi.
40. Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. S.
41. Förutsättningarna för en ny kollektivavtalad arbetslöshetsförsäkring. A.
42. Ett modernare regelverk för legaliseringar, apostille och andra former av intyganden. UD.
43. En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. Fi.
44. En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. Ju.
45. Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. Fi.
46. Jakt och fiske i renbetesland. LI.
47. En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. Fi.
48. Rätt förutsättningar för sjukskrivning. S.
49. Skyddet för EU:s finansiella intressen. Ändringar och kompletteringar i svensk rätt. Fi.
50. En modell för svensk försörjningsberedskap. Fö.
51. Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – frågor med anledning av Europadomstolens dom. Fö.
52. Ett stärkt och samlat skydd av välfärdssystemen. S.
53. En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet. Volym 1 och 2. S.
54. Centraliseringen av administrativa tjänster till Statens servicecenter – en utvärdering. Fi.
55. Vem äger fastigheten. Ju.
56. Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen. S.
57. Åtgärder för tryggare bostadsområden. Ju.
58. Kultursamhället – utvecklad samverkan mellan stat, region och kommun. Ku.
59. Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation. U.
60. Utökade möjligheter att använda preventiva tvångsmedel 2. Ju.
61. En säker och tillgänglig statlig e-legitimation. Fi.
62. Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus. S.

Statens offentliga utredningar 2023

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

På egna ben.
Utvecklad samverkan för individers etablering på arbetsmarknaden. [7]

Arbetslivskriminalitet – arbetet i Sverige, en bedömning av omfattningen, lärdomar från Danmark och Finland. [8]

Etablering för fler – jämställda möjligheter till integration. [24]

Översyn av entreprenörsansvaret. [26]

Genomförande av minimilönedirektivet. [36]

Förutsättningarna för en ny kollektivavtalad arbetslöshetsförsäkring. [41]

Finansdepartementet

En inre marknad för digitala tjänster – ansvarsfördelning mellan myndigheter. [2]

Posttjänst för hela slanten. Finansieringsmodeller för framtidens samhällsomfattande posttjänst. [4]

En lag om tilläggsskatt för företag i stora koncerner. [6]

Staten och betalningarna. Del 1 och 2. [16]

Ett förbättrat resegarantisystem. [33]

Ett förstärkt konsumentskydd mot riskfylld kreditgivning och överskuldsättning. [38]

En inre marknad för digitala tjänster - kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [39]

En samordnad registerkontroll för upphandlande myndigheter och enheter. [43]

Övergångsrestriktioner – ökat förtroende för offentlig verksamhet. [45]

En utvecklad arbetsgivardeklaration – åtgärder mot missbruk av välfärdssystemen. [47].

Skyddet för EU:s finansiella intressen. Ändringar och kompletteringar i svensk rätt. [49]

Centraliseringen av administrativa tjänster till Statens servicecenter – en utvärdering. [54]

En säker och tillgänglig statlig e-legitimation. [61]

Försvarsdepartementet

En modell för svensk försörjningsberedskap. [50]

Signalspaning i försvarsunderrättelseverksamhet – frågor med anledning av Europadomstolens dom. [51]

Justitiedepartementet

Skärpta straff för flerfaldig brottslighet. [1]

Nya regler om nödlidande kreditavtal och inkassoverksamhet. [3]

Förstärkt skydd för demokratin och domstolarnas oberoende. [12]

En tydligare bestämmelse om hets mot folkgrupp. [17]

Datalagring och åtkomst till elektronisk information. [22]

Kunskapskrav för permanent uppehållstillstånd. [25]

Biometri – för en effektivare brottsbekämpning. [32]

Bolag och brott – några åtgärder mot oseriösa företag. [34]

Nya regler om hållbarhetsredovisning. [35]

Förstärkt skydd för den personliga integriteten. Behovet av åtgärder mot oskuldskontroller, oskuldsintyg och oskuldsingrepp samt omvändelseförsök. [37]

En översyn av regleringen om frihetsberövande påföljder för unga. [44]

Vem äger fastigheten. [55]

Åtgärder för tryggare bostadsområden. [57]

Utökade möjligheter att använda preventiva tvångsmedel 2. [60]

Klimat- och näringslivsdepartementet

Tillfälligt miljötillstånd för samhällsviktig verksamhet – för ökad försörjningsberedskap. [11]

Organisera för hållbar utveckling. [14]

Värdet av vinden. Kompensation, incitament och planering för en hållbar fortsatt utbyggnad av vindkraften. Del 1 och 2. [18]

Kulturdepartementet

Kultursamhället – utvecklad samverkan mellan stat, region och kommun. [58]

Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

Förnybart i tanken. Ett styrmedelsförslag för en stärkt bioekonomi. [15]

Förbud mot bottentrålning i marina skyddade områden. [20]

Kamerabevakning för ett bättre djurskydd. [27]

Jakt och fiske i renbetesland. [46]

Socialdepartementet

Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. [5]

Ett statligt huvudmannaskap för personlig assistans. Ökad likvärdighet, långsiktighet och kvalitet. [9]

Tandvårdens stöd till våldsutsatta patienter. [10]

Patientöversikter inom EES och Sverige. [13]

Ett modernare socialförsäkringsskydd för gravida. [23]

Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? [29]

Ett trygghetssystem för alla. Nytt regelverk för sjukpenninggrundande inkomst. [30]

Förbättrade möjligheter för barn att utkräva sina rättigheter enligt barnkonventionen. [40]

Rätt förutsättningar för sjukskrivning. [48]

Ett stärkt och samlat skydd av välfärdssystemen. [52]

En ändamålsenlig arbetsskadeförsäkring – för bättre ekonomisk trygghet, kunskap och rättssäkerhet. Volym 1 och 2. [53]

Några smittskyddsfrågor inom socialtjänsten och socialförsäkringen. [56]

Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus. [62]

Utbildningsdepartementet

Statlig forskningsfinansiering. Underlagsrapporter. [19]

Informationsförsörjning på skolområdet. Skolverkets ansvar. [21]

Samhället mot skolattacker. [28]

Framtidens yrkeshögskola – stabil, effektiv och hållbar. [31]

Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation. [59]

Utrikesdepartementet

Ett modernare regelverk för legaliseringar, apostille och andra former av intygande. [42]

Regeringskansliet

Remiss

2024-01-19
S2024/00085

Socialdepartementet
Enheten för hälsa och civilsamhälle, Folkhälsa,
tandvård, psykisk hälsa och psykiatri
Kajsa Mickelsson

Narkotikautredningen - Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus.

Remissinstanser

1. Akademikerförbundet SSR
2. Arbetsförmedlingen
3. Arvsfondsdelegationen
4. Barnombudsmannen
5. Barnrättsbyrån
6. Bodens kommun
7. Borgholms kommun
8. Brottsförebyggande rådet
9. Brukarföreningen Stockholm
10. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
11. Centralförbundet socialt arbete
12. Centrum för psykiatriforskning
13. Civil Rights Defenders
14. Convictus
15. Diskrimineringsombudsmannen
16. Domstolsverket
17. E-hälsomyndigheten
18. Enköpings kommun
19. Fagersta kommun

Telefonväxel: 08-405 10 00
Fax: 08-24 46 31
Webb: www.regeringen.se

Postadress: 103 33 Stockholm
Besöksadress: Fredsgatan 8
E-post: s.registrator@regeringskansliet.se

20. Falu kommun
21. Filipstads kommun
22. Finspångs kommun
23. Folkhälsomyndigheten
24. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd
25. Frälsningsarmén
26. Funktionsrätt Sverige
27. Föreningen för generiska läkemedel och biosimilarer
28. Föreningen Sveriges socialchefer
29. Försäkringskassan
30. Förvaltningsrätten i Karlstad
31. Förvaltningsrätten i Umeå
32. Förvaltningsrätten i Växjö
33. Göteborgs kommun
34. Göteborgs universitet
35. Göteborgs universitet - Centrum för forskning och utbildning kring riskbruk, missbruk och beroende
36. Helsingborgs kommun
37. Hylte kommun
38. Håbo kommun
39. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
40. Härnösands kommun
41. Infektionsläkarföreningen
42. Inspektionen för vård och omsorg
43. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi
44. Institutet för mänskliga rättigheter
45. Integritetsskyddsmyndigheten
46. IOGT-NTO
47. Justitiekanslern
48. Jämställdhetsmyndigheten

49. Järfälla kommun
50. Jönköpings kommun
51. Kammarrätten i Göteborg
52. Kammarrätten i Stockholm
53. Karlshamns kommun
54. Karlskoga kommun
55. Karolinska Institutet
56. Knas hemma
57. Kriminalvården
58. Kriminellas revansch i samhället
59. Krokoms kommun
60. Kungsbacka kommun
61. Kustbevakningen
62. Kvinnoorganisationernas samarbetsråd i alkohol- och narkotikafrågor
63. Landsrådet för Sveriges barn- och ungdomsorganisationer
64. Laxå kommun
65. Lessebo kommun
66. Lif - de forskande läkemedelsföretagen
67. Linköpings universitet
68. Linköpings universitet - Centrum för social och affektiv neurovetenskap
69. Linköpings brukarförening
70. Linköpings kommun
71. Linnéuniversitetet
72. Linnéuniversitetet - Institutet för kunskaps- och metodutveckling inom ungdoms- och missbruksvård
73. Livsmedelsverket
74. Lunds universitet
75. Läkemedelshandlarna
76. Läkemedelsverket
77. Länsstyrelsen i Blekinge län

78. Länsstyrelsen i Dalarnas län
79. Länsstyrelsen i Gotlands län
80. Länsstyrelsen i Gävleborgs län
81. Länsstyrelsen i Hallands län
82. Länsstyrelsen i Jämtlands län
83. Länsstyrelsen i Jönköpings län
84. Länsstyrelsen i Kalmar län
85. Länsstyrelsen i Kronobergs län
86. Länsstyrelsen i Norrbottens län
87. Länsstyrelsen i Skåne län
88. Länsstyrelsen i Stockholms län
89. Länsstyrelsen i Södermanlands län
90. Länsstyrelsen i Uppsala län
91. Länsstyrelsen i Värmlands län
92. Länsstyrelsen i Västerbottens län
93. Länsstyrelsen i Västernorrlands län
94. Länsstyrelsen i Västmanlands län
95. Länsstyrelsen i Västra Götalands län
96. Länsstyrelsen i Örebro län
97. Länsstyrelsen i Östergötlands län
98. Malmö kommun
99. Malmö universitet
100. Mora kommun
101. Myndigheten för delaktighet
102. Myndigheten för digital förvaltning
103. Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd
104. Myndigheten För ungdoms- och civilsamhällesfrågor
105. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
106. Mälardalens universitet
107. Narkotikapolitiskt center

108. Nationell arbetsgrupp (NAG) missbruk och beroende
109. Nationell samverkan för psykisk hälsa
110. Nationellt kompetenscentrum anhöriga
111. Norrtälje kommun
112. Nätverket utan skyddsnät
113. Ockelbo kommun
114. Oskarshamns kommun
115. Polismyndigheten
116. Psykologförbundet
117. Region Blekinge
118. Region Dalarna
119. Region Gotland
120. Region Gävleborg
121. Region Halland
122. Region Jämtland Härjedalen
123. Region Jönköpings län
124. Region Kalmar län
125. Region Kronoberg
126. Region Norrbotten
127. Region Skåne
128. Region Stockholm
129. Region Sörmland
130. Region Uppsala
131. Region Värmland
132. Region Västerbotten
133. Region Västernorrland
134. Region Västmanland
135. Region Örebro län
136. Region Östergötland
137. RFSL

138. Riksdagens ombudsmän
139. Riksförbundet för fältarbetare
140. Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare
141. Riksförbundet hela livet
142. Riksförbundet mot alkohol- och narkotikamissbruk
143. Riksförbundet narkotikafritt samhälle
144. Riksföreningens Sveriges stadsmissioner
145. Riksorganisationen för idéburen välfärd
146. Rädda barnen
147. Rättsmedicinalverket
148. Rättviks kommun
149. Röda korset
150. SFAM - allmänläkarnas förening
151. Skyddsvärnet
152. Skånes brukarförening
153. Skövde kommun
154. Socialstyrelsen
155. Specialpedagogiska Skolmyndigheten
156. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
157. Statens institutionsstyrelse
158. Statens jordbruksverk
159. Statens medicinsk-etiska råd
160. Statens skolverk
161. Statskontoret
162. Stiftelsen allmänna barnhuset
163. Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem
164. Stockholms kommun
165. Stockholms universitet
166. Stockholms universitet - Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning

167. Storfors kommun
168. Storumans kommun
169. Strängnäs kommun
170. Sundsvalls kommun
171. Sundsvalls tingsrätt
172. Svea hovrätt
173. Svenljunga kommun
174. Svensk egenvård
175. Svensk förening för beroendemedicin
176. Svensk sjuksköterskeförening
177. Svenska föreningen för alkohol- och drogforskning
178. Svenska kommunalarbetareförbundet
179. Svenska läkaresällskapet
180. Svenska narkotikapolisföreningen
181. Svenska vård
182. Svenskar och invandrare mot narkotika
183. Sveriges apoteksförening
184. Sveriges kommuner och regioner
185. Sveriges landsråd för alkohol och narkotikafrågor
186. Sveriges läkarförbund
187. Södertälje tingsrätt
188. Sölvesborgs kommun
189. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
190. Tingsryds kommun
191. Tomelilla kommun
192. Tullverket
193. Uddevalla tingsrätt
194. Umeå kommun
195. Uppsala universitet
196. Uppsala universitet - U-FOLD

197. Vellinge kommun
198. Verdandi
199. Vetenskapsrådet
200. Vetlanda kommun
201. Vingåkers kommun
202. Vårdförbundet
203. Västerås kommun
204. Västra Götalandsregionen
205. Åklagarmyndigheten
206. Åre kommun
207. Överkalix kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast den 22 april 2024**. Svaren bör lämnas per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.hc@regeringskansliet.se. Ange diarienummer **S2024/00085** och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

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

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen och bedömningarna i betänkandet, framför allt de förslag som är kopplade till lagstiftning.

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

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

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

Remissinstanserna kan utan kostnad beställa tryckta exemplar av betänkandet via ett beställningsformulär hos Elanders Sverige AB.

Remissyttranden disponeras gärna på samma sätt som betänkandet är disponerat. Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss (SB PM 2021:1). Den kan laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Laura Brandell Tham
Enhetschef

Kopia till

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

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-27

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Diarienr: IFN-2024/00096

Fördjupad avtalsuppföljning av ramavtalsleverantörer- Yttrande till individ- och familjenämnden

Förslag till beslut
Individ- och familjenämnden godkänner rapporten.

Ärendebeskrivning
I november 2020 så tog Kommunfullmäktige beslut om att Upphandlingsbyrån ska lägga ett större fokus på avtalsuppföljning gällande socialtjänstens avtal. Därför har Upphandlingsbyrån initierat en fördjupad avtalsuppföljning. Under 2021 så genomfördes 10 sådana uppföljningar och under 2022 genomfördes 8 uppföljningar med olika leverantörer. 2023 gjordes 11 fördjupade avtalsuppföljningar enligt följande:

- Insikten, Attendo Stradivarius och Nytida Kalkstenen (HVB, barn och unga)
- Avstampet, 12 & 12 Behandlingshem och Fenix Omsorg (HVB, vuxna)
- Nytida Nåjden, Cura Tibi/Skogsro och Brizad (konsulentstödda familjehem)
- Attendo (träningsboende) samt
- Caleo Omsorg (skyddsboende)

Trots vissa mindre brister så har uppföljningarna visat att Umeå kommuns ramavtalsleverantörer gällande socialtjänsten följer de ingångna avtalen och håller den kvaliteten som utlovats.

Arbetet med de fördjupade avtalsuppföljningarna fortgår under 2024.

Beslutsunderlag
Uppföljningar Stöd- och omsorg ramavtal 2023
Bilaga 1: Uppföljningsmall HVB
Bilaga 2: Uppföljningsmall HVB, personal
Bilaga 3: Uppföljningsmall familjehem

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2024/00096

Bilaga 4: Uppföljningsmall familjehem, personal
Bilaga 5: Uppföljningsmall träningsboende
Bilaga 6: Uppföljningsmall träningsboende, personal
Bilaga 7: Uppföljningsmall skyddsboende
Bilaga 8: Uppföljningsmall skyddsboende, personal

Beredningsansvariga

Pia Wangbergh, bitr. upphandlingschef

Beslutet ska skickas till
Pia Wangbergh
Erica Bålfors Birgersson

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Pia Wangbergh
Bitr. Upphandlingschef

UMEÅ KOMMUN

Uppföljningar Stöd och omsorg ramavtal 2023

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning 2
Inledning och bakgrund 3
Syfte 3
Metod och genomförande 3
Resultat och slutsatser 4
Bilagor 5

UMEÅ KOMMUN

Inledning och bakgrund

I november 2020 så tog Kommunfullmäktige beslut om att Upphandlingsbyrån ska lägga ett större fokus på avtalsuppföljning gällande socialtjänstens avtal. Därför har Upphandlingsbyrån initierat en fördjupad avtalsuppföljning. Under 2021 så genomfördes 10 sådana uppföljningar och under 2022 genomfördes 8 uppföljningar med olika leverantörer. 2023 gjordes 11 fördjupade avtalsuppföljningar.

Syfte

Syftet med den fördjupade avtalsuppföljningen är att säkerställa att ramavtalsleverantörerna följer de ingångna avtalen och att Umeå kommun faktiskt får den kvalitet som avtalats.

Metod och genomförande

För att genomföra avtalsuppföljningarna så har Upphandlingsbyrån skapat en grupp bestående av en upphandlare, en HVB-samordnare och en socialt ansvarig sekreterare (SAS). Uppföljningarna har skett via Teams för att ta mindre tid i anspråk, men kan i framtiden komma att ske fysiskt. Till hjälp vid uppföljningarna så har mallar med frågor tagits fram, dessa bifogas rapporten. Varje uppföljning har varit uppdelad i två delar; först genomfördes en intervju med verksamhetens ledning (verksamhetschef, enhetschef, föreståndare eller vad som har passat) och därefter genomfördes en intervju med en eller två ur personalen. Detta för att få olika perspektiv på verksamheten, både övergripande och operativt, och även för att se om ledningens och personalens uppgifter överensstämmer.

Då socialtjänsten har väldigt många ramavtal så avgränsas uppföljningen genom att vi följer upp 3 avtal per avtalsområde per år. Undantag görs om vi redan följt upp samtliga leverantörer som vi använt inom aktuellt ramavtalsområde, eller om avtalet börjat gälla för mindre än 1 år sedan. Detta innebar att vi under 2023 skulle följa upp 3 HVB för barn och unga, 3 HVB för vuxna, 3 konsulentstödda familjehemsföretag samt 1 avtal för träningsboende och skyddsboende respektive. De leverantörer som följts upp under året var följande: Insikten, Attendo Stradivarius och Nytida Kalkstenen (HVB, barn och unga), Avstampet, 12 & 12 Behandlingshem och F3nix Omsorg (HVB, vuxna), Nytida Nåjden, Cura

UMEÅ KOMMUN

Tibi/Skogsro och Brizad (konsulentstödda familjehem), Attendo (träningsboende) samt Caleo Omsorg (skyddsboende).

HVB-samordnarna fick i uppdrag att välja ut leverantörerna för uppföljningen. Man valde i första hand leverantörer där någon form av problem identifierats under året. Om det fanns avtalsområden där inga problem identifierats så har man valt ut leverantörer där vi haft många placeringar.

Efter varje uppföljning så har en rapport skrivits av ansvarig upphandlare.

Resultat och slutsatser

Samtliga planerade uppföljningar genomfördes.

Konsensus från de intervjuade leverantörerna var att det var bra att Umeå kommun gjorde denna typ av uppföljningar. Vissa av leverantörerna hade aldrig deltagit i en dylik fördjupad avtalsuppföljning med sina avtalsparter. Deltagarna från Umeå kommun har också tyckt att det varit en bra metod för att säkerställa kvaliteten hos leverantörerna och få en djupare insikt i deras verksamheter.

Hos några leverantörer påfanns förbättringsområden medan det hos majoriteten inte fanns någonting att anmärka på. Brister som upptäcktes var viss osäkerhet bland personal och/eller ledning kring rutiner gällande lex Sarah, avvikelsehantering och klagomålshantering. För detta så ålade vi leverantörerna att bättre förankra rutinerna. Andra brister som upptäcktes var att en leverantör inte gjorde regelbunden registerkontroll av personalen samt att en leverantör inte hade någon rutin för byte av familjehemskonsulent gentemot familjehemmen. Dessa har numera uppdaterat sina rutiner gällande det.

Trots vissa mindre brister så har uppföljningarna visat att Umeå kommuns ramavtalsleverantörer gällande socialtjänsten följer de ingångna avtalen och håller den kvaliteten som utlovats.

Arbetet med de fördjupade avtalsuppföljningarna fortgår under 2024.

UMEÅ KOMMUN

Bilagor

Bilaga 1: Uppföljningsmall HVB

Bilaga 2: Uppföljningsmall HVB, personal

Bilaga 3: Uppföljningsmall familjehem

Bilaga 4: Uppföljningsmall familjehem, personal

Bilaga 5: Uppföljningsmall träningsboende

Bilaga 6: Uppföljningsmall träningsboende, personal

Bilaga 7: Uppföljningsmall skyddsboende

Bilaga 8: Uppföljningsmall skyddsboende, personal

Kontaktuppgifter:

Martin Deverud, martin.deverud@umea.se

Pia Wangbergh, pia.wangberg@umea.se

UMEÅ KOMMUN

Leverantören:

Representanter från leverantören:

Uppföljning HVB med ledningen

Representanter från kommunen:

Datum:

Övergripande *Martin*

Beskriv er organisation och verksamhet. Några förändringar?
Har ni någon specifik målgrupp som ni arbetar emot?
Hur många vårdplatser har ni i dagsläget? Ökat/minskat? Beläggningsgrad?
Antal placeringar från Umeå kommun under avtalsperioden? Några sammanbrott/avvikelser för dessa?
Har ni ett tecknat kollektivavtal och i så fall med vem?
Hur har det ekonomiska utfallet varit senaste året?

Verksamhetsansvarig *Martin*

Vem är verksamhetsansvarig/föreståndare? **Vad har den verksamhetsansvarige för uppdrag/ansvar?**
I vilken omfattning jobbar denne i uppdraget?
Finns rutin vid byte av föreståndare (ansöka om nytt tillstånd, meddela avtalsparter, skicka nytt tillstånd etc.)?

Personal *Eva/Tony*

Görs registerkontroll vid anställning av personal? Görs uppföljande kontroller?
Beskriv hur introduktion av ny personal går till. Har ni en skriftlig rutin för introduktionen?
Hur ofta har ni APT och vem håller i dem?
Beskriv er nattbemanning. Sovande/vaken?
Hur sker informationsöverföring mellan arbetspassen?
Har ni personal med kunskap om andra språk och kulturer?
Tycker du att ni har tillräckliga resurser på er arbetsplats? **Finns det saker/insatser ni ibland inte hinner med tex vid sjukdom? Hur gör ni då?**
Hur gör ni för att uppnå personalkontinuitet?

Ledningssystem för kvalitet *Christina*

Beskriv er rutin för avvikelser:
Beskriv er rutin för missförhållanden enligt lex Sarah:
Har ni en skriftlig rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras? **På vilket sätt kan klienters närstående m.fl. komma med synpunkter/klagomål på er verksamhet?** **På vilket sätt informerar ni om det?** **På vilket sätt använder ni er av inkomna synpunkter/klagomål?**

Hur får personalen kännedom om rutinerna?

Upphandlingens utvärderingskriterier *Martin*

Beskriv er verksamhetsidé **Metoder?** **Har ni några mål för verksamheten?** **Hur följs målen upp?**
Beskriv er tillgång till specialistkompetens, som exempelvis läkare, psykiatriker, psykolog
På vilket sätt fångar och tillgodoser ni personalens behov av kompetensutveckling? Kompetensutvecklingsplaner? **Handledning?**
Hur arbetar ni för att förebygga sammanbrott? Vilka arbetssätt/resurser har ni vid eventuella sammanbrott?
Hur arbetar ni med planerade avslut av placeringen?

Kvalitet i vardagen *Eva/Tony*

Sysselsättning utöver behandlingsarbete (studier, praktikplatser, möjlighet till jobb)
Fysiska aktiviteter för klienterna?
Beskriv kosten

Vad har ni för rutin gällande fickpengar?

Senaste tillsynsrapporten *Christina*

Kritik/synpunkter från IVO:
Åtgärder:

Genomförandeplan & dokumentation *Christina*

Beskriv hur ni arbetar med genomförandeplanen (upprättande/ansvar, egen mall, uppföljning) **Var dokumenteras genomförandeplanen och vem har tillgång till den?** **Hur används upprättade genomförandeplaner?** **Vem ansvarar för dokumentation?** **När och var dokumenterar man?** **Hur förvaras dokumentationen och vem har tillgång till den?** **Finns en skriftlig rutin för dokumentationen?**

Samarbeten *Eva/Tony*

Hur fungerar samarbetet med socialtjänsten? Hur upplevs uppföljningsträffarna med handläggaren?
Samarbetet med kranskommunerna?
Samarbetet med regionen?
Samarbetet med skolan?

Hur ser ert samarbete med anhöriga ut? Finns framtagna rutiner?

Övrigt *Martin*

Vad är ni speciellt bra på?
Vad kan ni förbättra?
Förbättringsförslag på avtal/upphandling?

Leverantören:

Representanter från leverantören:

Uppföljning HVB med personal

Representanter från kommunen:

Datum:

Övergripande *Martin*

Vad har du för befattning? Hur länge har du jobbat på arbetsplatsen?
Vem är ansvarig för den dagliga driften? **Vilken omfattning jobbar denne på plats? Lätt att komma i kontakt?**
Har er arbetsgivare ett tecknat kollektivavtal, i så fall med vem?

Personal *Eva/Tony*

Har du medarbetarsamtal, hur ofta, med vem?
På vilket sätt får ni ert behov av kompetensutveckling tillgodosett? Har du en egen kompetensutvecklingsplan? **Handledning?**
Beskriv hur introduktion av ny personal går till. Har ni en skriftlig rutin för det?
Tycker du att ni har tillräckliga resurser på er arbetsplats? **Finns det saker/insatser ni ibland inte hinner med? Hur gör ni då?**
Hur sker informationsöverföring mellan arbetspassen? Var sker den?

Hur ofta har ni APT? **Vem håller i arbetsplatsträffarna?**

Ledningssystem för kvalitet *Christina*

Beskriv er rutin för avvikelser:
Beskriv er rutin för missförhållanden enligt lex Sarah:
Har ni en skriftlig rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras? **På vilket sätt kan klienters närstående m.fl. komma med synpunkter/klagomål på er verksamhet?** **På vilket sätt informerar ni om det?** **På vilket sätt använder ni er av inkomna synpunkter/klagomål?**
Hur får ni som personal kännedom om rutinerna?

Kvalitet *Eva/Tony*

På vilket sätt arbetar ni med att få klienten delaktig i vården? **På vilket sätt tar ni hänsyn till klientens intressen och önskemål?**
Hur ser ert samarbete med anhöriga ut? Finns framtagna rutiner?
Samarbetet med skolan? **Samarbetet med regionen?** **Hur fungerar samarbetet med socialtjänsten? Hur upplevs uppföljningsträffarna med handläggaren?**

Dokumentation *Christina*

Beskriv hur ni arbetar med genomförandeplanen (upprättande/ansvar, egen mall, uppföljning) **Var dokumenteras genomförandeplanen och vem har tillgång till den?** **Hur används upprättade genomförandeplaner?** **Vem ansvarar för dokumentation?** **När och var dokumenterar man?** **Hur förvaras dokumentationen och vem har tillgång till den?** **Finns en skriftlig rutin för dokumentationen?**

Övrigt *Martin*

Vad är ni speciellt bra på?
Vad kan ni förbättra?

Företagets namn:

Representanter från leverantören:

Uppföljning familjehem med ledningen

Representanter från kommunen:

Datum:

Övergripande *Martin*

Beskriv er organisation och verksamhet.
Har ni någon specifik målgrupp som ni arbetar emot?
Hur många familjehem har ni i dagsläget? Var ligger dom geografiskt?
Antal placeringar från Umeå kommun under avtalsperioden? Några sammanbrott/avvikelser för dessa?
Har ni ett tecknat kollektivavtal och i så fall med vem?
Hur har det ekonomiska utfallet varit senaste året?

Verksamhetsansvarig *Martin*

Vem är verksamhetsansvarig/föreståndare? **Vad har den verksamhetsansvarige för uppdrag/ansvar?**
I vilken omfattning jobbar denne i uppdraget?
Beskriv er upplevelse av dom olika nivåerna av vård.

Personal *Eva*

Görs registerkontroll vid anställning av personal? Av familjehemmen? Görs uppföljande kontroller?
Beskriv hur introduktion av ny personal (konsulent) går till. Har ni en skriftlig rutin för introduktionen?
Hur ofta har ni APT och vem håller i dem?
Finns rutin vid byte av konsulent gentemot familjehemmen?
Tycker du att ni har tillräckliga resurser på er arbetsplats? **Finns det saker/insatser ni ibland inte hinner med tex vid sjukdom? Hur gör ni då?**
Hur gör ni för att uppnå personalkontinuitet?

Ledningssystem för kvalitet *Christina*

Beskriv er rutin för avvikelser:
Beskriv er rutin för missförhållanden enligt lex Sarah:
Har ni en skriftlig rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras? **På vilket sätt kan klienters närstående m.fl. komma med synpunkter/klagomål på er verksamhet?** **På vilket sätt informerar ni om det?** **På vilket sätt använder ni er av inkomna synpunkter/klagomål?**
Hur får personalen kännedom om rutinerna?

Upphandlingens utvärderingskriterier *Martin*

Beskriv er verksamhetsidé **Metoder?** **Har ni några mål för verksamheten?** **Hur följs målen upp?**
Hur tänker ni kring konsulenternas kompetens? **Beskriv er tillgång till specialistkompetens, som exempelvis läkare, psykiatriker, psykolog**
På vilket sätt fångar och tillgodoser ni personalens behov av kompetensutveckling? Kompetensutvecklingsplaner? **Handledning?**
Hur arbetar ni för att förebygga sammanbrott? Vilka arbetssätt/resurser har ni vid eventuella sammanbrott?
Hur arbetar ni med planerade avslut av placeringen?

Senaste tillsynsrapporten *Christina*

Kritik/synpunkter från IVO:
Åtgärder:

Genomförandeplan & dokumentation *Christina*

Beskriv hur ni arbetar med genomförandeplanen (upprättande/ansvar, egen mall, uppföljning) **Var dokumenteras genomförandeplanen och vem har tillgång till den?**

Hur används upprättade genomförandeplaner? **Vem ansvarar för dokumentation?** **När och var dokumenterar man?** **Hur förvaras dokumentationen och vem har tillgång till den?** **Finns en skriftlig rutin för dokumentationen?**

Eva

Hur fungerar samarbetet med socialtjänsten? Hur upplevs uppföljningsträffarna med handläggaren?
Samarbetet med kranskommunerna?
Samarbetet med regionen?
Samarbetet med skolan? **Hur ser ert samarbete med anhöriga ut? Finns framtagna rutiner?**
Vad har ni för rutin gällande fickpengar? Är det tydligt vad som ska ingå i dygnskostnaden?

Övrigt *Martin*

Vad är ni speciellt bra på?
Vad kan ni förbättra?
Förbättringsförslag på avtal/upphandling?

Företagets namn:

Representanter från leverantören:

Uppföljning familjehem med konsulent

Representanter från kommunen:

Datum:

Övergripande *Martin*

Vad har du för befattning? Hur länge har du jobbat på arbetsplatsen?
Vem är ansvarig för den dagliga driften? **Vilken omfattning jobbar denne på plats? Lätt att komma i kontakt?**
Har er arbetsgivare ett tecknat kollektivavtal, i så fall med vem?

Personal *Eva*

Har du medarbetarsamtal, hur ofta, med vem?
På vilket sätt får ni ert behov av kompetensutveckling tillgodosett? Har du en egen kompetensutvecklingsplan? **Handledning?**
Beskriv hur introduktion av ny personal (konsulent) går till. Har ni en skriftlig rutin för det?
Tycker du att ni har tillräckliga resurser på er arbetsplats? **Finns det saker/insatser ni ibland inte hinner med? Hur gör ni då?**
Hur ofta har ni APT?

Vem håller i arbetsplatsträffarna?

Ledningssystem för kvalitet *Christina*

Beskriv er rutin för avvikelser:
Beskriv er rutin för missförhållanden enligt lex Sarah:
Har ni en skriftlig rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras? **På vilket sätt kan klienters närstående m.fl. komma med synpunkter/klagomål på er verksamhet?** **På vilket sätt informerar ni om det?** **På vilket sätt använder ni er av inkomna synpunkter/klagomål?**
Hur får ni som personal kännedom om rutinerna?

Kvalitet *Eva*

På vilket sätt arbetar ni med att få familjehemmet delaktig i vården? **På vilket sätt tar ni hänsyn till familjehemmets intressen och önskemål?**
Hur ser ert samarbete med anhöriga ut? Finns framtagna rutiner?
Samarbetet med skolan? **Samarbetet med regionen?** **Hur fungerar samarbetet med socialtjänsten? Hur upplevs uppföljningsträffarna med handläggaren?**

Dokumentation *Christina*

Beskriv hur ni arbetar med genomförandeplanen (upprättande/ansvar, egen mall, uppföljning) **Var dokumenteras genomförandeplanen och vem har tillgång till den?** **Hur används upprättade genomförandeplaner?** **Vem ansvarar för dokumentation?** **När och var dokumenterar man?** **Hur förvaras dokumentationen och vem har tillgång till den?** **Finns en skriftlig rutin för dokumentationen?**

Övrigt *Martin*

Vad är ni speciellt bra på?
Vad kan ni förbättra?

Leverantören:

Representanter från leverantören:

Uppföljning träningsboende med ledningen

Representanter från kommunen:

Datum:

Övergripande *Martin*

Beskriv er organisation och verksamhet. Några förändringar?
Har ni någon specifik målgrupp som ni arbetar emot?
Hur många vårdplatser har ni i dagsläget? Ökat/minskat? Beläggningsgrad?
Antal placeringar från Umeå kommun under avtalsperioden? Några sammanbrott/avvikelser för dessa?
Har ni ett tecknat kollektivavtal och i så fall med vem?
Hur har det ekonomiska utfallet varit senaste året?

Verksamhetsansvarig *Martin*

Vem är verksamhetsansvarig/föreståndare? **Vad har den verksamhetsansvarige för uppdrag/ansvar?**
I vilken omfattning jobbar denne i uppdraget?

Personal *Tony*

Görs registerkontroll vid anställning av personal? Görs uppföljande kontroller?
Beskriv hur introduktion av ny personal går till. Har ni en skriftlig rutin för introduktionen?
Hur ofta har ni APT och vem håller i dem?
Beskriv er nattbemanning. Sovande/vaken?
Hur sker informationsöverföring mellan arbetspassen?
Har ni personal med kunskap om andra språk och kulturer?
Tycker du att ni har tillräckliga resurser på er arbetsplats? **Finns det saker/insatser ni ibland inte hinner med tex vid sjukdom? Hur gör ni då?**
Hur gör ni för att uppnå personalkontinuitet?

Ledningssystem för kvalitet *Christina*

Beskriv er rutin för avvikelser:
Beskriv er rutin för missförhållanden enligt lex Sarah:
Har ni en skriftlig rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras? **På vilket sätt kan klienters närstående m.fl. komma med synpunkter/klagomål på er verksamhet?** **På vilket sätt informerar ni om det?** **På vilket sätt använder ni er av inkomna synpunkter/klagomål?**

Hur får personalen kännedom om rutinerna?

Upphandlingens utvärderingskriterier *Martin*

Beskriv er verksamhetsidé **Metoder?** **Har ni några mål för verksamheten?** **Hur följs målen upp?**
Beskriv personalens utbildning och erfarenhet. Grundnivå?
På vilket sätt fångar och tillgodoser ni personalens behov av kompetensutveckling? Kompetensutvecklingsplaner? **Handledning?**
Hur arbetar ni för att förebygga sammanbrott? Vilka arbetssätt/resurser har ni vid eventuella sammanbrott?
Hur arbetar ni med planerade avslut av placeringen? Hjälp med egen lägenhet?

Kvalitet i vardagen *Tony*

Hur jobbar ni för att få klienten att kunna bli självständig efter avslutad placering?
Sysselsättning utöver insatsen (studier, praktikplatser, möjlighet till jobb)
Fysiska aktiviteter för klienterna?

Senaste tillsynsrapporten *Christina*

Kritik/synpunkter från IVO:

Åtgärder:

Genomförandeplan & dokumentation *Christina*

Beskriv hur ni arbetar med genomförandeplanen (upprättande/ansvar, egen mall, uppföljning) **Var dokumenteras genomförandeplanen och vem har tillgång till den?** **Hur används upprättade genomförandeplaner?** **Vem ansvarar för dokumentation?** **När och var dokumenterar man?** **Hur förvaras dokumentationen och vem har tillgång till den?** **Finns en skriftlig rutin för dokumentationen?**

Samarbeten *Tony*

Hur fungerar samarbetet med socialtjänsten? Hur upplevs uppföljningsträffarna med handläggaren?
Samarbetet med kranskommunerna?
Samarbetet med regionen?
Hur ser ert samarbete med anhöriga ut? Finns framtagna rutiner?

Övrigt *Martin*

Vad är ni speciellt bra på?

Vad kan ni förbättra?
Förbättringsförslag på avtal/upphandling?

Leverantören:

Representanter från leverantören:

Uppföljning träningsboende med personal

Representanter från kommunen:

Datum:

Övergripande *Martin*

Vad har du för befattning? Hur länge har du jobbat på arbetsplatsen?
Vem är ansvarig för den dagliga driften? **Vilken omfattning jobbar denne på plats? Lätt att komma i kontakt?**
Har er arbetsgivare ett tecknat kollektivavtal, i så fall med vem?

Personal *Tony*

Har du medarbetarsamtal, hur ofta, med vem?
På vilket sätt får ni ert behov av kompetensutveckling tillgodosett? Har du en egen kompetensutvecklingsplan? **Handledning?**
Beskriv hur introduktion av ny personal går till. Har ni en skriftlig rutin för det?
Tycker du att ni har tillräckliga resurser på er arbetsplats? **Finns det saker/insatser ni ibland inte hinner med? Hur gör ni då?**
Hur sker informationsöverföring mellan arbetspassen? Var sker den?

Hur ofta har ni APT? **Vem håller i arbetsplatsträffarna?**

Ledningssystem för kvalitet *Christina*

Beskriv er rutin för avvikelser:
Beskriv er rutin för missförhållanden enligt lex Sarah:
Har ni en skriftlig rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras? **På vilket sätt kan klienters närstående m.fl. komma med synpunkter/klagomål på er verksamhet?** **På vilket sätt informerar ni om det?** **På vilket sätt använder ni er av inkomna synpunkter/klagomål?**
Hur får ni som personal kännedom om rutinerna?

Kvalitet *Tony*

På vilket sätt arbetar ni med att få klienten delaktig i vården? **På vilket sätt tar ni hänsyn till klientens intressen och önskemål?**
Hur ser ert samarbete med anhöriga ut? Finns framtagna rutiner?
Samarbetet med skolan? **Samarbetet med regionen?** **Hur fungerar samarbetet med socialtjänsten? Hur upplevs uppföljningsträffarna med handläggaren?**

Dokumentation *Christina*

Beskriv hur ni arbetar med genomförandeplanen (upprättande/ansvar, egen mall, uppföljning) **Var dokumenteras genomförandeplanen och vem har tillgång till den?** **Hur används upprättade genomförandeplaner?** **Vem ansvarar för dokumentation?** **När och var dokumenterar man?** **Hur förvaras dokumentationen och vem har tillgång till den?** **Finns en skriftlig rutin för dokumentationen?**

Övrigt *Martin*

Vad är ni speciellt bra på?
Vad kan ni förbättra?

Leverantören:

Representanter från leverantören:

Uppföljning skyddsboende med ledningen

Representanter från kommunen:

Datum:

Övergripande *Martin*

Beskriv er organisation och verksamhet. Några förändringar?
Har ni någon specifik målgrupp som ni arbetar emot?
Hur många vårdplatser har ni i dagsläget? Ökat/minskat? Beläggningsgrad?
Antal placeringar från Umeå kommun under avtalsperioden? Några sammanbrott/avvikelser för dessa?
Har ni ett tecknat kollektivavtal och i så fall med vem?
Hur har det ekonomiska utfallet varit senaste året?

Verksamhetsansvarig *Martin*

Vem är verksamhetsansvarig/föreståndare? **Vad har den verksamhetsansvarige för uppdrag/ansvar?**
I vilken omfattning jobbar denne i uppdraget?

Personal *Tony*

Görs registerkontroll vid anställning av personal? Görs uppföljande kontroller?
Beskriv hur introduktion av ny personal går till. Har ni en skriftlig rutin för introduktionen?
Hur ofta har ni APT och vem håller i dem?
Beskriv er nattbemanning. Sovande/vaken?
Hur sker informationsöverföring mellan arbetspassen?
Har ni personal med kunskap om andra språk och kulturer?
Tycker du att ni har tillräckliga resurser på er arbetsplats? **Finns det saker/insatser ni ibland inte hinner med tex vid sjukdom? Hur gör ni då?**
Hur gör ni för att uppnå personalkontinuitet?

Ledningssystem för kvalitet *Christina*

Beskriv er rutin för avvikelser:
Beskriv er rutin för missförhållanden enligt lex Sarah:
Har ni en skriftlig rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras? **På vilket sätt kan klienters närstående m.fl. komma med synpunkter/klagomål på er verksamhet?** **På vilket sätt informerar ni om det?** **På vilket sätt använder ni er av inkomna synpunkter/klagomål?**

Hur får personalen kännedom om rutinerna?

Upphandlingens utvärderingskriterier *Martin*

Beskriv er verksamhetsidé **Metoder?** **Har ni några mål för verksamheten?** **Hur följs målen upp?**
Beskriv personalens utbildning och erfarenhet. Grundnivå?
På vilket sätt fångar och tillgodoser ni personalens behov av kompetensutveckling? Kompetensutvecklingsplaner? **Handledning?**
Hur arbetar ni för att förebygga sammanbrott? Vilka arbetssätt/resurser har ni vid eventuella sammanbrott? **Om klienten röjer sig?**
Hur arbetar ni med planerade avslut av placeringen? Hjälp med egen lägenhet?

Kvalitet i vardagen *Tony*

Beskriv skyddet (information till klienten, skalskydd osv)
Hur arbetar ni med sysselsättning utöver insatsen (studier, praktikplatser, jobb)?
Hur tänker ni kring fysiska aktiviteter för klienten?

Senaste tillsynsrapporten *Christina*

Kritik/synpunkter från IVO:
Åtgärder:

Genomförandeplan & dokumentation *Christina*

Beskriv hur ni arbetar med genomförandeplanen (upprättande/ansvar, egen mall, uppföljning) **Var dokumenteras genomförandeplanen och vem har tillgång till den?** **Hur används upprättade genomförandeplaner?** **Vem ansvarar för dokumentation?** **När och var dokumenterar man?** **Hur förvaras dokumentationen och vem har tillgång till den?** **Finns en skriftlig rutin för dokumentationen?**

Samarbeten *Tony*

Hur fungerar samarbetet med socialtjänsten? Hur upplevs uppföljningsträffarna med handläggaren?
Samarbetet med kranskommunerna?
Samarbetet med regionen?
Hur ser ert samarbete med anhöriga ut? Finns framtagna rutiner?

Övrigt *Martin*

Vad är ni speciellt bra på?
Vad kan ni förbättra?
Förbättringsförslag på avtal/upphandling?

Leverantören:

Representanter från leverantören:

Uppföljning skyddsboende med personal

Representanter från kommunen:

Datum:

Övergripande *Martin*

Vad har du för befattning? Hur länge har du jobbat på arbetsplatsen?
Vem är ansvarig för den dagliga driften? **Vilken omfattning jobbar denne på plats? Lätt att komma i kontakt?**
Har er arbetsgivare ett tecknat kollektivavtal, i så fall med vem?

Personal *Tony*

Har du medarbetarsamtal, hur ofta, med vem?
På vilket sätt får ni ert behov av kompetensutveckling tillgodosett? Har du en egen kompetensutvecklingsplan? **Handledning?**
Beskriv hur introduktion av ny personal går till. Har ni en skriftlig rutin för det?
Tycker du att ni har tillräckliga resurser på er arbetsplats? **Finns det saker/insatser ni ibland inte hinner med? Hur gör ni då?**
Hur sker informationsöverföring mellan arbetspassen? Var sker den?

Hur ofta har ni APT? **Vem håller i arbetsplatsträffarna?**

Ledningssystem för kvalitet *Christina*

Beskriv er rutin för avvikelser:
Beskriv er rutin för missförhållanden enligt lex Sarah:
Har ni en skriftlig rutin för hur synpunkter och klagomål ska hanteras? **På vilket sätt kan klienters närstående m.fl. komma med synpunkter/klagomål på er verksamhet?** **På vilket sätt informerar ni om det?** **På vilket sätt använder ni er av inkomna synpunkter/klagomål?**
Hur får ni som personal kännedom om rutinerna?

Kvalitet *Tony*

På vilket sätt arbetar ni med att få klienten delaktig i vården? **På vilket sätt tar ni hänsyn till klientens intressen och önskemål?**
Hur ser ert samarbete med anhöriga ut? Finns framtagna rutiner?
Samarbetet med regionen? **Hur fungerar samarbetet med socialtjänsten? Hur upplevs uppföljningsträffarna med handläggaren?**

Dokumentation *Christina*

Beskriv hur ni arbetar med genomförandeplanen (upprättande/ansvar, egen mall, uppföljning) **Var dokumenteras genomförandeplanen och vem har tillgång till den?** **Hur används upprättade genomförandeplaner?** **Vem ansvarar för dokumentation?** **När och var dokumenterar man?** **Hur förvaras dokumentationen och vem har tillgång till den?** **Finns en skriftlig rutin för dokumentationen?**

Övrigt *Martin*

Vad är ni speciellt bra på?
Vad kan ni förbättra?

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-27

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Diarienr: IFN-2024/00099

Plan för uppföljning av externa utförare av vård- och omsorgstjänster 2024-Yttrande till individ- och familjenämnden

Förslag till beslut
Individ- och familjenämnden godkänner plan för uppföljning av externa utförare av vård- och omsorgstjänster 2024

Ärendebeskrivning
Kommunstyrelsen ansvarar enligt gällande reglemente för att verkställa kommunens upphandling av varor och tjänster. Kommunstyrelsen är avtalsägare för de avtal som upprättas med externa utförare och Upphandlingsbyrån är den verksamhet som har kommunstyrelsens uppdrag att ansvara för upphandlingsfrågor.

Stöd och omsorgsförvaltningen och Upphandlingsbyrån samverkar i uppföljningsarbetet. Avtal om hemtjänst enligt LOV är gemensamma med äldreomsorgsförvaltningen och äldreomsorgsförvaltningen har ett samordnande ansvar.

Uppföljningsplanen beskriver ansvarsfördelning och aktivitetsplan för årets uppföljningar samt på vilket sätt uppföljningen ska redovisas till nämnd och återkopplas till kommuninvånarna

Beslutsunderlag
Plan för uppföljning av externa utförare av vård- och omsorgstjänster 2024

Beredningsansvariga
Erica Bålfors Birgersson, enhetschef systematiskt kvalitetsarbete
Beslutet ska skickas till
Erica Bålfors Birgersson
Pia Wangberg, Upphandlingsbyrån

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Erica Birgersson
Enhetschef

UMEÅ KOMMUN

Plan för uppföljning av externa utförare av vård- och omsorgstjänster 2024

Individ- och familjenämnden

Dokumentnamn: Plan för uppföljning av externa utförare av vård- och omsorgstjänster inom individ- och familjenämndens verksamhetsområde 2024		
Dokumentansvarig: Erica Bålfors Birgersson, enhetschef Systematiskt kvalitetsarbete		**Dokumentdatum:** 2024-03-20
Godkänd av: Individ- och familjenämnden	**Version:** [1.0]	**Reviderad:**

Inledning

Kommunstyrelsen ansvarar enligt gällande reglemente för att verkställa kommunens upphandling av varor och tjänster. Kommunstyrelsen är avtalsägare för de avtal som upprättas med externa utförare och Upphandlingsbyrån är den verksamhet som har kommunstyrelsens uppdrag att ansvara för upphandlingsfrågor. Upphandlingsbyråns roll är att sammankalla till uppföljning, svara för det affärsmässiga vid uppföljning samt ansvara för att avtalsvillkoren följs.

Grunden för uppföljning av utförare inom valfrihetsystemet (LOV) och LOU-upphandlad verksamhet utgår från de krav som regleras i avtal som träffats med varje utförare utifrån framtaget förfrågningsunderlag. Stöd- och omsorgsförvaltningen deltar med kompetens kring framför allt kvalitetsaspekter, ekonomisk ersättning och personalfrågor i framtagande av förfrågningsunderlag.

Stöd och omsorgsförvaltningen och Upphandlingsbyrån samverkar i uppföljningsarbetet. Avtal om hemtjänst enligt LOV är gemensamma med äldreomsorgsförvaltningen och äldreomsorgsförvaltningen har där ett samordnande ansvar.

Uppföljningsplanen beskriver ansvarsfördelning och aktivitetsplan för årets uppföljningar samt på vilket sätt uppföljningen ska redovisas till nämnd och återkopplas till kommuninvånarna.

Uppföljningens syfte

Syftet med uppföljningen är att säkerställa den enskildes behov av insatser och måluppfyllnad utifrån genomförandeplanen och att säkerställa att utförare följer de krav som är ställda i upphandlingen för att tillgodose att alla vård- och omsorgsinsatser och behandlingsinsatser är av god kvalitet.

Uppföljningen syftar också till att upptäcka eventuella oegentligheter och avvikelser gentemot avtalet.

Uppföljningarna ska även bidra till utveckling, lärande och förbättringar i verksamheten.

Giltighetstid

Denna plan avser år 2024. Planen revideras årligen.

Kommunövergripande riktlinje för styrning och uppföljning av verksamhet som utförs av externa utförare

Kommunfullmäktiges riktlinje anger att varje nämnd ansvarar för att i plan och avtal ställa krav på att externa utförare inom nämndens ansvarsområde bedriver verksamhet i enlighet med gällande lagar, förordningar och föreskrifter. Externa utförare ska i tillämpliga delar följa mål, riktlinjer och styrande dokument som gäller i Umeå kommun och/eller för respektive nämnd.

Varje nämnd ska vidare inom sin verksamhetsplan eller i en separat upprättad plan för styrning och uppföljning av externa utförare beskriva hur nämnden avser att följa upp och kontrollera hur externa utförare som nämnden anlitar följer ingångna avtal. Nämnden ska även beskriva hur nämnden avser genomföra kontroller med syfte att identifiera eventuella avvikelser och oegentligheter.

Nämnden ska även följa upp hur stor andel av respektive verksamhet som nämnden ansvarar för som utförs av externa utförare samt om det skett väsentliga förändringar i utförandet under året. Individ- och familjenämnden tar del av dessa uppgifter varje tertial i samband med ekonomirapportering.

Principer för uppföljning

Uppföljningen görs utifrån grundprinciperna;

- Neutralitet – uppföljning och bedömning ska vara likvärdig oavsett utförare
- Balans mellan tillit och kontroll
- Löpande dialog

Aktuella avtal

Vid 2024 års ingång har Individ- och familjenämnden följande avtal som avser externa vård- och omsorgstjänster upphandlade enligt LOV eller LOU:

Avtalsområde:	**Antal tecknade avtal:**
HVB Barn och unga	66
HVB Vuxna	46
Konsulentstödda familjehem barn och unga	33

Stödboende barn och unga	17
Omsorgs-, tränings- och skyddsboende vuxna	15
Omsorgsboende vuxna missbruk	2
Hemtjänst	8
LSS-boende och daglig verksamhet	4

Former för uppföljning

Fördjupad avtalsuppföljning

För den fördjupade avtalsuppföljningen ansvarar Upphandlingsbyrån.

Upphandlingsbyråns roll är att sammankalla till uppföljning, svara för det affärsmässiga vid uppföljningen samt att avtalsvillkoren följs. Förvaltningen deltar och bidrar med kompetens för att säkerställa kvalitet i enlighet med avtalet. Bedömningsmallar för uppföljningen tas fram gemensamt. Verksamhetsledning och personal intervjuas separat.

Dialog sker även med Kommunal Västerbottens regionala skyddsombud inför fördjupad avtalsuppföljning inom hemtjänst.

Dokumentation av avtalsuppföljningen upprättas och förvaras av Upphandlingsbyrån som också ansvarar för rapporteringen av den fördjupade avtalsuppföljningen till Individ- och familjenämnden.

Fördjupad avtalsuppföljning 2024

Under 2024 planerar Upphandlingsbyrån att genomföra 3 fördjupade avtalsuppföljningar inom respektive avtalsområden HVB Barn och unga, HVB Vuxna, Konsulentstödda familjehem barn och unga, Stödboende barn och unga, Omsorgs-, tränings- och skyddsboende vuxna

Inom avtalsområde LSS-boende och daglig verksamhet kommer 1 fördjupad uppföljning att göras.

Ny upphandling kommer att genomföras under 2024 av de platser som Furan i dagsläget tillhandahåller. Uppföljning/granskning av den verksamheten kommer därför att genomföras vid upphandlingstillfället.

Uppföljning av den enskildes biståndsbeslut

För uppföljning på individnivå ansvarar biståndshandläggare och socialsekreterare inom

myndighetsutövningen under ledning av chef. Uppföljningen omfattar bland annat att säkerställa att uppdraget verkställs utifrån beslut om beviljade insatser, att genomförandeplan har upprättats och att individens behov är tillgodosedda. En särskild rutin finns framtagen för individuppföljningen.

Eventuella avvikelser kopplade till den enskildes biståndsbeslut utreds av myndighetsutövningen. Om avvikelserna efter utredning visar sig vara avtalsavvikelser anmäls dessa till Upphandlingsbyrån via avtalsdatabasen.

Uppföljning av direktupphandlade individavtal

Stöd – och omsorgsförvaltningen ansvarar för direktupphandling av individavtal och tar stöd av Upphandlingsbyrån vid behov. Uppföljning av individavtal faller inom ramen för myndighetsutövningens uppföljning av biståndsbeslutet.

Avstämningsmöten inom förvaltningen

Avstämningsmöten inom förvaltningen sker två gånger per år gällande upphandlade LSS-verksamheter. Vid dessa avstämningsmöten deltar förvaltningens kontaktperson samt chef vid myndighetsövningen.

Övergripande uppföljning av kvalitetsaspekter (LOV och LOU-upphandlad LSS-verksamhet)

Uppföljning av LOV-utförare inom hemtjänst samordnas av äldreomsorgsförvaltningen utifrån att det är ett gemensamt avtal. Uppföljning av LSS-verksamheter samordnas av funktioner inom kvalitetsperspektivet inom stöd- och omsorgsförvaltningen.

Avser uppföljning som genomförs varje år och hanteras av funktioner inom förvaltningens kvalitetsperspektiv

- Inhämtande av resultat för relevanta resultatmått utifrån individ- och familjenämndens verksamhetsplan
- Inhämtande av uppgifter avseende avvikelser och klagomål (utifrån SoL, LSS och HSL)
- Granskning av läkemedelshantering (LSS-verksamheter)
- Uppföljning av rehabiliterande insatser (LSS-verksamheter)

Händelsestyrd uppföljning utifrån incidenter

Händelsestyrd uppföljning kan bli aktuell om nedanstående incidenter sker återkommande eller sammantaget. Var för sig behöver de inte innebära brister. Beslut om att genomföra en

händelsestyrd uppföljning tas av förvaltningen och Upphandlingsbyrån, och genomförs gemensamt.

Exempel på incidenter:

- Byten av personer i ledning eller styrelse
- Upprepade klagomål
- Upprepade avvikelser (exempelvis brister i genomförandeplaner, bristande tillgänglighet)
- Brister vid ekonomisk kontroll
- Andra observerade risker

Årlig verksamhetsberättelse

Utförarna upprättar årligen en verksamhetsberättelse.

Innehållet i verksamhetsberättelsen styrs av en särskild mall som tas fram i dialog mellan förvaltningen och Upphandlingsbyrån. Verksamhetsberättelsen utgör en del av avtalsuppföljningen.

Verksamhetsberättelsen skickas till Upphandlingsbyrån och förvaras där. Både förvaltningen och Upphandlingsbyrån tar del av verksamhetsberättelsen och återkopplar till utförarna.

LOU-upphandlade LSS-verksamheter ska också upprätta Patientsäkerhetsberättelse som Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom förvaltningen tar del av och återkopplar till utförarna.

Ekonomisk inrapportering

Leverantören ska årligen till Upphandlingsbyrån inkomma med ekonomisk årsredovisning för föregående år samt aktuellt utdrag ur skattekonto. Utdrag ur skattekonto ska även vid anmodan skickas in till kommunen.

Stärkt uppföljning för att förebygga välfärdskriminalitet

I enlighet med det uppdrag som nämnden gett till förvaltningen kommer det göras ett arbete för att säkerställa att det finns förutsättningar att göra uppföljningar och kontroller som förebygger och motverkar förekomst av välfärdsbrottslighet.

Det planeras ett särskilt arbete att ta fram metodstöd mot välfärdsbrott inom hemtjänst.

Åtgärder vid fel och brister

Åtgärder vid fel och brister regleras i avtalsvillkoren.

I händelse av allvarligare brister beslutar Upphandlingsbyrån i egenskap av avtalsägare om eventuella sanktioner i form av varning eller hävning.

Information till kommuninvånare

Information publiceras på www.umea.se gällande:

- Kvalitetsberättelse
- Patientsäkerhetsberättelse
- Resultat från nationella brukarundersökningar
- Verksamhetsberättelser

Aktivitetsplan 2024

Aktivitet	Metod	När	Ansvar	Redovisning till nämnd
Årligen återkommande övergripande uppföljning				
Avvikelser och klagomål (SoL, LSS och HSL)	Utifrån framtagen mall	Under året	SAS MAS	Kvalitetsberättelse Patientsäkerhets-berättelse
Granskning av läkemedelshantering (LSS-verksamheter)	Utifrån framtagen mall	Under året	MAS	Patientsäkerhets-berättelse
Uppföljning av rehabiliterande insatser (LSS-verksamheter)	Utifrån framtagen mall	Under året	MAR	Patientsäkerhets-berättelse
Inhämtande av resultatmått utifrån nämndens verksamhetsplan (LOV, LSS-verks)	Utifrån framtagen mall	Tertial	Förvaltningens ansvariga kontaktperson	Kvalitetsberättelse
Fördjupad avtalsuppföljning				
Uppföljning LOU-upphandlad verksamhet	Utifrån framtagen mall	Under året	Upphandlings-byrån	Särskild rapport

Årlig revision

Tillsammans med Upphandlingsbyrån görs en årlig intern revision av samtliga externa utförare som omfattas av uppföljningsplanen. Syftet med den årliga revisionen är att samla ihop den uppföljning som gjorts under året och utifrån detta prioritera gemensamma insatser kommande år.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse

2024-03-12

Individ- och familjenämnden

Diarienr: IFN-2024/00110

Uppföljning kompetensförsörjningsplan för vård och omsorg 2023

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden godkänner redovisning av utbildningsinsatser och aktiviteter kopplade till kompetensförsörjningsplanen.

Ärendebeskrivning

Redovisning över genomförda utbildningsinsatser samt genomförda aktiviteter i verksamheterna kopplade till kompetensförsörjningsplanen.

Beslutsunderlag

Uppföljning av aktiviteter i kompetensförsörjningsplan 2023

Beredningsansvariga

Marie Eriksson, HR strateg kompetensförsörjning

Beslutet ska skickas till

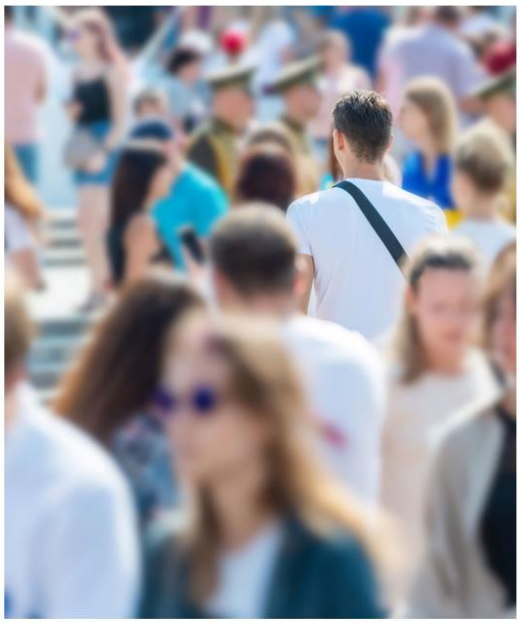
Mona Kårebrand Åberg, vik HR-chef Stöd och omsorg

Karolina Lundkvist
Socialdirektör

Marie Eriksson
HR strateg

Uppföljning av aktiviteter i kompetensförsörjningsplan

Individ- och familjenämnden 2023



Kompetensförsörjningsplan
Stöd och omsorg 2023–2025
Individ- och familjenämnden

UMEÅ KOMMUN

Axplock av genomförda aktiviteter

- Utvecklat sommarrekrytering.
- Utvecklar kompetensmodellen för socialsekreterarna så det omfattar hela Myndighet
- Traineeprogram för blivande chefer
- Marknadsföringsinsatser
- Ökat samarbete med Umeå universitet
- Omställningsfonden
- Stärka arbetsmiljöarbetet
- Fortsätta jobba med bemanningsplanering
- Genomförande och uppföljning av avgångssamtal

Bilden visar SKR:s nio strategier.

UMEÅ KOMMUN

Utbildningsplan för individ- och familjenämnden 2023

- Yrkesresan (Barn och unga)
- Introduktionsutbildning
- Tecken som stöd
- Motiverande samtal - MI
- Yrkessvenska och digital språkkurs
- Vård och omsorgsutbildning (utbildningsbidrag)
- Sjuksköterska, stödpedagog (utbildningsbidrag)
- Hot och våld (RESIMA)
- Ett självständigt liv (ESL)

UMEÅ KOMMUN

Välkommen till Yrkesresan!

Yrkesresan erbjuder socialtjänstens medarbetare både introduktion och kompetensutveckling som utgår från bästa tillgängliga kunskap, på ett samlat och pedagogiskt sätt.

Yrkesresan innehåller både digitalt lärande och kursdagar som anordnas regionalt.

Denna behandling '71/24 GDPR och daglig verksamhet' har inget tjänsteutlåtande.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-02-27

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Diarienr: IFN-2023/00085

Rutiner för att förhindra att barn far illa

Förslag till beslut
Att godkänna informationen vad gäller, hur förvaltningen arbetar med att förhindra att barn far illa.

Ärendebeskrivning
2023-02-22 uppdrog Individ- och familjenämnden till förvaltningen att utifrån händelsen i Luleå göra en översyn om socialtjänstens rutiner kan stärkas ytterligare för att förhindra att barn far illa.
Frågan har diskuterats på kommunfullmäktige och ordförande föreslår att nämnden ger i uppdrag till familjerätt och förvaltning att göra en översyn av vad socialtjänsten kan göra ytterligare för att förhindra att något liknande kan inträffa i Umeå.

Från 1 juli 2021 har barnrättsperspektivet stärkts i ärenden som gäller vårdnad, boende eller umgänge genom ändringar i föräldrabalken, äktenskapsbalken, rättegångsbalken och offentlighets- och sekretesslagen. Bland annat görs det tydligare i föräldrabalken att barnet har rätt till information och att få komma till tals. Socialnämnden har även möjlighet att höra ett barn utan att vårdnadshavaren har samtyckt eller närvarar. De förändringar Familjerätten i Umeå vidtog efter detta var främst att de såg över barnsamtalen, som alltid skett, men där nu även yngre barn bjöds in till samtal.

Sedan den 1 januari 2022 finns det en lag om informationssamtal, för att stärka barnperspektivet i vårdnadsprocessen. Från den 1 mars 2022 är det dessutom krav på att föräldrar ska ha deltagit i ett informationssamtal innan de inleder en tvist i domstol om vårdnad, boende och umgänge. Målet med detta samtal är att ge föräldrarna relevant information som kan underlätta för dem i ett tidigt skede och hitta den lösning som är bäst för barnet i frågor om vårdnad, boende och umgänge.

Frågor om vårdnad, boende och umgänge tas upp av domstolen i den ort där barnet har sin hemvist. Socialtjänstens utredning, som i Umeå görs av Familjerätten, ska ge domstolen ett underlag för beslut i tvister om

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2023/00085

vårdnad, boende och/ eller umgänge, genom att belysa olika alternativ ur barnets perspektiv. Det primära i utredningarna är att presentera barnets risker och behov av skydd, och dess övriga situation för domstolen.

Familjerättens uppdrag

Familjerätten ger stöd och tar beslut i frågor gällande föräldraskap, vårdnad, boende och umgänge samt adoption.
I samband med separationer arbetar familjerätten med samarbetssamtal, avtal angående vårdnad, boende och umgänge samt utredningar och upplysningar på uppdrag av domstol.

Familjerätten, arbetssätt

- Det görs alltid en riskbedömning med barnet i fokus, där det tydliggörs vad som framkommit i utredningen både från föräldrar, professionella som träffar barnet och barnet själv.
  Med hänvisning till riskbedömningen kan Familjerätten föreslå att det inte ska vara något umgänge, eller umgänge med umgängesstöd. Erfarenheten är dock att det är ovanligt att domstolen beslutar om att det inte ska vara något umgänge alls, eller begränsat såsom Familjerätten bedömt vara nödvändigt för att skydda barnet. Även de gånger barnet varit tydligt med att inte vilja träffa föräldern på grund av rädsla.

- De gånger barnet inte lika tydligt uttrycker sig, kanske på grund av lojalitet gentemot föräldrar, eller rädsla för repressalier tydliggör handläggaren, hur ett samtal eller en situation uppfattats.

- Oavsett vilken information som framkommit finns det, som en del i ett ständigt förbättringsarbete, anledning att se över om utredningarna och bedömningarna kan göras än tydligare.
  Som en del i det löpande förbättringsarbetet har Familjerätten i Umeå löpande samrådsträffar med tingsrätten, där det bland annat förts dialog om vad som tydligast ska framgå i utredningarna, framför allt i riskbedömningen och förslag till beslut.

- Inom ramen för föräldrabalkens vårdnad, boende och umgängesutredningar har inte socialtjänsten några mandat att hämta uppgifter från t ex sjukhus, kriminalvård, utan föräldrarnas samtycke.
  Det är inte ovanligt att oron och informationen kommer från den andra föräldern och ord står mot ord. Det kan försvåra hur tydliga och säkra det är möjligt att vara i riskbedömning gällande föräldrarna.

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2023/00085

Familjerätten ser en brist i lagstiftningen när man inom ramen för föräldrabalkens vårdnad, boende och umgängesutredningar ej har några mandat att hämta viktiga uppgifter.

- Socialtjänstens utredning är en del i processen tillsammans med övrigt bevismaterial, inför en huvudförhandling. Det är så mycket mera som det också läggs vikt vid. En domstol tillsammans med advokater, kan under förhandling komma fram till samförståndslösningar. Vilket kan vara något annat än det socialtjänsten bedömt. Det kan leda till att riskerna som framförts kvarstår, med oro för barns utsatthet och risk för att utsättas för fara.

- Socialtjänsten kan arbeta kompensatoriskt och riskminimerande i de fall rätten fattar beslut som professionen ser kan leda till en ökad risk för fysiskt eller psykiskt våld eller ökad ohälsa för barnet.

- I situationer när det inkommer domar som innebär att de risker som familjerätten bedömt, kvarstår, fortgår eller i värsta fall ökat i och med tingsrättens dom, gör Familjerätten orosanmälningar till utredningsenheten.

- Barn bjuds in till uppföljning efter fastställd dom (efter ca 3-6 månader), vilket är en lagstadgad skyldighet. Det är dock frivilliga samtal som familjen kan tacka nej till. Ett uppföljande samtal kan leda till orosanmälan till utredningsenheten, men domen kvarstår.

- Familjerätten anser att man är mer lyhörda, både under och efter utredningar (när dom inkommer) kring vilken oro sin finns för barnen. Specifikt om domen inte tar hänsyn till den oro som presenterats i riskbedömning.

- Vid orosanmälan till barngrupp tar man personlig kontakt för att förtydliga den oro man anser finns eller uppkommit efter ett beslut från domstol.

- Vid oro under samarbetssamtal gör man anmälan till utredningsenhet/barn. Det är angeläget att komma ihåg att man inte har familjer aktuella under någon annan tid än när utredning görs och därför är samverkan med utredningsenhet viktig.

- En utmaning är när barn inte vågar berätta, måste vara lojala mot båda sina föräldrar samtidigt, rädda för föräldrarnas repressalier för vad man berättar. De blir bakbundna och det måste man också

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2023/00085

beskriva. Det barn berättar är inte alltid det man uppfattar att de bär inom sig. Familjerätten tydliggör för domstolen, hur de uppfattat ett samtal.

- Familjerätten samverkar med tingsrätten, advokater och domare där syftet är att lära av varandras uppdrag, kompetens och att lyfta barns rätt. Familjerätten vill utveckla samverkan till att ha mer fokus på att höja kunskapen om vårdnadstvister utifrån vad som är barnets bästa.

- Inom familjerätten finns gruppverksamheten Ballongen för barn till separerade föräldrar. Där ges barnen möjlighet att dela sina erfarenheter av separationen med andra barn. Ballongen är ett stöd som är uppskattat av både barn, familj och medarbetare.

Beredningsansvariga

Viviann Dannelöv Nilsson

Beslut ska skickas till

Ulrika Gustafsson

Karolina Lundqvist
Befattning

Viviann Dannelöv Nilsson
Verksamhetschef
myndighet

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-03-13

Individ- och familjenämndens arbetsutskott

Diarienr: IFN-2024/00019

Individ- och familjenämndens delegationsordning 2024

Förslag till beslut
Individ- och familjenämnden godkänner förvaltningens förslag till ny delegationsordning för Individ- och familjenämnden.

Ärendet direktjusteras.

Ärendebeskrivning
Det nya förslaget innebär tillägg utifrån förändring i lagstiftning kring skyddat boende. Den nya lagstiftningen syftar till att förbättra skyddet för och stödet till personer som behöver skyddat boende och stärka barnrättsperspektivet för barn som följer med en vårdnadshavare till ett skyddat boende. Skyddat boende ska regleras i socialtjänstlagen (2001:453) som en boendeinsats till den som behöver stöd och skydd till följd av hot, våld eller andra övergrepp. Barn som följer med en vårdnadshavare till ett skyddat boende ska bedömas och beviljas insatsen individuellt, och socialnämnden ska ansvara för att tillgodose barnets behov av stöd- och hjälpinsatser. När det finns samtycke från båda vårdnadshavarna ska barnet beviljas insatsen med stöd av socialtjänstlagen. Saknas samtycke från den vårdnadshavare som barnet inte placeras tillsammans med, ska socialnämnden, efter ansökan hos förvaltningsrätten, kunna bevilja barnet en insats i form av skyddat boende med stöd av en ny lag. Beslut om en sådan insats ska även kunna fattas omedelbart av socialnämnden och underställas förvaltningsrätten. Det kommer att krävas tillstånd från Inspektionen för vård och omsorg för att få bedriva verksamhet i form av skyddat boende. Kommuner och regioner som bedriver sådan verksamhet ska anmäla detta till myndigheten. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 april 2024

Rubrik 3.1.2 Placeringar (barn/unga), sidan 17
Besluta om placering i skyddat boende tillsammans med vårdnadshavare med samtycke från båda vårdnadshavarna (enligt SoL)
Delegat: Samma som för beslut om placering enligt SoL i stödboende och HVB (beroende på internt, externt, inom eller utanför ramavtal).

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2024/00019

Beslut att avsluta placering i skyddat boende med samtycke
Delegat: Gruppledare, enhetschef.

Rubrik 3.2 Beslut med stöd av lag med särskilda bestämmelser om placering av barn i skyddat boende, sidan 19–20
Detta är en ny lag som ska användas när ett barn placeras tillsammans med en vårdnadshavare i ett skyddat boende och den andre vårdnadshavaren inte samtycker till placeringen. Lagen förkortas LSBPSB.

Ansöka till FR om att barnet ska placeras i skyddat boende
Delegat: IFO-utskottet.

Omedelbar placering av barn i skyddat boende
Delegat: IFO-utskottet, särskilt förordnad ledamot inklusive ordförande.

Beslut om var barnet ska placeras och hur insatsen i övrigt ska genomföras
Delegat: IFO-utskottet, särskilt förordnad ledamot inklusive ordförande.

Ansökan om förlängd tid för ansökan
Delegat: Enhetschef, gruppledare

Beslut om att omedelbar insats i form av skyddat boende ska upphöra
Delegat: IFO-utskottet.

Övervägande av om insatsen ska fortsätta
Delegat: IFO-utskottet

Begränsning av umgänge
Delegat: Individ- och familjenämnden, särskilt förordnad ledamot inklusive ordförande.

Hemlighållande av vistelseort
Delegat: Individ- och familjenämnden, särskilt förordnad ledamot inklusive ordförande.

Övervägande om beslut enligt 4 kap. fortfarande behövs
Delegation: IFO-utskottet

Avvisande av framställning från vårdnadshavare om att beslut om hemlighållande av vistelseort eller Umgängesbegränsning ska upphöra inom sex månader efter beslut
Delegat: enhetschef, gruppledare

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2024/00019

Besluta om handräckning av polismyndighet Delegat: IFO-utskottet, särskilt förordnad ledamot inklusive ordförande.

Beslut att insatsen ska upphöra
Delegat: IFO-utskottet, ordförande (brådskande beslut enl. 6 kap. 39 § KL)

Avvisande av framställning från vårdnadshavare om att insats enligt 3 kap. ska upphöra inom sex månader efter beslut
Delegat: Enhetschef, gruppledare

Rubrik 4.1.2 Placering (vuxna) sidan 28-29

Beslut om placering i Stödboende (16-20 år) / HVB
Ändring i delegat från chef i beredskap till socialsekreterare i jour pga. tidigare ändring i kompetenskrav hos chef i beredskap. Chef i beredskap ersätts med socialsekreterare i jour.

Beslut om placering i skyddat boende enligt 4 kap. 1 § SoL.
Delegat: Samma som för beslut om placering i Stödboende (16-20 år) / HVB, (beroende på internt, externt, inom eller utanför ramavtal).

Beslut att placering i skyddat boende ska upphöra
Gruppledare, enhetschef

Beslutsunderlag

Delegationsordning 2024-03-20

Beredningsansvariga

Camilla Thunell
Rose-Marie Lång Bäckström
Maria Sydlén
Christina Halleröd

Beslutet ska skickas till
Ledningsgrupp stöd och omsorg
Enhetschefer myndighet
Systemförvaltningen

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Christina Halleröd
Socialt ansvarig samordnare

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-03-12
Individ- och familjenämnden

Diarienr: IFN-2022/00269

Förordnande och delegation att fatta beslut enligt LVU, LVM samt lag (2024:79) om placering av barn i skyddat boende (LSBPSB)

Förslag till beslut

Individ- och familjenämnden uppdrar åt nedan utsedda ledamöter att besluta i ärenden enligt 14§ 2st 1-2p och 31§ och 31b§ samt 31i§ LVU, som är så brådskande att nämndens avgörande inte kan avvaktas.

Hanna Lundin Jernberg (L)
Igor Hell (M)
Leif Berglund (S)
Andreas Sellstedt (V)

Individ- och familjenämnden beslutar att nedan namngivna ledamöter utöver nämndens ordförande förordnas att fatta beslut i ärenden enligt 6§, 11§ 1-3st, 27§, 31d§ LVU och 13§ LVM samt 4 kap 1 §, 5 kap 1 §, 5 § LSBPSB. med stöd av s.k. kompletterande beslutanderätt om nämndens eller utskottets beslut inte kan avvaktas.

Hanna Lundin Jernberg (L)
Igor Hell (M)
Leif Berglund (S)
Andreas Sellstedt (V)

Individ- och familjenämnden beslutar att nedan namngivna ledamöter förordnas att fatta beslut enligt 43§ 1st 2p LVU och 8 kap 7 § LSBPSB

Andreas Lundgren (S)
Hanna Lundin Jernberg (L)
Igor Hell (M)
Leif Berglund (S)
Andreas Sellstedt (V)

Individ- och familjenämnden beslutar om delegation för nämndens ordförande Andreas Lundgren (S) och nedan namngivna ledamöter, att besluta i ärenden enligt 9§, 30§ 2st, 31g§ 2st LVU och 18b§ LVM.

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2022/00269

Hanna Lundin Jernberg (L)
Igor Hell (M)
Leif Berglund (S)
Andreas Sellstedt (V)

Förordnande och delegation gäller från och med 20 mars 2024 och upphör vid mandatperiodens slut, dvs 2026-11-30.

Individ- och familjenämnden beslutar om ett årsarvode på 5500 kr till var och en av de särskilt förordnade ledamöterna, med undantag för ordförande Andreas Lundgren (S) och vice ordförande Hanna Lundin Jernberg (L) vilka ersätts enligt en annan ordning.

Individ- och familjenämndens beslut 2023-12-20 upphävs och ersätts genom detta beslut från och med 2024-03-20

Individ- och familjenämnden uppdrar till förvaltningen att ändra hänvisningen i delegationsordningen för ovan aktuella beslut till 2024-03-20 och ärendets paragrafnummer. Beslutet biläggs till individ- och familjenämndens delegationsordning.

Paragrafen justeras omedelbart efter nämndens sammanträde.

Ärendebeskrivning

Inom individ- och familjeomsorgen uppstår det ibland situationer där det finns ett behov av att skyndsamt kunna fattas beslut. För särskilda fall i LVU LVM och LSBPSB finns därför en rätt för nämndens ordförande eller annan förordnad ordinarie ledamot av nämnden, att fatta beslut i nämndens ställe. I dessa fall är det inte fråga om delegering utan om en kompletterande beslutanderätt som följer av lag. Det är endast i givna fall och bara när nämndens beslut inte kan avvaktas som den kompletterande beslutanderätten gör sig gällande, det skall sålunda vara fråga om akuta situationer där åtgärder måste vidtas genast.

I följande fall har ordförande eller annan ordinarie ledamot av nämnden, som nämnden har förordnat, rätt att fatta beslut i nämndens eller i vissa fall utskottets ställe (om den senaren är delegat).

- Beslut om omedelbart omhändertagande 6§ LVU
- Beslut om hur vården skall ordnas och var den unge skall vistas under vårdtiden 11§ 1, 3st LVU
- Beslut om att den unge får vistas i sitt eget hem under vårdtiden 11§ 2,3st LVU
- Beslut om tillfälligt flyttningsförbud 27§ LVU

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2022/00269

- Beslut om tillfälligt utreseförbud 31d§ LVU
- Beslut om omedelbart omhändertagande 13§ LVM
- Beslut om en omedelbar insats i form av skyddat boende 4 kap. 1 § LSBPSB
- Beslut om var barnet ska placeras och om hur insatsen i övrigt ska genomföras 5 kap. 1 § LSBPSB
- Beslut om hemlighållande av vistelseort 5 kap 4 § 1p, 5 § LSBPSB
- Beslut om hur umgänge med vårdnadshavare ska utövas 5 kap. 4 § 2 p, 5 § LSBPSB

Beslutanderätt vid handräckning

Socialnämnden eller nämndens ordförande har rätt att begära biträde av polismyndigheten för att bereda en läkare tillträde till den unges hem eller för att föra den unge till läkarundersökningen, detta följer av 43§ 1st 1p LVU. Av samma lagrum men andra punkten, så följer att socialnämnden eller någon ledamot eller tjänsteman som nämnden har förordnat har rätt att begära biträde av Polismyndigheten för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande med stöd av bestämmelsen.

Av 8 kap 7§ LSBPSB följer att Polismyndigheten ska lämna hjälp för att på begäran av socialnämnden eller någon ledamot eller tjänsteman som nämnden har utsett genomföra beslut om skyddat boende enligt 3 kap. eller om en omedelbar sådan insats enligt 4 kap.

Enligt 43 § 2 p LVU och 8 kap 7§ LSBPSB så är det socialnämnden eller någon annan ordinarie ledamot eller tjänsteman som nämnden har förordnat som kan fatta beslut om att begära polishandräckning för att genomföra beslut om vård eller omhändertagande enligt LVU, eller genomföra beslut om skyddat boende enligt 3 kap eller om en omedelbar sådan insats enligt 4 kap LSBPSB.

Av det särskilda fall som anges i 43§ 1 st 2p LVU och 8 kap 7 § LSBPSB, måste tjänsteman liksom ordinarie ledamot ges ett personligt förordnande för att kunna bli en behörig beslutsfattare, detta gäller även för den ledamot som är ordförande i nämnden, eftersom ordförande som funktion inte nämns i lagrummen.

Förordnande

Ett förordnande skiljer sig från delegation i det att nämnden måste ange vem förordnandet avser, det är inte tillräckligt att knyta förordnandet till

en viss befattning. I de fall det talas om utsedd ledamot, så är även det att likställa med ett förordnande av en namngiven ledamot eller flera sådana.

Delegering
Delegering innebär att nämndens befogenhet att fatta beslut överlämnas till någon annan, tex till en anställd, en ledamot, eller ett utskott i nämnden, det delegerade beslutet fattas därefter på nämndens vägnar. Bestämmelser om delegation finns i kommunallagen (KL) 6 kap 37-40 §§ och 7 kap. 5-8 §§ samt Socialtjänstlagen (SoL) 10 kap. 4–5 §§ SoL.

För att tillgodose kravet på skyndsamhet kan nämnden i vissa andra beslut än de tidigare ovannämnda enl. LVU, LVM och LSBPSB behöva delegera beslutanderätten till någon ledamot av nämnden, pga. att nämndens beslut inte kan avvaktas och kompletterande beslutsrätt inte kan tillämpas.

För vissa situationer kan beslutanderätten delegeras eller uppdras till utsedd ledamot:

- Beslut om upphörande av omedelbart omhändertagande, 9§ LVU
- Beslut om hur den unges umgänge med vårdnadshavare/föräldrar skall utövas, 14§ 2st 1p LVU
- Beslut om att den unges vistelseort inte skall röjas för föräldrar/vårdnadshavare, 14§ 2st 2p LVU
- Beslut att tillfälligt flyttningsförbud skall upphöra, 30§ 2st LVU
- Beslut om hur den unges umgänge med vårdnadshavare/ föräldrar skall utövas i samband med flyttningsförbud/tillfälligt flyttningsförbud, 31§ LVU
- Beslut om att tillfälligt utreseförbud skall upphöra, 31g§ 2st LVU
- Beslut om ett tillfälligt undantag från ett utreseförbud, 31i§ LVU
- Beslut om att ett omedelbart omhändertagande ska upphöra, 18b§ LVM

Behöriga beslutsfattare
Nedan namngivna ordinarie ledamöter av individ- och familjenämnden föreslås förordnas att fatta beslut och även erhålla beslutsrätt genom delegation i uppräknade ärenden enligt ovan.

Andreas Lundgren (S) Individ- och familjenämndens ordförande
Hanna Lundin-Jernberg (L) Individ- och familjenämndens vice ordförande och ordinarie ledamot i nämnden
Igor Hell (M) ordinarie ledamot i individ- och familjenämnden
Leif Berglund (S) ordinarie ledamot i individ- och familjenämnden
Andreas Sellstedt (V) ordinarie ledamot i individ- och familjenämnden

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2022/00269

Förordnande och delegation föreslås gälla från och med 2024-03-20 och att upphöra vid mandatperiodens slut, dvs 2026-11-30.

Individ- och familjenämnden föreslås även besluta om att det skall utgå ett årsarvode på 5500 kr till var och en av de särskilt förordnade ledamöterna, med undantag för ordförande Andreas Lundgren (S) och vice ordförande Hanna Lundin Jernberg (L) vilka ersätts enligt en annan ordning.

Beredningsansvariga

Rose-Marie Lång Bäckström, nämndsekreterare
Maria Sydlén, jurist

Beslutet ska skickas till

Beslutet biläggs till individ- och familjenämndens delegationsordning
Lönesupport
Treserva och Viva support
SAS
Verksamhetschef Myndighetsutövning
Berörda tjänstepersoner
Nämndsekreterare IFO-utskottet

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Rose-Marie Bäckström
Nämndsekreterare

Denna behandling '75/24 Återkoppling från kurser och konferenser' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '76/24 Övriga frågor' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '77/24 Socialdirektören informerar' har inget tjänsteutlåtande.

UMEÅ KOMMUN

Tjänsteskrivelse
2024-03-13
Individ- och familjenämnden

Diarienr: IFN-2024/00016

Anmälan av delegerade beslut/anmälningsärenden individ- och familjenämnden 2024

Förslag till beslut
Individ- och familjenämnden godkänner redovisningen av delegationsbeslut och anmälningsärenden.

Ärendebeskrivning
Redovisning av ärenden beslutade med stöd av nämndens fastställda delegationsordning samt redovisning av anmälningsärenden.

Övriga beslut
Delegerade beslut för perioden 2024-02-01 t o m 2024-02-29 inom lagområdena SoL, LSS, LVU, LVM och övrig lagstiftning anmäls i enlighet med nämndens beslut 2024-01-24.

Anmälningsärenden
IFN-2021/00135 Mejl från SKR om Rekommendation till kommunerna om gemensam finansiering av ett mer samlat system för kunskapsstyrning i socialtjänstens verksamheter 18/00295, 22/00731 - Redovisning 2023 och information om fakturering 2024
Bilaga 1. Rekommendation 18/00295
Bilaga 2. Förlängd rekommendation 22/00731
Bilaga 3. Återkoppling 2023
Bilaga 4. Kostnad per kommun

IFN-2024/00109 Minnesanteckningar - Delegationen för social välfärd och hälsa 2024-02-21

IFN-2024/00046 Protokoll Länssamverkansgruppen 2024-02-23

IFN-2023/00109 Rapport patientärenden 2023
IFN-2023/00109 Tjänsteskrivelse 2023

IFN-2024/00086 Personuppgiftsbiträdesavtal Phoniro 2024 - digitala lås i ordinärt boende

IFN-2023/00057 Årsredovisning personliga ombud 2023

Tjänsteskrivelse

Dnr: IFN-2024/00016

Beredningsansvarig
Rose-Marie Lång Bäckström

Karolina Lundqvist
Socialdirektör

Rose-Marie Bäckström
Nämndsekreterare

Från: Umeå kommun
Skickat: den 12 mars 2024 13:12
Till: Individ- och familjenämnden; Äldrenämnden
Ämne: VB: s rekommendation kunskapsstyrning socialtjänst– återkoppling för 2023 och information inför fakturering 2024 (dnr: 22/00731)

Uppföljningsflagga: Följ upp
Flagga: Har meddelandeflagga

Hej!
Vänligen se nedan.
Med vänlig hälsning
Registrator
090 – 16 10 00
umea.kommun@umea.se
Umeå kommun
901 84 Umeå
Besöksadress: Skolgatan 31A
www.umea.se
UMEÅ KOMMUN
Läs om behandling av personuppgifter och dataskydd: www.umea.se/dataskydd

Från: Sveriges Kommuner och Regioner <utskick@skr.se>
Skickat: den 12 mars 2024 13:02
Ämne: SKR:s rekommendation kunskapsstyrning socialtjänst– återkoppling för 2023 och information inför fakturering 2024 (dnr: 22/00731)
Mottagare: förvaltningschef för socialtjänst eller motsvarande

Hej!
Er kommun är en av de 288 kommuner som antagit SKR:s rekommendation om gemensam tilläggsfinansiering för stöd till kunskapsstyrning inom socialtjänstens verksamheter under åren 2020-2024. Se bilaga 1 och 2.
Vi vill med bifogade bildspel (bilaga 3) rikta ett stort TACK till alla som bidragit till 2023 års arbete för en kunskapsbaserad socialtjänst. Vi hoppas att ni känner en stolthet över detta viktiga arbete, att det gör nytta i era verksamheter och att ni kommer att vara fortsatt delaktiga i satsningen, där en förnyad rekommendation för åren 2025-2028 nyligen skickats ut till er.
Vi vill också uppmärksamma er på att SKR i april kommer att skicka ut årets fakturor. Faktureringen är uppdelad i två delar; den ena avser förmedlingsmedel till kvalitetsregister som faktureras utan moms och den andra avser förfogandemedel till SKR som faktureras med moms.
Kommunernas finansiering omfattar:

- Fem kvalitetsregister som kommunerna använder
- Stöd till nationella brukarundersökningar och systematisk uppföljning
- Nationell samordning och utvecklingsprojekt

Den uträknade kostnaden per kommun baseras på samma betalningsmodell som SKR:s medlemsavgift. En fil med aktuell kostnad för respektive kommun bifogas. Se bilaga 4.
Om ni vill ändra några uppgifter i fakturorna, har övriga frågor om faktureringen eller har frågor som rör rekommendationen, kontakta kunskapsstyrning-socialtjanst@skr.se
Med vänlig hälsning,

Camilla Wiberg
Sektionen för stöd till kunskapsstyrning
Sveriges Kommuner och Regioner

Sveriges Kommuner och Regioner
Hornsgatan 20
118 82 Stockholm
08-452 70 00
info@skr.se
www.skr.se

Vårt dnr: 18/00295

KUNSKAPSSTYRNING I SAMVERKAN - SOCIALTJÄNST OCH KOMMUNAL HÄLSO OCH SJUKVÅRD

Förslag till SKL:s styrelse att ta beslut om en rekommendation till Sveriges kommuner om att gemensamt finansiera viktiga förutsättningar för kunskapsstyrning inom ett mer samlat system för kunskapsstyrning inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Förankrings- och beslutsprocess under 2018:

1. Information till beredningen för socialpolitik och individomsorg och primärvård och äldreomsorg 19 april.
2. Information och avstämning med Socialchefsnätverket 15 april, 18 maj och 7 september.
3. Information och avstämning med NSK-S 4 april,12 juni och 30 augusti.
4. Information till RSS-nätverket 14 mars och 12 september.
5. Information till AU 14 juni.
6. Information till beredningen för primärvård och äldreomsorg och överläggning med beredningen för socialpolitik och individomsorg 13 september.
7. Överläggning om förändrad tidsplan för beredningen för socialpolitik och individomsorg 15 november.
8. Information till kommundirektörsnätverket 22 november.
9. Beslut i SKL:s styrelsen 14 december.

Sveriges Kommuner och Landsting

Inledning

Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) kongress har beslutat att förbundet ska stödja medlemmarna i arbetet för en jämlik, jämställd och evidensbaserad socialtjänst. Kommunerna har under senare år, i högre grad än tidigare, börjat samverka i frågor kring kunskapsutveckling och kunskapsstyrning inom socialtjänstens område. Genom att gemensamt utveckla och etablera ett långsiktigt och hållbart stöd för kunskapsstyrning på olika nivåer i systemet skapas förutsättningar för att kunna tillhandahålla en mer jämlik, jämställd och evidensbaserad socialtjänst av hög kvalitet.

Utgångspunkten är att bästa möjliga kunskap ska finnas tillgänglig vid varje möte mellan socialtjänstens personal och deras klienter. Det ska vara lätt att göra rätt och det ska finnas förutsättningar för lärande.

Kunskapsstyrning omfattar de samverkande delarna;

- Kunskapsstöd
- Uppföljning och analys
- Verksamhetsutveckling, lärande och ledarskap

En effektiv och ändamålsenlig kunskapsstyrning ger förutsättningar för att socialtjänstens verksamheter har:

- tillgång till bästa tillgängliga kunskap som också tillämpas.
- möjligheter att kunna följa upp kvalitet och resultat samt att analysera dessa - genom användning av t.ex. kvalitetsregister, brukarundersökningar och gemensamma variabler för uppföljning.
- brukarinflytande genom t.ex. brukarundersökningar.
- att socialtjänstens verksamheter arbetar med ständiga förbättringar utifrån den kunskap som utvecklas genom uppföljning och analys av kvalitet och resultat.

Nationell samverkan mellan kommuner (och även mellan kommuner och landsting) med stöd och samordning av SKL bör ske inom områden där samverkan är mer ändamålsenligt och effektivt än att varje huvudman gör arbetet var för sig. Nationella insatser utgår ifrån områden där det finns gemensamma utmaningar och där det bedöms troligt att gemensamma insatser effektivare kan bidra till målet om en jämlik och evidensbaserad socialtjänst.

Nationellt gemensamma utvecklingsinsatser har skett och sker på flera områden. Till stora delar har arbetet utvecklats och bedrivits inom ramen för överenskommelser mellan staten och SKL, med stöd av tillfälliga centrala utvecklingsmedel inom SKL eller med tillfällig gemensam finansiering från kommunerna. Finansieringen har hittills varit av mer kortsiktig karaktär. För områden där kommunerna ser behov av en hållbar och långsiktig samverkan, struktur och stöd, krävs en mer långsiktig finansiering, drift och förvaltning. Kommunerna behöver

gemensamt identifiera och långsiktigt säkerställa finansiering för de verksamheter och funktioner de vill samverka kring och samordna med stöd av SKL.

SKL rekommenderade i juni 2016 kommunerna att gemensamt finansiera en stödfunktion på SKL för att bidra till en mer evidensbaserad socialtjänst under åren 2017-2018. Det angavs i rekommendationen att SKL i slutet av 2018 skulle återkomma om hur den framtida organisationen och finansieringen för detta stöd skulle kunna utformas.

Sedan rekommendationen antogs har behovet av kommunal medfinansiering ökat. En pådrivande faktor är fortlevnaden av de kvalitetsregister som kommunerna använder. Dessa register har finansierats av den sedan tidigare avslutade överenskommelsen om *Bättre liv för sjuka äldre* mellan SKL och staten samt av landstingen/regionerna. Idag finansieras samtliga kvalitetsregister av staten och landstingen/regionerna. Dock är de nationella anslagen för kvalitetsregister minskade från 2018. Detta har lett till att de kvalitetsregister som kommunerna använder (och som förvaltas av landstingen) är underfinansierade och därmed har svårigheter att bedriva sin verksamhet som tidigare.

Med dessa förutsättningar som utgångspunkt har SKL, i dialog med företrädare för medlemmarna, tagit fram ett förslag för att säkra en fortsatt gemensam utveckling för kunskapsstyrning inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

Förslaget omfattar en samlad gemensam kommunal finansiering och medverkan i ledning och styrning av:

- **de kvalitetsregister** som kommuner använder för kommunal hälso- och sjukvård inom främst äldreomsorg och om juridiska hinder undanröjs, möjlighet att utveckla andra register för socialtjänstens verksamheter.
- **stöd för uppföljning och analys** genom t.ex. brukarundersökningar och utveckling av gemensamma variabler för uppföljning av kvalitet och resultat.
- **nationell samordning** för gemensam utveckling av kommunernas kunskapsstyrningssystem**.**

Kostnaden beräknas till 19,5 mkr årligen.

Varför behöver kommunerna finansiera detta?

Dessa stöd och insatser har aldrig finansierats genom medlemsavgiften till SKL. Stöden har tidigare utvecklats med medel genom statliga överenskommelser samt genom tillfällig gemensam finansiering från kommunerna. Undantaget är brukarundersökningarna inom IFO och funktionshinderområdet samt utveckling av gemensamma variabler för uppföljning i socialtjänsten. Där har interna utvecklingsmedel från SKL avsatts under fem år, bl.a. för att utveckla och etablera dessa.

Efter 2016 är de omfattande överenskommelserna med staten, för utveckling inom socialtjänstens område, avslutade. Medlen som förut var riktade statsbidrag är nu, efter önskemål från kommunerna, generella statsbidrag. Kommunerna kan nu själva prioritera hur dessa medel ska användas – t.ex. genom att i samverkan finansiera och medverka i ledning och styrning av avgörande delar för kunskapsstyrning inom socialtjänsten.

Sveriges landsting och regioner finansierar gemensamt 2018 sammanlagt 116,5 mkr till SKL för motsvarande tjänster och stöd inom området kunskapsstyrning inom landsting/regioner:

- Kvalitetsregister, Registercentrumorganisationerna och Kansliet för kvalitetsregister = 100 mkr.
- Nationell patientenkät = 9,5 mkr.
- Stödfunktion för att stödja etableringen av landstingens/regionernas gemensamma system för kunskapsstyrning = 7 mkr.

Utöver ovanstående delar finansierar *landstingen/regionerna i samverkan* även andra tilläggsuppdrag inom kunskapsstyrningsområdet, så totalbeloppet är högre än ovan angivet. Det handlar t.ex. om stöd till uppföljning och analys (30 mkr/år), landstingens samverkansmodell för ordnat införande av läkemedel (16,2 mkr/år), Nationellt kliniskt kunskapsstöd (13,8 mkr/år), Nationella biobanksrådet (0,8 mkr/år) etc. Landstingen/regionerna finansierar därför ca totalt 177 mkr för att utveckla kunskapsstyrning utanför medlemsfinansieringen.

Om samtliga ovan beskrivna kostnader (*kunskapsstyrning för både kommun- och region/landsting)* skulle läggas till på medlemsavgiften skulle det innebära att medlemsavgiften till SKL näst intill skulle behöva fördubblas. Det är inte heller ett alternativ att dessa tjänster och stöd inryms inom den befintliga medlemsavgiften då det skulle innebära en fullständig omprioritering av hela SKL:s uppdrag.

Förslag till beslut

Förslaget omfattar en samlad gemensam kommunal finansiering och medverkan i ledning och styrning av:

- **de kvalitetsregister** som kommuner använder för kommunal hälso- och sjukvård inom främst äldreomsorg och om juridiska hinder undanröjs, möjlighet att utveckla andra register för socialtjänstens verksamheter.
- **stöd för uppföljning och analys** genom t.ex. brukarundersökningar och utveckling av gemensamma variabler för uppföljning av kvalitet och resultat.
- **nationell samordning** för gemensam utveckling av kommunernas kunskapsstyrningssystem**.**

Förslag till beslut:

1. **att** rekommendera kommunerna att gemensamt, till SKL, finansiera viktiga förutsättningar för att arbeta evidensbaserat inom områdena uppföljning och nationell samordning till en kostnad av maximalt 19,5 mkr, vilket innebär ca 1,95 kr/invånare i kommunen. Finansieringen gäller för fyra år (2020-2024).

   1.a att kommunerna bidrar till finansieringen av de nationella kvalitetsregister som kommunerna använder, för att säkra uppföljningen av den kommunala hälso- och sjukvårdens kvalitet och resultat med 14,6 mkr årligen. Denna summa inkluderar medel för utveckling utöver förvaltning.
   1. b att kommunerna bidrar till finansieringen avseende stöd för systematisk uppföljning och analys av socialtjänstens kvalitet och resultat, genom t.ex. brukarundersökningar med 2,4 mkr årligen. Denna summa inkluderar medel för utveckling utöver förvaltning.
   1. c att kommunerna genom finansiering bidrar till nationell samordning och stöd för att utveckla kunskapsstyrning inom socialtjänstens verksamheter med 2,5 mkr årligen.
   1.d att Stora AU som utgörs av arbetsutskotten för SKL:s socialchefsnätverk, Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning i socialtjänsten (NSK-S) och nätverket för regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) tillsammans med SKL inledningsvis utgör en interimistisk styrgrupp för att leda arbetet.

2. **att** kostnaden fördelas per kommun utifrån beräkningsmodellen för SKL:s medlemsavgift. Medlemsavgiften baseras på befolkningen i respektive kommun. De fyra största kommunerna får en rabatt på 10 procent.

3. **att** en uttalad avsikt är att finansiering och organisering permanentas, där kommunerna så väl som staten bidrar långsiktigt.

4. **att** i en skrivelse informera kommunerna om rekommendation samt be dem meddela SKL sitt ställningstagande till det samlade förslaget senast den 15 juni 2019.

Medlen till de olika delarna kan vid behov och med god framförhållning omfördelas utifrån beslut i styrgruppen.

För att tjänsterna ovan ska kunna tillhandahållas nationellt med stöd av SKL från 2020 behöver merparten av kommunerna anta rekommendationen. Av ställningstagandet ska det framgå om rekommendationen antas eller inte.

Om merparten av kommunerna avstår från att anta rekommendationen kan SKL inte säkra att tjänsterna och stödet som SKL tillhandahåller kommer att kunna erbjudas nationellt framöver. Den föreslagna rekommendationen om gemensam finansiering med tillhörande ledning- och styrningsmodell kommer att gälla från 2020 förutsatt att tillräckligt många kommuner antar rekommendationen.

Uppföljning och analys

Nationella kvalitetsregister som kommunerna använder

Kvalitetsregister är en källa för uppföljningen av kvalitet och effektivitet inom kommunernas hälso- och sjukvård och en viktig del av kunskapsstyrningen. Genom att skapa långsiktighet och stabilitet ges möjlighet till utveckling av det nationellt gemensamma arbetet utifrån kommunernas och landstingens/regionernas behov.

Kommunerna skulle genom gemensam finansiering få ökat inflytande över vilka register de önskar finansiera samt om juridiska hinder undanröjs en eventuell utveckling av andra register för socialtjänstens verksamheter.

De kvalitetsregister som 2018 finansieras av stat och landsting/regioner och som kommunerna använder, och som därmed omfattas av förslaget är:

- Senior alert – kvalitetsregister för trycksår, munhälsa, benbrott, viktminskning samt blåsdysfunktion (används av 287 kommuner)
- Svenska palliativregistret – kvalitetsregister för verksamheter som vårdar personer i livets slut (används av 290 kommuner)
- BPSD-registret – kvalitetsregister för personer med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (används av 289 kommuner)
- SveDem – kvalitetsregister för en god demensvård (används av 63 kommuner)
- Rikssår – kvalitetsregister för svårläkta sår (används av 60 kommuner)

Beräknad kostnad årligen: 14,6 mkr inkl. utveckling.

Stöd till uppföljning och analys genom t.ex. brukarundersökningar och utveckling av gemensamma variabler för uppföljning av kvalitet och resultat

Brukarundersökningar är ett stöd för uppföljning och analys och är ett av flera verktyg, i kommunernas systematiska kvalitetsarbete.

De tjänster som omfattas av förslaget är för närvarande förvaltning och utveckling av nationella brukarundersökningar inom socialtjänsten:

1. Brukarundersökningar inom individ- och familjeomsorg:
    - myndighetsutövning inom social barn- och ungdomsvård, missbruks- och beroendevård samt ekonomiskt bistånd (143 kommuner är anmälda till 2018 års undersökning jämfört med 87 kommuner 2017. 50 av dem använder för första gången ett gemensamt webbenkätverktyg för undersökningen).

- ensamkommande barns boendesituation, d.v.s. om utförarverksamheter, både kommunala och privata aktörer (60 kommuner och åtta privata aktörer 2018 jämfört med 22 kommuner i pilotundersökningen 2017).

2. Brukarundersökning inom funktionshinderområdet:
   - utförarverksamheter inom LSS och socialpsykiatri, både kommunala och privata aktörer (hittills är 120 kommuner och sex privata aktörer anmälda för 2018 jämfört med 102 kommuner och åtta privata aktörer 2017).

Deltagande kommuner och privata utförare betalar idag en avgift för användningen av de webbenkätverktyg som används i undersökningarna. Ett mer ändamålsenligt och gemensamt webbenkätverktyg skulle behövas upphandlas för insamling och hantering av data i nationella undersökningar som genomförs från 2020 och framåt. Kostnader för upphandling, förvaltning, samordning, stöd och utveckling av brukarundersökningarna ingår i förslaget. Utöver det tillkommer en kostnad per enkät. 2018 är kostnaden per besvarad enkät inom funktionshinderområdet 30 kr. Samma prismodell används också för Nationell patientenkät (NPE), där landstingen/regionerna, utöver finansiering för förvaltning och utveckling av NPE, också betalar ett pris per enkät. Detta beroende på variationerna i antal patienter och omfattning av undersökningarna i olika landsting/regioner samt dess påverkan av arbetsinsats och kostnad för att administrera undersökningen. I dagsläget är priset per enkät i NPE drygt 17 kronor.

Beräknad kostnad årligen: 2,4 mkr inkl. utveckling.

Nationell samordning för gemensam utveckling av kunskapsstyrning

För att kunna tillhandahålla en mer jämlik, jämställd och evidensbaserad socialtjänst av hög kvalitet är det en förutsättning att landets kommuner arbetar tillsammans. Ett sådant samarbete är effektivt såväl ur ett ekonomiskt perspektiv som ur ett tidsperspektiv. Genom en nationell samordning och stöd från SKL kan kommunerna tillsammans med SKL generera ett mervärde för kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård.

För kommunerna innebär denna samordning inte bara en ökad effektivitet utan även att kommunerna får inflytande över den nationella samordningen. Den samordning som omfattas av förslaget innebär en vidareutveckling av:

- Samordning mellan kommuner, RSS, SKL och myndigheter (i Partnerskapet).
- Stöd till och utveckling av arbetet i NSK-S.
- Samordning av Huvudmannagruppen för huvudmännens talan med Rådet för styrning med kunskap.
- Förutsättningarna att arbeta evidensbaserat, så att kommunerna tillsammans med stöd av SKL kan utveckla ett gemensamt system för kunskapsstyrning inom socialtjänstens verksamheter.
- Samordning med landsting/regioners gemensamma system för kunskapsstyrning, i nuläget med fokus på de nationella programområden för psykisk hälsa samt barn och unga.

Samordningen och stödet som SKL kan erbjuda innebär att SKL planerar och tillsammans med medlemmarna bereder och genomför samordning, stöd och gemensam utveckling. Samordningen, stödet och utvecklingen av detta innebär behov av både fysiska och digitala möten. Att de olika nätverken som ansvarar för socialtjänstens kunskapsutveckling träffas och gemensam driver på frågan är en förutsättning för att ta steg framåt tillsammans. Kostnaden nedan inkluderar både personal och möteskostnader. I dag finansieras nationell samordning på det här området både av tillfällig gemensam finansiering från kommunerna och genom medlemsavgiften. Till exempel finansieras möten med utvecklingsledare inom de olika sakområdena kopplat till socialtjänstens kunskapsstyrning samt samordning av dessa genom medlemsavgiften.

Beräknad kostnad årligen: 2,5 mkr.

Bättre insatser för brukare och bättre förutsättningar för huvudmännen

Nedan redovisas exempel på resultat som har uppnåtts genom kvalitetsregister, nationella brukarundersökningar samt nationell samordning:

- Mellan 2009 och 2015 har läkningstiden för svårläkta sår minskat med 63 procent från 146 dagar i snitt till 53 dagar (Rikssår). En halvering av kostnaderna för behandling per läkt sår har skett.
- Mellan 2011 och 2015 minskade trycksåren från 14,3 procent till 7,5 procent (Senior alert).
- Brukarundersökningar har gett ett 100-tal kommuner förutsättningar att bedriva förbättringsarbete utifrån jämförbara mått och ny kunskap om hur brukarna upplever kvaliteten i verksamheterna. Ca 20 000 brukare har fått möjligheten att tala om hur de upplever kvaliteten i socialtjänstens verksamheter.
- NSK-S har inlett ett arbete med att på ett systematiskt sätt kartlägga kommunernas behov av kunskapsstöd.
- Kommunerna har genom NSK-S och Huvudmannagruppen påverkat de statliga myndigheternas arbete med kunskapsstyrning t.ex. avseende förvaltning och vidareutveckling av Kunskapsguiden.se och inledd förstudie avseende den kommunala hälso- och sjukvården.
- Kommunerna har genom NSK-S samverkat med landstingen/regionerna i kunskapsstyrningsfrågor inom områden där kommuner och landsting behöver agera gemensamt, t.ex. psykisk hälsa.

En önskan om medverkan från samtliga kommuner

Förslaget innebär att kommunerna långsiktigt (fyra år inledningsvis) säkerställer och gemensamt finansierar viktiga förutsättningar för att tillsammans kunna utveckla en mer kunskapsbaserad och jämlik socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård med stöd av SKL.

För att tjänsterna ovan ska kunna tillhandahållas nationellt med stöd av SKL behöver merparten av kommunerna anta rekommendationen. Om merparten av kommunerna avstår från att anta rekommendation kan SKL inte säkra att tjänsterna och stödet som SKL tillhandahåller kommer att kunna erbjudas nationellt framöver.

Ledning och styrning av det gemensamt finansierade delarna

Inledningsvis kommer en styrgrupp tillsättas bestående av Stora AU och SKL. Stora AU består av arbetsutskotten för nätverket för RSS, SKL:s socialchefsnätverk och NSK-S. Denna styrgrupp får mandat att föreslå en permanent styrmodell för de gemensamt finansierade delarna.

När det gäller styrning och ledning avseende de nationella kvalitetsregister som kommunerna använder bör kommunföreträdare inkluderas i den befintliga ledningsfunktionen som idag består av landstingen/regionerna och staten. Under förutsättning att kommunerna antar rekommendationen och tillser medel till de kvalitetsregister som de använder, kommer ledning och styrning för nationella kvalitetsregister kompletteras med det kommunala perspektivet och kompetensen.

Sveriges Kommuner och Landsting

Post: 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20
Telefon: 08-452 70 00
www.skl.se

Sveriges Kommuner och Regioner

MEDDELANDE FRÅN STYRELSEN NR 12/2022

Vårt ärendenr: 22/00731

2022-06-10

Kommunstyrelserna

Meddelande från styrelsen - Förlängd rekommendation kunskapsstyrning Socialtjänst 2024

Ärendenr: 22/00731

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har vid sammanträde den 10 juni 2022, beslutat

att förlänga rekommendation till kommunerna om gemensam finansiering av ett mer samlat system för kunskapsstyrning i socialtjänstens verksamheter till och med 2024.

att i en skrivelse informera kommunerna beslutet samt be dem meddela SKR sitt ställningstagande till förlängningen senast den 1 december 2022.

Bakgrund

Styrelsen för SKL (nuvarande SKR) beslutade vid sammanträde 14 december 2018:

1. Att rekommendera kommunerna att gemensamt, till SKL, finansiera viktiga förutsättningar för att arbeta evidensbaserat inom områdena uppföljning och nationell samordning till en kostnad av maximalt 19,5 mkr årligen, vilket innebär ca 1,95 kr/invånare i kommunen. Finansieringen gäller för fyra år (2020-2023).
2. Att kostnaden fördelas per kommun utifrån beräkningsmodellen för SKL:s medlemsavgift.
3. Att en uttalad avsikt från SKL:s styrelse är att finansiering och organisering permanentas, där kommunerna så väl som staten bidrar långsiktigt.

I kansliets arbete med att ta fram ett underlag för beslut om det gemensamma arbetet efter 2023 (punkt 3 ovan), har slutsatsen blivit att det är bättre att förlänga nuvarande rekommendation till och med 2024 så att SKR:s tillträdande styrelse kan fatta beslut om ett kommande långsiktigt arbetssätt.

Ytterligare skäl till förslag om förlängning av nuvarande rekommendation är att:

- Konsekvenserna av en ny socialtjänstlag kan tas med som utgångspunkt för det långsiktiga arbetssättet. En proposition om en ny socialtjänstlag kommer att läggas fram först efter årets val, och det är känt att den kommande lagstiftningen innehåller skrivningar som berör området kunskapsstyrning.

Sveriges Kommuner och Regioner
Post: 118 82 Stockholm, *Besök:* Hornsgatan 20
Tfn: växel 08-452 70 00, *Fax:* 08-452 70 50
Org nr: 222000-0315, info@skr.se, www.skr.se

Sveriges Kommuner och Regioner

2022-06-10

Vårt dnr
22/00731

- Förslag och beslut om en ny socialtjänstlag innebär också möjligheter till fördjupade diskussioner med staten om deras långsiktiga bidrag till kunskapsstyrningen i socialtjänsten.

Beslutet om förlängning innebär att deltagande kommuners finansiering för 2024 blir densamma som fastställdes i den ursprungliga rekommendationen, det vill säga 1,95 kr/inv i kommunen/år. Kostnaden för respektive kommun påverkas inte av antalet deltagande kommuner.

SKR:s kansli kommer senast den 1 september 2022 att återkomma om tillvägagångssätt för kommunerna att senast den 1 december 2022 meddela sitt ställningstagande inför 2024.

Överenskommelsen/rekommendationen redovisas i bilaga.

Sveriges Kommuner och Regioner

Carola Gunnarsson
Ställföreträdande ordförande

Tack för 2023!

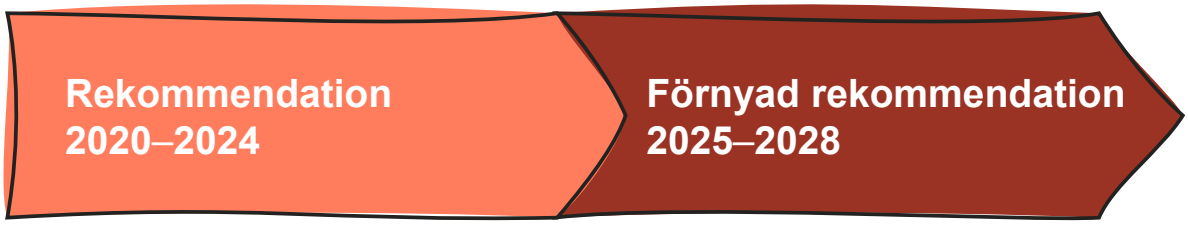
Tack för att din kommun är med och finansierar den gemensamma satsningen på en kunskapsbaserad socialtjänst under åren 2020–2024!

Med det här dokumentet vill vi summera vad som hänt under 2023 och glänta på dörren till 2024.

En kunskapsbaserad socialtjänst ger rätt stöd utifrån behov – tillsammans bidrar vi till jämlika levnadsvillkor!

En gemensam långsiktig satsning

SKR:s rekommendation om stöd för kunskapsbaserad socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.



stöd för en
tjänst

SKR samordnar och S-KiS styr och leder

- **S-KiS** (Styrgrupp för nationell kunskapsstyrning socialtjänst) beslutar om hur de gemensamma medlen fördelas och följer arbetet.
- Medlen från rekommendationen finansierar också ett **kansli på SKR** som arbetar med de områden som beskrivs i bildspelet.
- Kansliet bidrar med **processtöd** till S-KiS och nätverk, samt driver **utvecklingsarbeten** som S-KiS beslutat om.
- SKR:s arbete med **Partnerskapet till stöd för kunskapsstyrning i socialtjänsten** bedrivs inom ramen för rekommendationen.

ndividbaserad
ystematisk
ppföljning

ella
tsregister

Vad ingår?

verkan i
nationellt system
för kunskapsstyrning
i hälso- och sjukvård

Brukarundersökningar

Yrkesresan

Partnerskapet

Nationella kvalitetsregister 2023

Svenska Palliativregistret	Förberett för automatiserad informationsförsörjning. Projekt för informationsförsörjning ska implementeras 2024.
SveDem	Uppdaterat variablerna och vidare möjliggjort för uppföljning av vårdförlopp och andra kunskapsstöd.
BPSD-registret	Hållit fler utbildningar och säkerställt verksamhetsnära förbättringsarbeten.
Senior alert	Förbättrat användarinteraktionen för data som hämtas från journaler. Vidareutvecklat automatisk överföring från journal till kvalitetsregister. Påbörjat flera anslutningsprojekt för kommuner och journalleverantörer.
RiksSår	Möjliggjort för uppföljning av vårdförlopp och andra kunskapsstöd.

Brukarundersökningar

2023

- 54 894 brukarsvar
- 207 kommuner deltog
- 2 nya brukarundersökningar
- Ny leverantör

2024

- Undersöka möjligheterna till löpande undersökningar

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU)

ISU är att löpande beskriva och mäta individers problem, behov, insatser och resultat och sammanställa informationen på gruppnivå som stöd för verksamhetsutveckling.

2023

- Spridning av goda exempel
- Nationell uppföljning inom kvinnofrids-området
- Kostnadsfria webbinarier
- Uppföljning inom äldreomsorg och funktionshinder-området: Utbildning i ISU med koppling till IBIC

2024

- Större fokus på uppföljning med ny socialtjänstlag

Kommuner och regioner samverkar om kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård

2023

Kommuner har medverkat i 11 publicerade kunskapsstöd

Kommunal vice ordförande i NPO psykisk hälsa och Nationella primärvårdsrådet

Kommunerna samverkar för att besvara remisser ur kommunalt perspektiv

2024

Kommunal medverkan i utveckling av webbplatsen 1177 för vårdens medarbetare

Exempel på utvecklingsarbeten

Partnerskapet –
en arena för gemensamt utvecklingsarbete

Individbaserad systematisk uppföljning (ISU)

Lokala behov

Norm-brytande beteende

Kommunal hälso- och sjukvård

Kunskap och analys

NUSO: modell för jämförelse och analys av kommuners socialtjänst

En kunskapsbaserad socialtjänst ger rätt stöd utifrån behov – tillsammans bidrar vi till jämlika levnadsvillkor!

Kommun	Befolkning 31 dec 2023	Faktura 1, kvalitetsregister, ex moms	Faktura 2, förfogandemedel, ex moms	Totalt ex moms
ALE	32446	18 950	42 638	61 588
ALINGSÅS	42382	24 753	55 695	80 448
ALVESTA	20040	11 704	26 335	38 039
ANEBY	6852	4 002	9 004	13 006
ARBOGA	14002	8 178	18 400	26 578
ARJEPLOG	2609	1 524	3 429	4 952
ARVIDSJAUR	6113	3 570	8 033	11 604
ARVIKA	25682	15 000	33 749	48 749
ASKERSUND	11478	6 704	15 083	21 787
AVESTA	22753	13 289	29 900	43 189
BENGTSFORS	9138	5 337	12 008	17 345
BERG	7140	4 170	9 383	13 553
BJURHOLM	2348	1 371	3 086	4 457
BJUV	15968	9 326	20 984	30 310
BODEN	27943	16 320	36 720	53 041
BOLLEBYGD	9733	5 685	12 790	18 475
BOLLNÄS	26414	15 427	34 711	50 138
BORGHOLM	10748	6 277	14 124	20 402
BORLÄNGE	51735	30 216	67 986	98 202
BORÅS	114592	66 928	150 588	217 515
BOTKYRKA	95592	55 831	125 619	181 450
BOXHOLM	5523	3 226	7 258	10 484
BROMÖLLA	12498	7 299	16 424	23 723
BRÄCKE	6099	3 562	8 015	11 577
BURLÖV	19844	11 590	26 077	37 667
BÅSTAD	15912	9 293	20 910	30 204
DALS-ED	4606	2 690	6 053	8 743
DANDERYD	32419	18 934	42 602	61 537
DEGERFORS	9357	5 465	12 296	17 761
DOROTEA	2339	1 366	3 074	4 440
EDA	8499	4 964	11 169	16 133
EKERÖ	28808	16 825	37 857	54 683
EKSJÖ	17750	10 367	23 326	33 693
EMMABODA	9056	5 289	11 901	17 190
ENKÖPING	48292	28 205	63 461	91 667
ESKILSTUNA	107468	62 767	141 226	203 993
ESLÖV	34775	20 310	45 699	66 009
ESSUNGA	5656	3 303	7 433	10 736
FAGERSTA	13222	7 722	17 375	25 098
FALKENBERG	47108	27 514	61 906	89 419
FALKÖPING	32991	19 268	43 354	62 623
FALUN	59986	35 035	78 829	113 864
FILIPSTAD	10034	5 860	13 186	19 046
FINSPÅNG	21694	12 670	28 509	41 179
FLEN	15668	9 151	20 590	29 741
FORSHAGA	11538	6 739	15 162	21 901
FÄRGELANDA	6434	3 758	8 455	12 213

GAGNEF	10430	6 092	13 706	19 798
GISLAVED	29014	16 946	38 128	55 074
GNESTA	11520	6 728	15 139	21 867
GNOSJÖ	9246	5 400	12 150	17 551
GOTLAND	61029	35 644	80 199	115 844
GRUMS	9057	5 290	11 902	17 192
GRÄSTORP	5563	3 249	7 310	10 560
GULLSPÅNG	5119	2 990	6 727	9 717
GÄLLIVARE	17330	10 122	22 774	32 895
GÄVLE	103532	60 468	136 053	196 522
GÖTEBORG	604616	317 815	715 084	#######
GÖTENE	13218	7 720	17 370	25 090
HABO	13275	7 753	17 445	25 198
HAGFORS	11536	6 738	15 160	21 897
HALLSBERG	16232	9 480	21 331	30 811
HALLSTAHAMMAR	16654	9 727	21 885	31 612
HALMSTAD	105796	61 790	139 029	200 819
HAMMARÖ	16940	9 894	22 261	32 155
HANINGE	99751	58 260	131 085	189 345
HAPARANDA	9177	5 360	12 060	17 420
HEBY	14343	8 377	18 848	27 225
HEDEMORA	15345	8 962	20 165	29 127
HELSINGBORG	151306	88 371	198 834	287 205
HERRLJUNGA	9441	5 514	12 407	17 921
HJO	9258	5 407	12 166	17 573
HOFORS	9374	5 475	12 319	17 793
HUDDINGE	113920	66 535	149 704	216 240
HUDIKSVALL	37645	21 987	49 470	71 457
HULTSFRED	13883	8 108	18 244	26 352
HYLTE	10299	6 015	13 534	19 549
HÅBO	22974	13 418	30 191	43 609
HÄLLEFORS	6495	3 793	8 535	12 329
HÄRJEDALEN	10145	5 925	13 332	19 257
HÄRNÖSAND	24654	14 399	32 398	46 798
HÄRRYDA	39875	23 289	52 401	75 690
HÄSSLEHOLM	52241	30 512	68 651	99 162
HÖGANÄS	28193	16 466	37 049	53 515
HÖGSBY	5438	3 176	7 146	10 322
HÖRBY	15585	9 102	20 481	29 583
HÖÖR	17376	10 149	22 834	32 983
JOKKMOKK	4728	2 761	6 213	8 975
JÄRFÄLLA	86330	50 421	113 448	163 869
JÖNKÖPING	146161	85 366	192 073	277 439
KALIX	15547	9 080	20 431	29 511
KALMAR	72304	42 229	95 016	137 245
KARLSBORG	7061	4 124	9 279	13 403
KARLSHAMN	31996	18 687	42 047	60 734
KARLSKRONA	66420	38 793	87 284	126 077
KARLSTAD	97233	56 789	127 776	184 565
KATRINEHOLM	34324	20 047	45 106	65 153

KIL	12085	7 058	15 881	22 939
KINDA	9992	5 836	13 131	18 967
KIRUNA	22433	13 102	29 480	42 582
KLIPPAN	17723	10 351	23 290	33 641
KNIVSTA	20714	12 098	27 221	39 319
KRAMFORS	17631	10 297	23 169	33 467
KRISTIANSTAD	86560	50 556	113 750	164 306
KRISTINEHAMN	23817	13 910	31 298	45 209
KROKOM	15595	9 108	20 494	29 602
KUMLA	22516	13 151	29 589	42 739
KUNGSBACKA	85653	50 026	112 558	162 584
KUNGSÖR	8643	5 048	11 358	16 406
KUNGÄLV	49785	29 077	65 423	94 501
KÄVLINGE	32430	18 941	42 617	61 558
KÖPING	25978	15 173	34 138	49 311
LAHOLM	26565	15 515	34 910	50 425
LANDSKRONA	47134	27 529	61 940	89 468
LAXÅ	5497	3 211	7 224	10 434
LEKEBERG	8606	5 026	11 309	16 336
LEKSAND	16043	9 370	21 082	30 452
LERUM	43706	25 527	57 435	82 962
LESSEBO	8342	4 872	10 962	15 835
LIDINGÖ	48324	28 224	63 504	91 727
LIDKÖPING	40539	23 677	53 273	76 950
LILLA EDET	14426	8 426	18 957	27 383
LINDESBERG	23292	13 604	30 608	44 212
LINKÖPING	167404	97 773	219 989	317 762
LJUSDAL	18538	10 827	24 361	35 188
LJUSNARSBERG	4407	2 574	5 791	8 365
LOMMA	24627	14 383	32 363	46 746
LUDVIKA	26402	15 420	34 695	50 116
LULEÅ	79352	46 346	104 278	150 624
LUND	130288	76 095	171 214	247 309
LYCKSELE	12213	7 133	16 049	23 182
LYSEKIL	13969	8 159	18 357	26 516
MALMÖ	362133	190 354	428 297	618 652
MALUNG	10260	5 992	13 483	19 475
MALÅ	2990	1 746	3 929	5 676
MARIESTAD	24647	14 395	32 389	46 784
MARK	35287	20 609	46 371	66 981
MARKARYD	10076	5 885	13 241	19 126
MELLERUD	9165	5 353	12 044	17 397
MJÖLBY	28576	16 690	37 552	54 242
MORA	20536	11 994	26 987	38 981
MOTALA	43728	25 539	57 464	83 003
MULLSJÖ	7577	4 425	9 957	14 382
MUNKEDAL	10502	6 134	13 801	19 935
MUNKFORS	3669	2 143	4 822	6 964
MÖLNDAL	70534	41 196	92 690	133 886
MÖNSTERÅS	13134	7 671	17 260	24 931

MÖRBYLÅNGA	16144	9 429	21 215	30 644
NACKA	110633	64 616	145 385	210 000
NORA	10627	6 207	13 965	20 172
NORBERG	5517	3 222	7 250	10 472
NORDANSTIG	9370	5 473	12 313	17 786
NORDMALING	7033	4 108	9 242	13 350
NORRKÖPING	145163	84 783	190 762	275 544
NORRTÄLJE	65770	38 413	86 430	124 843
NORSJÖ	3924	2 292	5 157	7 448
NYBRO	20145	11 766	26 473	38 239
NYKVARN	12107	7 071	15 910	22 981
NYKÖPING	58200	33 992	76 482	110 474
NYNÄSHAMN	30311	17 703	39 832	57 536
NÄSSJÖ	31648	18 484	41 589	60 073
OCKELBO	5758	3 363	7 567	10 930
OLOFSSTRÖM	13061	7 628	17 164	24 792
ORSA	6908	4 035	9 078	13 113
ORUST	15333	8 955	20 149	29 105
OSBY	13106	7 655	17 223	24 877
OSKARSHAMN	26918	15 722	35 373	51 095
OVANÅKER	11525	6 731	15 145	21 876
OXELÖSUND	12106	7 071	15 909	22 979
PAJALA	5871	3 429	7 715	11 144
PARTILLE	40730	23 788	53 524	77 313
PERSTORP	7323	4 277	9 623	13 900
PITEÅ	42344	24 731	55 645	80 376
RAGUNDA	5135	2 999	6 748	9 747
ROBERTSFORS	6740	3 937	8 857	12 794
RONNEBY	29021	16 950	38 137	55 087
RÄTTVIK	11042	6 449	14 511	20 960
SALA	22853	13 347	30 032	43 379
SALEM	17451	10 192	22 933	33 125
SANDVIKEN	38628	22 561	50 762	73 323
SIGTUNA	52529	30 680	69 029	99 709
SIMRISHAMN	18962	11 075	24 918	35 993
SJÖBO	19437	11 352	25 543	36 895
SKARA	18654	10 895	24 514	35 409
SKELLEFTEÅ	76542	44 705	100 585	145 290
SKINNSKATTEBERG	4348	2 539	5 714	8 253
SKURUP	16861	9 848	22 157	32 005
SKÖVDE	57763	33 737	75 907	109 644
SMEDJEBACKEN	10913	6 374	14 341	20 715
SOLLEFTEÅ	18523	10 818	24 341	35 160
SOLLENTUNA	76790	44 849	100 911	145 761
SOLNA	85426	49 893	112 260	162 153
SORSELE	2387	1 394	3 137	4 531
SOTENÄS	9052	5 287	11 895	17 182
STAFFANSTORP	27152	15 858	35 681	51 539
STENUNGSUND	27862	16 273	36 614	52 887
STOCKHOLM	988943	519 836	1 169 630	########

STORFORS	3801	2 220	4 995	7 215
STORUMAN	5621	3 283	7 387	10 670
STRÄNGNÄS	38917	22 730	51 142	73 871
STRÖMSTAD	13476	7 871	17 709	25 580
STRÖMSUND	11113	6 491	14 604	21 094
SUNDBYBERG	55912	32 656	73 475	106 131
SUNDSVALL	99213	57 946	130 378	188 323
SUNNE	13366	7 806	17 565	25 371
SURAHAMMAR	9934	5 802	13 054	18 856
SVALÖV	14544	8 494	19 113	27 607
SVEDALA	23470	13 708	30 842	44 550
SVENLJUNGA	10759	6 284	14 139	20 422
SÄFFLE	15011	8 767	19 726	28 493
SÄTER	11243	6 567	14 775	21 341
SÄVSJÖ	11668	6 815	15 333	22 148
SÖDERHAMN	24858	14 518	32 666	47 185
SÖDERKÖPING	14867	8 683	19 537	28 220
SÖDERTÄLJE	102519	59 877	134 722	194 599
SÖLVESBORG	17475	10 206	22 964	33 171
TANUM	12865	7 514	16 906	24 420
TIBRO	11332	6 618	14 892	21 510
TIDAHOLM	12839	7 499	16 872	24 371
TIERP	21193	12 378	27 850	40 228
TIMRÅ	17540	10 244	23 050	33 294
TINGSRYD	12155	7 099	15 973	23 072
TJÖRN	16146	9 430	21 218	30 648
TOMMELILLA	13660	7 978	17 951	25 929
TORSBY	11387	6 651	14 964	21 614
TORSÅS	7002	4 090	9 201	13 291
TRANEMO	11883	6 940	15 616	22 556
TRANÅS	18755	10 954	24 646	35 600
TRELLEBORG	46936	27 413	61 680	89 093
TROLLHÄTTAN	59073	34 502	77 629	112 131
TROSA	14885	8 694	19 561	28 254
TYRESÖ	49173	28 720	64 619	93 339
TÄBY	76738	44 819	100 843	145 662
TÖREBODA	9141	5 339	12 012	17 351
UDDEVALLA	57045	33 317	74 964	108 281
ULRICEHAMN	25087	14 652	32 967	47 619
UMEÅ	133091	77 732	174 897	252 630
UPPLANDS VÄSBY	50110	29 267	65 851	95 117
UPPLANDS-BRO	32453	18 954	42 647	61 601
UPPSALA	245329	128 957	290 152	419 109
UPPVIDINGE	9263	5 410	12 173	17 583
VADSTENA	7434	4 342	9 769	14 111
VAGGERYD	14811	8 650	19 463	28 114
VALDEMARSVIK	7541	4 404	9 910	14 314
VALLENTUNA	35076	20 486	46 094	66 580
VANSBRO	6728	3 930	8 841	12 771
VARA	16066	9 383	21 113	30 496

VARBERG	68325	39 905	89 787	129 693
VAXHOLM	11817	6 902	15 529	22 431
VELLINGE	37738	22 041	49 592	71 633
VETLANDA	27498	16 060	36 136	52 196
VILHELMINA	6263	3 658	8 230	11 888
VIMMERBY	15461	9 030	20 318	29 348
VINDELN	5461	3 190	7 176	10 366
VINGÅKER	8856	5 172	11 638	16 810
VÅRGÅRDA	12384	7 233	16 274	23 507
VÄNERSBORG	40012	23 369	52 581	75 950
VÄNNÄS	9059	5 291	11 905	17 196
VÄRMDÖ	46637	27 238	61 287	88 525
VÄRNAMO	34601	20 209	45 470	65 679
VÄSTERVIK	36434	21 279	47 879	69 158
VÄSTERÅS	159662	93 251	209 815	303 066
VÄXJÖ	97574	56 988	128 224	185 212
YDRE	3637	2 124	4 779	6 904
YSTAD	31911	18 638	41 935	60 573
ÅMÅL	12006	7 012	15 777	22 789
ÅNGE	9109	5 320	11 970	17 290
ÅRE	12464	7 280	16 379	23 659
ÅRJÄNG	9893	5 778	13 001	18 779
ÅSELE	2718	1 587	3 572	5 159
ÅSTORP	16458	9 612	21 628	31 240
ÅTVIDABERG	11460	6 693	15 060	21 753
ÄLMHULT	17932	10 473	23 565	34 038
ÄLVDALEN	6929	4 047	9 106	13 152
ÄLVKARLEBY	9572	5 591	12 579	18 169
ÄLVSBYN	7783	4 546	10 228	14 773
ÄNGELHOLM	44866	26 204	58 959	85 163
ÖCKERÖ	12819	7 487	16 846	24 333
ÖDESHÖG	5279	3 083	6 937	10 020
ÖREBRO	159348	93 068	209 402	302 470
ÖRKELLJUNGA	10433	6 093	13 710	19 804
ÖRNSKÖLDSVIK	55478	32 402	72 905	105 307
ÖSTERSUND	64881	37 894	85 261	123 155
ÖSTERÅKER	49282	28 783	64 762	93 546
ÖSTHAMMAR	22172	12 950	29 137	42 086
ÖSTRA GÖINGE	14331	8 370	18 833	27 203
ÖVERKALIX	3162	1 847	4 155	6 002
ÖVERTORNEÅ	4088	2 388	5 372	7 760

region västerbotten

Minnesanteckningar

Delegationen för social välfärd och hälsa

Sammanträdesdatum
2024-02-21

Plats och tid	Digitalt kl. 09:00-12:00
Protokollet omfattar	§§1-13
Beslutande ledamöter	Carin Nilsson (S) (ordförande) Gunilla Forsberg (KD) Kerstin Sjöström (C) §§ 6-13 Magnus Eriksson (S) Iosif Karambotis (S) Ulla Norrman (S) Matz Jonsson (S) Bo-Anders Johansson (S)
Övriga närvarande	Jonathan Lundberg (nämndsekreterare/utredare) Monika Wahlström (enhetschef FoU Socialtjänst) Mona-Lisa Fjellström (samordnare kommunsamverkan) Anna Duveskog (regional administratör Yrkesresan) § 7 Lena Lundqvist (regional processledare Vård- och omsorgscollege) § 7-8
Sekreterare	Jonathan Lundberg
Ordförande	Carin Nilsson (S)
Justerande	Iosif Karambotis (S)

ÄRENDELISTA

§ 1	Fastställande av ärendelistan
§ 2	Anmälan av protokoll
§ 3	Information om skrivelse riktad till Socialdepartementet
§ 4	Information om ny socialtjänstlag
§ 5	Aktuellt inom verksamhetsområdet social välfärd och hälsa
§ 6	Skärpta försörjningskrav vid arbetskraftsinvandring
§ 7	Information om Yrkesresan
§ 8	Information om vård- och omsorgscollege
§ 9	Regionstyrelsen i Västerbottens beslut om avgiftsfrihet för vaccination mot covid-19
§ 10	Utvärdering av överenskommelsen om samverkan för regional utveckling 2023-2026
§ 11	Verksamhetsplan för samverkan inom regional utveckling 2024-2025
§ 12	Kurser och konferenser
§ 13	Övriga frågor

§ 1 Fastställande av ärendelistan

Sammanfattning

Delegationen för social välfärd och hälsa har att fastställa ärendelistan.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa fastställer ärendelistan.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa fastställer ärendelistan.

§ 2 Anmälan av protokoll

Sammanfattning

Aktuella protokoll och minnesanteckningar anmälds från det senaste sammanträdet av delegationen för social välfärd och hälsa samt primärkommunala delegationen.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar protokollen och lägger dem till handlingarna.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar protokollen och lägger dem till handlingarna.

Beslutsunderlag

- Minnesanteckningar DSH 2023-10-19, sign
- Protokoll PKD AU 2024-02-08, sign

§ 3 Information om skrivelse riktad till Socialdepartementet

Sammanfattning

Den 7 september 2023 informerades delegationen för social välfärd och hälsa om en skrivelse riktad till Socialdepartementet. Den skrivelse som insänts av Västerbottens och Norrbottens socialchefer till Socialdepartementet, med utgångspunkt i IVO:s stora äldreomsorgsgranskning, har fått ett svar från Socialdepartementet. Monica Wahlström, enhetschef FoU Socialtjänst informerar om svaret.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslutsunderlag

- Bilaga Skrivelse till Socialdepartementet angående IVO, från Västerbotten och Norrbotten
- Svar från Socialdepartementet på skrivelse från Socialchefer i Norrbotten och Västerbotten 2024-01-19

§ 4 Information om ny socialtjänstlag

Sammanfattning

Monica Wahlström, enhetschef FoU Socialtjänst, och Elisabet Höög, FoU Socialtjänst, informerar om nuläget gällande ny socialtjänstlag samt planeringen för omställningsarbete.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

§ 5 Aktuellt inom verksamhetsområdet social välfärd och hälsa

Sammanfattning

Delegationen för social välfärd och hälsa informeras om aktuella frågor inom verksamhetsområdet. Monica Wahlström, enhetschef FoU Socialtjänst, informerar om följande:

- Avstämning samjuklighetsutredningen

- Information om ny överenskommelse gällande Nära Vård

- Uppdrag psykisk ohälsa, ny överenskommelse och ny inriktning

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslutsunderlag

- Bilaga Sammanfattning av prioriterade områden Länsgemensamma medel UPH 2024

§ 6 Skärpta försörjningskrav vid arbetskraftsinvandring

Sammanfattning

Regeringen har gått ut med att försörjningskrav för arbetskraftsinvandrare skärps. För att en person ska kunna påbörja en anställning via arbetsinvandring krävs ett arbetstillstånd från Migrationsverket. Ett av kraven är kopplat till försörjning, vilket idag innebär en inkomst på 13 000 kronor i månaden. Regeringen har nu aviserat att försörjningskravet höjs till 26 560 kronor och att detta börjar gälla från 1 november 2023.

Att hitta rätt kompetens är en av de största utmaningarna som Sverige står inför. Regeringens skärpta krav försvårar rekrytering och möjligheterna att klara kompetensbehoven i välfärden. Delegationen för social välfärd och hälsas ledamöter ges möjlighet att föra en diskussion kring vilken påverkan detta kan få på verksamheterna ute i länets kommuner.

Monica Wahlström, enhetschef FoU Socialtjänst samt ordförande Carin Nilsson (S) återkopplar angående förslag till skrivelse och delegationens ledamöter ges möjlighet att diskutera frågan.

Delegationen för social välfärd och hälsas behandling av ärendet 19 oktober
Delegationens ledamöter delar med sig av hur många individer det kan handla om i respektive kommun, och redogör för vilka konsekvenser detta kan få. I det fall en skrivelse planeras kring detta ärende är delegationen intresserad av att se ett utkast och ges möjlighet att göra inspel, med målsättningen att delegationen därefter kan ställa sig bakom skrivelsen.

Delegationen uppdrar till förvaltningen att tillsammans med Carin Nilsson (S) se över möjligheten att författa en skrivelse angående de skärpta försörjningskraven. Skrivelsen ska sedan godkännas av övriga ledamöter.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslutsunderlag

- Utkast skrivelse ang. försörjningsstöd 2024-02

§ 7 Information om Yrkesresan

Sammanfattning

Anna Duveskog, FoU Socialtjänst, informerar delegationen för social välfärd och hälsa om nuläget i arbetet med Yrkesresan.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

§ 8 Information om vård- och omsorgscollege

Sammanfattning

Lena Lundqvist, samordnare, informerar delegationen för social välfärd och hälsa om vård- och omsorgscollege.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

§ 9 Regionstyrelsen i Västerbottens beslut om avgiftsfrihet för vaccination mot covid-19

Sammanfattning

Monica Wahlström, enhetschef FoU Socialtjänst informerar om regionstyrelsens beslut att dra in ersättning för Covid-vaccinationer till kommunerna.

Tidigare beslut om avgiftsfrihet vid vaccinering mot covid-19 gäller tom sista mars 2024. Regionen har tidigare fått riktad ersättning av staten för att kunna erbjuda kostnadsfri vaccinering till hälso- och sjukvårdspersonal och invånare. Något sådant riktat statsbidrag betalas inte ut för 2024 men vaccinet mot covid-19 kommer under 2024 kommer fortfarande att vara kostnadsfritt för regionen, då detta ersätts från statligt håll.

I regionstyrelsen beslutades att;

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige besluta att;
Region Västerbotten följer Folkhälsomyndigheten beslutade rekommendation om påfyllnadsdos mot covid 19.

Avgiftsfrihet gäller för personer som rekommenderas vaccin av Folkhälsomyndigheten och för övriga hanteras vaccination mot covid-19 som annan vaccination och personen ska då betala besökskostnad.

Ingen särskild ersättning utgår till kommunerna utifrån samma princip som regeringen har mot regionerna.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Ärendets behandling under sammanträdet

Carin Nilsson (S) föreslår att delegationen delegerar till ordförande Carin Nilsson (S) att lyfta frågan om ärendets hantering till Samråd vård och omsorg. Inför samrådets möte kommer frågan att beredas i länssamverkansgruppen.

Inga motförslag föreligger.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa delegerar till ordförande Carin Nilsson (S) att lyfta frågan om ärendets hantering till Samråd vård och omsorg. Inför samrådets möte kommer frågan att beredas i länssamverkansgruppen.

Beslutsunderlag

- Covidvaccionationer Region Västerbotten Beslut Regionstyrelsen 2024-02-06

§ 10 Utvärdering av överenskommelsen om samverkan för regional utveckling 2023-2026

Sammanfattning

I överenskommelsen om samverkan för regional utveckling 2023-2026 anges det att den ska följas upp genom löpande utvärdering. Överenskommelsen ska aktualitetsprövas under 2024 och 2026. Vid prövningen ska det föras dialog kring överenskommelsen i sin helhet, vad gäller arbetsformer och resultat samt dess finansiering och struktur. Prövningen avgränsas och gäller inte samverkansresultat och effekter på den regionala utvecklingen. Detta följs upp och utvärderas inom ramen för arbetet med den regionala utvecklingsstrategin och kommunernas egen verksamhetsuppföljning.

Vid sitt sammanträde den 8 februari godkände primärkommunala delegationens arbetsutskott genomförandet av utvärdering 2024 av överenskommelsen om samverkan för regional utveckling 2023-2026.

Mona-Lisa Fjellström, samordnare regional utveckling stab, informerar delegationen för social välfärd och hälsa om planen för genomförande av utvärderingen.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse utvärdering samverkan 2024
- Överenskommelse om samverkan för regional utveckling 2023–2026

§ 11 Verksamhetsplan för samverkan inom regional utveckling 2024-2025

RUN 68-2024

Sammanfattning

För år 2023 fanns det en verksamhetsplan och ett planeringsunderlag till verksamhetsplanen som mer detaljerat visade på ansvarsfördelning och rollerna mellan tjänstepersonsnätverk och politiska delegationer. För att säkerställa delaktighet får alla nätverk och delegationer inom samverkansstrukturen möjlighet att komma med inspel till verksamhetsplanen.

Delegationen kom med inspel till verksamhetsplanen under våren 2023.

Mona-Lisa Fjellström, samordnare regional utveckling stab, informerar delegationen för social välfärd och hälsa om verksamhetsplanen för 2024.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Ärendets behandling under sammanträdet

Carin Nilsson (S) föreslår att delegationen lämnar inspel att till verksamhetsplan 2024-2025 läggs till ett fokusområde *Omställning till ny socialtjänstlag*.

Inga motförslag föreligger.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar informationen.

Delegationen för social välfärd och hälsa lämnar inspel att till verksamhetsplan 2024-2025 läggs till ett fokusområde *Omställning till ny socialtjänstlag*.

Beslutsunderlag

- Verksamhetsplan samverkan inom regional utveckling 2023, fastställd av PKD 230316

§ 12 Kurser och konferenser

Sammanfattning

Delegationen för social välfärd och hälsa informeras om eventuella kurser och konferenser som anmälts till sammanträdet. Anmälda kurser och konferenser nedan:

- Aktuell Socialpolitik 14-16 maj i Piteå

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar aktuella kurser och konferenser.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar aktuella kurser och konferenser.

§ 13 Övriga frågor

Sammanfattning

Delegationens ledamöter har möjlighet att anmäla övriga frågor till detta eller till kommande sammanträden. Frågan ska anmälas inledningsvis under punkten fastställande av ärendelistan.

Förslag till beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar eventuella övriga frågor.

Beslut

Delegationen för social välfärd och hälsa noterar eventuella övriga frågor.

Det här dokumentet är elektroniskt underskrivet. Var vänlig verifiera dokumentet på:
https://sign.regionvasterbotten.se/validate/

Den här sidan är tillagd av Region Västerbottens signeringstjänst.

Regional samverkan

Ett samarbete mellan kommunerna
i Västerbotten och Region Västerbotten

Protokoll Länssamverkansgruppen

Dnr. HSN 49-1-2024
Datum och tid: 20240223 kl. 08.15 – 12.00
Plats: Teams
Ärenden: 1 – 13

Närvarande
Isabell Zemrén, ordförande, Region Västerbotten
Pernilla Henriksson, vice ordförande tillika justerare, Umeå kommun
Gaby Bisping, Dorotea kommun
Pernilla Ahlström, Lycksele kommun
John Olsson, Malå kommun
Susanne Westerbring, Nordmalings kommun, ersätter Andreas Witt
Hanna Mattsson, Norsjö kommun
Jhonas Nilsson, Robertsfors kommun
Sara Johansson, Sorsele kommun
Helena Steen, Storumans kommun
Jim Lindberg, Vindelns kommun
Annelie Johansson, Vännäs kommun, ersätter Ulrica Westerlund
Ida Lestander, Region Västerbotten
Anna-Maria Stenlund, Region Västerbotten
Camilla Andersson, Region Västerbotten
Christer Wilhelmsson, Region Västerbotten
David Isaksson, ordf. Beredning barn/unga
Carolina Forsell, ordf. Hjälpmedelsrådet
Gabriella Skantz Eikelboom ordf. Beredning vuxna/äldre
Ständigt adjungerade
Monica Wahlström FoU Socialtjänst
Gunilla Larsson Region Västerbotten
Frånvarande
Ingela Pettersson, Bjurholms kommun
Andreas Witt, Nordmalings kommun
Katarzyna Wikström, Skellefteå kommun
Ana-Maria Deliv, Skellefteå kommun
Karolina Lundqvist, Umeå kommun
Jenny Örnberg, Vilhelmina kommun
Ulrica Westerlund, Vännäs kommun
Eva-Lena Johansson, Åsele kommun
Övriga tjänstepersoner
Katarina Lindahl, regional samverkanskoordinator
Britta Edström, regional samverkanskoordinator

Contract Signature Referensnummer: TT6729SE

1. Godkännande av dagordning

Länssamverkansgruppen godkände dagordningen.

2. Föregående protokoll

Beslutsärende

- Formalia till protokollet: Alla kommuner har fattat beslut om interimslösning efter PRATOR:s upphörande
- Nytt avtal vårdhygien: frågan kommer upp 19 april
- Samverkan vid utskrivning – skriftlig information
- Nytt kommunikationskit färdplanen: https://www.regionvasterbotten.se/nara-vard/framtidsbilden-nara-vard-2030

Föregående protokoll lades till handlingarna.

3. Nulägesuppdatering från beredningarna

Informationsärende

Ordföranden från beredningarna gav en kort nulägesinformation om pågående och planerade arbeten.

- David Isaksson, Lycksele kommun, ordförande Beredning barn och unga.
  Arbete pågår med att ta fram en större samverkansmodell mellan skolan, socialtjänst och Regionen, där rutiner och överenskommelser samlas och synkas. SAMSSS-rutinen ska revideras. UPH-medel har sökts för fortsatta utbildningsinsatser för arbetet med barn och unga med sexuell beteendeproblematik. Beredningen har medverkat i en nationell konferens med anledning av HLT-arbetet, vilket väcker stort intresse i andra delar i landet. Arbete pågår med att få med skolchefsnätverk och elevhälsochefsnätverk i förankring av frågor, liksom att öka spridning och verkställighet av beslut i samverkan.
- Gabriella Skantz Eikelboom, Region Västerbotten, ordförande Beredning vuxna och äldre
  Arbetet med fasta kontakter och patientkontrakt har följts upp. Initiativ har tagits för att hantera kompetensutmaningen i samverkan. I de flesta verksamheter har det gått över förväntan under sommaren, med framgångsfaktorer som beredskap, framförhållning, samarbete och innovativt tänkande. Beredningen har även arbetat vidare med Färdplan Nära vård 2030 i Västerbotten och dess betydelse för beredningens arbete. Ett förslag utifrån uppföljningen av samverkan om att dela upp beredningen har diskuterats, men beslutet är att behålla den i sin nuvarande form, och fortsätta se över arbetsprocesser och sammansättning.
- Carolina Forsell, Region Västerbotten, ordförande Hjälpmedelsrådet
  Utifrån uppföljning av samverkan jobbar Hjälpmedelsrådet med de uppdrag rådet fick: Referensgrupp av förskrivare och rådets sammansättning, samt digital kommunikationsyta. Hälsofrämjande och förebyggande arbete och samordning mellan vårdgivare är andra viktiga frågor.

Contract Signature Referensnummer: TT6729SE

4. Sammanhållen informationsöverföring

Informationsärende
Föredragande: André Forslöf och Sara Winqvist
Nuvarande system för sammanhållen informationsöverföring, Prator, kommer att upphöra 2024-12-31 och måste ersättas. Länssamverkansgruppen beslutade under hösten att rekommendera en interimslösning tills en mer permanent lösning finns att tillgå. Sedan senaste mötet i Länssamverkansgruppen har arbete med underlag för upphandling genomförts och anbudstiden löpte ut den 22 februari. Sedan november har fem avstämningar genomförts med arbetsgruppen. De aktiviteter som genomförts är bland annat att titta över gruppens sammansättning, påbörjat arbetet med att se över vad som behöver göras i respektive organisation. Driftstoppet av Prator de senaste veckorna har medfört att arbetet med nytt system för sammanhållen informationsöverföring pausats då stor del av regionens och kommunernas resurser varit upptagna med manuell hantering vid utskrivning av patienter.

Mötet poängterade vikten av att kommunerna involveras i alla delar i processen, och att det är viktigt att göra riskanalyser i ett tidigt skede. Det finns planer på att använda sig av en referensgrupp för att säkerställa att kommunernas perspektiv tillvaratas. Det finns redan upprättade kontaktvägar i och med Prator-nätverket. Förhandlingar pågår och eventuellt kan Prator förlängas under första kvartalet 2025, vilket skulle underlätta övergången till ett nytt system.

5. Nytt år i samverkan

Beslutsärende
Året i samverkan 2023
En uppföljning av en regionala samverkansstrukturen gjordes under 2023. Uppföljningen visar att samverkan har utvecklats i positiv riktning, med bättre tillit, relationer och samtalsklimat. Fler frågor kommer till avslut, med västerbottningens hälsa som huvudfokus. Färdplan Nära vård 2030 i Västerbotten har fastställts av alla huvudmän, liksom länsgemensam hjälpmedelsstrategi. Utvecklingen har fortsatt av arbetet med nytänkande styrning för den nära vården och ramverk för uppföljning. Det första fysiska ledningsseminariet genomfördes i Lycksele med ca 70 deltagare och var en mycket uppskattad dag. Det finns mycket att vara stolt över i Västerbotten; vilja, engagemang, kunskap och samverkan. Nu gäller det att hålla i och hålla ut och fortsätta den fina utvecklingen under 2024. Trygghet, Tillgänglighet, Tillsammans – med sikte på 2030 och bortom.

Årshjul 2024
Ett årshjul skapar förutsättningar för framförhållning och en struktur över året och underlättar i planeringen av och prioritering inför mötena. Det ger en överblick och bidrar till transparens och underlättar progress och förankring. Årshjulet omfattar stora och/eller återkommande frågor och det ska alltid finnas utrymme att lyfta in nya frågor. Det finns förslag på ett extra systemledningsmöte den 3 maj kl 13-15 med en rapportering från Governo gällande följeutvärdering.

Contract Signature Referensnummer: LI6729SE

Länssamverkansgruppen beslutade att utgå från årshjulet i sin planering för 2024 och att planera in ett extra systemledningsmöte den 3 maj kl 13-15.

6. Utveckling av den regionala samverkansstrukturen

Beslutsärende
Föredragande: Se respektive punkt.
Utifrån den uppföljning som gjorts av den regionala samverkan har ett antal förbättringsområden identifierats, varav några presenteras på dagens möte. Övriga uppdrag och rekommendationer återkommer på kommande möten. Utöver det som framkom i uppföljningen har även frågor lyfts om sammansättningen i Länssamverkansgruppen behöver ses över.

Länssamverkansgruppen beslutade att uppdra till koordinatorerna att tillsammans med AU formulera ett förslag på justering av gruppens sammansättning till mötet den 19 april.

Samverkansråd patientsäkerhet
Föredragande: Anna Bergström och Gunilla Larsson
Se över rådets Samverkansråd patientsäkerhets uppdrag och organisering samt vilka befintliga nätverk och kompetenser som systematiskt kan stödja rådets arbete.

Ett förslag på förtydligat uppdrag och organisering har arbetats fram. Förslaget innebär att samverkansrådets uppdrag bör betraktas som en förlängning av huvudmännens eget systematiska patientsäkerhetsarbete, och utgå från det förbättringshjul som baseras på SOSFS 2011:9 om systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Rådet ska aggregera gemensamma avvikelser, analysera avvikelserna, förbättrade åtgärder – hur ska vi proaktivt undvika upprepning samt skapa ett lärande? Det ska fortsatt vara möjligt för Länssamverkansgruppen att ge uppdrag utöver detta huvuduppdrag även om det är sällan förekommande. Samverkansrådet föreslås fortsätta som beredning under Länssamverkansgruppen och representationen i rådet förändras inte i ett första skede. Vid implementering av uppdraget kan dock andra behov uppstå och rådet kan adjungera kompletterande kompetens. Arbetet i samverkansrådet kan ge input till huvudmännens egen patientsäkerhetsberättelse och plan. Samverkansrådet redovisar årligen det systematiska patientsäkerhetsarbetet i Länssamverkansgruppen.

Länssamverkansgruppen beslutade:
- Att fastställa förslaget till uppdrag för Samverkansråd patientsäkerhet att gälla från och med 20240301 och tills vidare.
- Att arbetet med implementering av det nya uppdraget följs upp under hösten 2024 och återrapporteras till Länssamverkansgruppens första möte 2025.

Contract Signature Referensnummer: JJ6729SE

Samverkansforum för utveckling av digitala välfärdstjänster
Föredragande: Thomas Fritz
Utreda formerna för ett samverkansforum för utveckling av digitala välfärdstjänster.
För att möta utmaningarna i arbetet med att uppnå god hälsa för västerbottningarna krävs en samordnad digital utveckling inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Syftet är att samverkansforumet, med ett personcentrerat förhållningssätt, ska samla, hantera och prioritera behov och utvecklingsinitiativ som rör den digitalisering av nära vård som behöver genomföras i samarbete mellan kommuner och regionen. Målet är att detta arbete ska leda till effektiva processer vid införandet av nya arbetssätt genom digitalisering och andra välfärdstjänster. Dessutom är det viktigt att deltagarna från både kommunerna och regionen upplever samarbetet och resultaten som värdeskapande. Samverkansforumet kommer att arbeta med utvecklingsfrågor som antingen kommer som uppdrag från Länssamverkansgruppen eller som forumet själva identifierar. Dessutom fungerar samverkansforumet som en mottagare för frågor om digitalisering i samarbete, som kommer från projekt eller initiativ som genomförs gemensamt av kommuner och regionen. För att säkerställa kompetens inom hälso- och sjukvård, regional utveckling och stödfunktioner bör samverkansforumet tillsättas av representanter från båda parter. Koordinatorerna uppdras att tillsammans med AU identifiera vilka som finns kvar i den befintliga arbetsgruppen och vilka funktioner som gruppen behöver kompletteras med, samt stämma av med liknande grupperingar för att undvika parallella processer. Därefter görs ett mailutskick till Länssamverkansgruppen med förfrågan om att tillsätta resterande platser i arbetsgruppen.

Länssamverkansgruppen beslutade:
- Att tillsätta samverkansforum enligt bifogat förslag.
- Att kommunerna och regionen utser representation till samverkansforumet.

Utvecklingen av nära vård i de ordinarie strukturerna för samverkan och lokal samverkan
Föredragande: Ida Lestander och Monica Wahlström
Att utreda formerna för att inlemma arbetet med utvecklingen av nära vård i de ordinarie strukturerna för samverkan, samt att återkomma med en tid- och genomförandeplan för ett sådant arbete. En plan för genomförande av uppföljning av de lokala avtalen bör ingå.
Förslaget till plan för detta arbete är följande:

1. Kartläggning av forum och representation vid sidan om Länssamverkansstrukturen där liknande frågor hanteras (som styrgrupperna för nära vård i närsjukvårdsområden/liknande).
2. Utifrån ovanstående – gå vidare och ta reda på hur huvudmännens representanter ser på nuläget av utvecklingen av nära-vård-arbetet.
3. Plan för uppföljning av de lokala avtalen. Det framgår i de lokala samverkansavtalen att parterna ska följa upp dessa. För en enhetlig uppföljning tillhandahålls en metod kring hur varje lokalt avtal kan följas upp av parterna.

Contract Signature Referensnummer: IT6729SE

Utvecklingsdirektör Region Västerbotten och Enhetschef FoU Socialtjänst får fortsatt uppdrag att tillsammans med koordinatorerna gå vidare med punkt 1 och 2. På punkt 3 är FoU Socialtjänst behjälplig att hålla ihop helheten. Punkt 1 rapporteras till Länssamverkansgruppens möte 19 april och då presenteras en tydligare tidplan för resterande uppdrag.

Länssamverkansgruppen beslutade att anta planen enligt bifogat förslag.

7. Uppdrag och utvecklingsarbeten

Beslutsärende
Föredragande: Katarina Lindahl och Britta Edström
Personcentrering som förhållningssätt och arbetssätt är, tillsammans med samverkan mellan kommuner och regioner, två av de framgångsfaktorer som har identifierats i förflyttningen till Nära vård. I överenskommelsen God och nära vård 2024 mellan staten och SKR tydliggörs att gemensam plan för primärvården bör upprättas i samverkan mellan kommuner och region. Färdplan Nära vård i Västerbotten kan utgöra den sammanhållande helheten för en gemensam primärvårdsplan, till vilken befintliga länsövergripande avtal och överenskommelser dockas i. Dessa behöver då ses över så att de ”Nära vård-säkras” och leder i riktning mot färdplanens mål och strategier. Det behöver också identifieras vilka gap som finns. Samråd hälsa, vård och omsorg har uppdragit till Länssamverkansgruppen att ta fram förslag på den fortsatta processen kring ett par frågor, vilket bör ingå som en del i en gemensam plan för primärvården. På mötet lyftes synpunkten att arbetet behöver involvera mikro- meso- och makronivå och perspektivet hur det fungerar för dem vi är till för.

Länssamverkansgruppen beslutade:
- Att ställa sig bakom det föreslagna arbetssättet för att uppnå en gemensam plan för primärvården.
- Att uppdra till koordinatorer, Regionens samordnare Nära vård, enhetschef FoU Socialtjänst att identifiera vilka befintliga avtal och överenskommelser som kan ingå i en gemensam plan för primärvården, samt vilka gap som finns. Dessa ges även uppdraget att utarbeta ett förslag till en organisering av nästa steg (vilka personer/grupper bör utses att se över respektive avtal/ överenskommelse, tidplan etc). AU i Länssamverkansgruppen utgör bollplank. Till Länssamverkansgruppens möte 19 april presenteras ett förslag på vilka avtal och överenskommelser som kan ingå samt till viss del förslag på personer som kan arbeta med olika delar.

8. Information om överenskommelser och statsbidrag 2024

Informationsärende
Föredragande: Gunilla Larsson och Monica Wahlström
Överenskommelse God och Nära vård 2024: Personcentrerad vård är i fokus, där vården utformas utifrån patientens individuella behov och förutsättningar. Samarbete och samverkan mellan regioner och kommuner är centralt, särskilt inom primärvården. Primärvården ska erbjuda rehabiliterande insatser för att främja hälsa och återhämtning. Förslaget till ny Socialtjänstlag innebär mer fokus på

Contract Signature Referensnummer: JT6729SE

förebyggande arbete. Fast läkarkontakt och vårdkontinuitet är prioriterade områden, där kontinuitet och patientupplevd sammanhängande vård betonas. Begreppet patientkontrakt ersätts med dokumenterad överenskommelse. För att säkerställa en sammanhängande primärvård behöver huvudmännen ha en gemensam struktur för planering och utveckling av primärvården. Regionerna ska redovisa hur de arbetar med Socialstyrelsens riktvärde för fast läkarkontakt och hur tidsplanen för detta arbete ser ut. Dessutom kommer delar av överenskommelsen sannolikt att hanteras genom ett förordningsstyrt statsbidrag från och med 2025.

9. UPH-medel

Beslutsärende
Föredragande: Monica Wahlström
- Formalia till protokollet av beslut fattat via mail 20230118:
    - Utbildningssatsning i samverkan – ABC-programmet
    - Administrativa omkostnader avseende UPH-medel (Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024)

Information om förslag på ny hantering av de länsgemensamma medlen samt beslut om inkomna ansökningar. Prioriterade områden är personer med samsjuklighet, ett stärkt och utvecklat suicidpreventivt arbete, ett utvecklat arbete för att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid bland barn och unga, samt ett systematisk patient-, brukar- och anhörigmedverkan i vården och omsorgen. Inom området samsjuklighet har målgrupper tydliggjorts. När det gäller personer med samsjuklighet ska kommuner och regioner skapa förutsättningar för att insatserna blir mer sammanhållna, flexibla och individanpassade. Utvecklande av långsiktiga samverkansformer inom och mellan verksamheter (även tandvård). Stödja BÅDE förebyggande och främjande arbetssätt och metoder, samt samordning kring personer med komplexa vård-och omsorgsbehov. Utveckla stöd till familjer, anhöriga och närstående till personer med samsjuklighet eller omfattande behov, som är viktiga för en framgångsrik behandling. Förslagen i Samsjuklighetsutredningen ska vara vägledande.

Kommuner och regioner ska gemensamt arbeta för att stärka och utveckla arbetet för psykisk hälsa, och att förebygga psykisk ohälsa och suicid hos barn och unga. Det innebär exempelvis att arbeta för gemensam samverkan, samt styrning, uppföljning och utvärdering. Det kan även innebära breda förebyggande och främjande insatser (tex: föräldraskapsstöd, motverka skolfrånvaro, förebygga våld, brottsförebyggande, ANDTS). Kommuner och regioner ska arbeta för att utveckla första linjen för barn och unga.

Arbetsgruppen har utarbetat en strategiskt inriktad fördelning av den länsgemensam potten med fyra fokusområden:

1. Insatser som har bäring över tid, tydlig länsgemensam profil och riktar sig till samtliga kommuner och Region Västerbottens hälso- och sjukvård i samverkan.

Contract Signature Referensnummer: IT6729SE

2. Insatser som genomförs lokalt eller i ett närsjukvårdsområde med potential att spridas över länet och som har tydlig samverkan mellan kommun/ region, men även kan ha karaktär av pilotsatsningar”
3. Suicidprevention, hälsofrämjande och förebyggande insatser inklusive allmänna folkhälsosatsningar.
4. Enskilda satsningar som fyller ett konkret behov för mål-gruppen som UPH-medlen riktar sig mot, men där spridning inte är given, samt kompetenshöjande insatser.

På mötet lyftes synpunkter farhågan att den nya hanteringen blir ”top down” och minskar initiativ från verksamheterna. Förslaget lyftes att fokusområdena kan användas för att kvalitetssäkra inkomna förslag.

Länssamverkansgruppen beslutade:
-Att ställa sig bakom den mer strategiska inriktningen för fördelning av statsbidrag till området psykisk hälsa och suicidprevention (UPH).
- Att förbereda verksamhetsföreträdare för deltagande i arbetet av planering av insatser i enlighet med det mer strategiska arbetssättet. I ett första steg inbjuds arbetsgruppen till beredningarna för att presentera det nya arbetssättet och få input.
- Att besluta enligt beredningsgruppens förslag gällande ansökan 1-29 enligt bilaga 9.2. samt enligt förslag i bilaga 9.3. Förtydligande gällande bilaga 9.2, och en del inom förslag F (finansiering av barnrättombudsutbildare Region Västerbotten, 150 000 kr) – denna pott ska fördelas gemensamt till barnrättsombudsarbete inom hela Region Västerbotten.

10. Övriga frågor

Föredragande: Isabell Zemrén och Pernilla Henriksson
- Avbrottet i Prator innebar en stor utmaning för både regionala och kommunala verksamheter. En stor eloge riktas till verksamheter inom båda huvudmännen, där lösningar snabbt hittades internt och i samverkan för att säkerställa en fungerande process för individen. En brist som uppenbarades var otydliga kommunikationsvägar mellan kommunerna och regionen.

- Gemensam strategi för hantering gällande vaccination avseende influensa och covid-19, av äldre på SÄBO, i hemsjukvård och med hemtjänst – med fokus på kommunikationsvägar, patientsäkerhet och ersättning. Eftersom inget statligt bidrag utgår för nämnda vaccinationer, så kommer man behöva ta upp frågan igen vilken ersättning kommunerna ska ges förutsatt att uppdraget accepteras av kommunerna. Till Länssamverkansgruppens möte den 19 april tar AU tar fram ett förslag på hur frågan kan hanteras vidare.

11. Ärenden till Samråd vård och omsorg

- Uppdatering av de uppdrag Samrådet gett Länssamverkansgruppen
- Året i samverkan

Contract Signature Referensnummer: JJ6729SE

- En samlad bild av vilka frågor som är aktuella i Länssamverkansgruppen, inklusive rapport från beredningarna

12. Genomgång och sammanfattning av beslut

13. Nästa möte

Kort utvärdering av mötet: Väl förberett, bra uppstyrt av ordförande, relevanta frågor. Det hälsofrämjande och förebyggande behöver lyftas ännu mer. Bra fokus med invånaren i många av besluten.

Systemledning 15 mars
Länssamverkansgruppen 19 april
Extra systemledningsmöte 3 maj 13-15

Contract Signature Referensnummer: IT6729SE

UNDERSKRIFTSSIDA

Detta dokument har undertecknats med elektroniska underskrifter:

NAMN:	Katarina Lindahl
TITEL, ORGANISATION:	sekreterare, Länssamverkansgruppen
TID:	2024-02-29 10:08:24 +01:00
IDENTIFIKATIONSTYP:	E-post (katarina.a.lindahl@regionvasterbotten.se)
IDENTIFIKATIONS-ID:	ed2e7c912c324eb8b331ee3172cb88d7

NAMN:	Isabell Zemrén
TITEL, ORGANISATION:	ordförande, Länssamverkansgruppen
TID:	2024-02-29 15:14:16 +01:00
IDENTIFIKATIONSTYP:	E-post (isabell.zemren@regionvasterbotten.se)
IDENTIFIKATIONS-ID:	6c0fcedcc986472dbfbb69f94e0dee24

NAMN:	Pernilla Henriksson
TITEL, ORGANISATION:	justerare, Länssamverkansgruppen
TID:	2024-03-01 10:52:45 +01:00
IDENTIFIKATIONSTYP:	E-post (pernilla.henriksson@umea.se)
IDENTIFIKATIONS-ID:	8aa890fb69044f3a964d5723afbffb14

Certifierad av Comfact Signature
Accepterad av alla undertecknare
2024-03-01 10:52:50 +01:00
Ref: 116729SE
www.comfact.se

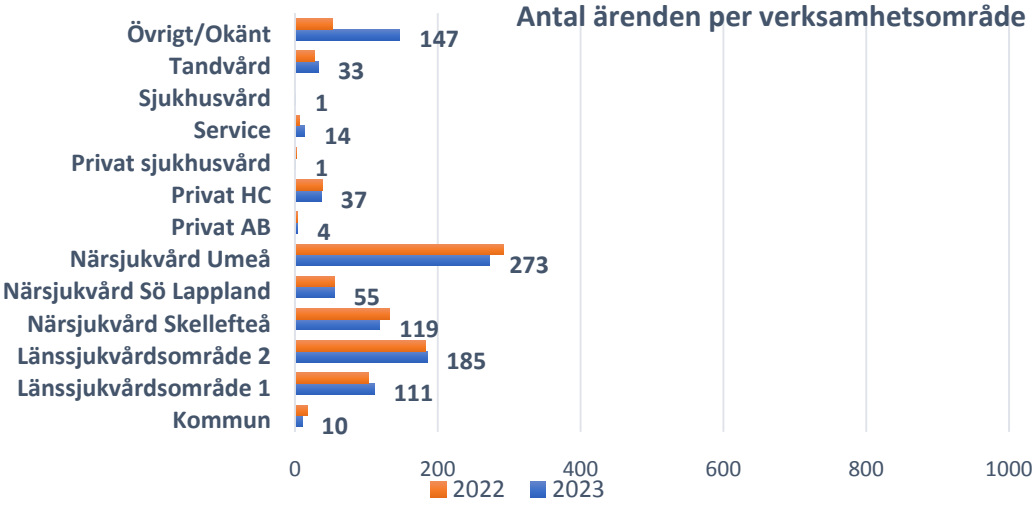
Validera dokumentet | Användarvillkor

Diarienr: 2023-39A

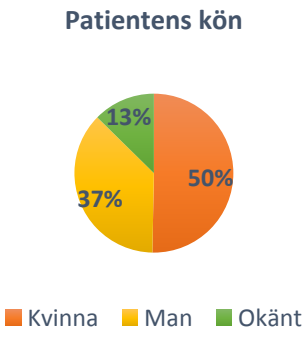
Rapport patientärenden 2023

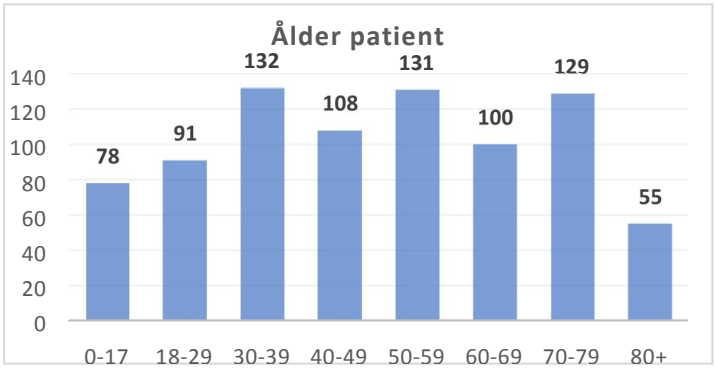
Verksamhet

Under 2023 avslutades 990 patientärenden i diariesystemet VSP, vilket var ökning med 8% jämfört med 2022. Förvaltningen tog även emot 307 informerande/hänvisande telefonsamtal. Registrering och handläggning av informationsärenden förändrades under året med start 1 september. Från tidigare förd pinnstatistik fattade förvaltningen beslut om att betrakta och registrera informationsärenden som ”riktiga” patientärenden i VSP. Detta kan bidra till ökningen av antalet avslutade ärenden i VSP under året. Förvaltningens beslut är samstämmigt med hur övriga Patientnämnder i landet handlägger informationsärenden. Den förändrade handläggningen påverkade dock hur patientärenden kategoriserades utifrån organisation och huvudproblem under sista kvartalet. Majoriteten av aktuella informationsärenden, som inte rörde en specifik vårdenhet, registrerades i VSP under organisation ”Övrigt/okänt” samt med huvudproblem ”Övrigt”. Detta kan förklara ärendeökningen under verksamhetsområde samt huvudproblem ”Övrigt/okänt” jämfört med föregående år.



De flesta anmälningarna under året inkom via telefonkontakt (39%), följt av 1177 e-tjänster (36%) och e-post (18%). Införandet av uppringningssystemet TeleQ under hösten har enligt förvaltningens uppfattning gynnat telefontillgängligheten. Anmälare som har ringt in via telefon har fått en bokad samtalstid direkt och har därmed undvikit att fastna i eventuella telefonköer. Andelen anmälningar via brev var 6% och endast 4 anmälningar inkom via ett fysiskt besök på förvaltningen (0,4%). Det var framför allt patienter själva som tog kontakt med förvaltningen (76%), eller en närstående till patient (22%). Några få anmälningar gjordes av vården, legal företrädare eller annan myndighet. En majoritet av patienterna var kvinnor (50%) och åldersspridningen var stor, mellan 0 och 97 år. Medianålder på patient var 57 år.

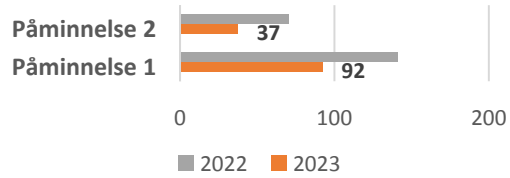




Diarienr: 2023-39A

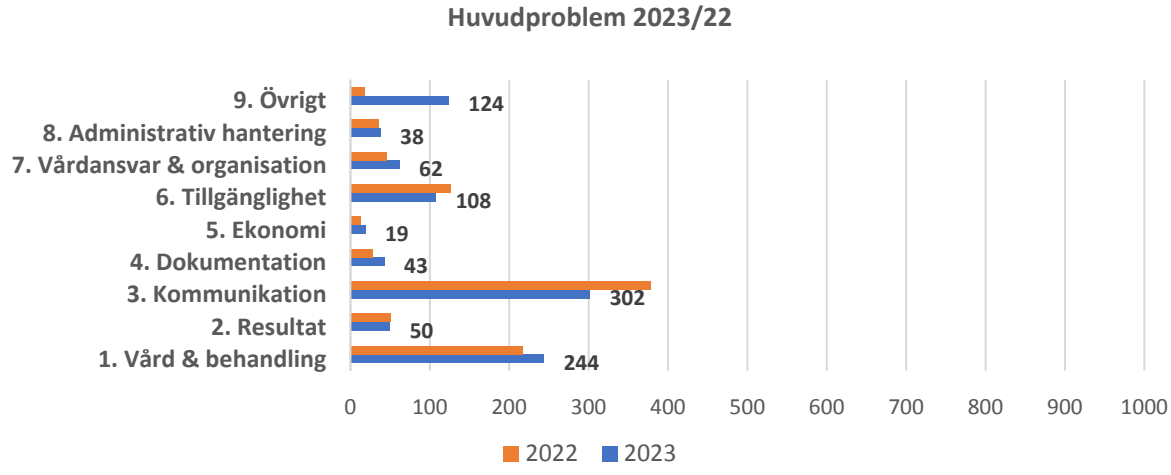
Handläggning/påminnelser om skriftligt yttrande

Under året begärdes skriftliga yttranden från vården i 37% av aktuella patientärenden. Det var en minskning med 12% jämfört med föregående år. Majoriteten av resterande ärenden, 46%, förmedlades till berörd verksamhetschef ”för kännedom och intern hantering”. Resterande patientärenden, 17%, förmedlades inte vidare till vården, antingen utifrån anmälarens önskemål eller om det var ett informationsärende. I 25% av de patientärenden där yttrande hade begärts inkom inte svar inom 4 veckor och en första påminnelse skickades ut. I 10% av dessa skickades även en andra påminnelse till vården efter 6 veckor. Vårdens svarstider har dock förbättrats jämfört med föregående år, en total minskning av påminnelser med 13%.



Aktuella patientärenden

Huvudproblemet Kommunikation var vanligast under året, även om antalet ärenden hade minskat (10%) jämfört med föregående år. Minskningen av kommunikationsärenden kan ha påverkats av att färre skriftliga yttranden begärdes under året. I patientärenden där ett yttrande begärs synliggörs *både* patientens och vårdens bild av ett händelseförlopp. Det framgår då tydligare ifall problematiken främst har handlat om kommunikationen dem emellan. När förvaltningen i stället förmedlar patientärenden till vården ”för kännedom och intern hantering” finns enbart patientens beskrivning av vad som har skett. I dessa fall kategoriseras ärenden i högre utsträckning inom mer konkreta huvudproblem som exempelvis Vård & behandling, då det ofta är sådana brister som patienter själva betonar vid anmälan. Huvudproblemet Vård & behandling hade en mindre ärendeökning under året medan det tredje största huvudproblemet, Tillgänglighet, hade en ärendeminskning jämfört med 2022. Den kraftiga ökningen under huvudproblemet ”Övrigt” kan som tidigare nämnts förklaras av den förändrade registreringen av informationsärenden i VSP där många informationsärenden kategoriserats under ”Övrigt”.



Slutsatser

Aktuella patientärenden har bearbetats och analyserats av förvaltningen. Beslutet att förändra handläggningen av informationsärenden, samt det minskade antalet begärda yttranden under året, bedöms ha påverkat kategoriseringen och försvårar jämförelser med föregående år. Några positiva observationer att lyfta fram under 2023 är att primärvårdsområde Umeå hade minskat antal ärenden (26%) jämfört med föregående år. Ärendeminskningen var synlig på nästan samtliga hälsocentraler i Umeåområdet och framför allt inom

huvudproblemen Kommunikation och Vård & behandling. Förvaltningen ser det också som positivt att vården generellt har blivit bättre på att inkomma med skriftliga yttranden i tid. Detta bidrar dels till en snabbare ärendehandläggning för förvaltningen, men framför allt kortare väntan och minskad frustration för anmälare som är angelägna om att få svar i sitt ärende.

region västerbotten

Tjänsteskrivelse
2024-02-08
Dnr 2023-39A

Helena Blom
Patientnämndens förvaltning

Tjänsteskrivelse Patientärenden 2023

Sammanfattning

Patientnämndens förvaltning lämnar information till nämnden om patientärenden som avslutats under 2023. Under perioden har 990 patientärenden avslutats i diariesystemet VSP. Förvaltningen har även haft 307 rådgivande/hänvisande telefonsamtal. Med start från 1 september 2023 registreras informationsärenden i diariesystemet VSP. Detta har påverkat kategoriseringen av patientärenden vad gäller organisation och huvudproblem, vilket försvårar jämförelser med föregående år.

En majoritet av patienterna under året var kvinnor (50 %) och åldersspridningen var stor, med en medianålder på patient som var 57 år. Huvudproblemet Kommunikation var vanligast, följt av Vård & behandling samt Tillgänglighet.

Förslag till beslut

Patientnämnden beslutar att delge Hälso- och sjukvårdsnämnden informationen,
Patientnämnden beslutar att delge Beställarenheten informationen,
Patientnämnden beslutar att delge medicinskt ansvarig sjuksköterska samt Socialnämnder i Västerbottens samtliga kommuner informationen.

Bedömda resultat och konsekvenser

Patientnämnden och berörda organisationer informerade om avslutade patientärenden under perioden.

Resurser och finansiering

Resurser och finansiering berörs inte i detta ärende då det är att betrakta som ordinarie verksamhet inom beslutad ram.

Jämställdhet

Könsfördelningen i aktuella patientärenden var 50 % kvinnor, 37 % män och i 13 % var könet okänt. Ökningen av antal patienter med okänt kön kan förklaras av att informationsärenden från och med hösten 2023 registreras i datasystemet VSP, i stället för tidigare förd pinnstatistik. I många informationsärenden registreras patienten som anonym med okänt kön.

Majoriteten av patienterna i samtliga huvudproblem var kvinnor, förutom i Tillgänglighet där majoriteten var män.

Beredningsansvariga

Handläggare Helena Blom har sammanställt underlaget med hjälp av den övriga förvaltningen.

Beslutsunderlag

Rapport patientärenden 2023

Beslutet expedieras till

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Beställarenheten
Medicinskt ansvariga sjuksköterskor samt socialnämnder i Västerbottens samtliga kommuner.

UMEÅ KOMMUN

Personuppgiftsbiträdesavtal

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

Innehållsförteckning

Personuppgiftsbiträdesavtal 3
1. PARTER, PARTERNAS STÄLLNING, KONTAKTUPPGIFTER OCH KONTAKTPERSONER 3
2. DEFINITIONER 4
3. BAKGRUND OCH SYFTE 5
4. BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER OCH SPECIFIKATION 5
5. DEN PERSONUPPGIFTSANSVARIGES ANSVAR 6
6. PERSONUPPGIFTSBITRÄDETS ÅTAGANDEN 6
7. SÄKERHETSÅTGÄRDER 7
8. SEKRETESS/TYSTNADSPLIKT 7
9. GRANSKNING, TILLSYN OCH REVISION 8
10. HANTERING AV RÄTTELSER OCH RADERING M.M. 9
11. PERSONUPPGIFTSINCIDENTER 9
12. UNDERBITRÄDE 10
13. LOKALISERING OCH ÖVERFÖRING AV PERSONUPPGIFTER TILL TREDJE LAND 11
14. ANSVAR FÖR SKADA I SAMBAND MED BEHANDLING 11
15. LAGVAL OCH TVISTLÖSNING 11
16. PUB-AVTALETS TECKNANDE, AVTALSTID OCH UPPSÄGNING 12
17. ÄNDRINGAR OCH UPPSÄGNING MED OMEDELBAR VERKAN M.M. 12
18. ÅTGÄRDER VID PUB-AVTALETS UPPHÖRANDE 12
19. MEDDELANDEN INOM RAMEN FÖR DETTA PUB-AVTAL OCH INSTRUKTIONER 13
20. KONTAKTPERSONER 13
21. ANSVAR FÖR UPPGIFTER OM PARTERNA OCH KONTAKTPERSONER SAMT KONTAKTUPPGIFTER 13
22. PARTERNAS UNDERTECKNANDEN AV PUB-AVTALET 13
Bilaga 1 – Instruktion för hantering av Personuppgifter 15
Bilaga 2 Lista över underbiträden 17

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

Personuppgiftsbiträdesavtal

Avtal enligt Allmänna dataskyddsförordningen EU 2016/679, art. 28.3[1]

1. PARTER, PARTERNAS STÄLLNING, KONTAKTUPPGIFTER OCH KONTAKTPERSONER

Personuppgiftsansvarig	**Personuppgiftsbiträde**
Individ- och familjenämnden i Umeå kommun	*Phoniro AB*
Organisationsnummer	**Organisationsnummer**
212000-2627	*556636-2538*
Postadress	**Postadress**
Umeå kommun Skolgatan 31A 901 84 Umeå	Phoniro AB Rörkullsvägen 4 302 41 Halmstad
Kontaktperson för administration av detta personuppgiftsbiträdesavtal	**Kontaktperson för administration av detta personuppgiftsbiträdesavtal**
Namn: Johanna Brusén E-post: voo.support@umea.se Tfn: 090-16 10 00	Namn: *Linda Lundvall* E-post: *linda.lundvall@phoniro.com* Tfn: *0703-119736*
Kontaktperson för parternas samarbete om dataskydd	**Kontaktpersoner för parternas samarbete om dataskydd**
Namn: Johanna Brusén E-post: voo.support@umea.se Tfn: 090-16 10 00	Namn: *Mikael Hamström* E-post: *mikael.hamstrom@phoniro.com* Tfn: *0736-170018*

[1] Allmänna dataskyddsförordningen EU 2016/679 föreskriver att det ska finnas ett skriftligt avtal om Personuppgiftsbiträdets Behandling av Personuppgifter för Den personuppgiftsansvariges räkning.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

2. DEFINITIONER

Utöver de begrepp som definieras i löptext, i detta personuppgiftsbiträdesavtal, ska dessa definitioner oavsett om de används i plural eller singular, i bestämd eller obestämd form, ha nedanstående innebörd när de anges med versal som begynnelsebokstav.

Behandling	En åtgärd eller kombination av åtgärder beträffande Personuppgifter eller uppsättningar av Personuppgifter, oberoende av om de utförs automatiserat eller ej, såsom insamling, registrering, organisering, strukturering, lagring, bearbetning eller ändring, framtagning, läsning, användning, utlämning genom överföring, spridning eller tillhandahållande på annat sätt, justering eller sammanförande, begränsning, radering eller förstöring.
Dataskyddslagstiftning	Avser all integritets- och personuppgiftslagstiftning, samt all annan eventuell lagstiftning (inklusive förordningar och föreskrifter), som är tillämplig på den Behandling som sker enligt detta PUB-avtal, inklusive nationell sådan lagstiftning och EU-lagstiftning.
Personuppgiftsansvarig	Fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ som ensamt eller tillsammans med andra bestämmer ändamål och medlen för Behandlingen av Personuppgifter.
Instruktion	De skriftliga instruktioner som närmare anger föremål, varaktighet, art och ändamål, typ av Personuppgifter samt kategorier av Registrerade och särskilda behov som omfattas av Behandlingen.
Logg	Logg är resultatet av Loggning.
Loggning	Loggning är ett kontinuerligt insamlande av uppgifter om den Behandling av Personuppgifter som utförs enligt detta PUB-avtal och som kan knytas till en enskild fysisk person.
Personuppgiftsbiträde	Fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ som Behandlar Personuppgifter för den Personuppgiftsansvariges räkning.
Personuppgift	Varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person, varvid en identifierbar fysisk person är en person som direkt eller indirekt kan identifieras särskilt med hänvisning till en identifierare som ett namn, ett identifikationsnummer, en lokaliseringsuppgift eller online-identifikatorer eller en eller flera faktorer som är specifika för den fysiska personens fysiska, fysiologiska, genetiska, psykiska, ekonomiska, kulturella eller sociala identitet.

Personuppgiftsincident	En säkerhetsincident som leder till oavsiktlig eller olaglig förstöring, förlust eller ändring eller till obehörigt röjande av eller obehörig åtkomst till de Personuppgifter som överförts, lagrats eller på annat sätt Behandlats.
Registrerad	Fysisk person vars Personuppgifter Behandlas.
Tredje land	En stat som inte ingår i Europeiska unionen (EU) eller inte är ansluten till Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES).
Underbiträde	Fysisk eller juridisk person, offentlig myndighet, institution eller annat organ som i egenskap av underleverantör till Personuppgiftsbiträdet Behandlar Personuppgifter för Personuppgiftsansvariges räkning.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

3. BAKGRUND OCH SYFTE

3.1 Med detta Personuppgiftsbiträdesavtal jämte Instruktioner och en eventuell förteckning över Underbiträden (nedan gemensamt ”PUB-avtalet”) reglerar den Personuppgiftsansvarige Personuppgiftsbiträdets Behandling av Personuppgifter åt den Personuppgiftsansvarige. PUB-avtalets syfte är att säkerställa den Registrerades fri- och rättigheter vid Behandlingen, i enlighet med vad stadgas i artikel 28.3 i Allmänna dataskyddsförordningen EU 2016/679 (”Dataskyddsförordningen”).

3.2 När PUB-avtalet utgör ett av flera avtalsdokument inom ramen för ett annat avtal benämns det andra avtalet ”Huvudavtalet” i PUB-avtalet.

3.3 För det fall något av det som stadgas i punkterna 1, 16, 17, 18.2, 19 – 22 i PUB-avtalet regleras på annat sätt i Huvudavtalet ska Huvudavtalets reglering ha företräde.

3.4 Hänvisningar i PUB-avtalet till nationell eller unionsrättslig lagstiftning, avser vid var tid tillämpliga bestämmelser.

3.5 Detta personuppgiftsbiträdesavtal reglerar inte Personuppgiftsbiträdets rätt till ersättning för tjänsterna utan denna rätt regleras i så fall genom Huvudavtalet.

4. BEHANDLING AV PERSONUPPGIFTER OCH SPECIFIKATION

4.1 Den Personuppgiftsansvarige utser härmed Personuppgiftsbiträdet att utföra Behandlingen för den Personuppgiftsansvariges räkning enligt vad som stadgas i detta PUB-avtal.

4.2 Den Personuppgiftsansvarige ska ge Instruktioner till Personuppgiftsbiträdet om hur det ska utföra Behandlingen.

4.3. Personuppgiftsbiträdet får endast utföra Behandlingen i enlighet med PUB-avtalet och vid var tid gällande Instruktioner.

5. DEN PERSONUPPGIFTSANSVARIGES ANSVAR

5.1 Den Personuppgiftsansvarige ansvarar för att det vid var tid finns laglig grund för Behandlingen och för att utforma korrekta Instruktioner så att Personuppgiftsbiträdet och eventuellt Underbiträdet kan fullgöra sitt eller sina uppdrag enligt detta PUB-avtal och Huvudavtal i förekommande fall.

5.2 Den Personuppgiftsansvarige ska utan onödigt dröjsmål informera Personuppgiftsbiträdet om förändringar i Behandlingen vilka påverkar Personuppgiftsbiträdets skyldigheter enligt Dataskyddslagstiftningen.

5.3 Den Personuppgiftsansvarige ansvarar för att informera Registrerade om Behandlingen och för att tillvarata Registrerades rättigheter enligt Dataskyddslagstiftningen samt vidta varje annan åtgärd som åligger den Personuppgiftsansvarige enligt Dataskyddslagstiftningen.

6. PERSONUPPGIFTSBITRÄDETS ÅTAGANDEN

6.1 Personuppgiftsbiträdet förbinder sig att endast utföra Behandlingen i enlighet med PUB-avtalet och Instruktioner samt att följa Dataskyddslagstiftningen. Personuppgiftsbiträdet förbinder sig även att fortlöpande hålla sig informerad om gällande rätt på området.

6.2 Personuppgiftsbiträdet ska vidta åtgärder för att skydda Personuppgifterna mot alla slag av Behandlingar som inte är förenliga med PUB-avtalet, Instruktioner och Dataskyddslagstiftningen.

6.3 Personuppgiftsbiträdet åtar sig säkerställa att samtliga fysiska personer som arbetar under dess ledning följer PUB-avtalet, Instruktioner och Dataskyddslagstiftning samt att de fysiska personerna informeras om relevant lagstiftning.

6.4 Personuppgiftsbiträdet ska på begäran från den Personuppgiftsansvarige bistå denne med att säkerställa att skyldigheterna enligt artikel 32–36 Dataskyddsförordningen fullgörs och svara på begäran om utövande av den Registrerades rättigheter i enlighet med Dataskyddsförordningen, kap. III, med beaktande av typen av Behandling och den information som Personuppgiftsbiträdet har att tillgå.

6.5 För det fall att Personuppgiftsbiträdet finner att Instruktioner är otydliga, i strid med Dataskyddslagstiftningen eller saknas och Personuppgiftsbiträdet bedömer att nya eller kompletterande Instruktioner är nödvändiga för att genomföra sina åtaganden ska Personuppgiftsbiträdet utan dröjsmål informera den Personuppgiftsansvarige, tillfälligt

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

upphöra med Behandlingen och invänta nya Instruktioner. I de fall det är nödvändigt får Personuppgiftsbiträdet dock fortsätta Behandla Personuppgifter för lagring fram tills dess att Personuppgiftsbiträdet fått nya instruktioner från Personuppgiftsansvarig.

6.6 För det fall att den Personuppgiftsansvarige förser Personuppgiftsbiträdet med nya eller ändrade Instruktioner ska Personuppgiftsbiträdet, utan onödigt dröjsmål från mottagandet, meddela den Personuppgiftsansvarige huruvida genomförandet av de nya Instruktionerna föranleder förändrade kostnader för Personuppgiftsbiträdet.

7. SÄKERHETSÅTGÄRDER

7.1 Personuppgiftsbiträdet ska vidta alla tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder som krävs enligt Dataskyddslagstiftningen för att förhindra Personuppgiftsincidenter, genom att säkerställa att Behandlingen uppfyller kraven i Dataskyddsförordningen och att den Registrerades rättigheter skyddas.

7.2 Personuppgiftsbiträdet ska fortlöpande säkerställa att den tekniska och organisatoriska säkerheten i samband med Behandlingen medför en lämplig nivå av konfidentialitet, integritet, tillgänglighet och motståndskraft.

7.3 Eventuella tillkommande eller ändrade krav på skyddsåtgärder från den Personuppgiftsansvarige, efter parternas tecknande av PUB-avtalet, ska betraktas som nya Instruktioner enligt PUB-avtalet.

7.4 Personuppgiftbiträdet ska genom kontroll av behörigheter, endast ge åtkomst till Personuppgifterna för sådana fysiska personer som arbetar under Personuppgiftsbiträdets ledning och som behöver åtkomsten för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.

7.5 Personuppgiftsbiträdet åtar sig att kontinuerligt Logga åtkomst till Personuppgifterna enligt PUB-avtalet i den utsträckning det krävs enligt instruktionen. Loggar får gallras först fem (5) år efter Loggningstillfället om inte annat anges i Instruktionen. Loggar ska omfattas av erforderliga skyddsåtgärder, i enlighet med Dataskyddslagstiftningen.

7.6 Personuppgiftsbiträdet ska systematiskt testa, undersöka och utvärdera effektiviteten hos de tekniska och organisatoriska åtgärder som ska säkerställa Behandlingens säkerhet.

8. SEKRETESS/TYSTNADSPLIKT

8.1 Personuppgiftsbiträdet och samtliga fysiska personer som arbetar under dess ledning ska vid Behandlingen iaktta såväl sekretess som tystnadsplikt. Personuppgifterna får inte nyttjas eller spridas för andra ändamål, vare sig direkt eller indirekt, såvida inte annat avtalats.

8.2. Personuppgiftsbiträdet ska tillse att samtliga fysiska personer som arbetar under dess ledning, vilka deltar i Behandlingen, är bundna av sekretessförbindelse avseende Behandlingen. Detta krävs dock inte om dessa redan omfattas av en straffsanktionerad

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

tystnadsplikt som följer av lag. Personuppgiftsbiträdet åtar sig även att tillse att det finns sekretessavtal med Underbiträdet samt sekretessförbindelser mellan Underbiträdet och samtliga fysiska personer som arbetar under dess ledning, vilka deltar i Behandlingen.

8.3 Personuppgiftsbiträdet ska skyndsamt underrätta den Personuppgiftsansvarige om eventuella kontakter med tillsynsmyndighet avseende Behandlingen. Personuppgiftsbiträdet har inte rätt att företräda den Personuppgiftsansvarige eller agera för den Personuppgiftsansvariges räkning gentemot tillsynsmyndigheter i frågor avseende Behandlingen.

8.4 Om den Registrerade, tillsynsmyndighet eller tredje man begär information från Personuppgiftsbiträdet vilken rör Behandlingen, ska Personuppgiftsbiträdet informera den Personuppgiftsansvarige om saken. Information om Behandlingen får inte lämnas till den Registrerade, tillsynsmyndighet eller tredje man utan skriftligt medgivande från den Personuppgiftsansvarige, såvida det inte framgår av tvingande lag att information ska lämnas. Personuppgiftsbiträdet ska bistå med förmedling av den informationen som omfattas av ett medgivande eller lagkrav.

9. GRANSKNING, TILLSYN OCH REVISION

9.1 Personuppgiftsbiträdet ska utan onödigt dröjsmål som en del av sina garantier, enligt artikel 28.1 i Dataskyddsförordningen, på den Personuppgiftsansvariges begäran kunna redovisa vilka tekniska och organisatoriska säkerhetsåtgärder som används för att Behandlingen ska uppfylla kraven enligt PUB-avtalet och artikel 28.3.h i Dataskyddsförordningen.

9.2 Personuppgiftsbiträdet ska minst en (1) gång om året granska säkerheten avseende Behandlingen genom en egenkontroll för att säkerställa att Behandlingen följer PUB-avtalet. Resultatet av sådan egenkontroll ska på begäran delges den Personuppgiftsansvarige.

9.3 Den Personuppgiftsansvarige äger rätt att, själv eller genom annan av denne utsedd tredje part (som inte får vara en konkurrent till Personuppgiftsbiträdet), följa upp att Personuppgiftsbiträdet uppfyller PUB-avtalets, Instruktionernas och Dataskyddslagstiftningens krav. Personuppgiftsbiträdet ska vid sådan granskning bistå den Personuppgiftsansvarige, eller den som utför granskningen i den Personuppgiftsansvariges ställe, med dokumentation, tillgång till lokaler, IT-system och andra tillgångar som behövs för att kunna granska Personuppgiftsbiträdets efterlevnad av PUB-avtalet, Instruktioner och Dataskyddslagstiftningen. Den Personuppgiftsansvarige ska säkerställa att personal som genomför granskningen är underkastade sekretess eller tystnadsplikt enligt lag eller avtal.

9.4 Personuppgiftsbiträdet äger alternativt till vad som stadgas i punkterna 9.2-9.3, rätt att erbjuda andra tillvägagångssätt för granskning av Behandlingen, exempelvis granskning genomförd av oberoende tredje part. Den Personuppgiftsansvarige ska i sådant fall äga rätt, men inte skyldighet, att tillämpa detta alternativa tillvägagångssätt för granskning. Vid sådan granskning ska Personuppgiftsbiträdet ge den Personuppgiftsansvarige eller en tredje part den assistans som behövs för utförandet av granskningen.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

9.5 Personuppgiftbiträdet ska bereda tillsynsmyndighet, eller annan myndighet som har laglig rätt till det, möjlighet att göra tillsyn enligt myndighetens begäran i enlighet med vid var tid gällande lagstiftning, även om sådan tillsyn annars skulle stå i strid med bestämmelserna i PUB-avtalet.

9.6 Personuppgiftsbiträdet ska tillförsäkra den Personuppgiftsansvarige rättigheter gentemot Underbiträdet vilka motsvarar den Personuppgiftsansvariges samtliga rättigheter gentemot Personuppgiftsbiträdet enligt punkten 9 i PUB-avtalet.

10. HANTERING AV RÄTTELSER OCH RADERING M.M.

10.1 För det fall den Personuppgiftsansvarige begärt rättelse eller radering ska Personuppgiftsbiträdet vidta lämplig åtgärd utan onödigt dröjsmål, senast inom trettio (30) dagar, från det att Personuppgiftsbiträdet mottagit erforderlig information från den Personuppgiftsansvarige. När den Personuppgiftsansvarige begärt radering får Personuppgiftsbiträdet endast utföra Behandling av den aktuella personuppgiften som ett led i processen för radering.

10.2 Om tekniska och organisatoriska åtgärder (t.ex. uppgraderingar eller felsökningar) vidtas av Personuppgiftsbiträdet i Behandlingen, vilka kan väntas påverka Behandlingen, ska Personuppgiftsbiträdet skriftligt informera den Personuppgiftsansvarige om detta i enlighet med vad stadgas om meddelanden i punkten 19 i PUB-avtalet. Informationen ska lämnas i god tid innan åtgärderna vidtas.

11. PERSONUPPGIFTSINCIDENTER

11.1 Personuppgiftsbiträdet ska ha förmåga att återställa tillgängligheten och tillgången till Personuppgifterna i rimlig tid vid en fysisk eller teknisk incident enligt Dataskyddsförordningen, art. 32.1 c.

11.2 Personuppgiftbiträdet åtar sig att med beaktande av Behandlingens art, och den information som Personuppgiftsbiträdet har att tillgå, bistå den Personuppgiftsansvarige med att fullgöra dennes skyldigheter vid en Personuppgiftsincident beträffande Behandlingen. Personuppgiftbiträdet ska på den Personuppgiftsansvariges begäran även bistå med att utreda misstankar om eventuell obehörigs Behandling och/eller åtkomst till Personuppgifterna.

11.3 Vid Personuppgiftsincidenter, vilka Personuppgiftbiträdet fått vetskap om, ska Personuppgiftsbiträdet utan onödigt dröjsmål, dock senast inom 24 timmar, skriftligen underrätta den Personuppgiftsansvarige om händelsen. Personuppgiftsbiträdet ska med beaktande av typen av Behandling och den information som Personuppgiftsbiträdet har att tillgå tillhandahålla den Personuppgiftsansvarige en skriftlig beskrivning av Personuppgiftsincidenten.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

Beskrivningen ska redogöra för:

1. Personuppgiftsincidentens art och, om möjligt, de kategorier och antalet Registrerade som berörs samt kategorier och antalet personuppgiftsposter som berörs,
2. de sannolika konsekvenserna av Personuppgiftsincidenten, och
3. åtgärder som har vidtagits eller föreslagits samt åtgärder för att mildra Personuppgiftincidentens potentiella negativa effekter.

11.4 Om det inte är möjligt för Personuppgiftsbiträdet att tillhandahålla hela beskrivningen samtidigt, enligt punkten 11.3 i PUB-avtalet, får beskrivningen tillhandahållas i omgångar utan onödigt ytterligare dröjsmål.

12. UNDERBITRÄDE

12.1 Personuppgiftsbiträdet äger rätt att anlita den eller de Underbiträden som framgår av bilagd förteckning över Underbiträden (bilaga 2).

12.2 Personuppgiftsbiträdet åtar sig att teckna ett skriftligt avtal med Underbiträdet som reglerar Behandlingen som Underbiträdet utför å den Personuppgiftsansvariges vägnar samt att endast anlita Underbiträden som ger tillräckliga garantier för att genomföra lämpliga tekniska och organisatoriska åtgärder så att Behandlingen uppfyller kraven i Dataskyddsförordningen. I fråga om dataskydd ska avtalet ålägga Underbiträdet samma skyldigheter som åläggs Personuppgiftsbiträdet i detta PUB-avtal.

12.3 Personuppgiftsbiträdet ansvarar fullt ut för Underbiträdets Behandling gentemot den Personuppgiftsansvarige.

12.4 Personuppgiftsbiträdet äger rätt att anlita nya underbiträden och ersätta befintliga underbiträden.

12.5 När Personuppgiftsbiträdet avser att anlita ett nytt eller ersätta ett befintligt Underbiträde ska Personuppgiftsbiträdet säkerställa Underbiträdets kapacitet och förmåga att uppfylla sina skyldigheter enligt Dataskyddslagstiftningen. Personuppgiftsbiträdet ska skriftligen meddela den Personuppgiftsansvarige om

1. Underbiträdets namn, organisationsnummer och säte (adress och land),
2. vilken typ av uppgifter och kategorier av Registrerade som behandlas, och
3. var Personuppgifterna ska behandlas.

12.6 Den Personuppgiftsansvarige äger rätt att inom trettio (30) dagar från dag för meddelande enligt punkten 12.5 invända mot Personuppgiftsbiträdets anlitande av ett nytt underbiträde och att, med anledning av sådan invändning, säga upp detta PUB-avtal att upphöra i enlighet med vad stadgas i PUB-avtalet, punkten 17.4.

12.7 När Personuppgiftsbiträdet upphör med att anlita Underbiträdet ska Personuppgiftsbiträdet skriftligen meddela den Personuppgiftsansvarige om att det upphör med att anlita Underbiträdet.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

12.8 Personuppgiftsbiträdet ska på den Personuppgiftsansvariges begäran översända en kopia av det avtal som reglerar Behandling av Underbiträdets Behandling av Personuppgifter enligt punkten 12.2.

13. LOKALISERING OCH ÖVERFÖRING AV PERSONUPPGIFTER TILL TREDJE LAND

13.1 Personuppgiftsbiträdet ska säkerställa att Personuppgifterna hanteras och lagras inom EU/EES av en fysisk eller juridisk person som är etablerad inom EU/EES, om inte PUB-avtalets parter kommer överens om något annat.

13.2 Personuppgiftsbiträdet äger endast rätt att överföra Personuppgifter till Tredje land för Behandling (t.ex. service, support, underhåll, utveckling, drift eller liknande hantering) om den Personuppgiftsansvarige på förhand skriftligen godkänt sådan överföring och utfärdat Instruktioner för detta ändamål.

13.3 Överföring till Tredje land för Behandling enligt PUB-avtalet, punkten 13.2, får endast ske om den är förenlig med Dataskyddslagstiftningen och uppfyller de krav på Behandlingen vilka ställs i PUB-avtalet och Instruktioner.

14. ANSVAR FÖR SKADA I SAMBAND MED BEHANDLING

14.1 Vid ersättning för skada i samband med Behandling som, genom fastställd dom eller förlikning, ska utgå till den Registrerade på grund av överträdelse av bestämmelse i PUB-avtalet, Instruktioner och/eller tillämplig bestämmelse i Dataskyddslagstiftningen ska art. 82 i Dataskyddsförordningen tillämpas.

14.2 Sanktionsavgifter enligt artikel 83 i Dataskyddsförordningen, eller 6 kap. 2 § lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning ska bäras av den av PUB-avtalets parter som påförts en sådan avgift.

14.3 Om endera part får kännedom om omständighet som kan leda till skada för motparten ska parten omedelbart informera motparten om förhållandet och aktivt arbeta tillsammans med motparten för att förhindra och minimera sådan skada.

14.4 Oaktat vad sägs i Huvudavtalet gäller detta PUB-avtal, punkter 14.1 och 14.2, före andra regler om fördelning mellan Parterna av krav sinsemellan såvitt avser Behandlingen.

15. LAGVAL OCH TVISTLÖSNING

För detta avtal gäller svensk rätt. Eventuell tolkning eller tvist i anledning av PUB-avtalet, som parterna inte kan lösa på egen hand, ska avgöras av svensk allmän domstol.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

16. PUB-AVTALETS TECKNANDE, AVTALSTID OCH UPPSÄGNING

16.1 PUB-avtalet gäller från och med den tidpunkt PUB-avtalet undertecknats av båda parter och tillsvidare. Parterna äger ömsesidig rätt att säga upp PUB-avtalet att upphöra med trettio (30) dagars varsel.

17. ÄNDRINGAR OCH UPPSÄGNING MED OMEDELBAR VERKAN M.M.

17.1 Endera part i PUB-avtalet äger rätt att påkalla omförhandling av PUB-avtalet om motpartens ägarförhållanden ändras väsentligt eller om tillämplig lagstiftning, eller tolkningen av den, ändras på ett för Behandlingen avgörande sätt. Påkallande av omförhandling enligt första meningen innebär inte att PUB-avtalet till någon del upphör att gälla utan endast att en omförhandling om PUB-avtalet ska påbörjas.

17.2 Tillägg till, och ändringar i, PUB-avtalet ska vara skriftliga och undertecknade av båda parter.

17.3 När någon av parterna får kännedom om att motparten agerar i strid med PUB-avtalet och/eller Instruktioner ska parten utan dröjsmål meddela motparten om agerandet. Därefter äger parten rätt att med omedelbar verkan upphöra att utföra sina förpliktelser enligt PUB-avtalet till den tidpunkt motparten förklarat att agerandet upphört och förklaringen accepterats av den part som påtalat agerandet.

17.4 Om den Personuppgiftsansvarige invänder mot Personuppgiftsbiträdets anlitande av ett nytt underbiträde, enligt detta PUB-avtal, punkten 12.6, har den Personuppgiftsansvarige rätt att säga upp PUB-avtalet att upphöra med omedelbar verkan.

18. ÅTGÄRDER VID PUB-AVTALETS UPPHÖRANDE

18.1 Vid uppsägning av PUB-avtalet ska den Personuppgiftsansvarige utan onödigt dröjsmål begära att Personuppgiftsbiträdet överlämnar samtliga Personuppgifter till den Personuppgiftsansvarige eller raderar dem, enligt dennes önskemål. Om Personuppgifterna överlämnas ska det ske i ett öppet och standardiserat format. Med samtliga Personuppgifter avses alla Personuppgifter vilka har omfattats av Behandlingen samt annan tillhörande information såsom Loggar, Instruktioner, systemlösningar, beskrivningar och andra handlingar som Personuppgiftsbiträdet erhållit genom informationsutbyte enligt PUB-avtalet.

18.2 Överlämning och radering enligt PUB-avtalet, punkten 18.1, ska vara utförda senast trettio (30) dagar räknat från den tidpunkt uppsägning gjorts enligt detta PUB-avtal, punkten 16.1.

18.3 Behandling som utförs av Personuppgiftsbiträdet efter den tidpunkt som stadgas i punkten 18.2 är att betrakta som en otillåten Behandling såvida inte Behandlingen utgör sådan lagring som krävs enligt lag.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

18.4 Bestämmelser om sekretess/tystnadsplikt i punkten 8 enligt detta PUB-avtal ska fortsätta gälla även om PUB-avtalet i övrigt upphör av gälla. Efter att avtalet upphört får Personuppgiftsbiträdet fortsätta lagra sådana Personuppgifter som krävs enligt lag. Personuppgifterna ska lagras med samma säkerhetsåtgärder som beskrivs i punkten 7 i detta Personuppgiftsbiträdesavtal.

19. MEDDELANDEN INOM RAMEN FÖR DETTA PUB-AVTAL OCH INSTRUKTIONER

19.1 Meddelanden om PUB-avtalet och dess administration inklusive uppsägning ska skickas till respektive parts kontaktperson för PUB-avtalet.

19.2 Meddelanden om parternas samarbete om dataskydd, gällande Behandlingen, ska skickas till respektive parts kontaktperson för parternas samarbete om dataskydd.

19.3 Meddelanden inom ramen för PUB-avtalet och Instruktioner ska skickas skriftligt. Ett meddelande ska anses ha kommit fram till mottagaren senast en (1) arbetsdag efter att meddelandet har skickats.

20. KONTAKTPERSONER

20.1 Parterna ska utse var sin kontaktperson för PUB-avtalet.

20.2 Parterna ska utse var sin kontaktperson för parternas samarbete om dataskydd.

21. ANSVAR FÖR UPPGIFTER OM PARTERNA OCH KONTAKTPERSONER SAMT KONTAKTUPPGIFTER

21.1 Varje part ansvarar för att de uppgifter som anges i punkten 1 i PUB-avtalet alltid är aktuella. Ändring av uppgifter i punkten 1 ska meddelas skriftligen enligt punkten 19.1 i PUB-avtalet.

22. PARTERNAS UNDERTECKNANDEN AV PUB-AVTALET

22.1 Detta PUB-avtal tillhandahålls antingen i digitalt format för elektroniskt tecknande eller i pappersformat för tecknande med penna. Om PUB-avtalet tillhandahålls i digitalt format utgår punkter 22.2–22.3.

22.2 Den Personuppgiftsansvariges undertecknande av PUB-avtalet

Ort Datum

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

……

Undertecknande

……

Namnförtydligande

22.3 Personuppgiftsbiträdets undertecknande av PUB-avtalet

Ort Datum

……

Undertecknande

……

Namnförtydligande

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

Bilaga 1 – Instruktion för hantering av Personuppgifter

Utöver vad som redan framgår av detta avtal ska personuppgiftsbiträdet även följa nedanstående instruktioner:

Ändamål, föremålet och arten Beskriv kortfattat ändamål, föremålet för Behandlingen och arten av Behandling avseende de Personuppgifter som Personuppgiftsbiträdet/biträdena kommer Behandla.	Personuppgiftsbiträdet tillhandahåller en tjänst för digitala lås för att personuppgiftsansvarig ska kunna utföra sina lagskyldiga plikter gentemot medborgare. Personuppgifterna som biträdet kommer att hantera för Personuppgifts-ansvarigs räkning tillhandahålls med detta ändamål och hanteras i enlighet med detta avtal. Personuppgiftsbiträde kommer att behandla personuppgifter i samband med tekniskt underhåll, drift, support, lagring och gallring. Personuppgiftsbiträde får inte behandla personuppgifter för något annat eller eget ändamål.
Kategorier av Registrerade Ange vilka kategorier av registrerade vars uppgifter personuppgiftsbiträdet har åtkomst till eller kommer behandla.	• Brukare • Patienter • Anställda
Behandlingen omfattar följande typer av Personuppgifter Ange vilka personuppgifter biträdet kommer ha åtkomst till**.**	Brukare • Namn • Personnummer/samordningsnummer • Adress • Serienummer (=låset till den enskildes dörr) • Telefonnummer Anställda • Förnamn och efternamn • Användar-ID
Särskilda hanteringskrav vad gäller Behandling av Personuppgifter som utförs av Personuppgiftsbiträdet/biträdena. Lägg till förtydligande beskrivningar i förekommande fall till exempel avseende gallring	• Loggar som innehåller personuppgifter om brukare och personal ska lagras 3 månader efter att det digitala låset avslutats hos brukaren. • Behandling av personuppgifter kommer ske under den aktuella löptiden som avtalet gäller. • Säkerhetskopior får inte sparas längre än 3 mån • Personuppgifter ska gallras inom 30 dagar efter att huvudavtalet upphört om ingen annan överenskommelse rörande gallringstid tas mellan personuppgiftsansvarig nämnd och leverantör.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

Särskilda tekniska skyddsåtgärder vad gäller Behandling av Personuppgifter som utförs av Personuppgiftsbiträdet/biträdena Lägg till förtydligande beskrivningar i förekommande fall.	Personuppgiftsbiträde och eventuella underbiträden ska vidta tekniska, administrativa och organisatoriska åtgärder som regleras i huvudavtalet med tillhörande avtalsdokument. Leverantörens personal lyder under tystnadsplikt, enligt svensk Lag (2020:914) om tystnadsplikt vid utkontraktering och teknisk bearbetning eller lagring av uppgifter. Avtalsdokument som utgör en integrerad del av huvudavtalet behandlar särskilda tekniska skyddsåtgärder. De avtalsdokument som avses är: *Leverantörens anbudssvar, Bilaga 2 Kravspecifikation och svarsmall.* Då särskilt: • Kapitel 8: Informationssäkerhetskrav • Kapitel 6.1.1-6.1.1.2: GDPR • Kapitel 5.3: Teknisk säkerhet • Kapitel 7.3: Underhåll
Särskilda loggningskrav vad gäller personuppgiftsbehandlingen samt vilka som ska tillgång till dem	Personuppgiftsbiträdet och Underbiträden ansvarar för att det av loggar framgår: • Vilka åtgärder som har vidtagits med uppgifter om en registrerad person • Datum och tidpunkt när åtgärderna vidtagits • Användarens och den registrerades identitet. (Tillgång till loggarna kan endast ske baserat på vilken roll användaren har i systemet.)
Lokalisering och överföring av Personuppgifter till Tredje land Beskriv var informationen kommer lagras.	Informationen kommer att lagras i Sverige. Personuppgifter får inte överföras till tredje land.
Övriga instruktioner angående Behandling av Personuppgifter som utförs av Personuppgiftsbiträdet/biträdena	Vid eventuell personuppgiftsincident hos biträdet ska underrättelse till personuppgiftsansvarig enligt artikel 33.2 i GDPR ska ske till gdpr.soc@umea.se. Underrättelsen ska inte innehålla uppgifter om brukare/patient som kan omfattas av sekretess (namn, adress, personnummer, telefonnummer). Vid byte av underbiträde ska underrättelse till personuppgiftsansvarig enligt punkten 12.5 i PUB-avtalet ska ske till gdpr.soc@umea.se.

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

Bilaga 2 Lista över underbiträden

Underbiträdets namn, organisationsnummer och säte (adress och land)	**Adress/Land där behandlingen kommer att ske**	**Typ av behandling som underbiträdet utför**
IP-Only Networks AB, 556597-6122 (Global Connect) Bäverns Gränd 17 753 81 UPPSALA Sverige	Sverige	Phoniro Care som tjänst
VMAR Software AB, 556841-6233	Sverige	Backup filer Phoniro Care

ID:0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122 Status: Signerat av alla

Verifikat

Titel: PUB-avtal Individ- och familjenämnden

ID: 0784f180-c22e-11ec-8bec-b14471a13122

Status: Signerat av alla

Skapat: 2022-04-22

Underskrifter

Phoniro Systems AB 5566362538
Klaes Göransson
klaes.goransson@phoniro.com
Signerat: 2022-05-04 14:21 BankID KLAES GÖRANSSON

UMEÅ KOMMUN 2120002627
Malin Björkman
malin.bjorkman.2@umea.se
Signerat: 2022-05-04 19:29 BankID MALIN BJÖRKMAN

Filer

Titel	Filnamn	Storlek
PUB-avtal Individ- och familjenämnden.pdf	PUB-avtal Individ- och familjenämnden.pdf	331.4 kB

Händelser

Datum	Tid	Händelse
2022-04-22	13:19	Skapat | via API.
2022-05-04	14:21	Signerat | Klaes Göransson, Phoniro Systems AB Genomfört med: BankID av KLAES GÖRANSSON. IP: 90.228.196.111
2022-05-04	19:29	Signerat | Malin Björkman, UMEÅ KOMMUN Genomfört med: BankID av MALIN BJÖRKMAN. IP: 83.219.215.82

Verifikat utfärdat av Egreement AB
Detta verifikat bekräftar vilka parter som har signerat och innehåller relevant information för att verifiera parternas identitet samt relevanta händelser i anslutning till signering. Till detta finns separata datafiler bifogade, dessa innehåller kompletterande information av teknisk karaktär och styrker dokumentens och signaturernas äkthet och validitet (för åtkomst till filerna, använd en PDF-läsare som kan visa bifogade filer). Hash är ett fingeravtryck som varje individuellt dokument får för att säkerställa dess identitet. För mer information, se bifogad dokumentation.
Verifikation, version: 1.15

Länsstyrelsen
Västerbotten

REDOVISNING

Statsbidrag till kommuner som bedriver verksamhet med personligt ombud

Sänds in till: vasterbotten@lansstyrelsen.se

Statsbidrag avseende år 2023

Kontaktuppgifter till den kommun som beviljats statsbidraget

Kommun Umeå kommun		
Utdelningsadress Box 3045	Postnummer 901 84	Postort Umeå
Kontaktperson Charlotte Edman	Avdelning/Enhet Funktionshinderomsorgen ordinärt boende	
Nämnd Stöd och omsorg	Telefon (inkl. riktnummer) 070-3764531	E-postadress charlotte.edman@umea.se

Den eller de kommuner, förutom redovisande kommun, som redovisningen omfattar

Kommun/kommuner Bjurholm kommun, Nordmaling kommun, Robertsfors kommun, Vindeln kommun och Vännäs kommun.

Om ja, ange vilken slags handledning. Process- och ärendehandledning.
Om nej, ange varför.

2. Klienter

Ange antal klienter som fått stöd av personligt ombud. Varje person (klient) som har fått stöd av personligt ombud ska redovisas endast en gång per år.

	Kvinnor	**Män**
Totalt antal klienter	64	33
därav mellan 18 och 29 år	14	4
därav mellan 30 och 49 år	41	23
därav mellan 50 och 64 år	8	6
därav 65 år och över	1	0

Antal nya klienter	25	15
därav mellan 18 och 29 år	7	4
därav mellan 30 och 49 år	16	8
därav mellan 50 och 64 år	1	3
därav 65 år och över	1	0

Antal avslutade klienter	18	14
därav mellan 18 och 29 år	2	0
därav mellan 30 och 49 år	14	12
därav mellan 50 och 64 år	1	2
därav 65 år och över	1	0

Klienter med hemmavarande	**Kvinnor**	**Män**

ser att allt fler individer söker personligt ombud på grund av de inte får det stöd de behöver från psykiatrin och behöver hjälp att formulera sina behov för att få nödvändig vård.

Tendenser till förändring av vilka grupper som tar kontakt

Ser ni några tendenser till förändring vad gäller vilka grupper inom målgruppen som tar kontakt och söker stöd av personligt ombud under 2023? I så fall, på vilket sätt?

Tendensen fortsätter med ökade ansökningar från personer med NEP-diagnoser som faller mellan stolarna.

Ange hur kommunen har arbetar för att få representanter från nedanstående huvudmän att delta i ledningsgruppen?

6. Tillgång till samhällsservice

	Ja	Nej
Rutiner har upprättats för hur uppmärksammade brister ska hanteras i verksamheten.	x	

Sammanfatta uppmärksammade brister i fråga om den enskildes möjligheter att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service.

Budget-och skuldrådgivning:
Budget- och skuldrådgivningen i Umeå Kommun arbetar främst med kortare rådgivande insatser. Vi ser behov av ett mer långsiktigt, individuellt anpassat och flexibelt stöd för att nå en hållbar ekonomisk situation, bland annat genom att gå igenom papper/fakturor och upprätta pärmar samt kontakta inkassobolag och Kronofogden. Vi ser även behov av att rådgivningen utgår från individers faktiska utgifter, istället för schablonbelopp vid upprättande av budget.

Personer i målgruppen har behov av hjälp med att synliggöra vilka möjligheter och hinder som finns för att kunna tillgodogöra sig rådgivningen så att den blir meningsfull, samt att undersöka vilket stöd som behövs för att omsätta råden i praktiken. Personer i målgruppen har behov av flexibla arbetsmetoder som utgår från individens behov och vad som behövs för att rådgivningen ska vara långsiktigt hållbar.

Psykiatrin, NEP-mottagningen
Det har under en längre tid skickats ut information till patienter som står i kö till NEP-mottagningen, om att de själva behöver ta kontakt med mottagningen om de vill stå kvar i kö. Om patienter inte tagit kontakt inom ett visst datum skrivs de ut från mottagningens kölista. Det finns inga tydliga instruktioner om hur man på 1177 ska ta kontakt med mottagningen, vem man ska vända sig till eller vad man ska skriva, vilket utifrån målgruppens problematik medför stora svårigheter att ta sig för och genomföra detta.

Psykiatrin, NEP-mottagningen
Läkarbesök ställs in av mottagningen, klienter informeras om att de ska bokas in på en ny tid vilket inte alltid sker eller så är den nya tiden bokad många veckor fram i tiden. I vissa fall avbokas flera tider i rad av mottagningen vilket resulterar i en orimlig väntetid på ett läkarbesök.

Handlar besöket om läkemedelsinsättning eller uppföljning innebär det för klienten förlängd tid med sämre mående vilket påverkar klientens förmåga på flera plan i livet

på, snarare än att förutsättningslöst utreda den faktiska situationen och hur socialtjänsten på bästa sätt kan stötta individen utifrån hens behov.

Att inte kunna ge bifall innan en individ är helt bostadslös, oavsett om det är uppenbart att det inom kort tid kommer att ske eller att boendet är uppenbart olämpligt, orsakar en högre stress och försämrat mående hos individen. Det här innebär i sin tur att individen inte kan tillgodogöra sig andra samhällsinsatser och därmed blir kvar i systemet längre tid än nödvändigt. Det finns även risk att öka behovet av ytterligare samhällsinsatser. Eventuell problematik i form av exempelvis beroende, prostitution eller kriminalitet riskerar att fördjupas.

Socialtjänst-Umeå kommun

Personer i målgruppen som beviljas kontaktperson får vänta allt för länge på start av uppdraget. I vissa fall verkställs beslutet inte alls. Individen får inte sina behov tillgodosedda.

Beslut fattas på ett år. Därefter tillfrågas klient om hen vill avsluta, eller lämna in en ny ansökan och behovet utredas på nytt trots att det tidigare beslutet inte har verkställts. Personer som söker kontaktperson har under väntetid på kontaktperson blivit allt mer isolerade. Eventuellt ökat behov av andra insatser pga försämrat mående utifrån isolering/ensamhet.
En ansökningsprocess kräver mycket av individen och myndigheten bör på ett smidigare sätt kunna hantera situationen för att inte utsätta den enskilde utredningsåtgärder som redan är gjorda.

Socialtjänsten-Vännäs Kommun

Handläggningen av ekonomiskt bistånd i Vännäs kommun saknar individperspektiv och en helhetsbedömning av situationen. Hänsyn tas inte till psykiska funktionsnedsättningar, vilka hinder som finns eller vilket stöd som behövs för att personer i målgruppen ska kunna uppfylla de krav som ställs. Det görs ingen individuell anpassning utifrån behov och funktionsförmåga. Individer med psykiska funktionsnedsättningar ges därmed inte samma förutsättningar som andra i samhället att lyckas uppnå de krav som ställs.

Som ett led i att handläggningen inte synliggör individens behov eller analyserar individens förutsättningar och situation, ställs generella krav som på grund av psykisk funktionsförmåga är orimliga att uppnå. Frågan ställs inte; vad behöver just denna individ för att nå målet om självförsörjning? Handläggare bekräftar att individuella bedömningar inte görs i ärenden som avser ekonomiskt bistånd. Som ett exempel hanterar socialtjänsten klienters stödbehov utifrån psykiska funktionsnedsättningar genom att anmäla behov av god man/förvaltare, utan att göra någon bedömning av hur socialtjänsten kan stötta individen genom mindre ingripande insatser.

7. Ekonomi

Beviljat statsbidrag 2023

Beviljat statsbidrag, kr	Årsanställningar, ange antal ombudstjänster i kommunen. Anges med två decimaler, t.ex. två halvtider = 1,00
1 974 365	5

Förbrukat statsbidrag 2023

Förbrukat statsbidrag, kr	Årsanställningar på heltid/deltid exkl. tjänstledighet Anges med två decimaler, t.ex. två halvtider = 1,00
1 967 204	5,00

Om verksamheten har haft färre årsanställningar på heltid eller deltid än vad som beviljats, ange varför.

En medarbetare har haft partiell frånvaro i perioder.

8. Övrigt

Synpunkter och övriga reflektioner på verksamheten

9. Underskrift av behörig företrädare för kommunen

Datum 2024-01-11	
Namnteckning Charlotte Edman	Namnförtydligande Charlotte Edman
Titel Enhetschef	Tjänsteställe Umeå kommun funktionshinderomsorgen
Telefon (inkl. riktnummer) 070-3764531	E-postadress charlotte.edman@umea.se
Detta dokument har beslutats digitalt och saknar därmed underskrift	

Denna fil är sekretess skyddad

Titel : Yttrande till Inspektionen för vård och omsorg 2024-03-06
Skyddskod : Allmän handling - skyddad enligt sekretess
Paragraf : Sekretess

Denna fil är sekretess skyddad

Titel : Begäran från Inspektionen för vård och omsorg 3.2.2-23519/2023-18
Skyddskod : Allmän handling - skyddad enligt sekretess
Paragraf : Sekretess

Denna behandling '80/24 Anmälan ordförandebeslut' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '81/24 Beslut enligt FB, nedläggning av faderskapsutredning' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '82/24 Beslut enligt FB, nedläggning av faderskapsutredning' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '83/24 Beslut enligt FB, särskilt förordnad vårdnadshavare' har inget tjänsteutlåtande.

Denna behandling '84/24 Beslut enligt FB, särskilt förordnad vårdnadshavare' har inget tjänsteutlåtande.