

Lagrådsremiss

En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 26 februari 2026

Jakob Forssmed

Sarah Cagnell
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

Lagrådsremissen innehåller förslag som syftar till att möjliggöra en mer enhetlig och sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd.

Förslagen innebär att regionerna ska organisera vården till personer med skadligt bruk och beroende så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Förslagen innebär även att ytterligare krav ska ställas på den individuella plan som ska upprättas för personer som tagits emot i hem för vård eller boende. Det föreslås också att en skyldighet införs för regionen att ersätta kommunen i de fall regionen inte fullgör sina skyldigheter avseende den individuella planen. Därutöver föreslås bl.a. att socialnämnden ska underrätta regionen när en enskild tas emot i hem för vård eller boende så att regionen blir uppmärksam på behovet av att en individuell plan tas fram.

I lagrådsremissen föreslås vidare en ny lag om en samordnad vård- och stödverksamhet. Verksamheten ska rikta sig till personer som har särskilda behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser under längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning. Den nya lagen innebär ett utökat krav på samarbete mellan kommunen och regionen. Syftet är att främja den enskildes hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

Därutöver föreslås det att uttrycket missbruk ersätts av uttrycken bruk alternativt skadligt bruk och beroende i flera författningar på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område.

Lagändringarna och den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2027.

Innehållsförteckning

1	Beslut	5
2	Lagtext	6
2.1	Förslag till lag om samordnad vård- och stödverksamhet.....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus.....	8
2.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	10
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler.....	12
2.5	Förslag till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	14
2.6	Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	16
2.7	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).....	17
2.8	Förslag till lag om ändring i lagen (2018:649) om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende.....	21
2.9	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2025:400).....	22
3	Ärendet och dess beredning	24
4	Sammanhållen vård och stöd utifrån behov	24
4.1	Samsjuklighet.....	24
4.2	Nuvarande ansvarsfördelning.....	26
4.3	Samsjuklighet kräver samordnade insatser.....	26
5	Kommuners och regioners ansvar för personer med skadligt bruk och beroende ska förtydligas	28
5.1	Uttrycken bruk och skadligt bruk och beroende ska införas.....	28
5.2	Regionens ansvar för vård och behandling av personer med skadligt bruk och beroende.....	31
5.3	Kommunen ansvarar för stöd till personer med skadligt bruk och beroende.....	37
5.4	Kommunens ansvar för stöd till den som vårdar eller stöder en närstående med skadligt bruk eller beroende	41
5.5	Hälso- och sjukvård vid placering utanför det egna hemmet.....	44
5.5.1	Regionens ansvar för dem som tagits emot i ett annat hem än det egna	44
5.5.2	Ytterligare krav ställs på den individuella planen som ska upprättas för dem som tas emot i hem för vård eller boende.....	54
5.5.3	Regionens ersättningsskyldighet	58
6	Regionens sprututbytesverksamhet.....	62

7	En samordnad vård- och stödverksamhet.....	65
7.1	Kommuner och regioner ska gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet	65
7.2	Vård- och stödverksamhetens innehåll.....	71
7.3	Vård- och stödverksamhetens syfte.....	81
7.4	Den enskildes inflytande och delaktighet.....	83
7.5	Fördelning av kostnader	84
7.6	Avtal om hur verksamhetens ska bedrivas	87
7.7	Utökad möjlighet till kommunal samverkan	88
8	Personuppgiftsbehandling.....	92
9	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	96
10	Konsekvenser av förslagen	97
10.1	Konsekvenser för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd.....	97
10.2	Konsekvenser för barn.....	99
10.3	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	100
10.4	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service.....	101
10.5	Konsekvenser för brottsligheten och brottsförebyggande arbete	101
10.6	Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration.....	102
10.7	Konsekvenser för företag	103
10.8	Konsekvenser för domstolarna.....	104
10.9	Konsekvenser för EU-rätten	104
10.10	Ekonomiska konsekvenser	104
	10.10.1 Ekonomiska konsekvenser för staten.....	104
	10.10.2 Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner.....	105
11	Författningskommentar.....	109
11.1	Förslaget till lag om samordnad vård- och stödverksamhet.....	109
11.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus.....	114
11.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	115
11.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler	116
11.5	Förslaget till lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).....	117
11.6	Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659).....	118
11.7	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	119
11.8	Förslaget till lag om ändring i lagen (2018:649) om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende.....	122
11.9	Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2025:400)	123

Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93).....	125
Bilaga 2	Betänkandets lagförslag	130
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna	147
Bilaga 4	Sammanfattning av betänkandet Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5) i relevanta delar.....	149
Bilaga 5	Betänkandets lagförslag i relevanta delar.....	152
Bilaga 6	Förteckning över remissinstanserna	156

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om samordnad vård- och stödverksamhet,
2. lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus,
3. lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
4. lag om ändring i lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler,
5. lag om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400),
6. lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659),
7. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
8. lag (2018:649) om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende,
9. lag om ändring i socialtjänstlagen (2025:400).

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

2.1 Förslag till lag om samordnad vård- och stödverksamhet

Härigenom föreskrivs följande.

En samordnad vård- och stödverksamhet

1 § Kommunerna och regionen i ett län ska gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet.

Kommunerna och regionen ska i verksamheten erbjuda samordnade socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som har särskilda behov av sådana insatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning.

Lagens bestämmelser om regioner ska även tillämpas på en kommun som inte tillhör någon region.

2 § Syftet med verksamheten är att främja enskildas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

3 § En vård- och stödsamordnare som ansvarar för att samordna insatserna ska utses för den enskilde.

4 § Vid planering, samordning och genomförande av insatser i verksamheten ska hänsyn tas till den enskildes behov, resurser, sociala sammanhang och individuella mål.

Insatserna ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde.

Avtal om formerna för samverkan och utförande av uppgifter

5 § Kommunerna och regionen i ett län ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation.

6 § Kommuner och regioner får ingå avtal med privaträttsliga organ eller fysiska personer om att utföra uppgifter enligt denna lag. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas.

Verksamhetens kostnader

7 § Kostnaderna för verksamheten ska fördelas så att kommunerna och regionen i ett län står för hälften av kostnaderna vardera.

Kommunerna och regionen i ett län får avtala om en annan kostnadsfördelning än vad som anges i första stycket.

Avtalssamverkan

8 § Bestämmelser om att kommuner och regioner får ingå avtal om att någon av deras uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun respektive av en annan region finns i 9 kap. 37 § kommunallagen (2017:725).

9 § En kommun och en region i ett län får ingå avtal om att uppgifter enligt denna lag som kommunen ansvarar för ska utföras av regionen eller att uppgifter enligt denna lag som regionen ansvarar för ska utföras av kommunen. Om en sådan överlåtelse sker ska föreskrifterna i denna lag gälla för den till vilken uppgiften överlåts.

Om en kommun och region har ingått avtal enligt första stycket får de komma överens om att uppdra åt en anställd i den kommun eller den region som åtagit sig att utföra uppgifter att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (extern delegering). Möjligheten till extern delegering gäller med de begränsningar som följer av 6 kap. 38 § kommunallagen (2017:725). Vid sådan delegering tillämpas 7 kap. 4–8 §§ kommunallagen.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus

Härigenom föreskrivs att 1–3 §§ lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹

Om Inspektionen för vård och omsorg beslutar det, tillämpas denna lag vid en sådan enhet vid ett sjukhus som är särskilt inriktad på vård för *missbruk* av beroendeframkallande medel.

Om Inspektionen för vård och omsorg beslutar det, tillämpas denna lag vid en sådan enhet vid ett sjukhus som är särskilt inriktad på vård för *skadligt bruk och beroende* av beroendeframkallande medel.

2 §²

Den som är intagen för vård får inte inneha alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, något sådant medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Han får inte heller inneha injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattningsmedel med narkotika.

Den som är intagen för vård får inte inneha alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, något sådant medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Han *eller hon* får inte heller inneha injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av eller annan befattningsmedel med narkotika.

3 §³

Verksamhetschefen får ställa följande villkor för att ta in någon på sjukhuset för vård av *missbruk* av beroendeframkallande medel, om det behövs för att hindra att patienten har tillgång till sådana medel, varor eller föremål som anges i 2 §. De villkor som avses är krav på

Verksamhetschefen får ställa följande villkor för att ta in någon på sjukhuset för vård av *skadligt bruk eller beroende* av beroendeframkallande medel, om det behövs för att hindra att patienten har tillgång till sådana medel, varor eller föremål som anges i 2 §. De villkor som avses är krav på

1. att patienten underkastar sig kroppsvisitation eller yttlig kroppsbesiktning,

¹ Senaste lydelse 2013:1142.

² Senaste lydelse 1999:50.

³ Senaste lydelse 1999:50.

2. att patienten medger undersökning av vad han innehar eller får sig tillsänt.

2. att patienten medger undersökning av vad han *eller hon* innehar eller får sig tillsänt.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

2.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs att 21 och 24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

21 §²

En patient får inte inneha

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor,

2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,

3. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen,

4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattningsmedel narkotika, eller

4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av eller annan befattningsmedel narkotika, eller

5. annan egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, ska den omhändertas.

24 §³

Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter *intagits* för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller

Om narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor *har* omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter *är intagna* för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller

¹ Lagen omtryckt 2008:415.

² Senaste lydelse 2014:522.

³ Senaste lydelse 2019:359.

kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattningsmedel med narkotika.

kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av eller annan befattningsmedel med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

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

Häri genom föreskrivs i fråga om lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler¹

dels att 4, 5 och 7 §§ ska upphöra att gälla,

dels att rubriken närmast före 7 § ska utgå,

dels att 1–3 §§ och rubriken närmast före 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §²

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 sådan verksamhet är att förebygga spridning av blodburna infektioner och 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.

Det som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

Tillstånd att bedriva verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler

Sprututbytesverksamhet får bedrivas av regioner

2 §³

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.

3 §⁴

Innan en ansökan om tillstånd ges in, ska samråd ske mellan regionen och samtliga kommuner inom regionen.

Regioner som bedriver sprututbytesverksamhet ska planera verksamheten så att den blir tillgänglig för och främjar fysisk och psykisk

¹ Senaste lydelse av

4 § 2012:950

5 § 2012:950.

² Senaste lydelse 2019:924.

³ Senaste lydelse 2019:924.

⁴ Senaste lydelse 2019:924.

*hälsa hos personer med skadligt
bruk eller beroende av narkotika.*

*I ansökan ska regionen redovisa
hur behovet av avgiftning och vård
av missbrukare kommer att
tillgodoses.*

*I planeringen ska regionen sam-
verka med kommuner och andra
berörda aktörer.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

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

Härigenom föreskrivs att 21 kap. 1 §, 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

21 kap.

1 §

Sekretess gäller för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, *missbruk*, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

Sekretess gäller för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, *skadligt bruk och beroende*, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

Sekretessen gäller inte för uppgift

1. som avses i 35 kap. 1 § andra stycket andra meningen och 12 § femte stycket,

2. som förekommer i sådant mål eller ärende som anges i 36 kap. 1 §, eller

3. som tas in i ett beslut.

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

25 kap.

12 §¹

Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel, eller

2. *har ett* fortgående *skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

26 kap.

9 §²

Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller 2. *har ett* fortgående *skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

² Senaste lydelse 2013:406.

2.6 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs att 6 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt prop. 2025/26:60

Föreslagen lydelse

6 kap.

5 §

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 12–14 §§ och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt uppmärksamma ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder, syskon eller styvsyskon, eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
3. har ett *missbruk* av alkohol, 3. har ett *skadligt bruk eller*
annat beroendeframkallande medel *beroende* av alkohol, annat bero-
eller spel om pengar, endeframkallande medel eller spel
om pengar,
4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp, eller
5. oväntat avlider.

Bestämmelser om skyldigheten att vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa genast anmäla det till socialnämnden finns i 19 kap. 1 och 2 §§ socialtjänstlagen (2025:400).

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 5 kap. 7 §, 16 kap. 3 och 4 §§ och 18 kap. 1 § och rubriken närmast före 18 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas fyra nya paragrafer, 7 kap. 2 d och 2 e §§ och 16 kap. 5 och 6 §§, av följande lydelse.

Lydelse enligt prop. 2025/26:60

Föreslagen lydelse

5 kap.

7 §

Vårdgivaren ska utifrån ett barns behov erbjuda information, råd och stöd till barnet om barnets förälder, syskon eller styvsyskon, eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
3. har ett *missbruk* av alkohol, 3. har ett *skadligt bruk eller*
annat beroendeframkallande medel *beroende* av alkohol, annat be-
eller spel om pengar, roendeframkallande medel eller
spel om pengar,
4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld
eller andra övergrepp, eller
5. oväntat avlider.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

2 d §

Regionen ska organisera hälso- och sjukvården för den som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar så att vården ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

2 e §

I lagen (2027:000) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om samordnad vård- och stödverksamhet.

16 kap.

3 §¹

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,

2. personer som *missbrukar* alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, *och*

3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är *placerade* i ett skyddat boende.

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om *att samverka* i fråga om

2. personer *som har ett skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar,

3. barn och unga *som inte har fyllt 21 år* som vårdas utanför det egna hemmet eller är *placerade eller vistas* i ett skyddat boende, *och*

4. *personer som har fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.*

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

4 §²

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*.

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,

Om en enskild har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och 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 *att den upprättas*. Arbetet med planen ska påbörjas *genast*.

Planen ska *upprättas tillsammans med den enskilde när det är möjligt*. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

2. vilka insatser respektive huvudman ska *ansvara* för,

¹ Senaste lydelse 2024:90.

² Senaste lydelse 2019:973.

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.

3. vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och

5 §

Om en individuell plan ska upprättas enligt 4 § för en person som tas emot i ett hem för vård eller boende, ska regionen inom fyra veckor från det att regionen tog emot en underrättelse enligt 9 kap. 10 a § socialtjänstlagen (2025:400) ange i planen vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde har behov av och hur de ska genomföras och följas upp.

Första stycket gäller inte för en person som tas emot i ett hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller i ett hem som avses i 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

6 §

Om regionen inte uppfyller sin skyldighet enligt 5 § första stycket har kommunen, om inte annat avtalats, rätt till ersättning från regionen med ett belopp som motsvarar 40 procent av genomsnittskostnaden i landet för ett vårdtygn i hem för vård eller boende. Ersättning ska lämnas per dygn till dess att regionen uppfyller sin skyldighet eller till dess placeringen upphör.

18 kap.

Underrättelseskyldighet i fråga om missbruk

Om en nämnd som utövar ledning enligt 7 kap. 1 § eller 11 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för missbruksändamål eller att

Underrättelseskyldighet i fråga om skadligt bruk och beroende

1 §

Om en nämnd som utövar ledning enligt 7 kap. 1 § eller 11 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för skadligt bruk och beroende eller att

ändringar sker i *missbruksmönster* av kända medel, ska nämnden *utan dröjsmål* anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

ändringar sker i *användningsmönstret* av kända medel, ska nämnden *genast* anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

2.8 Förslag till lag om ändring i lagen (2018:649) om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende

Härigenom föreskrivs att 2 § lagen (2018:649) om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Den som förestår verksamheten vid hemmet får besluta att de som vårdas där inte får inneha

- | | |
|--|--|
| 1. alkoholhaltiga drycker, | |
| 2. andra berusningsmedel, | |
| 3. injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för <i>missbruk</i> av eller annan befattning med narkotika, eller | 3. injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för <i>bruk</i> av eller annan befattning med narkotika, eller |
| 4. någon annan egendom som kan skada den som vårdas eller någon annan eller äventyra säkerheten vid hemmet. | |

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

2.9 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2025:400)

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2025:400)

dels att 7 kap. 2 § och 15 kap. 6 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 7 kap. 2 a § och 9 kap. 10 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

2 §

Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om att samverka i fråga om

– barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller som är placerade i ett skyddat boende,

– personer med psykisk funktionsnedsättning, *och*

– personer som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

– barn och unga *som inte har fyllt 21 år* som vårdas utanför det egna hemmet eller som är placerade *eller vistas* i ett skyddat boende,

– personer med psykisk funktionsnedsättning,

– personer som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, *och*

– *personer som har fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.*

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa grupper av personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

2 a §

I lagen (2027:000) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om samordnad vård- och stödverksamhet.

9 kap.

10 a §

När socialnämnden fattar beslut om att en enskild ska tas emot i ett hem för vård eller boende ska nämnden genast underrätta regionen om beslutet och kalla till möte om en individuell plan enligt 10 kap. 8 §.

15 kap.

6 §

Om socialnämnden i sin verksamhet har uppmärksammat något som tyder på att det förekommer skadligt bruk eller beroende av nya medel eller att ändringar sker i *mönstret för skadligt bruk eller beroende av kända medel*, ska nämnden genast underrätta Folkhälsomyndigheten om det.

Om socialnämnden i sin verksamhet har uppmärksammat något som tyder på att det förekommer skadligt bruk eller beroende av nya medel eller att ändringar sker i *användningsmönstret av kända medel för skadligt bruk eller beroende*, ska nämnden genast underrätta Folkhälsomyndigheten om det.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2027.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 17 juni 2020 att uppdra åt en särskild utredare att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (dir. 2020:68). Den 28 oktober 2021 fick utredaren även i uppdrag att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. I uppdraget ingick också att ta ställning till och bedöma behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen (dir. 2021:96).

Utredningen, som tog namnet Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08), överlämnade i november 2021 delbetänkandet Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) till regeringen. Utredningen överlämnade i januari 2023 slutbetänkandet Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5) till regeringen.

En sammanfattning av delbetänkandet finns i *bilaga 1* och betänkandets lagförslag finns i *bilaga 2*. Delbetänkandet har remissbehandlats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. Remissyttrandena finns tillgängliga på regeringens webbplats (regeringen.se) och i Socialdepartementet (S2021/07629). En sammanfattning av slutbetänkandet i relevanta delar finns i *bilaga 4* och betänkandets lagförslag i relevanta delar finns i *bilaga 5*. Slutbetänkandet har remissbehandlats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 6*. Remissyttrandena finns tillgängliga på regeringens webbplats och i Socialdepartementet (S2023/00440).

I denna lagrådsremiss behandlas lagförslagen i delbetänkandet. I lagrådsremissen behandlas även de lagförslag i slutbetänkandet som avser regionens vårdansvar för dem som är placerade utanför sitt hem samt kommunernas och regionernas skyldighet att ingå överenskommelser om samverkan i fråga om sådana personer. Övriga lagförslag i slutbetänkandet bereds vidare i Regeringskansliet.

4 Sammanhållen vård och stöd utifrån behov

4.1 Samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att ha två eller flera sjukdomsdiagnoser samtidigt. Skadligt bruk eller beroende i kombination med andra psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar är en vanligt förekommande typ av samsjuklighet (Socialstyrelsen, Kunskapsguiden om behandling vid samsjuklighet 2025). Kombinationen skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd påverkar förloppet av såväl skadligt bruk eller

beroende som psykiatriska tillstånd med ökad risk för försämring och upprepade återfall i båda tillstånden. Tillstånden kan också förstärka varandra på olika sätt – psykisk ohälsa kan innebära ökad risk för högre konsumtionsnivåer och mer riskabelt bruk av substanser, och på motsvarande sätt kan skadligt bruk eller beroende öka risken för psykisk ohälsa. Det är också välbelagt att t.ex. adhd, bipolär sjukdom eller psykos innebär en ökad risk för ett skadligt bruk eller beroende och utmaningar både vad gäller hälsa och andra livsområden. Det finns även tydliga samband mellan samsjuklighet och social utsatthet såsom hemlöshet, arbetslöshet och skuldsättning. Personer med samsjuklighet har därför ofta behov av vård- och stödinsatser över lång tid och från flera olika kompetenser inom vård och omsorg.

Att vara närstående till en person med skadligt bruk eller beroende är en riskfaktor för att utveckla egen ohälsa då det kan vara en ansträngd situation som kan vara förknippad med ett stigma och känslor av skuld eller misslyckande. Det är därför viktigt att inte bara personer med skadligt bruk eller beroende utan även deras närstående får det stöd som de behöver. Barn och unga som växer upp i en miljö där det finns en förälder eller närstående med beroendeproblematik eller med en förälder med psykisk ohälsa löper en större risk att själva utveckla ohälsa i form av skadligt bruk eller beroende liksom annan psykisk ohälsa. Ser man till barn och unga som varit placerade i samhällsvård är förekomsten av psykisk ohälsa tre till fyra gånger vanligare än hos andra jämnåriga. Det är inte ovanligt med flera psykiatriska tillstånd i kombination med ett skadligt bruk för såväl flickor som pojkar.

Förekomsten av skadligt bruk och beroende, och av samsjuklighet, varierar mellan olika grupper i befolkningen. Även konsekvenserna i form av ohälsa och livssituation skiljer sig mellan olika grupper. Det kan bl.a. skilja sig mellan kvinnor och män, och mellan personer med olika sociala förhållanden. Vissa personers sociala situation kan vara stabil under lång tid, andras förändras på sikt genom sjukskrivning och relationer som påverkas negativt, och i vissa fall hamnar personen ganska snabbt i utanförskap, hemlöshet och kriminalitet. I Missbruksutredningen framhålls att många personer med riskbruk, missbruk eller beroende är socialt etablerade med arbete, bostad och familj (SOU 2011:35). Samtidigt beskrivs att narkotikabruk är vanligare i psykosocialt utsatta grupper. Studier har visat att personer med alkoholproblem som är i behandling är marginaliserade avseende boende, arbete och familjesituation jämfört med personer med alkoholproblem i befolkningen som inte är i behandling. Motsvarande gäller sannolikt även för personer med narkotikaproblem eller samsjuklighet. Det innebär att beskrivningar av personer som är i kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte behöver vara representativa för alla personer med skadligt bruk, beroende eller samsjuklighet. Det finns också begränsat med uppgifter om personer som är i kontakt med företagshälsovård och primärvård. Det är viktigt att betona att gruppen och livssituationen för personer med samsjuklighet inte är homogen, och att inte låta bilden bara fokusera på utsatthet och misslyckanden.

4.2 Nuvarande ansvarsfördelning

Både kommuner och regioner har ansvar för vård, stöd och behandling. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL, ansvar för att erbjuda insatser till den som behöver stöd eller vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende. Socialnämnden ska ta de initiativ som krävs för att sådana insatser kan erbjudas dem som har behov av insatser (13 kap. 10 § SoL). Kommunen ansvarar också för sociala stödinsatser i vissa fall avseende t.ex. boende, sysselsättning, försörjning samt stöd till barn och andra närstående. Regionerna har i sin tur en skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen (8 kap. 1 § HSL). Däri ingår all medicinskt motiverad vård som bl.a. abstinensbehandling och läkemedelsassisterad behandling vid alkohol- och narkotikamissbruk samt övriga medicinska och psykiatriska insatser.

Kommunerna har också en skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård vilket regleras i 12 kap. HSL och omfattar bl.a. personer i vissa boendeformer. I 12 kap. 1 § HSL anges vem som omfattas av kommunens ansvar för hälso- och sjukvård och i bestämmelsen hänvisas till motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 26 kap. 1 § första stycket 2 SoL. Regionen har därutöver en möjlighet att överlåta skyldigheten att erbjuda viss hälso- och sjukvård till kommunen. Av 14 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen får till en kommun inom regionen överlåta skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket SoL, om regionen och kommunen kommer överens om det. Sådan överenskommelsen får inte avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Kommuner och regioner är skyldiga att ingå överenskommelser för att samordna hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser för personer med alkohol-, narkotika-, läkemedels- eller spelberoende. Detsamma gäller för barn och unga, liksom personer med psykiska funktionsnedsättningar (16 kap. 3 § HSL och 7 kap. 2 § SoL). 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. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen (16 kap. 4 § HSL och 10 kap 8 § SoL).

4.3 Samsjuklighet kräver samordnade insatser

Problematiken vid skadligt bruk eller beroende i kombination med andra psykiatriska tillstånd innebär ofta att insatser behöver samordnas av olika huvudmän eller mellan olika verksamheter inom samma huvudmans ansvarsområden för att möta personens hela situation. Det är angeläget att

individer med samsjuklighet inte blir utestängda från stöd och vård utan får hjälp med både skadligt bruk eller beroende och psykisk ohälsa och ges tillgång till fungerande behandling och, utifrån sina förutsättningar och behov, får välja behandling. Det är också angeläget att det erbjuds stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när den behövs. Ur den enskildes perspektiv kan en samordnad vård minska riskerna för att varken socialtjänst eller vårdgivare tar ansvar för den enskilde och att behandling uteblir. Det kan också innebära att utredning och behandling kan genomföras parallellt vid förekomst av skadligt bruk och beroende och psykiatriska tillstånd. En samordnad vård kan även leda till att onödiga upprepningar av t.ex. information, utredningar och behandlingar undviks samt att han eller hon erbjuds fasta kontakter och personalkontinuitet. Att regionen ser till hela vårdbehovet kan också utgöra en trygghet för den enskilde och hjälpa denne att ta nästa steg i vårdprocessen. Detta kan också innebära en värdefull avlastning för närstående. Samordnad vård medför samtidigt krav på en välutvecklad samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården och andra berörda aktörer som t.ex. socialtjänsten.

Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08), men även andra utredningar, såsom Missbruksutredningen (S 2008:04) och Narkotikautredningen (S 2022:01), har konstaterat att nuvarande organisering av hälso- och sjukvården och omsorgssystemet inte fullt ut kan säkerställa en god, kunskapsbaserad, effektiv och jämlik vård till personer med skadligt bruk eller beroende i kombination med andra psykiatriska diagnoser eller närliggande tillstånd.

Kommuner och regioner har en skyldighet att samordna (se 16 kap. 3 § HSL och 7 kap. 2 § SoL). Det finns dock stora brister i samordningen både mellan vårdens och omsorgens olika aktörer och inom de olika huvudmännens egna ansvarsområden. Det leder många gånger till stora utmaningar för de verksamheter som möter dessa personer, vilket också drabbar de enskilda personerna som ofta har stora vård- och stödbehov. Det har bl.a. framhållits att huvudmännens respektive ansvar behöver tydliggöras och att det finns ett behov av bättre samordning och samarbete.

Det finns ett behov av att i ett första steg utveckla och stärka samordningen av den frivilliga vården för personer med ett skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd. En bättre samordning av vård och stöd till dessa personer kan även bidra till att tvångsvård kan undvikas, eller ses som en del av en mer sammanhållen och personcentrerad vårdkedja.

5 Kommuners och regioners ansvar för personer med skadligt bruk och beroende ska förtydligas

5.1 Uttrycken bruk och skadligt bruk och beroende ska införas

Regeringens förslag

Ordet bruk ska ersätta ordet missbruk i lagen om psykiatrisk tvångsvård.

Uttrycket skadligt bruk och beroende ska ersätta ordet missbruk i lagen om kontroll av berusningsmedel på sjukhus, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om utbyte av sprutor och kanyler, offentlighets- och sekretesslagen, patientsäkerhetslagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Utredningens förslag stämmer delvis överens med regeringens. Utredningens förslag omfattar dock inte lagen (2018:649) om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende, som har trätt i kraft efter att utredningen lämnade sitt förslag (prop. 2017/18:169, bet. 2017/18:SoU30, rskr. 2017/18:307) eller lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus. Utredningen lämnar även förslag på ändringar i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och den numera upphävda socialtjänstlagen (2001:453).

Remissinstanserna

De flesta remissinsatser som uttalar sig är positiva till förslaget. Några remissinstanser motsätter sig eller är tveksamma till förslaget, däribland *Förvaltningsrätten i Malmö*, *Förvaltningsrätten i Umeå*, *Stockholms universitet* och *Göteborgs kommun* som påpekar att missbruk är ett inarbetat juridiskt begrepp som kan vara svårt att ersätta utan tillkommande tolknings- och tillämpningsproblem. *Förvaltningsrätten i Göteborg* anser att det är oklart om avsikten är att inkludera även spel om pengar i begreppet skadligt bruk eller beroende. *Förvaltningsrätten i Malmö* och *Stockholms universitet* framhåller också särskilt att begreppet missbruk förekommer i annan lagstiftning än den som omfattas av utredningens förslag. *IOGT-NTO* anser att begreppet skadligt bruk antyder att det finns ett icke-skadligt bruk, vilket föreningen anser är felaktigt.

Skälen för regeringens förslag

Ordet missbruk började användas i lagstiftningen om hälsa och omsorg under 1980-talet. Sedan dess har fokus inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten ändrats till en mer medicinsk och psykologisk förståelse av

den problematik som begreppet avser. Trots att terminologin på andra områden har ändrats genom åren till att bli mer medicinsk, har ordet missbruk behållits i lagstiftning inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Detta trots att ordet ofta uppfattas ha en stigmatiserande effekt, vilket kan göra det svårare för personer att söka hjälp.

I socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL, har ordet missbruk genomgående ersatts med uttrycket skadligt bruk och beroende. I förarbetena framhålls att ordet missbrukare är föråldrat och därför inte bör användas i lagstiftningen (prop. 2024/25:89 s. 378). Motsvarande språkliga ändringar görs även i utkastet till lagrådsremiss För barns rättigheter och trygghet – en ny lag om omhändertagande för vård av barn och unga. I utkastet, som har remitterats, föreslås en ny lag om omhändertagande för vård av barn och unga där ordet missbruk genomgående ersätts med ”skadligt bruk och beroende”.

Utredningen föreslår också att ordet missbruk byts ut till uttrycket skadligt bruk och beroende i flera lagar utöver socialtjänstlagen, däribland lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler, offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL.

För att inte riskera att bidra till stigmatisering är det enligt regeringen viktigt att hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamheter utgår från så värdenutrala ord och uttryck som möjligt. I det diagnossystem som främst används inom hälso- och sjukvården används uttrycket skadligt bruk och beroende. Regeringen anser att det finns fördelar med att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten i möjligaste mån använder samma ord och uttryck eftersom de skadeverkningar som avses kan påverka både hälsan och den sociala situationen. Mot den bakgrunden anser regeringen att ordet missbruk bör ersättas av uttrycket skadligt bruk och beroende. Då de föreslagna ändringarna endast är språkliga och redan har införts eller planeras att införas i annan lagstiftning på området, delar regeringen inte *Förvaltningsrätten i Malmö*, *Förvaltningsrätten i Umeå*, *Stockholms universitets* och *IOGT-NTO:s* farhågor om att ordbytet kommer leda till förvirring eller tolknings- och tillämpningsproblem.

Det samlade uttrycket skadligt bruk och beroende kan i några fall inte ersätta ordet missbruk. Det gäller t.ex. bestämmelser i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT. 21 § LPT syftar till att förhindra en person att inneha vissa föremål som är särskilt ägnade att användas för bruk av eller annan befattning med narkotika. Detsamma gäller 24 § LPT som ger Statens institutionsstyrelse respektive chefsöverläkaren rätt att förstöra eller sälja sådana föremål. Utredningen föreslår därför att ordet missbruk i lagen om psykiatrisk tvångsvård ersätts av ordet bruk. Motsvarande förslag på ändringar lämnas i utkastet till lagrådsremiss För barns rättigheter och trygghet – en ny lag om omhändertagande för vård av barn och unga, i en ny lag om särskilda befogenheter inom den statliga barn- och ungdomsvården. Mot den bakgrunden anser regeringen att ordet missbruk i vissa delar bör ersättas med ordet bruk.

Förvaltningsrätten i Göteborg pekar på att det är oklart om avsikten är att inkludera även spel om pengar i uttrycket skadligt bruk och hänvisar

till att bestämmelserna i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, inte omfattar spel om pengar och att Högsta förvaltningsdomstolen i avgörandet RÅ 2005 ref. 51 funnit att inte heller bestämmelserna i 3 kap. 7 § och 5 kap. 9 § i den numera upphävda socialtjänstlagen omfattar missbruk av annat än alkohol och andra beroendeframkallande medel. Regeringen vill därför förtydliga att de föreslagna ändringarna inte omfattar lagen om vård av missbrukare i vissa fall och att spel om pengar numera uttryckligen omfattas av motsvarande bestämmelser i nya socialtjänstlagen (6 kap. 6 § och 13 kap. 10 § SoL). När det gäller behovet av ändringar i lagen om vård av missbrukare i vissa fall avser regeringen att återkomma till den frågan i särskild ordning.

Som Förvaltningsrätten i Malmö och Stockholms universitet påpekar omfattar utredningens förslag endast vissa författningar på hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område. Anledningen till det är att utredningen bedömt att ändringar inom exempelvis straffrättens område kan få sådana konsekvenser att det behöver utredas särskilt. Regeringen instämmer i den bedömningen och föreslår därför enbart ändringar i lagen om kontroll av berusningsmedel på sjukhus, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om utbyte av sprutor, offentlighets- och sekretesslagen, hälso- och sjukvårdslagen och lagen om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende. Eftersom ordet missbruk genomgående redan har ersatts med ”skadligt bruk och beroende” i socialtjänstlagen, föreslås inga ändringar i den lagen. Med anledning av att det i utkastet till lagrådsremiss För barns rättigheter och trygghet – en ny lag om omhändertagande för vård av barn och unga, föreslås två nya lagar där ordet missbruk genomgående ersätts med ”skadligt bruk och beroende”, anser regeringen att utredningens föreslagna ändringar i de lagarna inte ska behandlas inom ramen för denna lagrådsremiss. Regeringens förslag har vidare anpassats till de förändringar av patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen som föreslås i prop. 2025/26:60.

Utredningen har inte föreslagit några ändringar avseende de substanser eller beroenden som anges i de bestämmelser där ordet missbruk nu föreslås ersättas med ordet bruk alternativt ”skadligt bruk och beroende”. Regeringen kan konstatera att bestämmelserna som anger vilka substanser eller beroenden som avses i de bestämmelser som berörs av förslagen inte är enhetligt utformade. I vissa bestämmelser anges tydligt vilka ämnen som åsyftas, t.ex. alkohol och narkotika, medan andra bestämmelser använder mer generella samlingsbegrepp såsom beroendeframkallande medel. Skillnaderna i utformning beror dels på att lagstiftningen har tillkommit vid olika tidpunkter, dels på att olika syften ligger bakom de olika bestämmelserna. Även om regeringen är angelägen om enhetlighet i användningen av ord och uttryck på hälso- och sjukvårdsområdet och socialtjänstområdet bedöms det inte vara möjligt att göra sådana justeringar inom ramen för detta lagstiftningsärende.

5.2 Regionens ansvar för vård och behandling av personer med skadligt bruk och beroende

Regeringens bedömning

Regionen har ett ansvar för att erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar all vård och behandling som är hälso- och sjukvård.

Regeringens förslag

Hälso- och sjukvård för den som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, ska organiseras så att vården ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Utredningens förslag och bedömning (SOU 2021:93)

Förslaget och bedömningen från utredningen stämmer delvis överens med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslår att det ska införas en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen 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 som han eller hon behöver. Utredningen föreslår att det ska införas en bestämmelse i patientlagen (2014:821) som anger att insatser till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel eller spel om pengar ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Utredningens förslag har en annan språklig och redaktionell utformning.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som yttrar sig är positiva till utredningens förslag om ett förtydligande av regionens vårdansvar.

Några remissinstanser avstyrker eller är tveksamma till förslaget om ett förtydligande av regionens vårdansvar. Bland andra *Region Gävleborg*, *Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys*, *Göteborgs kommun*, *Region Uppsala*, *Socialstyrelsen* och *Sverige Kommuner och Regioner (SKR)* för fram att den föreslagna bestämmelsen innebär att en enskild patientgrupp lyfts i en generell utformad ramlag där inget motsvarande fokus läggs på andra utsatta eller sårbara grupper, vilket riskerar att krocka med de prioriteringsprinciper som gäller inom hälso- och sjukvården. Även *Härnösands kommun* och *Norrtälje kommun* påtalar risken för undanträngningseffekter i förhållande till andra patientgrupper.

Flera remissinstanser, däribland *Göteborgs universitet*, *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*, *Region Gävleborg*, *Förvaltningsrätten i Karlstad*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Sörmland*, *Statens institutionsstyrelse (SiS)*, *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)* och *Svenska föreningen för beroendemedicin* framför att förslaget innebär att nya gränsdragningsfrågor och tolkningsproblem troligtvis kommer att uppstå.

Umeå kommun framhåller särskilt svårigheten att definiera vad som är behandling och vad som är stöd då begreppen går in i varandra. *Famna* och *Fremia*, Göteborgs universitet, *IOGT-NTO*, *Narkotikapolitiskt Center (NPC)* och Umeå kommun framhåller att det psykosociala perspektivet riskerar att gå förlorat när ansvaret för behandling förs över till regionerna.

Flera remissinstanser, däribland *Akademikerförbundet SSR*, *Region Örebro*, *Förvaltningsrätten i Karlstad*, *Förvaltningsrätten i Umeå*, *Verdandi*, *Socialstyrelsen*, *Funktionsrätt Sverige*, *Jönköpings kommun* och *Vision* framhåller att enskildas rättssäkerhet påverkas när insatser flyttas från socialtjänsten till hälso- och sjukvården eftersom det innebär att möjligheten till domstolsprövning försvinner.

Några remissinstanser, bland andra *Järfälla kommun*, *Jönköpings kommun*, *Ockelbo kommun* och *IOGT-NTO* påtalar att det finns en risk att tillgängligheten till behandling för skadligt bruk försämras i geografiskt avlägsna kommuner. Även *Fagersta kommun*, *Hylte kommun*, *Storumans kommun*, *Vårdförbundet* och *Västra Götalandsregionen* ser en risk för centralisering av vården till större städer.

Bland andra *Akademikerförbundet SSR*, *Storumans kommun* och Umeå kommun pekar på risken för att väntetider till utredning inom barn- och ungdomspsykiatri, och vuxenpsykiatri kan bli långa och att psykiatri inte klarar sitt uppdrag.

Förvaltningsrätten i Umeå noterar att kontraktsvård ingår bland sådana beslut som tas enligt socialtjänstlagen och ifrågasätter hur det ska lösas framöver.

En majoritet av remissinstanserna är positiva till förslaget om regionens skyldighet att samordna vård för personer med skadligt bruk och beroende. *SKR* anser att förslaget även bör omfatta somatiska tillstånd.

Några få remissinstanser avstyrker förslaget, bl.a. *Härnösands kommun* som påtalar att det saknas en beskrivning av hur hela insatskedjan ska hållas ihop för personer med skadligt bruk och beroende. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och *Socialstyrelsen* anser att det är problematiskt att peka ut en specifik grupp och *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* framhåller att det är fråga om en dubbelreglering då det redan finns ett generellt krav på att olika insatser inom vården ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. *Region Gävleborg* understryker att hälso- och sjukvårdslagen fortsatt bör vara en ramlag utan detaljerad styrning av hur vården ska ges.

Skälen för regeringens bedömning och förslag

Skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård till personer med skadligt bruk och beroende

Av 8 kap. 1 § HSL framgår att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Vårdskyldigheten är omfattande och innebär att i princip all vård som är medicinskt motiverad ska erbjudas till personer bosatta i regionen. Enligt förarbetena ska tolkningen av bosättningsbegreppet utgå från bestämmelserna i folkbokföringslagen (1991:481), se prop. 1981/82:97 s. 115.

I regionernas vårdskyldighet ingår således ett ansvar för att bosatta personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds en god hälso- och

sjukvård för dessa tillstånd, även om det inte anges uttryckligen i hälso- och sjukvårdslagen.

Samtidigt har kommunen, enligt 13 kap. 10 § socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL, en skyldighet att erbjuda insatser till den som behöver stöd eller vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika och andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar.

Av utredningen framgår att gränsen mellan kommunernas och regionernas ansvar för vård och behandling av personer med skadligt bruk eller beroende uppfattas som otydlig. Utredningen bedömer därför att det finns behov av att det tydliggörs att regioner har ett samlat ansvar för vård och behandling av personer med skadligt bruk och beroende. Flera remissinsatser delar utredningens bedömning, bl.a. *Vårdförbundet* och *Vårdföretagarna*, som framhåller att en tydligare och mer renodlad ansvarsfördelning är nödvändig för att säkerställa att personer med skadligt bruk eller beroende får den vård de behöver.

Regeringen delar utredningens bedömning att gränsdragningen mellan vad som är kommunens respektive regionens ansvar för vård av personer med skadligt bruk och beroende kan uppfattas som otydlig. Kommunen har också inom socialtjänsten tagit ett stort ansvar för beroendevården, och då även för de delar som i dag betraktas som hälso- och sjukvård som hör till regionens ansvar. Det finns därför behov av att understryka att regionerna har ansvar för all vård och behandling, som är sådan hälso- och sjukvård som regionen ska ansvara för och som avser skadligt bruk och beroende. Det är ett viktigt klargörande för att säkerställa att den aktuella gruppens behov tillgodoses.

Flera remissinsatser framför att förslaget i utredningen kan leda till att tillgängligheten till sådan vård och behandling som tidigare erbjudits av kommunerna kan komma att försämrats. Det handlar bl.a. om farhågor att regionen enbart kommer att erbjuda behandling vid centralorter, och inte nå ut till små, geografiskt avlägsna kommuner där det finns personer med behov av sådan behandling.

Enligt regeringen har regionerna bäst förutsättningar att erbjuda en behovsanpassad och kunskapsbaserad vård, även när det gäller vården för skadligt bruk och beroende. Som *Falu kommun* framhåller finns det även starka skäl att hålla ihop vården då sjukdomstillstånden ofta medför behov av andra insatser som regionen ansvarar för, däribland abstinensvård, medicinering och även somatisk vård. Regionerna har bredare vårdkompetens i jämförelse med kommunerna, och även bättre förutsättningar att erbjuda ett varierat utbud av behandlingsmetoder. Regionerna har dessutom särskilda möjligheter att säkerställa en evidensbaserad utveckling av vården, bl.a. genom samverkan med universitetskliniker och användning av nationella kvalitetsregister. Som *Region Norrbotten* framhåller kan ett förtydligande av vårdansvaret förväntas skapa samordningsvinster, bidra till en jämlik vård och höja den medicinska kvaliteten. Regeringen anser därför inte att det finns grund för de farhågor om att det psykosociala perspektivet riskerar att gå förlorat när ansvaret för behandling förs över till regionerna som *Göteborgs universitet*, *Famna* och *Fremia*, *IOGT-NTO*, *NPC* och *Umeå kommun* påtalar. Regeringen anser inte heller att det finns grund för de farhågor som bl.a. *Järfälla kommun*, *Jönköpings kommun*, *Ockelbo kommun*,

Fagersta kommun, Hylte kommun, Storumans kommun, Västra Götalands Regionen, IOGT-NTO och Vårdförbundet framhåller om försämrad tillgänglighet i små geografiskt avlägsna kommuner och att förslaget innebär en risk för centralisering av vården. Regeringen förutsätter att kommuner och regioner samordnar sig och tillgängliggör vård och stöd på ett ändamålsenligt sätt.

Utredningen föreslår att det ska införas en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som anger att regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk och beroende den vård som de behöver. Flera remissinstanser ifrågasätter dock utredningens förslag att peka ut en specifik grupp i hälso- och sjukvårdslagstiftningen, däribland *Region Gävleborg, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Göteborgs kommun, Region Uppsala, Socialstyrelsen* och *SKR*. Regeringen instämmer i remissinstansernas invändningar och anser därför att det inte är lämpligt att särskilt reglera att regionerna har en skyldighet att erbjuda vård till personer med skadligt bruk och beroende i hälso- och sjukvårdslagen. Av 8 kap. 1 § HSL framgår redan att regioner har ett vårdansvar för alla personer som är bosatta där. Det gäller även för vård av personer med skadligt bruk och beroende. Regeringen konstaterar, i likhet med Socialstyrelsen och SKR, att utredningens förslag skulle innebära att vårdansvaret för en enskild patientgrupp framhålls särskilt i en i övrigt generellt utformad ramlag där inget motsvarande fokus läggs på andra utsatta eller sårbara grupper. En sådan reglering kan riskera att stå i strid med de grundläggande etiska principerna som gäller för hälso- och sjukvården enligt 3 kap. 1 § HSL. Regeringen delar även Socialstyrelsens och *Norrtälje kommuns* synpunkter om att det kan finnas risk för undanträngningseffekter i förhållande till andra patientgrupper om det införs en specifik bestämmelse i lagen som framhåller regionens skyldighet att erbjuda den aktuella patientgruppen vård. Regeringen anser därför att det inte bör regleras att regionerna ska erbjuda personer med skadligt bruk och beroende den vård som de behöver.

Gränsdragningen mellan hälso-, sjukvårds- och socialtjänstinsatser

Kartläggningar som utredningen har gjort visar att ansvaret för, och skillnader mellan, vård och stöd såsom psykologisk behandling, psykosocial behandling och psykosocialt stöd som både kommuner och regioner erbjuder personer med skadligt bruk och beroende, upplevs som särskilt otydligt. IVO, *Region Gävleborg, Förvaltningsrätten i Karlstad, Region Jämtland Härjedalen, Region Sörmland, SiS, Smer* och *Svenska föreningen för beroendemedicin* tar upp risken med en ny ansvarsgräns och därmed nya problem med samordning, när en persons behov av stöd, vård och behandling ska tillgodoses hos olika huvudmän. Härnösands kommun anser att de problem som finns i dag inom missbruks- och beroendevården gällande samordning och samverkan, som både den enskilde och dess närstående möter, inte kommer lösas med de föreslagna ändringarna. Snarare kommer nya gränsdragningsproblem att skapas.

Enligt regeringen är gränsdragningsfrågor mellan kommuner och regioner generellt svåra att helt undvika, inte minst i ramlagar som hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen samt för att ansvaret för hälso- och sjukvården är delat mellan kommunerna och regionerna (jfr 8 kap. 1 §

och 12 kap. 1 § HSL). Mer detaljerade gränsdragningsfrågor bör klargöras på andra sätt än genom lagstiftning. Det kan t.ex. göras förtydliganden i nationella riktlinjer eller annat kunskapsstöd. En huvudinriktning är dock att behandling avser insatser som framför allt är inriktade på att påverka det skadliga bruket eller beroendet. Enligt Socialstyrelsens nu gällande nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende fokuserar psykologisk behandling på intrapsykiska processer, hanteringen av tankar, känslor och inre reaktioner, medan psykosocial behandling fokuserar på den sociala situationen och sammanhanget. Dessa två typer av behandlingsinsatser bör fortsättningsvis ingå i regionernas ansvar för hälso- och sjukvård medan sociala stödinsatser, som gäller exempelvis försörjning, boendelösningar och sysselsättning, inte ingår i regionernas behandlingsansvar utan även fortsatt ska vara kommunens ansvar.

Som *Förvaltningsrätten i Umeå* noterar ska förslag till behandlingsplan vid skyddstillsyn med föreskrift om särskild behandlingsplan (kontraktsvård) alltid utformas i samverkan med socialtjänsten (se 6 § förordningen [1992:289] om särskild personutredning i brottmål, m.m.). Dock gäller denna skyldighet även i förhållande till den som ska svara för behandlingen, dvs. regionen. Regeringen föreslår inte någon förändring i det avseendet utan Kriminalvården ska även i fortsättningen, genom frivården, utforma sina förslag i samverkan med socialtjänsten och den som ska svara för behandlingen, dvs. regionen.

Möjligheterna att föra fram klagomål på hälso- och sjukvården

Några remissinstanser, bland andra *Region Örebro*, *Förvaltningsrätten i Karlstad*, *Förvaltningsrätten i Umeå*, *Socialstyrelsen*, *Funktionsrätt Sverige*, *Jönköpings kommun* och *Vision* uttrycker farhågor om försämrade rättigheter för personer med skadligt bruk eller beroende, om all behandling sker enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen i stället för socialtjänstlagstiftningen. Regeringen delar inte den farhågan. Även om det inte är möjligt att överklaga ett beslut eller besked som rör hälso- och sjukvård har den enskilde möjlighet att framföra klagomål genom att vända sig till hälso- och sjukvården, som är skyldig att snarast besvara klagomålet och i förekommande fall beskriva vilka åtgärder vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen (3 kap. 8 a och 8 b §§ patientsäkerhetslagen). Den enskilde har även möjlighet att få hjälp med att föra fram klagomål mot vårdgivaren av patientnämnderna (11 kap. 1 § patientlagen [2014:821]). En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska också få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning (8 kap. 1 § patientlagen). Det finns även möjlighet att efter att berörd vårdgivare fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b § patientsäkerhetslagen, anmäla klagomål till IVO (se 7 kap. 10 § samma lag). Enligt regeringen finns det inte någon anledning att hantera beslut i hälso- och sjukvården som gäller vård och behandling av skadligt bruk eller beroende annorlunda än annan vård och behandling enligt hälso- och sjukvårdslagen.

Samordning av vård för personer med skadligt bruk eller beroende med annan psykiatrisk vård

Hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen lämnar utrymme för kommuner och regioner att göra tolkningar av hur ansvaret ska fördelas dem emellan. Det är delvis lagstiftarens avsikt att huvudmännen ska ha stora möjligheter att själva komma överens om hur ansvarsfördelningen ska se ut och när det gäller vård och stöd till personer med skadligt bruk och beroende (prop. 2012/13:77 s. 9–15). Att ansvaret kan vara fördelat på olika sätt i olika kommuner och regioner skapar emellertid enligt *Socialstyrelsen* ojämlikhet och tillgänglighetsproblem. Liknande slutsatser drar *SKR*. Regeringen anser därför, i likhet med utredningen, att det finns behov av att på lämpligt sätt lyfta fram och tydliggöra att regionen har ansvar för all hälso- och sjukvård för personer med skadligt bruk och beroende. Detta innebär dock inte att den grundläggande ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvård mellan regionerna och kommunerna ändras.

Av utredningens kartläggning framgår att vid skadligt bruk och beroende är samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd vanligt. Risken att drabbas av andra psykiatriska tillstånd är mer än dubbelt så stor för personer med skadligt bruk eller beroende jämfört med andra. Skadligt bruk eller beroende är även vanligare bland personer med psykisk ohälsa. Samsjuklighet kan påverka sjukdomsförloppet och ökar risken för följsjukdomar, riskbeteende, kriminalitet och social utsatthet så som ensamhet, arbetslöshet och hemlöshet. Utredningen föreslår därför att regionerna bör vara skyldiga att organisera vården till personer med skadligt bruk och beroende så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhåller finns det i och för sig redan i dag ett generellt krav på ändamålsenlig samordning av insatser inom vården (se 6 kap. 1 § patientlagen). Samtidigt finns det, enligt utredningen, mycket som pekar på att hälso- och sjukvårdens olika verksamheter inte samordnar de olika insatser som ges till personer med samsjuklighet på ett tillfredsställande sätt och utredningen anför att det ofta krävs t.ex. symtomfrihet från skadligt bruk eller beroende under längre tid för att psykiatrisk utredning eller behandling ska inledas. Detta trots att det sedan 2007 finns nationella riktlinjer som rekommenderar att behandlingen ska samordnas, och att behandlingen av det ena tillståndet inte ska fördröjas i avvaktan på att det andra tillståndet förbättras.

Av utredningens beskrivning framgår att personer med samsjuklighet är en grupp som har komplexa behov, samtidigt som de kan ha svårt att själva samordna sin behandling. För att undvika såväl under- som överbehandling är det viktigt, enligt utredningen, med utredning och diagnostik av både skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd, liksom att behandlingen av tillstånden samordnas om eller när samsjuklighet har konstaterats.

Givet de allvarliga risker som samsjuklighet innebär, är det motiverat att särskilt reglera och därmed specificera kravet på samordning för den aktuella patientgruppen i hälso- och sjukvårdslagen. Detta trots att det, som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen och Region Gävleborg påpekar, kan invändas mot att det görs i en ramlag som

hälso- och sjukvårdslagen och att det innebär en dubbelreglering i förhållande till andra bestämmelser i den lagen. Det kan dock konstateras att tidigare linje att inte införa förtydliganden av ansvaret för denna grupp har inneburit fortsatt oklarhet i ansvarsfördelningen. En tydligare lagstiftning underlättar för vårdgivare och myndigheter att planera och organisera vården på ett bättre och mer samordnat sätt, vilket i sin tur kan förbättra kvaliteten och tillgängligheten för patienterna.

Utredningens förslag om att vården ska ges samordnat innebär, som bl.a. *Härnösands kommun* uppmärksammar, inte någon detaljerad reglering av hur samordningen ska ske. Beroende på hur vården vid skadligt bruk och beroende organiseras kan det, enligt regeringen, bli aktuellt med olika former av samordning i olika regioner. Enligt regeringen bör regleringen syfta till en långsiktig planering och strukturering av vården som skapar bättre förutsättningar för en samordnad och personcentrerad vård för personer med samsjuklighet. Den kan också förväntas bidra till att en person med samsjuklighet får sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda trots kvarvarande symtom på skadligt bruk eller beroende.

Regeringen föreslår därför att det förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen att hälso- och sjukvård för den som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar ska organiseras så att vården ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Regeringen anser att motsvarande förtydligande inte behöver införas i patientlagen.

Som bland andra Region Jämtland Härjedalen, *Region Skåne*, SKR och Vårdförbundet uppmärksammar gäller förslaget enbart samordning av utredning och behandling av skadligt bruk eller beroende med utredning och behandling av andra psykiatriska tillstånd. Förslaget omfattar alltså inte samordning av somatiska tillstånd, vilket de nämnda remissinstanserna ser som en brist. Med anledning härav och att personer med skadligt bruk och beroende och psykiatriska tillstånd ofta också har en sämre somatisk hälsa vill regeringen understryka att en utgångspunkt för all vård är att den ska samordnas i den utsträckning som det behövs vilket alltså även innefattar utredning och behandling av somatiska tillstånd (se 6 kap. 1 § patientlagen).

5.3 Kommunen ansvarar för stöd till personer med skadligt bruk och beroende

Regeringens bedömning

Socialnämnden har ett ansvar för att personer med skadligt bruk eller beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring ska få möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra.

Utredningens förslag och bedömning (SOU 2021:93)

Förslagen och bedömningen stämmer i huvudsak överens med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att bestämmelsen i socialtjänstlagen om socialnämndens ansvar att erbjuda insatser till den som behöver stöd eller

vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende ska tas bort. I stället föreslår utredningen att det förs in en bestämmelse om att socialnämnden ska verka för att människor som på grund av skadligt bruk eller beroende möter betydande svårigheter i sin livsföring ska få möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Utredningen föreslår även att personer med skadligt bruk eller beroende ska få en meningsfull sysselsättning och ska få bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som uttalar sig är positiva till utredningens förslag. *Vision* och *Västra Götalandsregionen* stöder förslaget, men framhåller att det finns en risk för nya gränsdragningsfrågor.

Några remissinstanser avstyrker eller är tveksamma till förslaget, däribland *Myndigheten för vård och omsorgsanalys*, *Malmö kommun*, *SiS* och *SKR*.

Enligt Malmö kommun och SKR bör personer med skadligt bruk eller beroende ingå och nämnas som en del av målgruppen i bestämmelsen om människor med funktionshinder. Enligt Malmö kommun bör det även förtydligas i lagstiftningen att personer med skadligt bruk och beroende ska ha en möjlighet till boende med särskild service. Det är i dag få kommuner som uppfattat att boende med särskild service även kan vara en insats för personer med skadligt bruk och beroende.

SiS påpekar att behovet av samverkan, samordning och tydliggörande av ansvaret mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården inte per automatik minskar med utredningens förslag och anser att dessa frågor liksom vissa frågor om barn och unga behöver utredas vidare.

Enligt *Göteborgs kommun* är det en brist i förslaget att det inte är klarlagt vem som ska hantera oro för någons bruk som kan resultera i skadligt bruk eller beroende.

Skälen för regeringens bedömning

Socialnämndens ansvar för personer som möter betydande svårigheter i sin livsföring

Försörjning, sysselsättning och boende är basala behov som är viktiga för de flesta människor. Som utredningen framhåller påverkar ekonomisk och social trygghet inte bara hälsa och livskvalitet, utan även förutsättningar att delta i behandling och behandlingens resultat på kort och på lång sikt. Skadligt bruk och beroende kan leda till svårigheter att behålla arbete och bostad, och omvänt så kan arbetslöshet och instabilt boende öka risken för ett skadligt bruk eller beroende av alkohol och narkotika. För att må bra och undvika återfall i skadligt bruk eller beroende är det därmed viktigt med en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.

Av 8 kap. 10 § SoL följer att socialnämnden ska arbeta för att personer som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Av bestämmelsen framgår även att socialnämnden ska medverka till att dessa personer får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter deras individuella behov av särskilt stöd.

Utredningen föreslår att den bestämmelsen ska förtydligas och att det även ska framgå att personer med skadligt bruk eller beroende omfattas.

När bestämmelsen om delaktighet i samhället infördes i socialtjänstlagen kan det läsas i förarbetena att personer med skadligt bruk eller beroende omfattas av bestämmelsen. Bestämmelsen tar, som *Malmö kommun* framhåller, inte bara sikte på personer med rörelsenedsättning, syn- eller hörselnedsättning utan också på personer med ett skadligt bruk och beroende (prop. 1979/80:1 Del A s. 534). Socialnämnden ska alltså enligt nuvarande lagstiftning arbeta för att personer med skadligt bruk eller beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring ges möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden ska även medverka till att den aktuella gruppen får en meningsfull sysselsättning och anpassat boende. Som Malmö kommun och *SKR* framför har socialnämnden samma ansvar för stöd och insatser till alla personer som möter betydande svårigheter i sin livsföring oavsett om orsaken kan härledas till fysiska, psykiska eller andra skäl, såsom skadligt bruk eller beroende.

Enligt utredningen har dock personer med skadligt bruk eller beroende i dag inte alltid tillgång till sådana bostäder och insatser i tillräcklig omfattning. Regeringen anser att det är angeläget att socialnämnden medverkar till att personer med skadligt bruk eller beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter deras individuella behov av särskilt stöd i enlighet med socialtjänstlagens bestämmelser. Eftersom den aktuella gruppen redan omfattas av 8 kap. 10 § SoL anser regeringen att det inte finns behov av ett sådant förtydligande i socialtjänstlagen som utredningen föreslår.

Som Famna, Fremia och Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner understryker har civilsamhället en viktig roll att spela, t.ex. i form av sociala företag som bidrar till gemenskap, sysselsättning och försörjning eller organisationer som driver träfflokaler, uppsökande verksamhet och olika självhjälps- och stödgrupper. Regeringen instämmer med utredningen att civilsamhällets verksamheter många gånger står för viktiga insatser, utöver de insatser kommunerna erbjuder.

Malmö kommun framhåller att det även bör förtydligas i lagstiftningen att kommunen ska vara skyldig att inrätta boenden för personer med skadligt bruk eller beroende enligt 8 kap. 11 § SoL. Enligt kommunen är det i dag få kommuner som uppfattat att boende med särskild service även kan vara en insats för personer med skadligt bruk eller beroende. Regeringen anser att det är angeläget att kommunen arbetar för att personer får bo på ett sätt som är anpassat efter deras individuella behov av särskilt stöd enligt socialtjänstlagen. Frågan om att utvidga kommunens skyldighet att inrätta bostäder med särskilt stöd kan dock inte hanteras i detta lagstiftningsprojekt eftersom utredningen inte har lämnat något sådant förslag.

Socialnämndens ansvar för personer med skadligt bruk eller beroende

Av 13 kap. 10 § första stycket SoL framgår bl.a. att socialnämnden ska erbjuda insatser till den som behöver stöd eller vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra

beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Bestämmelsen motsvarar i sak 5 kap. 9 § i den numera upphävda socialtjänstlagen.

Utredningen anser att bestämmelsen om att socialnämnden ska erbjuda insatser till den som behöver stöd eller vård, inte på ett tillräckligt tydligt sätt fokuserar på socialtjänstens kärnuppdrag. Utredningen framhåller att enskilda på grund av bl.a. otydligheten i lagstiftningen hänvisas mellan den regionala hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst. Fokus för socialtjänstens insatser ska i stället vara på att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet, samt att frigöra och utveckla resurser. Utredningen föreslår därför att bestämmelsen, i den numera upphävda socialtjänstlagen, om socialnämndens ansvar att erbjuda insatser till den som behöver hjälp eller vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende ändras. Utredningen föreslår att bestämmelsen i stället formuleras så att det anges att socialnämnden ska verka för att människor som på grund av skadligt bruk eller beroende möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Utredningen anser att det tydliggör att all behandling vid skadligt bruk och beroende är ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.

Sedan utredningen lämnade sina förslag har en ny socialtjänstlag trätt i kraft. Bestämmelserna om vissa insatser som socialnämnden ska kunna erbjuda har samlats i ett kapitel. Bestämmelserna har omformulerats i den nya lagen i syfte att ge de bestämmelser som reglerar insatser som socialnämnden ska kunna erbjuda enskilda en mer enhetlig utformning, med fokus på det stöd socialnämnden ska kunna erbjuda (prop. 2024/25:89 s. 185 och 380).

Av bestämmelsen i 10 kap. 1 § SoL framgår att socialnämnden ansvarar för att erbjuda insatser i form av rådgivning, omsorg, vård, stöd och annan hjälp till enskilda som behöver det. Insatserna ska bl.a. syfta till att främja enskildas, ekonomiska och sociala trygghet, jämlika och jämställda levnadsvillkor (2 kap. 1 § SoL).

Ordet vård, som inte är definierat i socialtjänstlagen, kan inte likställas med uttrycket hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagens mening och avser således inte åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Socialtjänstens insatser avser i stället sådana som ges som sociala insatser inom ramen för socialtjänstlagen och inte insatser som är inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen och som därmed åligger regionerna (prop. 2024/25:89 s. 380). Regeringen delar därför inte utredningens bedömning att formuleringen om att socialnämnden ska erbjuda dem som behöver stöd eller vård, inte på ett tillräckligt tydligt sätt fokuserar på socialtjänstens kärnuppdrag.

Mot den bakgrunden anser regeringen att lagstiftningen är tydlig och att bestämmelsen om socialnämndens ansvar att erbjuda stöd och vård inte ska ändras. Regeringen anser att socialnämnden bör ha fortsatt ansvar för att erbjuda insatser till den som behöver stöd eller vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende. Som *Vision* och *Västra Götalandsregionen* anför finns det en risk för att en ändring i lagen leder till att nya gränsdragningsfrågor uppstår. Enligt regeringen är gränsdragningsfrågor mellan kommuner och regioner generellt svåra att helt undvika. Mer detaljerade gränsdragningsfrågor bör klargöras på andra

sätt än genom lagstiftning. Det kan t.ex. handla om att förtydliganden görs i nationella riktlinjer eller annat kunskapsstöd (se avsnitt 5.2). Som *SiS* framhåller finns det ett stort behov av samverkan och samordning mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Regeringen delar *Famnas*, *Fremias* och *Riksföreningen Sveriges Stadsmissioners* synpunkt att det är viktigt att det fortsatt ställs höga krav på samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att det ska fungera. Flera bestämmelser med fokus på samordning föreslås därför av regeringen och även en särskild lag om samverkan (se avsnitt 5.2 och 7). I Regeringskansliet bereds även förslag från utredningens slutbetänkande (SOU 2023:5). Förslagen handlar bl.a. om att tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja samt att tvångsvård ska användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom. Utredningens förslag innebär bl.a. att regionerna, inte kommunerna, ska ha ansvar för vård och behandling som sker utan samtycke. Regeringen avser att återkomma till frågan om en tvångsvårdslagstiftning när det gäller personer som har skadligt bruk eller beroende.

Göteborgs kommun framhåller att det är en brist att det inte är klarlagt vem som ska hantera oro för att någons bruk kan komma att resultera i skadligt bruk eller beroende. Det framgår dock av bestämmelsen i 6 kap. 6 § SoL att socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka skadligt bruk eller beroende av alkohol, andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar. Det innebär att socialnämnden genom information till myndigheter, grupper och enskilda och genom uppsökande verksamhet ska sprida kunskap om skadeverkningar av skadligt bruk och beroende samt om de hjälpinsatser som finns.

5.4 Kommunens ansvar för stöd till den som vårdar eller stöder en närstående med skadligt bruk eller beroende

Regeringens bedömning

Socialnämnden har ett ansvar för att erbjuda stöd till den som vårdar en närstående med ett skadligt bruk eller beroende som är långvarigt sjuk. Socialnämnden har även ett ansvar för att erbjuda stöd till den som stöder en närstående med ett skadligt bruk eller beroende som har en funktionsnedsättning.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Utredningens förslag stämmer inte överens med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att det ska förtydligas i socialtjänstlagen att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som stöder en närstående som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som yttrar sig tillstyrker förslaget, däribland *Socialstyrelsen*, *Rädda Barnen*, *SKR*, *Vårdförbundet* och *Västra Götalandsregionen*. *Härnösands kommun* och *Nationellt kompetenscentrum anhöriga* anser att barnperspektivet behöver lyftas fram särskilt.

Stockholms kommun ifrågasätter utredningens förslag och för fram att regionen i stället för kommunen bör vara ansvarig för stödet till närstående.

Skälen för regeringens bedömning

Socialnämndens ansvar för stöd till närstående till personer med skadligt bruk och beroende

Närstående till personer med skadligt bruk och beroende befinner sig ofta i en utsatt och komplex livssituation som kan påverka både deras hälsa, ekonomi och sociala relationer. Närstående tar dessutom ofta ett stort informellt ansvar för omsorg, praktiskt stöd och kontakt med myndigheter. Samtidigt som de kan uppleva bristande information, delaktighet och stöd från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Att vara närstående till en person med skadligt bruk eller beroende kan också vara förknippat med ett stigma och känslor av skuld eller misslyckande. Därför behöver närståendes behov av stöd, avlastning och egen vård uppmärksammas systematiskt inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst.

För personer med skadligt bruk eller beroende kan stödet från det personliga nätverket också påverka benägenheten att söka hjälp. Närstående till personer med skadligt bruk eller beroende kan därmed ha en viktig roll i att motivera till behandling.

Socialnämndens skyldighet att erbjuda stöd till den som vårdar eller stöder en närstående regleras i 13 kap. 9 § SoL. I bestämmelsen preciseras att den gäller närstående till dem som är äldre, långvarigt sjuka eller som har en funktionsnedsättning. I propositionen *Stärkta insatser för äldre* och för de som vårdar eller stöder närstående (prop. 2025/26:60) föreslås vissa ändringar i paragrafen, bl.a. att stödet ska ges i form av information, vägledning eller annat stöd. Det föreslås även att socialnämnden ska erbjuda en stödkontakt till den som vårdar eller stöder en närstående. Stödkontakten ska tillgodose den enskildes behov av information och vägledning samt stöd med att planera åtgärder som kan behöva vidtas. Därtill tydliggörs socialnämndens ansvar för ett barn som har behov av stöd med anledning av att en närstående t.ex. är allvarligt sjuk eller oväntat avlider. Lagändringen föreslås träda i kraft den 1 juli 2026.

I äldre förarbeten till bestämmelsen om stöd till närstående anges att behovet av ett förbättrat anhörigstöd tar sin utgångspunkt i olika slag av fysiskt och psykiskt påfrestande vårdssituationer, men att det inte är begränsat till vård i form av praktiskt stöd i hemmet eller hjälp med personlig omvårdnad utan att utvecklingen av stöd till föräldrar som har barn med missbruksproblem eller lider av psykisk sjukdom är av lika stor betydelse (prop. 1996/97:124 s. 130–134). Mot bakgrund av att det framförs remissynpunkter om att bl.a. närstående till personer med beroendeproblematik borde omfattas, uttalar regeringen i förarbetena till nya socialtjänstlagen att det finns fler angelägna grupper anhöriga som inte

omfattas av bestämmelsen, inte minst barn. Enligt regeringen ansågs det inte finnas skäl för en utvidgning av bestämmelsen (prop. 2024/25:89 s. 376).

Av Socialstyrelsens vägledning Stöd till anhöriga (juli 2016) framgår att närstående till personer med missbruks- och beroendeproblematik omfattas av kommunens skyldighet att erbjuda närståendestöd. I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning (januari 2019) finns rekommendationer om stöd till den som har en närstående med skadligt bruk eller beroende. Stödet syftar till att uppnå förbättrad hälsa för de anhöriga och till att hjälpa dem att motivera och stärka den närstående med beroendeproblematik att söka och ta emot behandling. *Rädda Barnen* och *Socialstyrelsen* för samtidigt fram att kommunernas tillgång på stöd till närstående ser väldigt olika ut runt om i landet.

Socialnämnden har ett ansvar för stöd till närstående till personer med skadligt bruk eller beroende

Utredningen föreslår att det ska förtydligas, i den numera upphävida socialtjänstlagen, att socialnämnden ska erbjuda stöd till den som vårdar en närstående som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.

Sedan utredningen lämnade sina förslag har en ny socialtjänstlag trätt i kraft (prop. 2024/25:89). Bestämmelserna har omformulerats i den nya lagen i syfte att ge de bestämmelser som reglerar insatser som socialnämnden ska kunna erbjuda enskilda en mer enhetlig utformning, med fokus på det stöd socialnämnden ska kunna erbjuda (prop. 2024/25:89 s. 185 och 380).

Det är viktigt, som *Rädda Barnen* för fram, att det finns en jämlik tillgång till stödinsatser för närstående till personer med skadligt bruk och beroende. Enligt regeringen är det därför motiverat att klargöra i vilken grad socialnämnden har ett ansvar att erbjuda stöd till dem som vårdar eller stöder en närstående med skadligt bruk eller beroende.

Det kan konstateras att skadligt bruk och beroende finns med bland psykiatriska diagnoser i det diagnossystem som används inom hälso- och sjukvården. Såväl skadligt bruk som beroende är därmed att anse som sjukdomar. Av utredningen framgår att skadligt bruk och beroende ofta kan orsaka andra psykiatriska tillstånd. Vidare redogör utredningen för att psykiatriska tillstånd även kan orsaka ett skadligt bruk eller beroende. Regeringen bedömer därför att personer med ett långvarigt skadligt bruk eller beroende i en övervägande del av fallen uppfyller rekvisitet att vara långvarigt sjuk enligt 13 kap. 9 § SoL. Regeringen bedömer även att personer med skadligt bruk eller beroende kan uppfylla kravet om funktionsnedsättning enligt samma bestämmelse. Ett skadligt bruk eller beroende av substanser kan ha en negativ påverkan på hjärnan och funktionsförmågan. Skadligt bruk eller beroende kan därmed i vissa fall leda till en psykisk funktionsnedsättning.

Regeringen anser att socialnämnderna därmed redan i dag har ett ansvar för närstående till personer som har ett skadligt bruk eller beroende som är långvarigt sjuka eller som har en psykisk funktionsnedsättning.

Regeringens bedömning är alltså att dessa två befintliga rekvisit till övervägande del fångar in den aktuella gruppen.

Mot den bakgrunden bedömer regeringen, till skillnad från utredningen, att det inte finns behov av att utvidga socialnämndens ansvar i socialtjänstlagen. Regeringen vill dock understryka vikten av att socialnämnderna tar ansvaret för dem som behöver stöd. Regeringen avser följa frågan i syfte att säkerställa att alla som ska få stöd får det.

Regeringen bedömer att närståendestödet som regleras i 13 kap. 9 § SoL är en social insats. Enligt regeringen bör stödet därför inte, som *Stockholms kommun* anser, hanteras av regionen. Regeringen vill samtidigt understryka vikten av att hälso- och sjukvården tar sitt ansvar vad gäller information och stöd till patienter och närstående enligt 3 kap. patientlagen och 5 kap. 7 § HSL. I det fall en närstående själv har blivit sjuk av att ge stöd eller vård har regionen självfallet också ett ansvar att ge hälso- och sjukvårdsinsatser till den närstående.

Som *Härnösands kommun* och *Nationellt kompetenscentrum anhöriga* lyft är även barnperspektivet viktigt och det får inte förbises att även barn i utsatta familjer riskerar att hamna i en situation där de tar ansvar och agerar omsorgsgivare åt sina föräldrar. Socialnämnden har ett övergripande ansvar att arbeta för att barn och unga växer upp under goda och trygga förhållanden. Nämnden ska också främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling, bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och unga får illa samt ansvara för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd som de behöver (18 kap. 1, 2 och 5 §§ SoL). I propositionen Stärkta insatser för äldre och för dem som vårdar eller stöder närstående (prop. 2025/26:60) föreslås att det införs en ny bestämmelse i 18 kap. socialtjänstlagen som tydliggör socialnämndens ansvar för att ge insatser till ett barn som behöver stöd med anledning av att en närstående är allvarligt sjuk, har en funktionsnedsättning eller andra allvarliga svårigheter eller oväntat avlider. Regeringen anser mot den bakgrunden att barnperspektivet är väl omhändertaget i socialtjänstlagen.

5.5 Hälso- och sjukvård vid placering utanför det egna hemmet

5.5.1 Regionens ansvar för dem som tagits emot i ett annat hem än det egna

Regeringens bedömning

Regionen har ett ansvar för att erbjuda dem som har tagits emot i familjehem, stödboende eller hem för vård eller boende en god hälso- och sjukvård.

Regeringens förslag

Nuvarande bestämmelser i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen om samarbete mellan regionen och kommunen avseende barn och

unga ska ändras så att de även omfattar personer som har fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet. Bestämmelserna ska även förtydligas så att det framgår att uttrycket barn och unga avser personer som inte har fyllt 21 år.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslagen från utredningen i delbetänkandet stämmer inte överens med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att det i hälso- och sjukvårdslagen ska förtydligas att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i ett hem för vård eller boende. Utredningen föreslår även en ändring av definitionen av hem för vård eller boende (hvb) i den numera upphävda socialtjänstförordningen (2001:937), som innebär att hvb även ska avse hem som ger stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som yttrar sig tillstyrker i huvudsak förslagen i delbetänkandet. *IVO* är i huvudsak positiv till förslaget men anser att det inte är tillräckligt utrett vad som ska hända med tillståndsplikten för öppenvårdsbehandling av personer med missbruksproblem. *Umeå kommun* ställer sig frågande till om förslaget innebär att tillstånden för hvb behöver förnyas.

Socialstyrelsen tillstyrker förslaget om ett förtydligande av regionens hälso- och sjukvårdsansvar vid placeringar vid hvb men framhåller att den föreslagna formuleringen kan uppfattas som att motsvarande ansvar inte gäller vid andra typer av placeringar, såsom i familjehem eller stödboende. *Socialstyrelsen* avstyrker förslaget om ändrad definition av hvb och framhåller att hvb som funktion omfattar alla hvb-verksamheter som tar emot samtliga socialtjänstens målgrupper och inte enbart personer med skadligt bruk eller beroende.

Flera remissinstanser, däribland *Karolinska Institutet*, *Karlskoga kommun*, *Region Skåne* och *Stockholms kommun* framhåller att de ser risker i ottydligheten om vad som utgör hälso- och sjukvård respektive socialtjänstinsatser. *Stockholms kommun* saknar skrivningar avseende vårdvistelse och kontraktsvård som verkställs genom placeringar på hvb och *Region Gävleborg* framhåller att det finns behov av förtydliganden av ansvarsfördelningen inom samarbetet mellan kommun och region.

Rädda barnen ställer sig frågande till varför förslaget inte gäller barn som placeras på sådana hem som drivs av SiS.

Flera remissinstanser avstyrker eller är negativa till förslagen, däribland *Falu kommun*, *Järfälla kommun*, *Jönköpings kommun*, *Region Västerbotten*, *Region Sörmland*, *Kriminalvården*, *Region Örebro*, *Famna* och *Fremia* samt *SiS*. *Järfälla kommun* anser att gränsdragningen mellan hvb och stödboende behöver förtydligas om definitionen av hvb ändras så som utredningen föreslår. *Falu kommun* framhåller bl.a. att gränssnittet mellan psykosocial behandling och psykosocialt stöd inte tydliggörs i betänkandet, vilket medför att det kan bli föremål för gränsdragningsdiskussioner mellan region och kommun. *Jönköpings kommun* anser att det finns en risk för att den enskilde förbises om han eller hon inte beviljas

hvb med hänvisning till att det är en fråga för hälso- och sjukvården. Även Region Sörmland och Region Västerbotten påtalar risken för svårigheter när socialtjänsten på egen hand ska besluta om hvb-placering samtidigt som det är regionen som ska stå för hälso- och sjukvårdsinsatserna. *Region Norrbotten* framhåller också att det riskerar att vara kostnadsdrivande för regionerna om de ska vara ansvarig när de inte gjorts delaktiga i processen och kunnat påverka inriktningen. Flera remissinstanser, däribland Falu kommun och *Oskarshamns kommun* anser att regionen i stället bör ges hela ansvaret för placering i hvb.

Några remissinstanser, däribland Kriminalvården och *Region Jämtland Härjedalen*, uttrycker osäkerhet i fråga om vilken region som ska ta huvudansvaret för de som är placerade utanför det egna hemmet. Kriminalvården anför att det vore ofördelaktigt att göra vistelseregionen ansvarig för vården beträffande de hvb som är belägna i regioner med utvecklad beroendevård, men anser samtidigt att det inte heller är ändamålsenligt att låta behandlingen styras av hemregionen. Kriminalvården föreslår att hemregionen blir betalningsskyldig enligt en schablontaxa för sådan läkarvård som hvb ska ha tillgång till. Region Jämtland Härjedalen föreslår att det förtydligas att ansvaret gäller hemregionen då hvb-placeringar ofta sker i annat län.

Famna och Fremia framhåller att utredningens förslag innebär att hvb, i idéburen eller annan fristående regi, i fortsättningen behöver knyta avtal med såväl kommuner som regioner, för att kunna tillgodose den enskildes behov av t.ex. terapi.

Några remissinstanser, däribland *Mora kommun* och Region Västerbotten, saknar en djupare analys av hur förslaget om regionens förtydligade ansvar för de som tagits emot på ett hvb berör målgruppen barn och unga. Socialstyrelsen framför att det finns behov av att införa ett förtydligande av regionens ansvar för vård vid skadligt bruk eller beroende även i lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. SiS påpekar att särskilda ungdomshem och LVM-hem utgör en form av hvb-verksamheter varför det finns anledning att se över utformningen av författningstexterna i det fortsatta lagstiftningsarbetet.

Utredningens förslag (SOU 2023:5)

Förslagen från utredningen i slutbetänkandet stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen föreslår att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som placerats utanför det egna hemmet. Utredningen föreslår även att förslaget om samarbetsskyldighet för vuxna som vårdas utanför det egna hemmet och som har fyllt 21 år ska begränsas till hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses för den angivna gruppen. Utredningen föreslår inte att det ska anges att det är barn och unga som inte har fyllt 21 år som avses i bestämmelsen om samarbete mellan region och kommun gällande barn och unga. Utredningens förslag har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som yttrar sig är positiva till förslagen i slutbetänkandet. *Karlskoga kommun* framhåller att det i dagsläget råder

oklarheter i både ansvarsfrågan och den faktiska tillgången till hälso- och sjukvårdsinsatser vid placeringar utanför det egna hemmet varför det blir bra med tydlighet vad gäller ansvaret vid sådana placeringar. SKR och Malmö kommun anser att innebörden av formuleringen vid placering utanför det egna hemmet behöver klargöras och framhåller att det inte framgår om det även omfattar korttidsboende för personer som på grund av fysisk, psykiska eller andra skäl har behov av sådant boende. Bland andra Malmö kommun uttrycker också farhågor om att hvb enbart blir en utslussningsenhet från slutenvård och framhåller att det är av stor betydelse att kommun och region har en samsyn kring bedömningen av när det finns behov av placering utanför det egna hemmet för personer med samsjuklighet.

Några remissinstanser avstyrker eller är negativa till förslagen, däribland *Enköpings kommun*, *Falu kommun*, *Göteborgs kommun*, *Region Dalarna*, *Region Stockholm*, *Psykiatriska föreningen*, *Umeå kommun* och *Lidköpings kommun*. En frågeställning som både Göteborgs kommun och Falu kommun anser inte är tillräckligt belyst är hur det ska hanteras om regionen bedömer att det finns vård- och behandlingsbehov som bör tillgodoses på hvb men kommunen bedömer att ett eventuellt boendebehov kan avhjälpas på annat sätt.

Några kommuner, däribland *Falu kommun* och *Skövde kommun*, anser att regionerna i stället bör ges ansvaret för hur och var vårderna ska bedrivas oavsett om det är inom öppenvård, slutenvård, på hvb eller på annat sätt.

Flera regioner, bland andra *Region Dalarna* och *Region Gävleborg* anser att det behöver tydliggöras hur gemensamma upphandlingar ska genomföras, hur ansvarsfördelningen ska se ut vid gemensamt drivna hvb samt hur man ska hantera ärenden där det finns olika uppfattningar kring behovet av placering.

Skälen för regeringens bedömning och förslag

Familjehem, stödboende och hem för vård eller boende är huvudsakligen socialtjänstinsatser

Enligt 9 kap. 1 § första stycket SoL ansvarar socialnämnden för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i familjehem, stödboende för barn och unga i åldern 16–20 (stödboende) eller ett hvb. Barn i åldern 16–17 år får, enligt 9 kap. 1 § andra stycket, tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl. I övrigt omfattar bestämmelsen såväl vuxna som barn.

Utredningen redogör för att när barn placeras på hvb eller i andra vårdformer utanför hemmet är det sällan enbart på grund av det psykiatriska tillståndet skadligt bruk eller beroende, utan det sker efter en sammanvägd bedömning av t.ex. barnets hemförhållanden, sociala förhållanden i övrigt, skolsituationen och eventuellt skadligt bruk eller beroende. För vuxna med skadligt bruk eller beroende är fysisk och psykisk återhämtning, en strukturerad vardag och en trygg drogfri miljö viktiga skäl till placering, ofta i kombination med att tidigare insatser i öppenvård inte har fungerat. Insatserna som beskrivs är normalt sådana som omfattas av socialtjänstens ansvar. Själva boendet och det stöd som ges inom ramen för det får också anses vara ett socialtjänstansvar.

Placeringar i familjehem, stödboende och hvb regleras i socialtjänstlagen med tillhörande författningar.

Regeringen bedömer därför, i likhet med utredningen, att placeringar i familjehem, stödboende och hvb huvudsakligen består av socialtjänstinsatser. Av den anledningen anser regeringen, till skillnad från bl.a. *Falu kommun*, *Skövde kommun* och *Oskarshamns kommun*, att placeringar i sådana hem fortsatt ska vara socialtjänstens ansvar.

Hälso- och sjukvård till personer som har tagits emot i ett annat hem än det egna

Trots att placeringar i familjehem, stödboende och hvb huvudsakligen består av socialtjänstinsatser finns det i många fall ett betydande behov av hälso- och sjukvårdsinsatser för de placerade. Studier har t.ex. visat att barn och unga som är placerade på hvb i stor utsträckning har olika vårdbehov. Utöver skadligt bruk eller beroende kan det t.ex. handla om adhd, autism, PTSD, uppförandestörning, ångest och depression. Samtidigt finns det enligt Socialstyrelsen risker för att barn och unga som vårdas i hvb inte får hälso- och sjukvård på lika villkor som andra barn och unga. Även bland vuxna på hvb är samsjukligheten hög, och därmed också behovet av behandlingsinsatser för både skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd.

Enligt utredningen tar dock regionerna endast i undantagsfall sitt hälso- och sjukvårdsansvar för personer som är placerade. I stället är det ofta socialtjänsten som beställer och finansierar hälso- och sjukvårdsinsatserna på framför allt hvb som drivs i privat regi. Utredningen föreslår därför i sitt delbetänkande (SOU 2021:93) att det i hälso- och sjukvårdslagen ska förtydligas att regionen ansvarar för att den som tagits emot i ett hvb erbjuds en god hälso- och sjukvård. *Socialstyrelsen* påtalar dock att utpekandet av hvb i förslaget kan uppfattas som att motsvarande ansvar inte gäller vid andra typer av placeringar. Utredningen föreslår därför i sitt slutbetänkande (SOU 2023:5) att förslaget ska gälla vid placeringar utanför det egna hemmet enligt 6 kap. 1 § i den numera upphävda socialtjänstlagen.

Av 8 kap. 1 § HSL framgår att regionen har ett generellt ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Det ansvaret gäller även för dem som tagits emot i familjehem, stödboende och hvb. Som Socialstyrelsen konstaterar gäller regionens ansvar även för dem som tas emot på ett sådant hem med stöd av lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Detsamma gäller för dem som tas emot på ett sådant hem med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Även vårdvistelse eller kontraktsvård som verkställs genom vistelse på hvb omfattas (se under rubriken Regionens ansvar för hälso- och sjukvård för personer som har placerats på särskilda ungdomshem och LVM-hem). Regeringen anser därför, till skillnad från utredningen, att det är tillräckligt tydligt i hälso- och sjukvårdslagen att regionen har ett vårdansvar för personer som är placerade utanför det egna hemmet. Regeringen anser dessutom att det inte är lämpligt att särskilt reglera vårdansvaret för en enskild patientgrupp och endast i förhållande till vissa boenden. Det kan skapa otydlighet i förhållande till vad som gäller för

personer som tas emot eller bor i andra typer av boenden som inte nämns särskilt i en förtydligande reglering.

Mot den bakgrunden anser regeringen att det inte bör förtydligas i lag att regionerna har ett ansvar för personer som är placerade på stödboende, familjehem och hvb.

Med anledning av de synpunkter som *Kriminalvården* och *Region Jämtland Härjedalen* framför vill regeringen förtydliga att regionens ansvar omfattar alla personer som är bosatta i regionen, dvs. även personer som placerats i en annan region än den där de är bosatta och personer som är frihetsberövade och befinner sig inom Kriminalvården. När det gäller hur ansvaret ska uppfyllas har regionen viss valfrihet. Regionen kan t.ex. välja att själv erbjuda insatserna inom regionen eller, om placeringen är i en annan region, komma överens med den andra regionen om att den ska erbjuda insatserna mot ersättning från hemmaregionen inom ramen för Riksavtalet för utomlänsvård. Regionen kan också komma överens med kommunen om att ersätta kommunen för kostnaden för hälso- och sjukvårdsinsatser som genomförs av hvb-verksamheten, alternativt själv upprätta avtal om hälso- och sjukvårdsinsatser med hvb-verksamheten, förutsatt att hvb-verksamheten är anmäld som vårdgivare till IVO. Någon anledning att begränsa regionens valmöjligheter på det sätt som Kriminalvården föreslår anser regeringen inte föreligger.

Flera remissinstanser, däribland *Region Sörmland*, *Region Västerbotten* och *Region Örebro*, framför att utredningens förslag kan innebära att regionen blir ansvarig för planering av och får kostnadsansvar för insatser under en placering som regionen inte varit med och beslutat om och som regionen kanske inte anser är motiverad. Regeringen anser dock att det i många fall sannolikt inte blir ett problem, eftersom omständigheterna kring den enskildes livssituation ofta är tydliga. Utifrån dessa omständigheter är det socialtjänsten som bedömer om den enskilde har behov av insatser i form av boende utanför det egna hemmet för att tillförsäkras skäliga levnadsförhållanden. Bedömningen avser då om personen behöver sådana insatser som ges i familjehem, stödboende eller hvb i förening med boende. För både barn och vuxna är själva boendet ofta av avgörande betydelse. Det handlar då om att den enskildes boendesituation eller miljö i övrigt är sådan att personens levnadsförhållanden inte kan betraktas som skäliga eller att både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av inte kan ges så länge han eller hon inte byter miljö.

En svårare situation kan uppstå om den enskilde ansöker om att få vistas på behandlingshem. Även här gör socialtjänsten en bedömning om personen har rätt till insatser genom hjälp och stöd som i förening med boende ges på hvb. Om det efter utredning av den enskildes behov visar sig att behovet huvudsakligen består av behandling för skadligt bruk, beroende eller en annan psykisk sjukdom, är det en fråga för hälso- och sjukvården. Då kan ansökan om vård på behandlingshem komma att avslås, med hänvisning till att behovet kan tillgodoses på annat sätt. Beslut om avslag på ansökan om hvb kan överklagas enligt 35 kap. 1 § SoL.

Regionen har ett ansvar för hälso- och sjukvård för personer som har placerats på särskilda ungdomshem och LVM-hem

SiS driver både särskilda ungdomshem (12 § lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga) och LVM-hem (22 och 23 §§ lagen om vård av missbrukare). Som SiS påpekar är sådana hem också en form av hvb-verksamheter. Av utredningen framgår det att de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen inte omfattas av förslagen om regioners vårdansvar för personer som är placerade på hvb. Utredningen anser att det för de särskilda ungdomshemmen kan finnas behov av särskilda överväganden kopplat till säkerhetsaspekter och de särskilda befogenheter som kan vara aktuella vid dessa hem. *Rädda barnen* för fram att det inte med tydlighet framgår varför barn som placerats på ett särskilt ungdomshem inte skulle omfattas av regionens vårdansvar. Organisationen anser att en placering på ett ungdomshem inte ska utgöra ett hinder för att tillgodose adekvat hälso- och sjukvård. Med anledning härav bör det enligt regeringen understrykas att regionen har en skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård till de som är bosatta i regionen enligt 8 kap. 1 § HSL. Regionen har därmed en skyldighet att erbjuda personer som är placerade på hvb, inklusive särskilda ungdomshem och LVM-hem, den vård de behöver. På särskilda ungdomshem eller LVM-hem är SiS visserligen också vårdgivare och bedriver viss hälso- och sjukvård. I hemmen finns t.ex. sjuksköterskor anställda och det ska enligt 7 kap. 2 § socialtjänstförordningen finnas tillgång till läkare och psykologisk expertis.

Socialstyrelsen uttrycker att det finns behov av att införa ett förtydligande av regionens ansvar för vård vid skadligt bruk och beroende i lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Även SiS påpekar att det finns anledning att se över utformningen av författningstexterna i det fortsatta lagstiftningsarbetet. Enligt regeringen bör sådana frågor ses över i samband med att hela den statliga barn- och ungdomsvården ses över. Regeringen gav den 1 februari 2024 en särskild utredare i uppdrag att se över den statliga barn- och ungdomsvårdens uppdrag och organisation (dir. 2024:13). Utredningen, som tog namnet En reform av den statliga barn- och ungdomsvården för en trygg och kvalitativ vård (S 2024:01), ska se över den statliga barn- och ungdomsvårdens uppdrag och organisation för att bättre kunna möta barn och ungas vårdbehov. Genom tilläggsdirektiv som beslutades den 30 oktober 2025 förlängdes utredningstiden till den 11 augusti 2026 (dir. 2025:95).

I Regeringskansliet bereds även förslag från utredningens slutbetänkande (SOU 2023:5). Förslagen handlar bl.a. om att tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja samt att tvångsvård ska användas för att förhindra dödsfall och allvarlig sjukdom. Utredningens förslag innebär bl.a. att regionerna, inte kommunerna, ska ha ansvar för vård och behandling som sker utan samtycke. Regeringen avser återkomma i frågan om en tvångsvårdslagstiftning när det gäller personer som har skadligt bruk eller beroende.

Även Kriminalvården uttrycker behov av att införa ett förtydligande av utförandet av hälso- och sjukvård inom Kriminalvården då deras klienter i

stor utsträckning har behov av vård för både skadligt bruk och beroende och vissa psykiatriska tillstånd. Regeringen avser återkomma i denna fråga.

Definitionen av hvb behöver inte förtydligas i socialtjänstlagen

Av 9 kap. 4 § SoL framgår bl.a. att med hem för vård eller boende avses ett hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. Utredningen föreslår att definitionen av hvb ska ändras för att vara i linje med de förtydliganden som föreslås avseende regionernas ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende. Utredningen föreslår att hvb ska beskrivas som ett hem inom socialtjänsten som i förening med boende ger stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv. Utredningens förslag avser en ändring i den numera upphävda socialtjänstförordningen. Definitionen av hvb framgår numera av socialtjänstlagen (se 9 kap. 4 § SoL).

Flera remissinstanser delar utredningens bedömning, däribland *Region Skåne*, *Karolinska Institutet* och *Karlskoga kommun*, som pekar på svårigheten att avgöra vad i hvb-verksamheten som utgör hälso- och sjukvårdsinsatser respektive socialtjänstinsatser.

Av 8 kap. 1 § HSL framgår bl.a. att regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Av 2 kap. 1 § första stycket 1 HSL framgår att med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I det ingår även att vidta åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla skadligt bruk och beroende. I socialnämndens ansvar, å andra sidan, ingår bl.a. att arbeta med förebyggande åtgärder och information för att motverka skadligt bruk eller beroende, arbeta för att barn och unga får goda uppväxtförhållanden samt att arbeta för att personer som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och leva som andra. Socialnämnden ska också medverka till att dessa personer får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter deras individuella behov av särskilt stöd.

Regeringen bedömer att det i de flesta fall inte blir några större svårigheter att avgöra om en insats som den enskilde behöver i ett hvb är en hälso- och sjukvårdsinsats som ska tillgodoses av regionen eller en socialtjänstinsats som ska tillgodoses av kommunen. Men det finns områden där det sannolikt kommer att uppstå gränsdragningssvårigheter. Ett sådant område, som Falu kommun pekar på, är det psykosociala området där det kan vara svårt att avgöra om en insats ska ses som en del av en psykosocial behandling eller ett psykosocialt stöd. Regeringen bedömer dock att den typen av gränsdragningsfrågor är svåra att lösa genom författning. Det får i stället klargöras på andra sätt, t.ex. genom att nationella riktlinjer tas fram. Som Famna och Fremia för fram finns det även stora behov av att regionerna och kommunerna kommer överens om hur behandlingsansvaret ska definieras och om hur ansvaret för insatserna ska fördelas under en placering.

Mot den bakgrunden bedömer regeringen, till skillnad från utredningen, att definitionen av hvb inte bör förtydligas i författning.

Tillståndsprövningen för att bedriva viss verksamhet förblir oförändrad

En majoritet av hvb drivs av privata utförare, några drivs av kommuner och ett fåtal av kommuner och region i samverkan. Hvb i privat regi får bara bedrivas efter att IVO beviljat tillstånd till verksamheten. Detsamma gäller för stödboende, annan verksamhet, i form av hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet, som bedrivs i privat regi. Tillstånds- och anmälningsplikten regleras i bl.a. 26 kap. 1 och 2 §§ SoL. Enligt 26 kap. 3 § SoL beviljas tillstånd bl.a. endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet. De i lagen angivna kraven för att beviljas tillstånd kommer inte förändras genom regeringens förslag att regionens ansvar för hälso- och sjukvård i familjehem, stödboende och hvb förtydligas. Redan beviljade tillstånd gäller under samma förutsättningar som tidigare. Regeringen anser därför inte att det är oklart vad som gäller i fråga om tillståndsprövningen och beviljade tillstånd i och med utredningens förslag, vilket *IVO* och *Umeå kommun* anser.

Hvb och andra verksamheter som själva bedriver hälso- och sjukvårdsinsatser ska också precis som tidigare vara anmälda som vårdgivare enligt 2 kap. 1 § PSL och ansvara för att kraven på god vård uppfylls. Ett sådant krav är enligt 5 kap. 2 § HSL att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Då psykosocial, psykologisk liksom medicinsk behandling vid skadligt bruk eller beroende, eller andra psykiatriska tillstånd anses vara hälso- och sjukvård, ska verksamheter som bedriver sådan behandling också vara anmälda till IVO:s vårdgivarregister och löpande vidta de åtgärder som krävs av en vårdgivare (2 kap. 1 och 4 §§ patientsäkerhetslagen). Det kan noteras att regeringen i september 2024 gett IVO i uppdrag att stärka tillsynen av stödboende och hvb som tar emot barn och unga (S2024/01643). I det uppdraget ingår också att redovisa en ordning för hur myndighetens ägar- och ledningsprövning kan utökas och genomföras regelbundet i myndighetens tillsyn.

Samarbetsskyldigheten för kommuner och regioner ska även omfatta vuxna som vårdas utanför det egna hemmet

Eftersom både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser är en del av innehållet i ett hvb behöver det, enligt regeringen, vara tydligt hur sådana insatser ska genomföras. Regeringen anser därför att det är angeläget att regionen och kommunen kommer överens om sitt samarbete kring hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser på hvb. För barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i skyddat boende finns det bestämmelser i 16 kap. 3 § HSL och 7 kap. 2 § SoL om att kommuner och regioner ska ingå överenskommelser om samarbete. För att undvika att enskilda inte får de hälso- och sjukvårdsinsatser de behöver och att ingen instans tar ansvaret i sådana situationer som *Jönköpings kommun*, *Region Sörmland*, *Region Norrbotten* och *Malmö kommun* påtalar och för att undvika gränsdragningsproblem som Region Gävleborg påpekar, anser regeringen i likhet med utredningen att motsvarande samarbetsskyldighet även ska finnas för vuxna som vårdas utanför det egna hemmet.

Regeringen föreslår att det i 16 kap. 3 § HSL och 7 kap. 2 § SoL införs en skyldighet för kommuner och regioner att ingå överenskommelser om samverkan för personer som har fyllt 21 år. För att undvika otydlighet om vad som gäller för unga som har fyllt 18 år men inte 21 år ska det samtidigt förtydligas att bestämmelsen om samverkan gällande barn och unga avser barn och unga som inte har fyllt 21 år.

Gränsdragningen mellan hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser kan vara särskilt svår att göra för barn och unga som har tagits emot i ett annat hem än det egna. Behoven hos barn och unga som är placerade på hvb är, som Region Västerbotten framhåller, mer komplexa jämfört med vuxna. Barnets behov av trygghet och stöd ska tillgodoses på ett sätt som omfattar samtliga livsområden, vilket gör att det också kan vara svårt att dra tydliga gränser mellan regionens och kommunens ansvar. Regeringen anser därför att det är särskilt angeläget att kommuner och regioner kommer överens om hur insatserna ska genomföras på hvb. Med beaktande av de praktiska svårigheter som *Famna* och *Fremia* framför, anser regeringen att fördelningen av ansvaret för hälso- och sjukvårds- respektive socialtjänstinsatser under en hvb-placering i de flesta fallen kan lösas genom gemensam drift av hvb eller gemensamma upphandlingar. I många fall kommer vården troligtvis också bedrivas på hvb-verksamheten. Det gäller särskilt de psykosociala behandlingsinsatserna som ofta integreras med sociala stödinsatser. Behovet av ett gemensamt ansvarstagande bedöms vara särskilt stort när vården sker under öppen psykiatrisk tvångsvård utifrån en samordnad vårdplan. När vård bedrivs utan samtycke är det särskilt angeläget att vården har hög kvalitet och ges samordnat. Patienten ska också under den öppna psykiatriska tvångsvården iaktta vissa villkor. Det är av stor vikt att dessa är tydliga och anpassade till hvb-verksamhetens förutsättningar samtidigt som de följs upp av chefsöverläkaren.

I motsats till *Region Dalarna* och *Region Gävleborg* anser regeringen att det inte bör regleras i lag hur kommuner och regioner ska hantera upphandling och drift av hvb. För regionen kommer det rimligen att finnas ett starkt incitament att delta i sådana upphandlingar eller att driva gemensamma verksamheter eftersom de föreslås bli ersättningsskyldiga för hälso- och sjukvårdsinsatserna om dessa inte tillgodoses (se avsnitt 5.5.3). Även kommunen bör ha anledning att ta ett gemensamt ansvar med regionen för hvb eftersom insatsen hvb knappast kan genomföras om regionen bedömer att de psykosociala behandlingsinsatserna ska ges någon annanstans än i hvb-verksamheten. Regeringen bedömer också att det gemensamma ansvaret kommer understödjas ytterligare genom de förslag på fler krav på den individuella planen som ska upprättas för dem som tas emot i hvb (se avsnitt 5.5.2).

5.5.2 Ytterligare krav ställs på den individuella planen som ska upprättas för dem som tas emot i hem för vård eller boende

Regeringens förslag

När socialnämnden beslutar att en enskild ska tas emot i hem för vård eller boende ska nämnden underrätta regionen och kalla till möte om en individuell plan.

Om en individuell plan ska upprättas ska regionen inom fyra veckor från det att regionen tagit emot en underrättelse av socialnämnden, i planen ange vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde har behov av och hur de ska genomföras och följas upp.

Regionens skyldighet ska inte omfatta personer som har placerats på särskilda ungdomshem enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, eller på LVM-hem enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslaget från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen föreslår att en individuell plan ska upprättas om det inte är uppenbart obehövligt. Utredningen föreslår även att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta planen inom två veckor från det att regionen tog emot en underrättelse av socialnämnden. Utredningens förslag innehåller inte något undantag för särskilda ungdomshem eller LVM-hem. Utredningens förslag har en annan språklig och redaktionell utformning.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som yttrar sig tillstyrker förslaget helt eller delvis, däribland *Akademikerförbundet SSR*, *Region Kalmar*, *Region Östergötland*, *Västra Götalandsregionen*, *SKR* och *Vårdföretagarna*.

Härnösands kommun och *Vision* är negativa till förslaget. *Härnösands kommun* ser stora risker med att det blir dubbla processer och anser att ärendegången behöver tydliggöras för att undvika glapp. *Vision* anser att det ofta kan vara för sent för regionen att komma in i vårdplaneringen i samband med att beslut om vistelse på hvb fattas och anser att socialtjänsten borde ha en skyldighet att kalla till planeringsmöte redan under en pågående utredning, om det kan antas att den enskilde är i behov av insatser från båda huvudmännen. Även *Akademikerförbundet SSR* framhåller att det ur planeringssyfte vore bättre att socialtjänsten redan under utredningsskedet kontaktar hälso- och sjukvården. *Malmö kommun* framför att den hälsoundersökning som görs inför placering enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga inte är ett tillräckligt underlag för en planering som täcker den unges fullständiga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. *Västra Götalandsregionen* påtalar att det är viktigt att hälso- och sjukvården informeras så snart som möjligt, eftersom två veckor kan gå mycket fort, framför allt i samband med större helger och semesterperioder.

Skälen för regeringens förslag

Det ska införas ytterligare krav på den individuella planen för personer som tagits emot i hem för vård eller boende

Av 16 kap. 4 § HSL och 10 kap. 8 § SoL framgår att regionen och kommunen tillsammans ska upprätta en individuell plan om en person har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det framgår även att 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 att den upprättas.

Utredningen bedömer att det finns ett behov att ställa ytterligare krav på den individuella planen för personer som tagits emot i hvb. Utredningen föreslår bl.a. att regionen ska ange i planen vilka hälso- och sjukvårdsinsatser den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och hur de ska följas upp. Eftersom regionen har ett ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringen, anser regeringen i likhet med utredningen, att det också bör vara regionens ansvar att se till att planen innehåller uppgifter om insatserna, hur de ska genomföras och hur de ska följas upp. Regeringen delar därför utredningens bedömning.

Utredningen föreslår även att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta planen inom två veckor från det att underrättelsen från socialnämnden tagits emot av regionen. Till skillnad från utredningen anser regeringen att det inte behöver regleras särskilt när den individuella planen ska vara upprättad, då det redan framgår av 16 kap. 4 § HSL och 10 kap. 8 § SoL att arbetet med planen ska påbörjas genast. Därtill ställs det krav på att kommunen och regionen tillsammans tar fram planen. Utredningen har dock inte föreslagit något motsvarande krav på kommunen om när planen ska vara upprättad i socialtjänstlagen. Det är enligt regeringen angeläget att arbetet med att ta fram planen sker skyndsamt. Utredningens förslag om att planen ska vara framtagen inom två veckor är dock, så som *Västra Götalandsregionen* uttrycker det, något kort, framför allt i samband med större helger och semesterperioder. Det är därför enligt regeringen lämpligt att tidsfristen utökas något och regeringen bedömer att fyra veckor är en mer rimlig tid för att regionen ska kunna uppfylla sin skyldighet. Regeringen anser att fyra veckor tillgodoser skyndsamhetskravet som ställs på regionen att ta fram planen. Regeringen föreslår därför att regionen inom fyra veckor från det att den tagit emot en underrättelse av socialnämnden, ska ange vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde har behov av och hur de ska genomföras och följas upp.

En viktig utgångspunkt är att planeringen av den enskildes behov av insatser inte ska innebära någon onödig administration inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. En individuell plan ska därför bara upprättas när det finns ett behov av en sådan (prop. 2008/09:193 s. 20). Utredningen framhåller dock att en individuell plan i princip alltid behövs när en vuxen eller ett barn vårdas på hvb. Utredningen föreslår därför att en individuell plan alltid ska upprättas vid placeringar på hvb om det inte är uppenbart obehövligt. Utredningens förslag avviker alltså från hur bestämmelserna om individuell plan i 16 kap. 4 § HSL och 10 kap. 8 § SoL är formulerade. Regeringen bedömer att det är rimligt att kommuner och regioner har ansvaret att avgöra om en individuell plan behövs även

för dem som tagits emot på hvb. Därför finns det inte, enligt regeringen anledning att avvika från den nuvarande regleringen i 16 kap. 4 § HSL och 10 kap. 8 § SoL, om att kommuner och regioner ska se till behovet av en individuell plan även vid placering vid hvb. Regeringen instämmer dock i utredningens bedömning att enskilda som tas emot på hvb ofta har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det är därför enligt regeringen motiverat att särskilt lyfta fram kommunens och regionens ansvar att överväga om det finns ett behov av en individuell plan för personer som tagits emot på hvb. Regeringen anser dock att det sällan kommer vara uppenbart obehövt med en individuell plan för personer som är placerade i hvb. Utredningens förslag, om att individuell plan alltid ska upprättas vid placeringar på hvb om det inte är uppenbart obehövt, kommer därför i praktiken inte innebära någon nämnvärd skillnad från den nuvarande regleringen om krav på en individuell plan.

Som några remissinstanser, bland andra *Region Örebro*, uppmärksammar kräver nuvarande bestämmelser om individuella planer i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen att den enskilde samtycker till att en sådan plan upprättas. Det kravet gäller alltså och således även för personer som placerats utanför det egna hemmet. Av förarbetena till bestämmelserna om individuell plan i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen framgår att sekretessbestämmelserna i regel medför att den enskilde måste ge sitt medgivande till att uppgifter lämnas från den ena huvudmannen till den andra. Det framgår även att planeringsskyldigheten som föreslås inte syftar till att utvidga huvudmännens möjlighet att utbyta information (prop. 2008/09:193 s. 25). Av de angivna förarbetena framgår vidare att när den enskilde, t.ex. på grund av psykisk sjukdom, inte har möjlighet att lämna uttryckligt samtycke förväntas huvudmännen stödja och motivera den enskilde för att ändå få till stånd en gemensam individuell plan i de fall detta bedöms nödvändigt.

Regeringen delar inte de farhågor som *Härnösands kommun* uttrycker om att förslaget innebär stora risker för dubbla processer och glapp i ansvaret. Den ordning som nu föreslås ska inte i övrigt påverka arbetet med att ta fram en individuell plan hos regionen eller kommunen. Förslagen ska således inte innebära att dagens hantering av de individuella planerna blir mer komplicerad eller att flera processer ska pågå samtidigt.

Malmö kommun anför att den hälsoundersökning som görs inför placering enligt lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga inte är ett tillräckligt underlag för en planering som täcker den unges fullständiga behov av hälso- och sjukvårdsinsatser. Regeringen anser dock likt *SKR* och *Härnösands kommun* att barn och ungas behov av hälso- och sjukvårdsinsatser under placeringen utanför hemmet som utgångspunkt bör kunna bedömas vid den hälsoundersökning regionen ska erbjuda i anslutning till att vården inleds enligt 22 kap. 7 § SoL, eller den läkarundersökning som enligt 32 § LVU normalt sett ska ske innan socialnämnden gör en ansökan enligt 4 § samma lag. Eftersom det är regionerna som ska bedöma de enskildas behov av hälso- och sjukvårdsinsatser, ska regionerna även i de enskilda fallen avgöra om den hälsoundersökning som genomförts är tillräcklig för att göra den bedömningen eller om det finns behov av kompletterande underlag. Enligt 22 kap. 7 § SoL har socialnämnden en skyldighet att underrätta regionen om att barnet eller den unge ska erbjudas en hälsoundersökning.

Regeringen anser att den skyldigheten får anses vara uppfylld om det i underrättelsen om vårdbeslutet också framgår att barnet eller den unge ska erbjudas en hälsoundersökning enligt lagen (2017:209) om hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. Någon separat underrättelse från socialnämnden till regionen såvitt gäller hälsoundersökningen behöver då inte göras.

Hälso- och sjukvårdsinsatserna kan tillgodoses av hemregionen, alternativt kan hemregionen avtala om och ersätta en annan region, privat vårdgivare eller, vid vistelse på hvb så kan hvb-verksamheten stå för sådana insatser. Det är dock alltid hemregionen som ansvarar för att insatserna ges och för uppföljningen av hälso- och sjukvårdsinsatserna i den upprättade individuella planen.

I vissa fall behövs ingen särskild plan. När det t.ex. gäller vuxna som beviljas insats utanför det egna hemmet kommer de i många fall vara aktuella inom den samordnade vård- och stödverksamheten som regeringen föreslår ska införas (se avsnitt 7). Det innebär att regionen och kommunen redan bedriver en gemensam verksamhet kring personen före, under och efter insatsen. I sådana fall kan kommunen och regionen komma överens om att ingen särskild individuell plan för placeringen behövs, utan att insatsens innehåll och ansvaret för den kan framgå av den individuella plan som vård- och stödsamordnaren har ansvaret för (se avsnitt 7.2). Av den planen ska det också framgå hur verksamheten håller kontakt med personen som får insatser under placeringen, och hur planeringen av de insatser som behövs efter vistelsen ska gå till.

När en person vårdas enligt lagen om (1991:1128) psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), förkortad LRV, är vistelse på ett hem eller annan institution för vård eller behandling och de hälso- och sjukvårdsinsatser som ska ges där en del av den individuella vårdplan som ska upprättas för tvångsvården enligt 7 a § LPT och 16 b § LRV. Att den enskilde ska vistas på ett hvb eller annan institution för vård eller behandling och ta emot vissa insatser kan vara ett sådant särskilt villkor som chefsöverläkaren kan besluta att patienten måste iaktta under den öppna psykiatriska tvångsvården eller öppna rättspsykiatriska vården.

Placeringar på särskilda ungdomshem eller LVM-hem omfattas inte

Av utredningen framgår det att särskilda ungdomshem och LVM-hem som utgör hvb, inte omfattas av förslagen om regioners vårdansvar för personer som är placerade på ett hvb (se avsnitt 5.5.1). Utredningen anser att det för de särskilda ungdomshemmen kan finnas behov av särskilda överväganden kopplat till säkerhetsaspekter och de särskilda befogenheter som kan vara aktuella vid dessa hem. Utredningen har dock inte föreslagit någon bestämmelse om att sådana hem uttryckligen ska undantas. Som tidigare konstaterats har regionen en skyldighet att erbjuda personer som är placerade på hvb, inkluderat särskilda ungdomshem och LVM-hem, en god hälso- och sjukvård (se avsnitt 5.5.1). Det innebär att de skyldigheter som anges i bestämmelserna 16 kap. 4 § HSL och 10 kap. 8 § SoL om en individuell plan också omfattar personer som är placerade på särskilda ungdomshem och LVM-hem. Det är dock SiS som är ansvarig för dessa hem och driver dem enligt 12 § lagen med särskilda bestämmelser om vård

av unga och 22 och 23 §§ lagen om vård av missbrukare. SiS är även vårdgivare och bedriver viss hälso- och sjukvård inom ramen för hemmens verksamhet. Med anledning härav anser regeringen att det krävs ytterligare utredning för hur de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen kan omfattas av de ytterligare krav som föreslås ställas på den individuella planen för personer som tagits emot i ett hvb. Då det i nuläget saknas beredningsunderlag för att inkludera de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen i förslaget ska dessa undantas från de ytterligare krav som föreslås ställas på den individuella planen.

Det bör även framhållas att det pågår en översyn av den statliga barn- och ungdomsvården. Till exempel ska Utredningen En reform av den statliga barn- och ungdomsvården för en trygg och kvalitativ vård (S 2024:01) se över den statliga barn- och ungdomsvårdens uppdrag och organisation för att bättre kunna möta barn och ungas vårdbehov (se avsnitt 5.5.1).

Det ska införas en underrättelseskyldighet för socialnämnden

Som framgår av avsnitt 5.4.1 har regionen ett ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård till personer som tagits emot i hvb och ska bl.a. upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 § HSL. En viktig förutsättning för att regionen ska kunna uppfylla det ansvaret är att regionen får kännedom om när enskilda tas emot i hvb. Regeringen anser därför, i likhet med utredningen, att det ska införas en bestämmelse i socialtjänstlagen som reglerar kommunens skyldighet att underrätta regionen när den har beslutat att en enskild ska tas emot i hvb.

Några remissinstanser, såsom *Akademikerförbundet SSR* och *Vision*, framför att regionerna bör involveras redan under utredningsstadiet, dvs. redan innan beslut om vård på hvb är fattat. Eftersom detta riskerar att fördröja handläggningen anser regeringen att skyldigheten att underrätta regionen ska uppstå först när beslut om att någon ska tas emot i ett hvb är fattat.

Underrättelseskyldigheten ska endast omfatta begränsad information om själva beslutet om placeringen på ett hvb och vem det avser. Besluten kommer innehålla uppgifter om enskildas personliga förhållanden och vissa uppgifter kan därför omfattas av sekretess enligt 26 kap. 1 § OSL. Underrättelseskyldigheten kan därmed få en sekretessbrytande effekt enligt 10 kap. 28 § OSL. Regeringen bedömer att vid en avvägning mellan det intrång i den enskildes personliga integritet som utlämnandet av uppgifterna enligt förslaget kan innebära och behovet av att möjliggöra de insatser som den enskilde kan behöva, får inskränkningen av den enskildes integritet anses acceptabel.

5.5.3 Regionens ersättningsskyldighet

Regeringens förslag

Regionen ska bli ersättningsskyldig gentemot kommunen om regionen inte anger i en individuell plan de hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av och hur de ska genomföras och följas upp. Det

ska ske inom fyra veckor från att regionen mottagit en underrättelse av socialnämnden om att en enskild tagits emot i hem för vård eller boende.

Ersättningen ska uppgå till ett belopp som motsvarar 40 procent av genomsnittskostnaden i landet för ett vårddygn i hvb och lämnas löpande till dess att regionen fullgjort sina skyldigheter eller till dess att placeringen upphör.

Regionen och kommunen kan i avtal reglera frågan om ersättnings-skyldighet.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslagen från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen föreslår att regionen ska bli ersättningsskyldig om den inte upprättar en individuell plan inom två veckor. Utredningen föreslår även regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om den ersättningsskyldigheten. Utredningens förslag har en annan språklig och redaktionell utformning.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som yttrar sig tillstyrker förslaget helt eller delvis. *Malmö kommun* och *Socialstyrelsen* anser att ersättnings-skyldigheten inte bör begränsas till enbart hvb-placeringar. Socialstyrelsen ser en risk för att upprättandet av en individuell plan vid placering på hvb kan komma att prioriteras framför upprättandet av andra individuella planer och anser att det behöver följas upp särskilt efter ett genomförande av förslaget. *Region Norrbotten* ifrågasätter utredningens förslag till schablon och bedömer att den skattade tiden för hälso- och sjukvårdsinsatser är orimligt hög. *Umeå kommun* påtalar att det inte är helt tydligt hur parterna ska gå till väga för att ersättningsskyldigheten ska kunna avtalas bort samt hur en överenskommelse för att reglera kostnadsansvaret på annat sätt kan se ut.

Några få remissinstanser avstyrker förslaget helt eller delvis, däribland *Region Skåne*, *Region Västmanland* och *Härnösands kommun*. Region Skåne anser att regionen inte ska kunna bli ersättningsskyldig för insatser som de inte är med och planerar. Region Västmanland bedömer att de egentliga kostnaderna för hälso- och sjukvård vanligen inskränker sig till 15 procent, varför den föreslagna schablonen om 40 procent av kostnaden är orimlig. Härnösands kommun anser att förslaget om regionens och kommunens möjlighet att avtala om ersättningsskyldigheten ska utgå och anför att det är viktigt att synliggöra att schablonen om 40 procent inte utgör något tak för regionens kostnadsansvar i det enskilda ärendet.

Skälen för regeringens förslag

En ersättningsskyldighet införs för regionen

I avsnitt 5.5.2 föreslås att regionen inom fyra veckor från det att regionen tog emot underrättelse om beslutet av kommunen ska, i de fall en individuell plan ska upprättas, ange de hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs i planen för personer som tas emot i ett hvb. Enligt förslaget

ansvarar regionen för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av och hur de ska genomföras och följas upp.

Av utredningen framgår att det inte är ovanligt att kommunerna både ger i uppdrag och betalar hvb-hemmen för hälso- och sjukvårdsinsatser, trots att detta är regionernas ansvar. Utredningen bedömer därför att det finns behov av att införa en schabloniserad ersättningsskyldighet så att regionerna tar sitt ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna på hvb. Regeringen instämmer i utredningens bedömning och föreslår därför att regionen ska bli skyldig att ersätta kommunen om den inte uppfyller sina skyldigheter för dem som tagits emot i hvb. Regeringen anser även, så som utredningen föreslår, att ersättningsskyldigheten ska motsvara en viss andel av genomsnittskostnaden i landet för ett vårddygn i hvb och lämnas löpande under den tid som placeringen pågår fram till dess att regionen deltar i upprättandet av en individuell plan.

Utredningen föreslår att schablonersättningen ska utgöra 40 procent av genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn på hvb. Utgångspunkten för den beräkningen är att insatserna som ges inom ramen för hvb främst är socialtjänstinsatser. Det är också socialtjänsten som bedömer att placeringen behövs. Regeringen instämmer i den bedömningen och anser därför att kommunen ska stå för den största delen av kostnaden. Samtidigt är hälso- och sjukvårdsinsatserna ofta kostnadskrävande, eftersom de förutsätter vissa personalkategorier med särskild kompetens, fungerande ledningssystem, journalhantering och vissa försäkringar. Hur stor del av insatserna på hvb som är hälso- och sjukvård skiljer sig i praktiken från fall till fall. Enligt utredningens dialoger med kommuner och privata vårdgivare framkommer skattningar om att i genomsnitt mellan 20 och 50 procent av insatserna utgör hälso- och sjukvård. Med förtydligandena om att regionen ansvarar för hälso- och sjukvård för personer med skadligt bruk eller beroende kan den andelen förväntas bli större (se avsnitt 5.2). Regeringen instämmer därför i utredningens bedömning att schablonen bör utgöra 40 procent av genomsnittskostnaden i landet för ett vårddygn på hvb. Regeringen anser, i motsats till *Region Norrbotten* och *Region Västmanland*, att det är en rimlig nivå för att så långt som möjligt motsvara en genomsnittlig andel av det som utgör hälso- och sjukvårdsinsatser inom ramen för placeringen. Det är också en nivå som ger ett tydligt incitament för regionen att delta i planeringen av sådana insatser. Precis som *Härnösands kommun* påpekar utgör schablonen dock inte något tak för vilken ersättning som kan ges i det enskilda fallet, utan utgör endast en schablon för den ersättning som ska lämnas i de förväntat få fall då regionen och kommunen inte kommit överens om fördelningen av kostnaden för placeringen.

Regeringen anser, i likhet med vad *Malmö kommun* framhåller, att ersättningsskyldigheten endast ska användas i undantagsfall. En sådan ersättningsskyldighet innebär som utredningen konstaterar att regionen ibland kommer att bära en större och ibland en mindre del av den faktiska kostnaden. Det innebär också, som *Region Skåne* framför, att regionerna blir ersättningsskyldig för insatser som de inte varit med och planerat. Det får dock anses vara acceptabelt med hänsyn till att alternativet – att inte ha en schablon – leder till att den enskilde inte alltid får sina hälso- och

sjukvårdsbehov tillgodosedda, och att kostnader som regionerna ska bära hamnar hos kommunerna.

Förslaget om ersättningsskyldighet är begränsat till personer som tas emot på hvb, vilket *Socialstyrelsen* och Malmö kommun framhåller som en brist. Skälen för begränsningen är, enligt utredningen, att det framför allt är i hvb-verksamheter som det bedrivs psykosocial behandling. Förslaget om förtydligande av kommunernas och regionernas skyldigheter för personer som tagits emot i ett hem utanför det egna innebär därför störst förändringar för hvb-verksamheter. Dessutom är det enligt utredningen redan i nuläget problem för personer som är placerade på hvb att bl.a. få de psykiatriska eller somatiska insatser som de behöver. Mot den bakgrunden anser regeringen att det finns anledning att ha en särskild reglering av ersättningsskyldigheten för de som tagits emot på hvb. Syftet med regleringen är dock inte att regionerna ska prioritera upprättande av individuella planer för de som tagits emot på hvb framför upprättandet av andra individuella planer enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Som *Socialstyrelsen* pekar på kan det behöva följas upp särskilt efter genomförandet av förslaget.

Utredningen föreslår att det ska införas ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om ersättningsskyldigheten. Till skillnad från utredningen anser regeringen att det inte finns behov att ytterligare föreskrifter om ersättningsskyldigheten och därför bör inget bemyndigande införas i lagen.

Ersättningsskyldigheten ska kunna avtalas bort

Förslaget om regionens ersättningsskyldighet syftar främst till att tydligt peka ut regionernas ansvar för hälso- och sjukvård också under en hvb-placering. I praktiken bör den komma till användning endast i undantagsfall. Regeringen föreslår därför, i likhet med utredningen, att kommuner och regioner ska ges en möjlighet att, inom ramen för överenskommelser eller på annat sätt, avtala bort ersättningsskyldigheten eller komma överens om att det ska regleras på annat sätt. Det ska alltså vara möjligt för regionen och kommunen att t.ex. reglera när ersättningsskyldighet ska uppstå, fördelningen av kostnaden för placeringen och om ersättningsskyldighet inte ska uppstå.

Som *Umeå kommun* konstaterar anges det inte i utredningens förslag exakt hur parterna ska gå till väga för att ingå sådana avtal eller hur en överenskommelse för att reglera kostnadsansvaret på annat sätt kan se ut. Det anser regeringen är frågor som inte ska lösas genom lagstiftning utan det ska de inblandade regionerna och kommunerna ansvara för att lösa. Kommuner och regioner kan t.ex. komma överens om att hälso- och sjukvårdsansvaret vid hvb-placeringar alltid ska hanteras av en viss enhet eller funktion inom regionen, eller att det ska finnas rutiner för gemensam planering av hvb-insatser som också omfattar regionens hälso- och sjukvård. Kommuner och regioner kan även genomföra gemensamma upphandlingar av hvb, där regionen ansvarar för de delar som utgör hälso- och sjukvårdsinsatser och kommunen för socialtjänstinsatser. Kommuner och regioner kan också själva driva hvb-verksamheter gemensamt.

Överenskommelserna om hälso- och sjukvård vid hvb-placeringar kan integreras i sådana överenskommelser som kommuner och regioner ska ingå om samarbete i fråga om personer som vårdas utanför det egna hemmet enligt 7 kap. 2 § SoL respektive 16 kap. 3 § HSL. Överenskommelsen kan också tecknas separat och omfatta insatser till både barn och vuxna.

6 Regionens sprututbytesverksamhet

Regeringens förslag

Syftet med regionens verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler ska även vara att främja psykisk och fysisk hälsa.

Regioner som bedriver sprututbytesverksamhet ska planera verksamheten så att den blir tillgänglig för och främjar psykisk och fysisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Regioner ska i sin planering samverka med kommuner och andra berörda aktörer.

Regioner ska inte längre vara skyldiga att ansöka om tillstånd för att bedriva verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Utredningens förslag stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen föreslår att det ska bli obligatoriskt för regioner att bedriva sprututbytesverksamhet. Utredningen föreslår vidare att kravet på att verksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan motiveras för vård och behandling ska tas bort. Utredningens förslag har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna

En övervägande majoritet av de remissinsatser som yttrar sig tillstyrker eller är positiva till utredningens förslag. Ett antal remissinstanser, däribland *Famna* och *Fremia*, *Göteborgs kommun*, *Norrtälje kommun*, *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)*, *Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner*, *Narkotikapolitiskt Center (NPC)*, *Inspektionen för vård- och omsorg (IVO)* och *Socialstyrelsen* motsätter sig eller är tveksamma till att kravet på att verksamheten ska bedrivas så att den enskilde motiveras till vård och behandling tas bort. Några remissinstanser, bl.a. *Fagersta kommun*, *Vingåkers kommun* och *Överkalix kommun* framhåller att det är viktigt att insatsen har en hög tillgänglighet och inte enbart är centralt placerad. IVO anser att om tillståndskravet tas bort bör det utredas vilka uppgifter regionerna ska lämna avseende sprututbytesverksamheten samt till vilken myndighet uppgifterna ska lämnas.

Region Gävleborg anser att förslaget är onödigt och kan vara kontraproduktivt då alla regioner redan påbörjat ett arbete med sådan verksamhet.

Skälen för regeringens förslag

Verksamhetens syfte ska utvidgas

Regeringen är angelägen om att uttrycka att målet för narkotikapolitiken fortsatt är ett samhälle fritt från narkotika. Efterfrågeminimerande och tillgångsreducerande insatser behöver genomföras parallellt. Sådana insatser är även viktiga delar i statens samlade arbete för att öka tryggheten och förebygga organiserad brottslighet. Samtidigt behöver personer med skadligt bruk och beroende av narkotika, samhällets hjälp. Ett skadereducerande arbete är en viktig del av den hjälp som samhället ska erbjuda.

I lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler finns bestämmelser om regionernas sprututbytesverksamhet. Syftet med verksamheten är att minska spridning av hivinfektion och andra blodburna infektioner bland personer som använder narkotika.

Sprututbytet spelar i dag en viktig roll för att minska smittorisken hos personer som injicerar narkotika, men verksamheten skapar också möjligheter att nå personer som inte annars skulle söka vård och ge förutsättningar att undersöka hälsosituationen och ge somatisk behandling till en grupp med stor sjuklighet och överdödlighet. Av utredningen framgår t.ex. att verksamheterna är viktiga för att nå personer som använder amfetamin, vilka ofta är i stort behov av hälso- och sjukvård, ofta i kombination med insatser mot social utsatthet och kriminalitet. Sprututbyte kan också i hög grad ge tillgång till hepatitbehandling och vara ett steg för att slussas in i LARO-behandling (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) och annan behandling av både somatiska och psykiska sjukdomstillstånd, inklusive skadligt bruk eller beroende. Verksamheten spelar också en viktig roll för tillhandahållande av naloxon.

Med tanke på den betydelse som verksamheterna redan har när det gäller möjligheterna att nå personer med stor sjuklighet och dödlighet anser regeringen, i likhet med utredningen, att verksamheternas syfte inte ska vara begränsat till att minska spridning av hivinfektioner och andra blodburna infektioner. I stället bör syftet med verksamheterna utvidgas till att också främja psykisk och fysisk hälsa. I det innefattas att erbjuda somatisk vård och hälsofrämjande åtgärder. Det kan t.ex. handla om hepatitbehandling, LARO-behandling (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) eller annan behandling för psykisk sjukdom, tillhandahållande av och utbildning i hur naloxon används, utbildningar i att bedöma drogers farlighet och utbildningar i hjärt- och lungräddning. Förslaget innebär dock att sprututbytet blir starkare integrerat i hälso- och sjukvården och, som *Folkhälsomyndigheten* framhåller, ökar möjligheter att slussa enskilda vidare till andra instanser för hjälp och stöd. Därmed kan verksamheten i förlängningen, så som myndigheten för fram, bidra till en mer jämlik hälsa, i linje med det övergripande målet för folkhälsopolitiken.

En stor del av de insatser som ges på en sprututbytesverksamhet kommer att vara hälso- och sjukvårdsinsatser. Själva utbytet av sprutor och kanyler är dock inte att betrakta som hälso- och sjukvård eftersom det inte är en vårdande eller behandlande insats (se prop. 2016/17:15 s. 27). Det finns därför enligt regeringen fortsatt behov av att särreglera sprututbytesverksamheten.

Utredningen framhåller att alla stödinsatser inklusive motivationsinsatser för vård och behandling kan vara en del av att främja psykisk och fysisk hälsa. Utredningen föreslår därför att bestämmelsen att verksamheten ska bedrivas på ett sätt som motiverar den enskilde för vård och behandling kan tas bort. Regeringen bedömer dock, i likhet med bland andra *Famna* och *Fremia*, *Göteborgs kommun*, *IVO*, *NPC*, *Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner* och *Socialstyrelsen*, att det finns ett värde i att ansvaret att motivera till vård och behandling även fortsättningsvis tydligt framgår av lagstiftningen. Regeringen instämmer därför inte i utredningens förslag i den delen.

Det ska införas planeringskrav som ökar tillgängligheten

Enligt utredningen behöver tillgängligheten till skadereducerande och hälsofrämjande insatser genom sprututbytesverksamheter öka samtidigt som dessa knyts samman med andra hälso- och sjukvårdsinsatser som är viktiga för den psykiska och somatiska hälsan. Som *Fagersta kommun*, *Vingåkers kommun* och *Överkalix kommun* påpekar är det enligt regeringen viktigt att insatserna har en hög tillgänglighet och inte enbart är centralt placerade. Hur det uppnås kan se olika ut. Det kan t.ex. handla om att utveckla samarbete mellan sprututbyte och andra vårdinstanser eller om att göra verksamheten mobil i vissa delar. Regeringen anser därför, i likhet med utredningen, att regionerna bör planera sin sprututbytesverksamhet så att verksamheten kan göras tillgänglig för och främja psykisk och fysisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. I planeringen bör ingå bedömningar av tillgången till andra viktiga insatser som t.ex. utdelning av naloxon, utbildning i hur naloxon används, utbildning i hur risker med olika preparat kan bedömas. Även hur tillgången till hälsoundersökningar, hepatitbehandling och annan somatisk vård kan se ut för målgruppen samt hur fler bland dem som byter sprutor kan slussas in i LARO-behandling bör ingå i planeringen. Regioner bör även i sin planering samverka med kommuner och andra berörda aktörer.

Tillståndskravet för regionerna ska tas bort

När sprutbytesverksamhet reglerades i lag 2006 anfördes som skäl för tillståndskravet att det var viktigt att kontrollera att verksamheten innehöll rehabiliterande insatser och att läckage av sprutor och kanyler skulle motverkas (prop. 2005/06:60 s. 129). Regeringen bedömer att förslaget att utveckla verksamhetens syfte och att regionen ska planera för den utifrån behov gör att kravet på tillstånd minskar. Läckage bedöms inte heller vara ett så stort problem att det motiverar en tillståndsprövsprocess. Kravet på att verksamheten ska tillståndsprövas på ett sätt som avviker från övrig hälso- och sjukvård sänder enligt regeringen dessutom den felaktiga signalen att verksamheten inte är en viktig del av det ordinarie utbudet och ansvaret för hälso- och sjukvård. Samtidigt anser regeringen att det är angeläget att arbeta mot välfärdsbrottlighet och att tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården kan vara ett verktyg i detta. Det pågår ett omfattande arbete i Regeringskansliet att se över behov av och förutsättningar för att införa tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården.

Regeringen anser även, i likhet med *Region Stockholm* och *Region Norrbotten*, att byråkratin minskar om tillståndskravet tas bort. Det

innebär att resurser, i stället för att läggas på administration, kan användas för annan verksamhet, både i regionerna och hos IVO. Det tillsynsansvar som IVO har över all hälso- och sjukvård är enligt regeringen dessutom tillräckligt för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet i verksamheterna. Regeringen anser därför att tillståndskravet bör tas bort. Regeringen vill samtidigt förtydliga att borttagandet av tillståndskravet inte påverkar Socialstyrelsens möjligheter att i föreskrift begära att sprututbytesverksamheterna rapporterar in uppgifter till myndigheten. Regionerna ska enligt 13 och 14 §§ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2007:2) om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika årligen lämna en verksamhetsberättelse till IVO. Regeringen anser därför, till skillnad från IVO, att det inte finns behov av att särskilt utreda vilka uppgifter regionerna ska lämna avseende sprututbytesverksamheterna samt till vilken myndighet uppgifterna ska lämnas.

Utredningen har vidare föreslagit att det ska bli obligatoriskt för regionerna att bedriva sprututbytesverksamhet. Regeringen instämmer i utredningens bedömning att sprututbytesverksamhet spelar en viktig roll för att minska smittoriskerna hos personer som injicerar narkotika och att de skapar en möjlighet att nå personer som annars inte skulle söka vård. Till skillnad från när utredningen lämnade sitt betänkande finns det, som Region Gävleborg också framhåller, idag sprututbytesverksamheter i samtliga regioner. Regeringen ser därför inte i nuläget någon anledning att införa en särskild skyldighet för regionerna att bedriva sprututbytesverksamhet.

7 En samordnad vård- och stödverksamhet

7.1 Kommuner och regioner ska gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet

Regeringens förslag

Kommunerna och regionen i ett län ska gemensamt bedriva samordnad vård- och stödverksamhet.

Verksamheten ska rikta sig till personer som har ett särskilt behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning.

Bestämmelserna ska införas i en särskild lag som även ska tillämpas på kommuner som inte tillhör någon region.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslagen från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen föreslår inte att det ska ställas krav på att personen har ett särskilt behov av samordnade och kontinuerliga hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser under längre tid. Utredningen föreslår inte någon

särskild reglering för kommuner som inte tillhör någon region. Utredningens förslag har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som uttalar sig om utredningens förslag om att införa en särskild lag om samordnad vård- och stödverksamhet är positiva till förslaget. Ett fåtal remissinstanser avstyrker eller är tveksamma till förslaget, däribland *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, *Region Skåne*, *Region Uppsala* och *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)*. Region Uppsala anser att förslaget riskerar att tvinga fram ytterligare fragmentisering och skapa ny gränsproblematik med nya samverkansytor som måste fungera för att kunna ge adekvata insatser.

En majoritet av de remissinstanser som uttalar sig är positiva till förslaget om en skyldighet för kommuner och regioner att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* anser att förslaget innebär en höjd ambitionsnivå som förutsätter statlig finansiering. Ett fåtal remissinstanser avstyrker helt eller delvis förslaget. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* anser att utredningen inte presenterar ett tillräckligt stöd för att insatsen är den mest effektiva ur samordningssynpunkt. *Region Gävleborg* anser att förslaget inte främjar en jämlik vård sett mot andra prioriterade områden. Region Skåne ser en risk för att det blir en otydlig organisationsform som innebär mycket administration och en utmaning utifrån arbetsmiljöansvaret. *Göteborgs universitet* framhåller att det i förslaget finns ett glapp mellan socialtjänstens och regionernas ansvarsområde, där det sociala stödet på ett snävt sätt kopplas till socialtjänstens kärnområden medan behandling kopplas till tydligt avgränsade och evidensbaserade metoder.

En knapp majoritet av de remissinstanser som yttrar sig avstyrker helt eller delvis förslaget till definition av verksamhetens målgrupp. Bland dessa finns *Region Skåne*, *Region Örebro*, *Region Norrbotten*, *Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner*, *Smer*, *Kriminalvården*, *Mora kommun* och *Storfors kommun* m.fl. Gemensamt för remissinstanserna är att de anser att det inte är tillräckligt tydligt hur målgruppen ska avgränsas och definieras. *Famna* och *Fremia* och Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner bedömer att målgruppen kan vara för snävt definierad i relation till behoven. *Akademikerförbundet SSR* m.fl. bedömer att det föreligger risk för att kommuner och regioner i landet kommer att göra olika tolkningar av bestämmelsen. *Karolinska Institutet* anser att den största risken med förslaget är att människor med stora vård- och stödbehov fortsatt riskerar att falla mellan stolar eftersom behovsprövningen görs mot två olika lagstiftningar. SKR framhåller att det är oklart huruvida verksamheten även riktar sig till barn, dvs. personer under 18 år. *Barnombudsmannen* anser att förslaget även bör omfatta barn och unga. *Socialstyrelsen* anser att det tydligt bör framgå i regleringen att även personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk eller beroende ingår i verksamhetens målgrupp, eftersom det är vanligt att den gruppen utesluts från vård och behandling utifrån krav på långvarig nykterhet innan behandling kan påbörjas.

SKR framför att det behövs ett tillägg om Region Gotland som är en kommun.

Skälen för regeringens förslag

Samordning av vård- och stödinsatser

Enligt Socialstyrelsen har andelen personer med omfattande skadligt bruk och andra psykiatriska tillstånd ökat inom socialtjänsten och klienterna tycks ha alltmer komplexa vårdbehov (Socialstyrelsen 2017, Individ- och familjeomsorg, Lägesrapport). Den bilden har bekräftats i de dialoger utredningen fört med företrädare för socialtjänsten. Personer med samsjuklighet har ofta behov av sociala insatser. För personer med samsjuklighet är ofta behandling av psykiatriska tillstånd och skadligt bruk eller beroende en förutsättning för att kunna ta emot sociala insatser, som boende och sysselsättning. Omvänt är sociala insatser också en förutsättning för att kunna ta emot adekvat behandling. Insatserna behöver därför planeras, genomföras och följas upp samordnat.

Kommuner och regioner har båda ett ansvar för hälso- och sjukvården enligt 8 kap. 1 § och 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Det finns även krav i hälso- och sjukvårdslagen och i socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL, på att kommuner och regioner ska ingå överenskommelser om samverkan, dels kring personer med psykisk funktionsnedsättning, dels kring personer med ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar och kring barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade i skyddat boende (16 kap. 4 § HSL och 7 kap. 2 § SoL).

Utredningen konstaterar dock att dessa krav på överenskommelser hittills inte har åstadkommit tillräckliga förbättringar. Överenskommelser ingås inte överallt trots lagkravet, och de överenskommelser som ingås reglerar i liten grad finansieringen och ansvaret för faktiska insatser. Utredningens slutsats är att kravet i lag på överenskommelser inte är tillräckligt för personer med de största samordningsbehoven.

Flera remissinstanser, däribland *Socialstyrelsen*, *Folkhälsomyndigheten* och *SKR*, delar utredningens problembeskrivning och är positiva till ett förtydligande av kommuners och regioners skyldighet att samordna sina vård- och stödinsatser till personer med behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser.

Mot bakgrund av behoven av fördjupad samordning avseende vård och stöd för personer med behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser anser regeringen att kommuners och regioners skyldighet att samordna sina vård- och stödinsatser till dessa personer behöver förtydligas.

Kommuner och regioner ska bedriva samordnad vård- och stödverksamhet

I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport om samordningsutmaningarna i det svenska vård- och omsorgssystemet (En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1) beskrivs samordningen av vård, omsorg och socialtjänst som en av de stora utmaningarna i Sverige. I rapporten konstateras att, även om problemet är gemensamt med många jämförbara länder, framstår bristande samordning för svensk del som extra tydlig ur patient- och brukarperspektiv. Även studier inom området skadligt bruk eller beroende tyder

på stora samordningsproblem. I Socialstyrelsens genomgång av samsjuklighetsområdet från 2019 framkommer att insatser som erbjuds i stor utsträckning inte svarar mot den enskildes behov och problematik. Socialstyrelsen konstaterar att kartläggningen visar att personerna i studien inte fått vård och stöd som utgått från ett personcentrerat arbetssätt, och att deras behov inte hanterats gemensamt genom en personcentrerad samverkan. En annan slutsats som myndigheten drar är att det inte tagits hänsyn till att personerna i kartläggningen ofta haft sammansatta behov och små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Slutsatserna i kartläggningarna bekräftas av det arbete som utredningen genomfört tillsammans med kommuner och regioner i Värmlands, Örebro och Västerbottens län. Utredningen konstaterar att även verksamheterna själva uppfattar att styrningen inom området är fragmentarisk. Utredningens analys identifierar ett antal hinder i styrning och arbetssätt som bidrar till den bristande måluppfyllelsen, varav flera är sådana som särskilt speglar behovet av en integrerad verksamhet. Exempelvis spelar organisationens regler och avgränsningar större roll än den enskildes behov, det förekommer kortsiktig ekonomisk styrning med fokus på separata organisationer och insatser och systemets fragmentisering manifesteras särskilt kring personer med samsjuklighet.

Utredningen bedömer även att nuvarande regelverk inte i tillräcklig utsträckning stöder integrerade verksamheter. Utredningen har genom en enkät kartlagt förekomsten av integrerade verksamheter i kommuner och regioner. Samtliga regioner och 157 kommuner och stadsdelar har besvarat enkäten. Totalt 13 regioner har uppgett att de bedriver någon form av integrerad verksamhet för vuxna personer med ett skadligt bruk eller beroende och/eller annan psykisk sjukdom. Detta visar att trots att integrerade insatser har ett starkt vetenskapligt stöd för vissa målgrupper och rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer erbjuds sådana arbetssätt och verksamheter i relativt låg utsträckning och är inte en etablerad del av det svenska vård- och stödsystemet. Utredningen konstaterar också att de integrerade verksamheter som finns i dag har startat och bedrivs i projektform.

Mot bakgrund av de utredningar och uppföljningar som gjorts av hur samverkan i praktiken fungerar, anser regeringen att bristerna när det gäller mandat, roller, arbetssätt och den enskildes ställning är så stora att det krävs annan reglering och struktur för att möta de patienter och brukare med störst samordningsbehov. Det ordinarie vård- och omsorgssystemet kan inte tillgodose den aktuella gruppens behov av samordnade insatser. Regeringen anser därför att det krävs en ny organisering med kompetenser som sammanhållet kan samordna ett stort antal insatser inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, samtidigt som arbetssättet stöder den enskilde att utöva inflytande över insatserna. Regeringen delar inte *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* uppfattning att en ny organisering av samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser inte skulle vara den mest effektiva ur samordningssynpunkt. Däremot anser regeringen, i likhet med vad Folkhälsomyndigheten för fram, att en sådan ordning för samverkan mellan de berörda huvudmännen kan stärka förutsättningarna för att stödet till personer med samsjuklighet blir mer behovsanpassat och jämlikt.

Mot den bakgrunden anser regeringen, i likhet med utredningen, att det ska införas en skyldighet för kommuner och regioner att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för personer med samsjuklighet. Regeringen anser även i likhet med utredningen att vård- och stödverksamheten ska bedrivas av kommuner och regionen i ett län. En sådan geografisk avgränsning innebär, enligt regeringen, att åtminstone varje län ska ha en vård- och stödverksamhet.

Eftersom förslaget innebär en skyldighet för kommuner och regioner behöver det regleras i lag.

Vård- och stödverksamheten ska regleras i en särskild lag

Utredningen föreslår att skyldigheten för kommuner och regioner att bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet ska regleras i en särskild lag. Utredningen har dock bl.a. övervägt att reglera kravet på en samordnad vård- och stödverksamhet i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen i stället för i en särskild lag. Detta skulle kunna vara möjligt när det gäller själva skyldigheten, då bestämmelser om skyldigheter för huvudmännen att samverka finns redan i dag i båda lagarna. För att den verksamhet som avses i förslaget ska uppnå syftet behöver det enligt utredningen också finnas regler om verksamheternas organisation, innehåll och finansiering, samt om den enskildes ställning. Regeringen delar utredningens bedömning att en särreglering ger bättre förutsättningar för sådana preciseringar, i jämförelse med att införa specifika bestämmelser om en viss verksamhet i lagar som reglerar hela verksamhetsområden.

Verksamhetens målgrupp

Utredningen föreslår att de personer som ska omfattas av verksamheten ska ha behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

Regeringen anser i likhet med utredningen att de personer som ska kunna bli aktuella för verksamheten ska ha behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning.

Regeringen anser i likhet med vad *Kriminalvården* framför att det behöver vara tydligt att lagen riktar sig till dem med störst behov. Enligt regeringen bör målgruppen avgränsas utifrån den enskildes behov av samordnade insatser och inte utifrån arten av dennes funktionsnedsättning så som utredningen föreslår.

Det behöver därför anges att målgruppen ska ha ett särskilt behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning. Det innebär att den enskildes behov är sådant att samordning av insatserna behöver ske med regelbundenhet över tid för att insatserna ska kunna genomföras och i förlängningen för att uppnå resultat. Det kan t.ex. handla om att en stabil boendesituation inte kan uppnås utan att psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingsinsatser ges integrerat med boendestöd eller liknande insatser. Det innebär att varken majoriteten personer med psykisk

funktionsnedsättning eller majoriteten personer med samsjuklighet ska ingå i målgruppen, eftersom det ska finnas sådana särskilda behov att det är nödvändigt med samordning under längre tid för att genomföra insatserna.

Alla psykiatriska diagnoser, inklusive skadligt bruk eller beroende, och de psykiatriska tillstånd som de innebär kan leda till en psykisk funktionsnedsättning. Regeringen anser i likhet med *Socialstyrelsen* att det är viktigt att personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk eller beroende ingår i verksamhetens målgrupp. Regeringen anser dock att det inte finns skäl för att reglera detta särskilt i lagen.

Med anledning av att flera remissinstanser, bland andra *Region Stockholm*, *Akademikerförbundet SSR*, *Region Skåne*, *Region Örebro* och *Region Norrbotten*, efterfrågar en tydligare avgränsning av målgruppen och påtalar risken för att regioner kommer tolka bestämmelsen olika, vill regeringen understryka att bedömningen av behovet av insatser i vård- och stödverksamheten ska avgöras genom individuella bedömningar enligt socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Som kriterierna är utformade är de högt ställda krav som endast personer med en omfattande och allvarlig problematik kommer uppfylla. Att i lag tydligare definiera när ett behov av både hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser föreligger eller när kriterierna för en psykisk funktionsnedsättning är uppfyllda, skulle också kunna betraktas som en dubbelreglering med risk för konflikt mellan olika lagstiftningar. Utgångspunkten för regeringens förslag om en särskild lag för samordnad vård- och stödverksamhet är att de sociala och medicinska bedömningarna alljämt ska ske i enlighet med befintlig lagstiftning, men att en skyldighet att erbjuda samordnad vård- och stödverksamhet inträder när dessa respektive bedömningar innebär att den särskilda lagens kriterier är uppfyllda.

När det gäller frågan, som lyfts av både *SKR* och *Barnombudsmannen* om vård- och stödverksamheten riktar sig till barn, anser regeringen att barn och unga inte ska uteslutas. Eftersom kriterierna i lagen avser särskilt behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning bedömer regeringen att verksamheten endast i undantagsfall kommer att bli aktuell för barn. Annan lagstiftning på socialtjänstområdet som riktar sig specifikt till barn kommer därmed att vara mer tillämplig för att tillgodose barns behov av vård och stöd.

Gränsdragningsfrågor behöver hanteras i verksamheten

Flera remissinstanser, som *Karolinska Institutet*, *Göteborgs universitet* och *Region Uppsala* befarar en fortsatt gränsdragningsproblematik och oklar ansvarsfördelning med anledning av förslagen om en samordnad vård- och stödverksamhet. Regeringen anser att det inte helt kan uteslutas att nya gränsdragningsfrågor kan uppstå och riskerna för sådana behöver därför beaktas. Denna problematik bör dock enligt regeringen sannolikt bli avsevärt mindre med en lagreglerad och formaliserad samverkan mellan huvudmännen i en särslag.

Regeringen vill med anledning av *Region Skånes* remissynpunkt om ökad administration och utmaningar beträffande arbetsmiljöansvaret påpeka att den samordnade vård- och stödverksamheten ska bedrivas inom ramen för befintlig hälso- och sjukvårds- och socialtjänstlagstiftning (se

avsnitt 5.2). Arbetsmiljöansvaret ligger alltjämt hos den huvudman som är arbetsgivare för berörd personal. *Funktionsrätt Sverige* och flera kommuner för fram farhågor om att förslaget kan medföra att verksamheterna i praktiken centraliseras och kommer längre bort från boende i glesbygd jämfört med i dag. Regeringen kan konstatera att utredningen påtalar risken att förslaget leder till mer centralisering av framför allt sådana insatser som i dag ges i kommunen. För att hantera denna utmaning är det enligt regeringen viktigt att verksamheten, när det är möjligt och lämpligt, arbetar mobilt och flexibelt och finns där deltagarna befinner sig. Det kan även påminnas om kravet i 7 kap. 2 a § HSL om att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.

Kommuner som inte tillhör någon region

I dagsläget tillhör inte Gotlands kommun någon region. Gotland är en kommun som utför en regions uppgifter, har ett utvecklingsansvar och har också rätt att kalla sig region. Eftersom Gotlands kommun inte tillhör någon region men utför en regions uppgifter anser regeringen i likhet med *SKR* att det behövs en särskild reglering i lagen om kommuner som inte tillhör någon region. Regeringen föreslår därför en reglering som innebär att lagens bestämmelser om regioner även ska tillämpas på en kommun som inte tillhör någon region.

7.2 Vård- och stödverksamhetens innehåll

Regeringens förslag

Kommuner och regioner ska i vård- och stödverksamheten erbjuda samordnade socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser.

En vård- och stödsamordnare som ansvarar för att samordna insatserna ska utses för den enskilde.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslaget från utredningen stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen föreslår att den samordnade vård- och stödverksamheten ska innehålla uppsökande arbete och att verksamheten på lämpligt sätt ska ta tillvara kompetensen hos personer med egen erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning. Utredningens förslag har en annan språklig och redaktionell utformning.

Remissinstanserna

En majoritet av remissinstanserna är positiva till förslaget. Några remissinstanser, däribland *Karlskoga kommun* och *Region Västerbotten* ser dock risker ur ett glesbydsperspektiv och framhåller att tillgänglighetsaspekten är den mest avgörande för uppbyggnad av den här typen av verksamhet. *Umeå kommun* ställer i sitt remissvar bl.a. frågan om

förslaget innebär att ytterligare arbetssätt tillkommer jämfört med hur socialtjänsten tar sig an dessa frågor i dag. Synpunkten tangerar delvis den från *Smer* avseende behovet av vad rådet bedömer skulle bli en ny personalkategori. *Falu kommun* och *Stockholms kommun* anser att förslaget behöver bl.a. förtydligas om myndighetsutövande verksamhet ska ingå. *Region Sörmland* anser att det kan bli svårt att ta fullt ansvar för medarbetarnas arbetsmiljö om funktionen utformas som en uppsökande verksamhet. *Härnösands kommun* framför att det behöver tydliggöras i lagen att det är socialtjänsten som har ansvar för det uppsökande arbetet och att hälso- och sjukvården ansvarar för att motivera till behandling. Bland andra *Förvaltningsrätten i Malmö* och *Socialstyrelsen* anser att det bör framgå av lagtexten att vård- och stödsamordnaren ska betraktas som en fast vårdkontakt enligt patientlagen (2014:821) och lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

Några remissinstanser avstyrker eller är tveksamma till förslaget, däribland *Kammarrätten i Jönköping*, *Malmö kommun*, *Region Västerbotten* och *Region Västmanland*. *Region Västerbotten* anser att utredningens resonemang om beslut för socialtjänstinsatser inom den samordnade verksamheten är svårbegripligt. *Region Västmanland* anser att förslaget riskerar att framtvinga icke önskade omprioriteringar i andra verksamhetsdelar. *Regionen och Svenska Läkaresällskapet (SLS)* anser att det inte är lämpligt att skapa en lagfäst självständig vårdform.

SKR påtalar vikten av att målgruppen formuleras så att verksamheterna kan ha en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation enligt förslagen från *Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (SOU 2021:4)*. *Västra Götalandsregionen* påpekar att det saknas överväganden kring de sekretessbestämmelser som aktualiseras i vård- och stödverksamheten. *Kriminalvården* påtalar att det finns ett särskilt problem i hur den rättsliga regleringen kring en eventuellt sammanhållen dokumentation i den samordnade vård- och stödverksamheten ska ske. Om det finns dokumentation från socialtjänsten som hälso- och sjukvården inte har tillgång till kan det påverka patientsäkerheten negativt.

Skälen för regeringens förslag

Kommuner och regioner ska i verksamheten erbjuda samordnade socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser

Den målgrupp som är aktuell för insatser i verksamheten har behov av att socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser ges samordnat i verksamheten. Det innebär att kommuner och regioner ska inom ramen för verksamheten tillgodose målgruppens behov av båda insatserna samordnat. Förutom att vara samordnade, föreslår utredningen även att insatserna ska ges kontinuerligt. Utredningen anger att med kontinuerliga insatser avses ett multiprofessionellt arbete där en eller flera personer i ett team har kontakt med de enskilda minst en till två gånger i veckan. Utredningens definition kan tjäna som exempel på med vilken frekvens och på vilket sätt insatserna kan ges, även om detta måste avgöras av huvudmännen och från fall till fall. Enligt regeringen innebär kontinuerliga insatser att insatserna ges med regelbundenhet under längre tid.

Med hälso- och sjukvårdsinsatser avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda, lindra och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 §

1 HSL). De hälso- och sjukvårdsinsatser som bör bli aktuella i verksamheten, enligt regeringen, kan bestå av medicinsk behandling, omvårdnadsinsatser, psykologiska och psykosociala behandlingar, fysioterapi, arbetsterapi och viss somatisk undersökning och behandling. När det gäller somatiska vårdbehov bör verksamhetens uppdrag huvudsakligen vara att stödja den enskilde att beskriva sina besvär, redogöra för iakttagelser som gjorts och med stöd av detta remittera patienten till primärvården eller specialiserad somatisk vård. Det är därför angeläget att det finns rutiner för samarbete mellan den nya vård- och stödverksamheten och primärvården samt med den specialiserade somatiska vården. Att det finns en fast läkarkontakt utsedd för patienten i primärvården kan vara en del av ett sådant samarbete. Utredning och diagnostik kan ske inom ramen för verksamheten eller genom att verksamheten initierar att det sker inom en annan verksamhet. Samordning och viss behandling kan behöva ske i deltagarnas hemmiljö vilket kräver mobilitet. Att exempelvis psykiatriker, psykologer, kuratorer och sjuksköterskor arbetar gemensamt med hälso- och sjukvårdsinsatser i verksamheten kan bidra till en mer personcentrerad behandling genom att farmakologisk behandling och omvårdnadsinsatser kan kombineras med psykologisk behandling, samtidigt som somatiska hälsoproblem kan uppmärksammas och hanteras.

Med anledning av *Region Västmanlands* och *SLS* synpunkter vill regeringen understryka att den samordnade vård- och stödsamordningen inte är att betrakta som en egen vårdform, utan att den är en struktur för samordning och koordinering av insatser för en liten grupp med omfattande behov av olika insatser. De hälso- och sjukvårdsinsatser som ska erbjudas av regionerna inom ramen för verksamheten ska utföras i enlighet med de föreskrivna krav som gäller för hälso- och sjukvård, såsom hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen och patientsäkerhetslagen (2010:659). Det innebär att verksamheten t.ex. behöver erbjuda vårdgaranti enligt 9 kap. 1 § HSL och 2 kap. 3 § patientlagen.

Det finns inte heller något som hindrar att vård- och stödverksamheten ingår i en sammanhållen vårdkedja, tvärtom bör detta i många fall vara fallet. Huruvida regioner ska i den samordnade vård- och stödverksamheten utfärda eller motta remisser är inte något som föreslås regleras i lag, utan kommer bli upp till berörda regioner att avgöra.

Den andra av kommunernas och regionernas samordnade verksamhets huvuduppgifter är att bedriva stödverksamhet, vilket innebär att erbjuda insatser i enlighet med socialtjänstlagens bestämmelser. Dessa insatser ska främja enskildas ekonomiska och sociala trygghet, jämlika och jämställda levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. I socialtjänstlagen anges vidare att socialnämnden ska arbeta för att personer med funktionsnedsättning, som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att dessa personer får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter deras individuella behov av särskilt stöd. Även nätverks- och relationsskapande insatser ingår i uppdraget.

Beroende på vilka beslut som fattas i verksamheten och vilka beslut som fattas utanför, måste verksamheten bedrivas med olika grad av samarbete med berörd kommun. Det kan bli fråga om, som *Falu kommun* och *Stockholms kommun* även efterfrågar klarhet i, att vissa insatser i

verksamheten innehåller myndighetsutövning. Det kan då handla om t.ex. beslut om ekonomiskt bistånd som fattas av kommunen i verksamheten. Vem som har mandat att fatta vilka beslut avgörs av respektive kommuns delegationsordning. Regeringen bedömer att det är en fördel om det finns möjlighet att ta beslut om t.ex. boendestöd och sysselsättning i den särskilda vård- och stödverksamheten med hänsyn till behovet av att kunna sätta in de insatser som behövs så snart som möjligt.

Storumans kommun anser dock att frågan om att vissa biståndsbeslut ska fattas i vård och stödverksamheten är svårbegriplig, eftersom varje kommun ska ha mandat avseende sina invånare, kopplat till resurserna som finns. Det kan enligt kommunen innebära att risk för ojämlikhet om vissa beslut inom den samordnade verksamheten kan variera beroende på vilken kommun deltagaren tillhör. Regeringen har förståelse för kommunens farhåga. Samtidigt kan det konstateras att risken för ojämlikheter mellan olika kommuner finns redan idag. Regeringen ser inte att en samordning av insatser i en vård- och stödverksamhet skulle leda till att denna risk ökar.

Storumans kommun påtalar även att ett separat beslutsfattande vid sidan om respektive kommuns övriga beslutsfattande av samma karaktär framstår som riskabelt utifrån möjligheter att planera och ha översikt över varje kommuns ansvarsområde. Enligt regeringen bör inte dokumentation av handläggningen av ärenden och av beslut hållas avskilt kommunens övriga verksamhet inom socialtjänsten. Avsikten är inte att kommuner och regioner ska ha en egen dokumentationsstruktur i vård- och stödverksamheten. Kommunen, som är ansvarig för att insatser erbjuds i enlighet med socialtjänstlagen, behöver ha en tydlig överblick av bl.a. de beslut som fattas. All dokumentering ska dessutom ske i enlighet med socialtjänstlagen (se 14 kap. SoL och under rubriken Dokumentation).

Umeå kommun och *Smer* påpekar att förslaget innebär att ytterligare arbetssätt och en ny personalkategori införs för kommunen. Regeringen delar inte den uppfattningen. De socialtjänstinsatser som kan komma att bli aktuella i den samordnade vård- och stödverksamheten är sådana som redan omfattas av socialtjänstlagen. Det handlar i det avseendet inte om nya eller andra uppgifter. Dock kan kommuner och regioner i verksamheten ha ett särskilt fokus och prioritera vissa typer av insatser som är särskilt lämpliga och motiverade utifrån deltagarnas specifika behov. I den meningen kan socialtjänstinsatserna inom ramen för den samordnade vård- och stödverksamheten skilja sig från andra socialtjänstinsatser.

Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, kommer dock inte erbjudas inom ramen för vård- och stödverksamheten. Av förarbeten till socialtjänstlagen framgår att verksamhet enligt den lagen inte är att anse som socialtjänst i socialtjänstlagens mening (prop. 2024/25:89 s. 187). Men inget hindrar att en enskild som omfattas av den samordnade vård- och stödverksamhetens målgrupp erbjuds insatser i verksamheten, samtidigt som han eller hon får LSS-insatser.

Bestämmelsen i 11 kap. 5 § SoL möjliggör för socialnämnden att fatta beslut om att erbjuda vissa insatser utan individuell behovsprövning, vilket kan underlätta ett flexibelt och personcentrerat arbetssätt i den samordnade vård- och stödverksamheten. Med anledning av *Härnösands kommuns* synpunkt att det behövs förtydliganden om socialtjänstens ansvar i den nya

lagen vill regeringen understryka att den nya lagen inte ska frånta eller förändra socialnämndens nuvarande ansvar enligt befintlig socialtjänstlagstiftning.

En vård- och stödsamordnare ska utses

Utredningen anser att det finns ett behov av att personer som får insatser i verksamheten tilldelas en vård- och stödsamordnare med en koordinerande funktion som ansvarar för att utredning, planering och insatser genomförs inom ramen för vård- och stödverksamheten.

Regionerna har en skyldighet att utse en fast vårdkontakt för en patient om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 § patientlagen). När det gäller kommunerna finns en skyldighet att erbjuda de som har hemtjänst en fast omsorgskontakt, om det inte är uppenbart obehövligt. Den fasta omsorgskontakten ska tillgodose den enskildes behov av trygghet, kontinuitet, individanpassad omsorg och samordning när hemtjänstinsatsen verkställs (10 kap. 7 § SoL). Från och med den 1 juli 2026 ska kommunen även erbjuda en sådan fast omsorgskontakt till personer som bor på särskilt boende (prop. 2025/26:60).

Regeringen delar utredningens bedömning att det bör finnas en vård- och stödsamordnare med en koordinerande funktion i vård- och stödverksamheten. En viktig del i vård- och stödsamordnarens roll bör vara att kalla till möte om upprättande av en individuell plan och hålla i kontakter med andra verksamheter som kan erbjuda insatser som den enskilde har behov av. Den samordnade vård- och stödverksamheten kan även behöva upprätta rutiner för hur samarbetet med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst ska organiseras på en övergripande nivå, för att samordningen kring enskilda personer ska underlättas. Vård- och stödsamordnaren kan också ges ett ansvar för att diskutera deltagarnas egna mål med insatser i verksamheten och för att följa upp målen efter hand. Vård- och stödsamordnaren bör vara kontaktperson för den enskilde och se till att det finns en uppdaterad plan för insatserna till den enskilde samt följa upp resultatet för den enskilde över tid. Planen och uppföljningen bör, så långt det är möjligt, göras tillsammans med den enskilde. Samordnaren kan också ha kontakt med närstående om den enskilde inte motsätter sig det. Vård- och stödsamordnaren kan även behöva ha kontakt med andra myndigheter, exempelvis Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan eller Kriminalvården. Vård- och stödsamordnaren kan även behöva ha kontakt med andra delar av kommunen, t.ex. verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Vård- och stödsamordnaren kan också arbeta tillsammans med civilsamhället för att deltagarna ska få bästa möjliga sociala stöd. Civilsamhället är en viktig aktör för många personer med beroende och andra psykiatriska tillstånd och det är viktigt att denna kompetens tas tillvara.

En vård- och stödsamordnare kan exempelvis vara sjuksköterska eller tillhöra någon annan kategori av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, men det är inte nödvändigt. Även personer som tillhör andra

yrkeskategorier som t.ex. socionomer och vårdare kan vara aktuella för uppdraget.

Eftersom det inte är säkert att alla vård- och stödsamordnare uppfyller förutsättningarna för att vara en enskilds fasta vårdkontakt bedömer regeringen att det inte är möjligt att i lag föreskriva att en tilldelad vård- och stödsamordnare även ska vara den enskildes fasta vårdkontakt såsom *Förvaltningsrätten i Malmö* och *Socialstyrelsen* föreslår. Dock vill regeringen framhålla att en vård- och stödsamordnare som uppfyller kraven för att vara fast vårdkontakt naturligtvis kan utses till en sådan.

Kompetenser i vård- och stödverksamheten

Kommuner och regioner kommer ha möjligheter att anpassa vilka yrkeskategorier som ska arbeta i verksamheten, men verksamhetens syfte förutsätter att arbetet sker multiprofessionellt utifrån både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Att en kompetens finns att tillgå inom verksamheten innebär inte att alla personalkategorier behöver vara anställda i verksamheten, även om det kan antas underlätta kontinuitet och samarbete. Förslaget reglerar inte heller vilken tjänstgöringsgrad olika kompetenser ska ha i verksamheten, utan det är möjligt att endast tjänstgöra en viss tid i verksamheten. Att det ges utrymme för kommuner och regioner att själva avgöra vilka kompetenser som ska finnas i verksamheten innebär också att det kan variera hur mycket insatser som ges i verksamheten och hur mycket insatser som behöver utföras inom ramen för andra verksamheter. För att syftet med den samordnade vård- och stödverksamheten ska kunna uppnås, behöver dock så stor del av insatserna som möjligt ske inom verksamheten. Vård- och stödsamordnaren ska ansvara för att hålla ihop insatser som ges inom ramen för andra verksamheter och myndigheter. Tillgång till psykiatriker bör alltid finnas i verksamheten för att t.ex. kunna ordinera läkemedel, ställa diagnos och bedöma olika hälsotillstånd. Om det är möjligt bör sjuksköterskor i verksamheten ha specialistkompetens inom psykiatri eller annat relevant område. Läkare och sjuksköterskor kan också göra initiala somatiska bedömningar, remittera patienten till lämplig instans och upprätthålla ett fungerande samarbete med primärvården. Verksamheten behöver också ha tillgång till kompetens inom beroendemedicin. Även om skadligt bruk eller beroende är en psykiatrisk sjukdom, finns det skäl till att ha specialiserad kompetens inom detta område när det är möjligt, för att rätt diagnos och rätt insatser ska kunna säkerställas. För personer med skadligt bruk eller beroende behövs ofta även andra former av medicinsk behandling såsom exempelvis kompetens kring läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

I verksamheten bör det vidare finnas kompetens inom socialt arbete och om insatser som bl.a. syftar till att främja sysselsättning och en stabil boendesituation. Med sådan kompetens avses t.ex. socionomer. Det är också viktigt med kunskap om psykiska funktionsnedsättningar för att kunna bedöma den enskildes individuella behov och förutsättningar. För att främja hälsa kan t.ex. fysioterapeuter vara en viktig kompetens. Olika perspektiv bedöms kunna tas tillvara bättre då olika kompetenser arbetar tillsammans med vård och stöd till personer i verksamheten. Genom att arbeta teambaserat finns ett inbyggt kollegialt stöd, vilket är viktigt då det

kan vara psykiskt krävande att arbeta med målgruppen. Möjligheten till att gemensamt kunna diskutera när något gått fel men också kunna dela med sig av goda erfarenheter och arbetssätt, kan bidra till att personalen får en bättre arbetsmiljö.

Brukarspecialister kan ingå i verksamheten

Utredningen föreslår att det i lagen ska anges att verksamheten på lämpligt sätt ska ta tillvara kompetensen hos personer med egen erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning. Regeringen anser dock inte att det är lämpligt att i lag ange vilka kompetenser som ska tas tillvara i verksamheten. Det finns dock inga hinder för verksamheten att ta tillvara kompetensen hos dessa personer. Metoden att anställa personer med egen erfarenhet av sjukdom och återhämtning används inom psykiatri där de ofta benämns som brukarspecialister, professionella mentorer eller peer support. Inom exempelvis socialtjänstens beroendevård och i hem för vård eller boende, förkortat hvb, finns personer med egen erfarenhet i roller som alkohol- och drogbehandlare. Åtgärden har visat sig ge en viss positiv effekt på självrapporterad grad av återhämtning. Alkohol- och drogbehandlare används också inom tolvstegsbehandling, som har stark evidens i Socialstyrelsens riktlinjer för missbruk och beroende. Att använda sig av brukarspecialister har däremot begränsat vetenskapligt stöd i annan psykiatrisk vård enligt Socialstyrelsens riktlinjer vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Verksamheten behöver därför avgöra från fall till fall vilket behov och vilka nyttor som finns av att anlita brukarspecialister.

Viktigt att arbeta uppsökande

Utredningen föreslår att även uppsökande arbete ska regleras som en särskild uppgift för kommunerna och regionen i den samordnade vård- och stödverksamheten. Regeringen bedömer dock att uppsökande insatser redan ligger inom ramen för de socialtjänstinsatser som föreslås. Socialnämnden har enligt bl.a. 6 kap. 3 och 7 §§ SoL ett ansvar för förebyggande och uppsökande arbete och ska i den uppsökande verksamheten upplysa om socialtjänstens verksamhet och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. Som Härnösands kommun framför har regionerna inte någon motsvarande uttalad skyldighet att arbeta uppsökande, även om det inte finns några hinder mot ett sådant arbetssätt. Däremot ska regionerna säkerställa att vården är lätt tillgänglig, vilket framgår av 5 kap. 1 § 5 HSL. Det kan t.ex. ske genom mobila arbetssätt. Det gäller både för personer som är på väg att utveckla en sjukdom och de som redan har en sjukdom. Regeringen anser mot den bakgrunden att det inte finns behov av att särskilt reglera att vård- och stödverksamheten ska ha ett uppsökande arbetssätt.

Regeringen anser dock att ett uppsökande arbete är viktigt och ofta avgörande för att identifiera och komma i kontakt med personer som kan var aktuella för de samordnade insatserna. I vissa fall kan det handla om personer som socialtjänsten mött i sin ordinarie uppsökande verksamhet och som bedöms ha behov av samordnade insatser. Det kan också vara personer som erbjudits och tackat nej till insatser från psykiatri, beroendevård och socialtjänst eller som avbrutit sådana insatser, men som

bedöms ha behov av samordnade vård- och stödinsatser och därför bör få ett förnyat erbjudande om sådana insatser som är anpassade efter personens förutsättningar.

Regeringen har förståelse för invändningarna från bland andra *Region Västerbotten* och *Karlskoga kommun* om att det kan bli svårt och resurskrävande att säkra tillgången till uppsökande verksamhet i glesbygd. Regeringen ser samtidigt att en väl fungerande samordnad verksamhet kan bidra till att färre personer återfaller i beroende eller behöver återintas för psykiatrisk slutenvård. De samhällsekonomiska vinsterna med detta kan motivera den samordnade verksamheten, även om den kommer att ta relativt stora resurser i anspråk i framför allt glesbygd.

Hur insatser inleds och avslutas i verksamheten

Utredningen bedömer att det bör vara regionerna och kommunerna som avgör hur den enskilde får kontakt med verksamheten. Regeringen delar den bedömningen och anser att det inte bör regleras hur vård- och stödverksamhetens insatser ska inledas eller avslutas. Som framgår under rubriken Viktigt att arbeta uppsökande kan verksamheten bedriva viss uppsökande verksamhet och den enskilde kan även själv ta kontakt med verksamheten. Regionerna och kommunerna kan därmed själva bestämma hur andra verksamheter som de bedriver aktualiserar personer i den samordnade verksamheten.

Grunden för bedömningen av om en person är i behov av insatser inom ramen vård- och stödverksamheten ska göras av kommunerna och regionen i ett län enligt den nya lagen (se avsnitt 7.1). Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde ska få får bedömas utifrån hälso- och sjukvårdens regelverk i övrigt. På samma sätt ska behovet av socialtjänstinsatser bedömas utifrån socialtjänstlagen. Det innebär att insatser som kräver ett beslut enligt socialtjänstlagen, behöver prövas på samma sätt i verksamheten. Behovsprövningen kan t.ex. hanteras inom ramen för verksamheten av kommunens medarbetare med delegation från den kommun där den enskilde är bosatt (se avsnitt 7.7), eller av den kommun där den enskilde är bosatt i den ordinarie socialtjänstverksamheten. Den enskilde kan även ta del av socialtjänstens öppna insatser som inte kräver beslut.

En enskild som deltar i verksamheten bör erbjudas insatser så länge denne har behov av det och vill delta. Eftersom insatserna är frivilliga har den enskilde alltid rätt att avsluta vård- och stödinsatserna. I många fall behöver annan vård eller andra sociala stödinsatser initieras när den enskilde inte längre får insatser i vård- och stödverksamheten. Det är viktigt att den samordnade vård- och stödverksamheten har ett nära samarbete med andra vård- och omsorgsinstanser som deltagaren kan ha behov av. Det möjliggör att en enskild som inte längre har behov av samlade vård- och stödinsatser, kan skrivas över till andra verksamheter, vilket skapar ett effektivt utflöde från verksamheten.

Samverkan vid utskrivning

Enligt 2 kap. 1 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter inom socialtjänst, kommunalt finansierad hälso- och

sjukvård eller regionfinansierad öppen vård. Den samordnade vård- och stödverksamheten kan, enligt regeringen, bedömas vara en sådan berörd enhet som omfattas av lagen. Ett inskrivningsmeddelande kan därför skickas från slutenvården till den samordnade verksamheten i de fall den berörda personen får insatser vid verksamheten. Personens vård- och stödsamordnare kan då också bli den enskildes fasta vårdkontakt enligt 2 kap. 5 § lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården och sjukvård, om denne uppfyller förutsättningarna för det. Under slutenvården kan en samordnad individuell planering genomföras där patienten, berörda personer i dennes nätverk, den psykiatriska slutenvården och den samordnade vård- och stödverksamheten och andra berörda aktörer deltar.

På samma sätt kan inskrivningsmeddelandet skickas till vård- och stödverksamheten om patienten i slutenvården inte har, men bedöms ha behov av, insatser inom ramen för verksamheten.

Kommuner och regioner kan även behöva komma överens om hur och när utskrivning ska ske för personer som har insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten och tillfälligt vårdas i slutenvården eller institutionsvård. Sådana överenskommelser kan också innehålla rutiner om hur utskrivningsmeddelanden ska skickas till verksamheten och hur man ska hantera situationer då en person som skrivs ut från institutionsvård inte anses ha behov av insatser från en samlad vård- och stödverksamhet.

Överklagande av beslut om insatser inom ramen för vård- och stödverksamheten

Den föreslagna lagen om en vård- och stödverksamhet ska reglera en skyldighet för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser samordnat. För att en sådan skyldighet ska inträda för regionen eller kommunen krävs att den enskilde har behov av samordnade insatser. Enligt utredningen ska kommunernas och regionens bedömningen av om en enskild har sådana behov som ska tillgodoses genom den samordnade vård- och stödverksamheten inte kunna överklagas.

Den hälso- och sjukvård som den enskilde kan erbjudas av regionen inom ramen för den samordnade vård- och stödverksamheten regleras i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller inga utkrävbara rättigheter till vård och behandling utan innehåller endast skyldigheter för regioner. Hälso- och sjukvårdsinsatser kan således inte överklagas.

Även om det inte är möjligt att överklaga ett beslut eller besked som rör hälso- och sjukvård har den enskilde möjlighet att framföra klagomål mot hälso- och sjukvården som är skyldig att snarast besvara klagomålet och i förekommande fall beskriva vilka åtgärder vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen (3 kap. 8 a och 8 b §§ patientsäkerhetslagen). Den enskilde har även möjlighet att få hjälp med att föra fram klagomål mot vårdgivaren av patientnämnderna (11 kap. 1 § patientlagen). Det finns även möjlighet att efter att berörd vårdgivare fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b §

patientsäkerhetslagen, anmäla klagomål till IVO (se 7 kap. 10 § samma lag).

Enligt socialtjänstlagen har en enskild alltid rätt att ansöka om insatser och få ett beslut som enligt 35 kap. 1 § SoL är överklagbart. Det innebär att de insatser som den enskilde kan få inom ramen för verksamhetens uppdrag i vissa fall kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Regeringen anser i likhet med utredningen att det inte ska finnas en utkrävbar rättighet för den enskilde att få insatserna samordnade inom ramen för den samordnade vård- och stödverksamheten.

Dokumentation

Kommunerna och regionerna behöver i sin handläggning av ärenden och vårdbesök i vård- och stödverksamheten tillämpa relevant lagstiftning, som t.ex. förvaltningslagen (2017:900), socialtjänstlagen, patientdatalagen (2008:355) och hälso- och sjukvårdslagen. Som påtalas av *Stockholms kommun* behöver även journalföring i samband med en hälso- och sjukvårdsinsats eller dokumentation i samband med handläggningen av en socialtjänstinsats hanteras enlighet med bl.a. patientdatalagens och socialtjänstlagens regler om krav på dokumentation (3 kap. 1 § patientdatalagen och 14 kap. 3 § SoL).

Den samordnade vård- och stödverksamheten kräver ett nära samarbete mellan olika professioner för att syftet med lagstiftningen ska uppnås. Utredningen betonar därför att möjligheten för personalen att få tillgång till information i hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens vård- och omsorgsdokumentation är viktig. Det kan, enligt utredningen, bidra till en säkrare och mer effektiv vård och omsorg för den enskilde. Både *Kriminalvården* och *SKR* påtalar vikten av att verksamheterna kan ha en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Regeringen anser, i likhet med utredningen och remissinstanserna, att det krävs tillgång till information om den enskilde inom vård- och stödverksamheten så att samverkan och samordning av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser för en enskild är möjlig. Det kan, så som *Kriminalvården* framhåller, påverka patientsäkerheten negativt om socialtjänsten inte har tillgång till hälso- och sjukvårdens dokumentation och tvärtom.

I 1 kap. 3 § lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation finns bestämmelser om sammanhållen journalföring för vård- och omsorgsgivares behandling av personuppgifter enligt patientdatalagen och behandling av personuppgifter inom socialtjänstens verksamheter som avser bl.a. omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Det innebär att vård- och omsorgsgivare, som ansvarar för eller utför vissa insatser till äldre personer eller personer med funktionsnedsättning, liksom privata omsorgsgivare och offentliga eller privata vårdgivare inom hälso- och sjukvården, kan vara anslutna till ett elektroniskt system där de kan få tillgång genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande till varandras elektroniska journalhandlingar och andra personuppgifter som behandlas för ändamål som rör omsorgsdokumentation eller vårddokumentation.

Då målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten är personer med psykisk funktionsnedsättning bedömer regeringen att lagen

om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan vara tillämplig i vård- och stödverksamheten. Det innebär att kommuner och regioner i den samordnade vård- och stödverksamheten, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, kan få tillgång till personuppgifter hos varandra. I lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation finns bestämmelser t.ex. om behörighets- och åtkomstkrav (4 kap. 3 §) och krav på dokumentation och kontroll (4 kap. 4 §) samt om situationer där patienten eller omsorgsmottagaren inte kan samtycka (3 kap. 3 och 4 §§).

Sekretess inom vård- och stödverksamheten

Kommuner och regioner ska i vård- och stödverksamheten bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst. I verksamheten kommer därför, som även *Västra Götalandsregionen* påpekar, sekretess enligt 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, s.k. hälso- och sjukvårdssekretess, och sekretess enligt 26 kap. OSL, s.k. socialtjänstsekretess, aktualiseras. Utbytet av uppgifter om den enskilde inom verksamheten kan komma att innehålla uppgifter som omfattas av sekretess. Om vård- och stödverksamheten drivs av en enskild aktualiseras bestämmelserna om tystnadsplikt i 6 kap. 12–16 §§ patientsäkerhetslagen och 17 kap. 11 § SoL.

Av 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § OSL framgår bl.a. att hälso- och sjukvårdssekretessen i bl.a. 25 kap. 1 § och socialtjänstsekretessen i 26 kap. 1 § OSL inte hindrar att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne bl.a. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel.

Enligt 25 kap. 11 § och 26 kap. 9 d § OSL hindrar inte sekretessen i 25 kap. 1 § eller i 26 kap. 1 § OSL att en uppgift lämnas till en myndighet som bedriver verksamhet som avses i 25 kap. 1 § OSL och 26 kap. 1 § OSL, en enskild vårdgivare eller omsorgsgivare enligt det som föreskrivs i lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Bestämmelserna innebär att vård- eller omsorgsgivare vid sammanhållen journalföring inte ska behöva göra någon sekretessprövning i varje enskilt fall vid ett utlämnande av uppgifter (prop. 2007/08:126 s. 126–133 och s. 271).

7.3 Vård- och stödverksamhetens syfte

Regeringens förslag

Syftet med vård- och stödverksamheten ska vara att främja den enskildes hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

Regeringens bedömning

Kommuner och regioner har ett ansvar för att följa upp och utvärdera de hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser som ska erbjudas inom ramen för vård- och stödverksamheten.

Utredningens förslag och bedömning (SOU 2021:93)

Förslaget och bedömningen från utredningen stämmer delvis överens med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslår att syftet ska uppnås ”genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagarens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang”. Utredningen föreslår att verksamheten löpande ska följas upp mot syftet och att deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att medverka i uppföljningen. Utredningen föreslår även att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om mål och kriterier för uppföljning.

Remissinstanserna

De remissinstanser som har kommenterat utredningens förslag är positiva till det.

Skälen för regeringens förslag

Syftet med vård- och stödverksamheten

Utredningen framhåller att förslaget till syftesbeskrivning ger uttryck för ett personcentrerat synsätt genom att inte bara behov utan också den enskilda människans resurser, individuella mål och sociala sammanhang uppmärksammas. Det huvudsakliga skälet till syftesbeskrivningen är enligt utredningen att säkerställa att det är personens hela livssituation och inte olika enskilda verksamheters mål och uppdrag som styr och avgör vilka insatser som ges. Personer med egen erfarenhet av samsjuklighet och deras anhöriga har framfört till utredningen att de uppfattar att vårdens och omsorgens fokus ofta enbart är drogfrihet, i stället för att ha fokus på patientens eller brukarens personliga återhämtning. Personlig återhämtning handlar i detta sammanhang om mening, hopp och att leva ett tillfredsställande liv definierat av personen själv. Målen kan vara att ha en egen bostad, upprätthålla kontakten med barn och andra närstående eller att ha ett arbete. Förbättrad psykisk hälsa, inklusive minskat eller upphört bruk av substanser, är ofta en nödvändig väg mot målen.

Regeringens delar utredningens bedömning om vad verksamheten bör syfta till men anser att syftesbestämmelsen bör begränsas till att omfatta det yttersta syftet med verksamheten, dvs. att främja den enskildes hälsa, trygghet och levnadsvillkor. I annat fall riskerar bestämmelsen att ge intryck av att styra verksamhetens innehåll, vilket föreslås regleras i andra bestämmelser. Syftesbeskrivningen i den nya lagen ska enligt regeringen ses som en principiell utgångspunkt specifikt för den samordnade verksamheten.

Det finns inte behov av bestämmelser om uppföljning av verksamheten

Utredningen föreslår att vård- och stödverksamheten löpande ska följas upp mot syftet och att deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att medverka i uppföljningen. Regeringen bedömer att det är viktigt att kommuner och regioner har ett ansvar för att följa upp och utvärdera de hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser som ska erbjudas inom ramen för verksamheten. I både hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen finns det bestämmelser om att löpande utvärdera, utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (5 kap. 4 § HSL och 5 kap. 2 § SoL). Regeringen bedömer därför, till skillnad från utredningen, att det inte behöver införas särskilda bestämmelser om att verksamheten löpande ska följas upp i lagen om vård- och stödverksamheten eller ytterligare föreskrifter om sådan uppföljning i förordning eller myndighetsföreskrifter. Utredningens förslag innebär även att den enskilde ska få en möjlighet att medverka i uppföljningen. En sådan skyldighet finns visserligen inte reglerat i vare sig hälso- och sjukvårdslagen eller socialtjänstlagen. Samtidigt föreslås det i avsnitt 7.4 att den enskilde ska ha inflytande och vara delaktig planering, samordning och genomförande av insatser i vård- och stödverksamheten. Mot den bakgrunden anser regeringen att det inte finns behov av ytterligare reglering av den enskildes inflytande över verksamheten.

7.4 Den enskildes inflytande och delaktighet

Regeringens förslag

Vid planering, samordning och genomförande av insatser i verksamheten ska hänsyn tas till den enskildes behov, resurser, sociala sammanhang och individuella mål. Insatserna ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslaget från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen föreslår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter som behövs till skydd för enskilda. Utredningens förslag har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna

De flesta remissinstanser som yttrar sig är positiva till förslagen. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* ifrågasätter dock behovet av en bestämmelse om möjlighet att meddela föreskrifter ”till skydd för enskilda”. Enligt SKR saknas det en motivering i betänkandet och föreskriftsrätt inom området torde redan finnas.

Skälen för regeringens förslag

Som framgår av avsnitt 7.3 är syftet med den föreslagna samordnade vård- och stödverksamheten att främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnads-

villkor. Regeringen anser därför, i likhet med utredningen, att den samordnade vård- och stödverksamhetens planering, samordning och genomförande av insatser bör ha sin utgångspunkt i den enskildes behov, resurser, sociala sammanhang och mål. Det innebär bl.a. att kommuner och regioner ska i verksamheten arbeta med insatser som tränar förmågan att fungera i sammanhang som den enskilde är angelägen om att kunna befinna sig i. Det kan t.ex. vara hemma hos familjen eller på en arbetsplats. En viktig del är också att skapa ett fungerande socialt stödsystem och hållbara relationer. Det är alltså den enskildes situation som är utgångspunkten när insatserna ska planeras, samordnas och genomföras. Att insatserna ska utgå från den enskildes behov förutsätter att medicinska och sociala behov blir tillräckligt utredda och att det finns tillgång till de insatser som krävs för att möta behoven. Med en persons resurser avses t.ex. dennes egenskaper, erfarenheter, kunskaper och relationer. Med sociala sammanhang avses närstående och andra personer som är viktiga för den enskilde. Med individuella mål avses det som personen själv vill sträva mot. Kommuner och regioner ska dock inte arbeta utifrån mål som kan vara skadliga för den enskilde eller någon annan, oavsett om den enskilde uttrycker en sådan vilja.

Regeringen anser även, i likhet med utredningen, att det är viktigt att den enskilde har inflytande över insatserna. Med det menas att den enskilde, utifrån sina individuella förutsättningar, ska vara med och påverka planeringen av sina insatser, så att dessa bättre kan anpassas till dennes behov, önskemål och förutsättningar. Det kan handla om vilka insatser som ska erbjudas och när insatserna erbjuds. Att insatserna ska genomföras i samråd med den enskilde innebär att deltagandet är frivilligt och att denne även i övrigt bör ha stort inflytande över hur de genomförs. Om det finns hinder för den enskildes medverkan, t.ex. på grund av det psykiska måendet, kognitiva svårigheter eller andra omständigheter, bör verksamheten ändå sträva efter att inkludera personen i så hög utsträckning som möjligt.

I 31 kap. SoL och 1 § 6 kap. 2 § 4 HSL finns bemyndiganden för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att ta fram föreskrifter inom socialtjänst och hälso- och sjukvård som bl.a. behövs till skydd för enskilda. Regeringen anser därför i likhet med SKR, att det inte finns behov av att införa ett bemyndigande om föreskrifter till skydd för enskilda i lagen om vård- och stödverksamhet.

7.5 Fördelning av kostnader

Regeringens förslag

Kostnaderna för kommunerna och regionen i ett län ska fördelas så att regionen står för hälften av kostnaderna och kommunerna för den andra hälften. Kommunerna och regionen i ett län får avtala om en annan kostnadsfördelning.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslagen från utredningen stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen föreslår även att avgifter inte ska få tas ut för hälso- och sjukvård som bedrivs enligt den nya lagen om vård- och stödverksamheten. Utredningen föreslår även att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om fördelning av kostnader mellan region och kommuner. Utredningens förslag har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna

De flesta remissinstanser som yttrar sig tillstyrker förslaget om kommuners och regioners fördelning av kostnader i vård- och stödverksamheten. Bland de remissinstanser som avstyrker förslaget märks bland andra *Region Stockholm* som anser att en bättre och enklare lösning skulle vara att utveckla digitala lösningar för konsultation, stöd och samverkan. *Härnösands kommun* ifrågasätter utredningens förslag om kostnadsfördelningen och anser att om hälso- och sjukvården är huvudman och ska besluta om behandlingsinsatser är det rimligt att de står för majoriteten av kostnaderna.

De flesta remissinstanser yttrar sig inte över förslaget om att avgifter inte ska få tas ut för hälso- och sjukvård i vård- och stödverksamheten. *Region Norrbotten* anser att slopade patientavgifter för gruppen som föreslås omfattas av samordnad stödverksamhet kommer att innebära utmaningar för regionerna. *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* framhåller att det behöver förtydligas om det är patientavgifter som avses eftersom debitering möjligtvis kommer ske om man samverkar med annan vårdgivare eller enhet.

Skälen för regeringens förslag

Fördelningen av vård- och stödverksamhetens kostnader

Den samordnade vård- och stödverksamheten ska vara ett gemensamt ansvar för regionen och kommunerna i respektive län. Deltagarna i verksamheten ska ha behov av både socialtjänstinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och särskild samordning. Kommunerna ska stå för socialtjänstinsatser och regionerna ska stå för hälso- och sjukvårdsinsatserna. Vård- och stödsamordnarna är ett gemensamt ansvar, även om de personer som arbetar i verksamheten bör ha sin anställning antingen i kommunen eller regionen. Mot den bakgrunden är det regeringens bedömning, i likhet med utredningen och till skillnad från vad *Härnösands kommun* anför, att kostnaderna för verksamheten bör fördelas jämnt mellan å ena sidan regionen och å andra sidan kommunerna.

Det finns dock betydande variationer mellan kommuner och regioner i landet när det gäller vilka behov som finns och hur samverkan fungerar i dag. Det kan handla om att det finns olika behov av hälso- och sjukvårdsinsatser respektive socialtjänstinsatser, t.ex. är det vanligt att storstadslän har en större andel bosatta som har behov av vård- och stödverksamhetens insatser. Hänsyn behöver också tas till kommuner med mycket litet befolkningsunderlag där behoven är av mindre omfattning. Kommuners och regioners olika behov av att erbjuda insatser påverkar

således verksamhetens kostnader och huvudmännen kan därför behöva frånga huvudregeln om kostnadsfördelningen. Mot den bakgrunden anser regeringen, i liket med utredningen, att det ska vara möjligt för kommuner och regioner att avtala om en annan kostnadsfördelning.

När det gäller fördelningen av kostnader mellan de kommuner som ingår i den enskilda vård- och stödverksamheten bör kostnaderna, enligt regeringen, fördelas utifrån befolkningsunderlaget. Det är dock en fråga för kommunerna att själva besluta om.

Utredningen föreslår även att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela ytterligare föreskrifter om fördelning av kostnader mellan region och kommuner. Regeringen anser, till skillnad från utredningen, att det inte finns behov av ytterligare föreskrifter om kostnadsfördelningen mellan kommuner och regioner. Det finns därför inte skäl att införa ett bemyndigande så som utredningen föreslår.

Frågan om avgifter

Utredningen föreslår att avgifter inte ska få tas ut för hälso- och sjukvård som bedrivs enligt den nya lagen om vård- och stödverksamheten. Med avgifter avser utredningen vårdavgifter som patienten betalar för besök i öppenvård i samband med vård, behandling eller utredning.

Grundläggande bestämmelser om regionens rätt att ta ut vårdavgifter finns i bl.a. 17 kap. HSL. Av 17 kap. 1 § framgår bl.a. att vårdavgifter får tas ut enligt grunder som regionen eller kommunen bestämmer och att den bestämmelsen inte gäller i den mån annat är särskilt föreskrivet. Bestämmelser om kommunens rätt att ta ut avgifter för bl.a. insatser regleras i 32 kap. SoL. Av 32 kap. 1 § SoL framgår att kommunen får enligt grunder som kommunen bestämmer ta ut skäligen avgifter som inte överstiger kommunens självkostnader för bl.a. familjerådgivning, verksamhet för barn och unga enligt 18 kap. 1–5 och 10 §§ som inte är insatser av behandlingskaraktär, hemtjänst, dagverksamhet, sådan särskild boendeform för äldre personer som avses i 8 kap. 4 § eller bostad med särskilt stöd för personer med funktionsnedsättning som avses i 8 kap. 11 § och som inte omfattas av 12 kap. jordabalken, och annan liknande insats. Det framgår vidare av 32 kap. 2 § SoL att kommunerna får, utom i fråga om barn, ta ut avgifter för uppehållet av den som på grund av skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller andra beroendeframkallande medel får vård eller behandling i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem.

Regeringen anser, i likhet med IVO, att det inte är tydligt om utredningens förslag om avgiftsfriheten ska samordnas med befintliga avgiftssystem. Det kan t.ex., så som IVO framhåller, bli aktuellt att ta ut avgifter eftersom debitering möjligtvis bör ske när vård erbjuds i samverkan med annan vårdgivare eller enhet än den som avses i vård- och stödverksamheten. Regeringen anser därför att det inte bör införas en avgiftsfrihet för hälso- och sjukvård som erbjuds enligt lagen om vård- och stödverksamhet. Avgifter kan därför tas ut för enskilda hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser som erbjuds i verksamheten enligt bl.a. 17 kap. 1 § HSL och 32 kap. 1–3 §§ socialtjänstlagen. Däremot anser regeringen att det inte bör tas ut några särskilda avgifter för den

samordnade vård- och stödverksamheten i sig. Det bedöms inte finnas behov av att införa några särskilda bestämmelser om detta.

7.6 Avtal om hur verksamhetens ska bedrivas

Regeringens förslag

Kommunerna och regionen i länet ska ingå avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation.

Kommunerna och regionerna får ingå avtal med privaträttsliga organ eller fysiska personer om att utföra uppgifter enligt lagen. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslagen från utredningen stämmer i sak överens med regeringens men har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna

Alla remissinstanser som yttrar sig tillstyrker förslaget.

Skälen för regeringens förslag

Enligt utredningen är det angeläget att förutsättningarna för samarbetet kring den samordnade vård- och stödverksamheten regleras i ett avtal mellan regionen och kommunerna. Regeringen instämmer i den bedömningen och anser att regionen och kommunerna ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation. Av avtalet kan det t.ex. framgå vilka tjänster som ska finnas i verksamheten, verksamhetens organisationsform och finansiering.

Utredningen föreslår vidare att det ska vara möjligt för regionerna och kommunerna att sluta avtal med annan om att utföra uppgifter enligt lagen. Det innebär att kommuner och regioner kan avtala om att själva utförandet av socialtjänstinsatserna eller hälso- och sjukvårdsinsatserna kan utföras av en enskild. Bestämmelser med liknande innehåll, som gör det möjligt för kommuner respektive regioner att ingå avtal med annan att utföra uppgifter eller tillhandahålla insatser finns i t.ex. 4 kap. 3 § SoL, 15 kap. 1 § HSL och 17 § LSS. Enligt regeringen är det angeläget att även de samordnade vård- och stödverksamheterna ges samma möjlighet. Regeringen föreslår därför, i likhet med utredningen, att det införs en bestämmelse som ger vård- och stödverksamheterna rätt att ingå avtal med privaträttsliga organ eller fysiska personer om att utföra uppgifter enligt lagen. Regionen och kommunen behåller dock huvudmannansvaret för de uppgifter som avtalet avser. Det innebär att det är den region eller kommun som överlämnar utförandet av en uppgift som har det övergripande ansvaret för att insatserna i verksamheten utförs enligt lagen och annan författning, som t.ex. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Uppgifter som avser myndighetsutövning ska dock, som

utredningen också angett, inte kunna överlämnas. Det innebär att beslut om insatser inte kan överlämnas till en enskild.

7.7 Utökad möjlighet till kommunal samverkan

Regeringens förslag

En kommun och en region ska kunna ingå avtal om att någon av de uppgifter som kommunen ansvarar för ska utföras av regionen eller att någon av de uppgifter som regionen ansvarar för ska utföras av kommunen.

Kommuner och regioner ska vidare kunna ingå avtal om att uppdra åt en anställd i den kommun eller den region som åtagit sig att utföra uppgifter att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (extern delegering). Möjligheten till extern delegering gäller med de begränsningar som följer av kommunallagen. Vid sådan delegering tillämpas även reglerna om jäv, delegering av ärenden och anmälan av beslut i kommunallagen.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslaget från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen föreslår ingen hänvisning till bestämmelsen i kommunallagen (2017:725), förkortad KL. Utredningens förslag hänvisar vidare inte till bestämmelserna i kommunallagen om delegering, jäv, begränsningar av möjligheten till delegering, vidaredelegering, brukarmedverkan och anmälan av beslut. Förslaget från utredningen har en annan språklig och redaktionell utformning.

Remissinstanserna

En majoritet av de remissinstanser som yttrar sig tillstyrker helt eller delvis förslaget. *SKR* noterar att utredningen inte klargör om det hälso- och sjukvårdsansvar som genom avtal kan överföras på kommunen är i enlighet med vad som framgår av 12 kap. 1–6 §§ HSL. Även *Göteborgs kommun* anser att förutsättningarna för den utökade möjligheten till avtalsamverkan är otydliga. Regionen framhåller att om avsikten är att det ska vara möjligt att helt avtala bort de ansvarsgränser som finns mellan huvudmännen så bör detta förtydligas och konsekvenserna av att en huvudman utför uppgifter som normalt inte ingår i dennes uppdrag behöver belysas. Detta framstår som viktigt bl.a. med hänsyn till den särskilda reglering som finns vad gäller läkaransvar och uppgifter som ska utföras av socialnämnd. *Region Skåne* anser att förslaget behöver preciseras för att fungera tillsammans med andra lagar. *Stockholms kommun* påtalar behovet av att utreda vad frågor som rör myndighetsutövning och delegation från stadsdelsnämnderna inom ramen för verksamheten innebär.

Skälen för regeringens förslag

Avtalssamverkan

Det finns flera möjliga organisationsformer för att bedriva den samordnade vård- och stödverksamheten. Enligt 3 kap. 8 § KL får kommuner och regioner bilda kommunalförbund och lämna över skötseln av kommunala angelägenheter till sådana förbund. Kommunalförbund är en för kommuner och regioner tillskapad fristående juridisk person av offentligrättslig natur. Vidare kan kommuner och regioner samverka i gemensam nämnd enligt bestämmelserna i 9 kap. 19–36 §§ KL och lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. En gemensam nämnd tillsätts i någon av de samverkande kommunerna eller regionerna och benämns som vårdkommun. Den gemensamma nämnden ingår i vårdkommunens organisation och är, till skillnad från kommunalförbund, ingen egen juridisk person. Ytterligare en organisationsform är avtalssamverkan. Av 9 kap. 37 § första stycket KL (jfr 4 kap. 3 § SoL) framgår att en kommun eller en region får ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). Sådan avtalssamverkan hindras inte av kravet i 2 kap. 1 § KL på anknytning till kommunens eller regionens område eller dess medlemmar (lokaliseringsprincipen). Inom socialtjänstområdet används avtalssamverkan t.ex. för att erbjuda barn och unga bättre stöd inom det familjerättsliga området eller för att driva gemensamma hem för vård eller boende (hvb). Den angivna formen av avtalssamverkan kan också användas för utförande av uppgifter i den samordnade vård- och stödverksamheten. För att tydliggöra detta bedömer regeringen att det i lagen ska införas en upplysning om att det i 9 kap. 37 § KL finns bestämmelser om kommuners och regioners möjlighet att ingå avtal om att någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan region respektive en annan kommun.

Utökad avtalssamverkan

I 2 kap. 2 § KL föreskrivs att kommuner och regioner inte får utföra uppgifter som är andras ansvar (ansvarsprincipen). Det innebär i praktiken att nuvarande bestämmelser om avtalssamverkan i 9 kap. 37 § KL inte möjliggör sådan samverkan mellan region och kommun. Utredningen föreslår därför att det i den nya lagen införs en bestämmelse som innebär att en region eller kommun även får träffa avtal om att en uppgift, som omfattas av den samordnade vård- och stödverksamhetens uppdrag, helt eller delvis kan utföras av en annan region eller en annan kommun. Förslaget innebär att det är möjligt för en kommun eller region att överlåta uppgifter, som ingår i verksamhetens uppdrag, till annan region eller kommun även om uppgiften inte ingår i den mottagande kommunen eller regionens uppdrag. Genom ett sådant avtal får en region eller en kommun utföra uppgifter åt en annan region eller kommun utan hinder av lokaliserings- eller ansvarsprincipen enligt 2 kap. 1 och 2 §§ KL.

Att samverka i en gemensam nämnd eller kommunalförbund innebär att en relativt omfattande administrativ överbyggnad behöver skapas. Dessa organisationsformer är fullt möjliga att tillämpa, men inte alltid de mest ändamålsenliga för den verksamhet som den föreslagna lagen avser. Regeringens bedömning är därför att det, utöver de samverkansformer som

finns, också behöver finnas större möjlighet för kommuner och regioner att samverka genom avtal. Det är regeringens bedömning att det finns behov av att utvidga möjligheterna till avtalssamverkan, såsom utredningen föreslår, när det gäller den samordnade vård- och stödverksamheten. Kommunal samverkan kan leda till fördelar när det gäller både effektivitet, kompetensförsörjning och ökad kvalitet. Regeringen bedömer att det kan uppstå svårigheter för framför allt små och medelstora kommuner att klara kompetensförsörjningen när verksamhet ska bedrivas både i den samordnade vård- och stödverksamheten och i den ordinarie kommunala verksamheten. Att bedriva en verksamhet i samverkan mellan regionen och alla kommuner i länet kan också innebära utmaningar, då det krävs att många parter har en samsyn över tid i hur verksamheten ska bedrivas. Det finns därför fördelar med att ett undantag införs som möjliggör avtalssamverkan, även då det rör en uppgift som ligger utanför mottagande kommun eller regions angelägenhet. Förslaget om ökade möjligheter till avtalssamverkan kan även underlätta för kommuner och regioner att samverka i upphandlingsfrågor.

Mot denna bakgrund föreslår regeringen, i likhet med utredningen, att det införs en möjlighet för kommuner och regionen i ett län att ingå avtal om att någon av de uppgifter som regionen ansvarar för ska utföras av kommunen eller att någon av de uppgifter som kommunen ansvarar för ska utföras av regionen. Det är dock inte möjligt att genom en sådan utökad avtalssamverkan bestämma att endast en huvudman ska vara ansvarig för hela den samordnade vård- och stödverksamheten. Den överlämnande kommunen eller regionen har fortfarande kvar sitt befintliga ansvar för uppgiften och det är den ansvariga nämnden i kommunen eller regionen som svarar för att verksamheten bedrivs i enlighet lagstiftningen. Det bör dock förtydligas att föreskrifterna i lagen om samordnad vård- och stödverksamhet även ska gälla för den till vilken uppgiften överlåtits. Regeringen anser att ett sådant tydliggörande bör införas i den nya lagen.

Regeringen vill understryka att de utökade möjligheterna till avtalssamverkan inte innebär ett undantag från upphandlingsrättsliga bestämmelser och att kommunen eller regionen fortfarande måste ta hänsyn till att den utökade avtalssamverkan är förenlig med upphandlingsreglerna.

Flera remissinstanser, däribland *SKR* och *Göteborgs kommun*, anser att utredningens förslag är otydligt när det gäller vilket hälso- och sjukvårdsansvar som genom avtal kan överföras på kommunen och huruvida en kommun kan anställa läkare. Regeringen vill med anledning härav förtydliga att ingen ändring i huvudmannaskapet ska ske med anledning av förslaget (se avsnitt 7.6). Regionen kan endast överlämna de uppgifter som den är ålagd enligt bl.a. 8 kap. HSL, och därmed inte, såsom *SKR* ställer sig frågande till, lämna över det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret som regleras i 12 kap. HSL. Regionen kommer därför fortfarande vara ansvarig huvudman för de regionala hälso- och sjukvårdsuppgifter som överlämnas till kommunen, och kommunen kommer vara ansvarig huvudman för de socialtjänstuppgifter som lämnas över till regionen. Det är således regionen respektive kommunen som ansvarar för att hälso- och sjukvårdslagstiftningen och socialtjänstlagstiftningen följs i själva utförandet av uppgifterna.

Avtalssamverkan enligt förslaget avser vissa uppgifter som ligger utanför den mottagande kommunen eller regionens angelägenheter. Avtalsmöjligheterna inom samordnade vård- och stödverksamheter innebär t.ex. att en region kan överlämna utförandet av sådana hälso- och sjukvårdsuppgifter som enligt hälso- och sjukvårdslagen ska utföras av regionen, till en kommun. De uppgifter som överlämnas behöver hanteras enligt gällande rätt, som t.ex. förvaltningslagen (2017:900) hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2025:400) och med de begränsningar som följer av lagstiftningen. Exempelvis kan en kommun inte anställa en läkare inom ramen för avtalssamverkan, se bl.a. 14 kap. 1 § HSL.

Extern delegering

Kommunal delegering utgör ett centralt verktyg inom den kommunala självstyrelsen och syftar till att effektivisera beslutsfattandet i kommuner och regioner. För att säkerställa att besluten hanteras på ett rättssäkert och ändamålsenligt sätt får en nämnd delegera sin beslutanderätt till presidiet, ett utskott, en ledamot, en ersättare eller en automatiserad beslutsfunktion i ett visst ärende. Det är också möjligt för nämnden att uppdra åt en anställd att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. De främsta fördelarna med delegering är att det bidrar till ett snabbare och mer effektivt beslutsfattande. Nämnderna avlastas från rutinärenden och kan därmed fokusera på övergripande styrning och strategisk utveckling. Besluten kan samtidigt fattas av personer med särskild sakkunskap inom det aktuella området, vilket ökar både kvaliteten och rättssäkerheten.

Genom extern delegering får kommuner och regioner, inom ramen för avtalssamverkan, komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller den andra regionen att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (9 kap. 37 § andra stycket KL). Enligt utredningens förslag ska även kommuner och regioner kunna komma överens sinsemellan om extern delegering i den samordnade vård- och stödverksamheten. Enligt utredningen leder det till en mer effektiv resursanvändning och en mer likvärdig offentlig service över landet. Regeringen instämmer därför i utredningens förslag.

Stockholms kommun påtalar att det bör förtydligas vad frågor som rör myndighetsutövning och delegation från stadsdelsnämnderna inom ramen för verksamheten innebär. Av utredningen framgår att en sådan delegation t.ex. kan innebära att behovsprövning av en socialtjänstinsats enligt socialtjänstlagen ska kunna hanteras av en anställd hos regionen inom ramen för vård- och stödverksamheten med delegation från den kommun där den enskilde är bosatt. Regeringen vill understryka vikten av tydlighet i avtal och extern delegering samt av att det finns rätt kompetens hos de som mottar delegeringar och ansvarar för myndighetsutövning.

Vid extern delegering av ärenden ska bestämmelserna i kommunallagen om delegering, jäv, begränsningar av möjligheten till delegering, vidaredelegering, brukarmedverkan och anmälan av beslut gälla. Som *Region Skåne* påtalar behöver kommuner och regioner vid extern delegering av ärenden även tillämpa övrig relevant lagstiftning, som t.ex. förvaltningslagen, hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

8 Personuppgiftsbehandling

Regeringens bedömning

Det finns rättsligt stöd för den personuppgiftsbehandling som kommer att ske med anledning av förslagen.

Utredningens bedömning (SOU 2021:93)

Utredningen gör inte någon bedömning av frågan.

Remissinstanserna (SOU 2021:93)

Västra Götalandsregionen framför att det är av stor vikt att regioner och kommuner får behandla personuppgifter för att följa upp kvaliteten, även över organisationsgränser, men att detta inte framgår av utredningen. *Integritetsskyddsmyndigheten (IMY)* framhåller att en viktig del av personuppgiftsansvaret i den samordnade verksamheten kommer vara att personuppgiftsansvariga vidtar åtgärder för att säkerställa att varje fysisk person som utför arbete under den personuppgiftsansvariges överinseende, och som får tillgång till personuppgifter, endast behandlar dessa på instruktion från den personuppgiftsansvarige.

Skälen för regeringens bedömning

Behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning) behöver all personuppgiftsbehandling omfattas av en laglig grund för att vara tillåten. Detta regleras i artikel 6 i EU:s dataskyddsförordning. Behandlingen av personuppgifter är laglig bl.a. om den är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (artikel 6.1 c) eller om behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (artikel 6.1 e). Den grund för behandlingen som avses i artikel 6.1 c och e ska enligt artikel 6.3 fastställas i enlighet med unionsrätten eller en medlemsstats nationella rätt som den personuppgiftsansvarige omfattas av. För behandling som grundar sig på artikel 6.1 c ska syftet med behandlingen fastställas i den rättsliga grunden. Unionsrätten eller den nationella rätten ska uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas.

Av artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning framgår att behandling av personuppgifter som avslöjar bl.a. uppgifter om hälsa ska vara förbjuden. Denna huvudregel kompletteras med ett antal undantag i artikel 9.2, som anger att förbudet inte ska tillämpas i vissa fall. Bland annat får behandling av sådana uppgifter ske om det är nödvändigt av hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, på grundval av unionsrätten eller medlemsstatens nationella rätt (artikel 9.2 g). Vad som är ett allmänt intresse, dvs. uttrycket

som används i artikel 6.1 e, respektive ett viktigt allmänt intresse som används i artikel 9.2 g, är inte definierat i EU:s dataskyddsförordning. I förarbetena till dataskyddslagen konstateras att det är svårt att på ett generellt plan definiera vad som skiljer ett allmänt intresse från ett viktigt allmänt intresse. Regeringen har dock uttalat att det utgör ett viktigt allmänt intresse att svenska myndigheter, även utanför området myndighetsutövning, kan bedriva den verksamhet som tydligt faller inom ramen för deras befogenheter på ett korrekt, rättssäkert och effektivt sätt (se prop. 2017/18:105 s. 83).

För hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns ett undantag i artikel 9.2 h. Enligt detta undantas personuppgiftsbehandling som är nödvändig av skäl som hör samman med bl.a. tillhandahållande av hälso- och sjukvård och social omsorg. För att undantaget ska vara tillämpligt krävs att uppgifterna behandlas av eller under ansvar av en yrkesutövare som omfattas av författningsreglerad tystnadsplikt.

Patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, kompletterar EU:s dataskyddsförordning och är tillämplig vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården (1 kap. 1 och 4 §§ PDL). Enligt förarbetena är patientdatalagen tillämplig i en vårdgivares kärnverksamhet, alltså då vårdgivaren tillhandahåller hälso- och sjukvård åt patienter (prop. 2007/08:126 s. 48). Enligt 2 kap. 7 a § PDL får personuppgifter som avses i artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning (känsliga personuppgifter) behandlas med stöd av artikel 9.2 h i förordningen under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt.

Lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten kompletterar EU:s dataskyddsförordning och är tillämplig inom socialtjänsten. Enligt lagen får personuppgifter behandlas bara om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras. Av 7 § tredje stycket framgår att personuppgifter som avses i artikel 9.1 i EU:s dataskyddsförordning (känsliga personuppgifter) får behandlas med stöd av artikel 9.2 h i förordningen under förutsättning att kravet på tystnadsplikt i artikel 9.3 i förordningen är uppfyllt.

Lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation innehåller bestämmelser som kompletterar EU:s dataskyddsförordning, patientdatalagen och lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. I 1 kap. 3 § samma lag framgår att den får tillämpas på vårdgivares behandling av personuppgifter enligt patientdatalagen. Det framgår även av bestämmelsen att lagen får tillämpas på omsorgsgivares behandling av omsorgsmottagares personuppgifter enligt lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten för dokumentation enligt 14 kap. 3 och 7 §§ socialtjänstlagen (2025:400), eller enligt 21 a § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Personuppgiftsbehandling med anledning av förslagen

Den samordnade vård- och stödverksamheten som föreslås i avsnitt 7 kräver ett nära samarbete mellan regionernas hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst för att syftet med förslaget ska uppnås. Det är därför av stor vikt att det finns tillgång till och stöd för att hantera personuppgifter från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Förslaget förutsätter därför behandling av personuppgifter, inklusive känsliga sådana. Behandlingen av personuppgifter avser t.ex. den enskildes namn och kontaktuppgifter och motsvarande uppgifter om den person som utses som vård- och stödsamordnare samt mer känsliga uppgifter om den enskildes hälsa samt familje- och levnadsförhållanden (se avsnitt 7.2).

I avsnitt 5.5.1 föreslås en skyldighet för socialnämnden att underrätta regionen när en enskild ska tas emot i ett hem för vård eller boende (hvb). Skyldigheten föreslås regleras i 9 kap. 10 a § socialtjänstlagen, förkortad SoL. Underrättelseskyldigheten avser dock endast begränsad information om själva beslutet om hvb-placeringen. Därtill måste som regel informeras om den enskildes namn, personnummer och folkbokföringsadress. En viktig förutsättning för att regionen ska kunna erbjuda hälso- och sjukvård till personer som är placerade på ett hvb är att regionen får kännedom om placeringen.

Regeringen kan konstatera att de ovan nämnda förslagen innebär att regioner, kommuner och privata utförare kommer behöva behandla fler personuppgifter än i dag. Förslagen innebär dock inte att några nya kategorier av personuppgifter kommer att behandlas.

Regeringen bedömer att regioner, kommuner och privata utförare har stöd i EU:s dataskyddsförordning för den behandling av personuppgifter som behövs med anledning av förslagen. Regeringen anser att hanteringen och tillgängliggörandet av personuppgifter inom ramen för den samordnade vård- och stödverksamheten och utlämnandet av personuppgifter från socialnämnden till regionen utgör uppgifter av allmänt intresse enligt artikel 6.1 e i dataskyddsförordningen. Det kan därför ske med stöd av den artikeln. Eftersom den samordnade vård- och stödverksamheten och underrättelseskyldigheten ska regleras i lag kan artikel 6.1 c, dvs. att fullgöra en rättslig förpliktelse, även utgöra rättslig grund för behandlingen.

Av 2 kap. 4 § PDL framgår att personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för att bl.a. fullgöra skyldigheten att föra patientjournal och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter. Av 6 § lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten får personuppgifter behandlas bara om behandlingen är nödvändig för att arbetsuppgifter inom socialtjänsten ska kunna utföras. Av samma paragraf framgår även att personuppgifter får behandlas för uppgiftsutlämnande som föreskrivs i lag eller förordning. En sådan skyldighet att lämna uppgifter föreslås i 9 kap. 10 a § SoL. Bestämmelsen i 2 kap. 1 § lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ger också stöd för att kommuner och regioner i den samordnade vård- och stödverksamheten, genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande, kan få tillgång till personuppgifter hos varandra.

Förslagen innebär även att känsliga personuppgifter om bl.a. en enskilds hälsotillstånd och personliga förhållanden kan komma att behandlas av kommuner och regioner. När en sådan personuppgiftsbehandling rör hälso- och sjukvården eller socialtjänsten kan det ske med stöd av artikel 9.2 h i EU:s dataskyddsförordning.

Samlad nödvändighets- och proportionalitetsanalys

Av artikel 6.3 i EU:s dataskyddsförordning framgår att grunden för behandlingen av personuppgifter ska vara fastställd i unionsrätten eller i nationell rätt. Som redovisas ovan är grunden för behandlingen av personuppgifter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten fastställd i nationell rätt. Den rättsliga grunden ska också uppfylla ett mål av allmänt intresse och vara proportionell mot det legitima mål som eftersträvas (artikel 6.3 andra stycket sista meningen).

Den behandling av personuppgifter som kommer att ske med anledning av förslagen är nödvändig för att regionerna, kommunerna och privata utförare ska kunna fullgöra de skyldigheter som förslagen medför. Det finns stora behov av fördjupad samordning avseende vård och stöd för personer med samsjuklighet. Som utvecklas i avsnitt 7 är den samordnade vård- och stödverksamheten nödvändig för att förbättra vård och stöd till personer med samsjuklighet, vilket är ett angeläget allmänt intresse. Behandlingen sker för att tillvarata de registrerades behov av en god vård och rätt till socialtjänstens insatser. De personuppgifter som kommer att behandlas är sådana som såväl regioner, kommuner som privata utförare redan i dag har tillgång till och behandlar. Det är alltså inte fråga om uppgifter av ny karaktär.

Personuppgifter om exempelvis hälsotillstånd och personliga förhållanden kommer att behöva behandlas. Detta kan anses integritetskänsligt, men är nödvändigt för att regioner, kommuner och privata utförare ska kunna erbjuda hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vidare tillämpas vid behandlingen de skyddsåtgärder som följer av patientdatalagen, lagen om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten och lagen om sammanhållnen vård- och omsorgsdokumentation. Även dataskyddsregelverket i övrigt, bestämmelser om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, och tystnadsplikt medför ett skydd för den personliga integriteten. Vid en avvägning mellan det intrång i den enskildes personliga integritet som behandlingen av personuppgifterna enligt förslagen kan innebära och behovet av att möjliggöra de insatser som den enskilde kan behöva får inskränkningen av den enskildes integritet anses acceptabel. Några alternativa, mindre integritetskänsliga, sätt att uppnå ändamålen med förslagen bedöms inte finnas. Det intrång i den personliga integriteten som föreslagen innebär bedöms därför vara proportionerligt.

I fråga om kravet på tystnadsplikt i EU:s dataskyddsförordning konstaterar regeringen att det finns sekretessbestämmelser i 25 kap. och 26 kap. OSL samt bestämmelser om tystnadsplikt i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) och 17 kap. 11 § SoL.

Enligt 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen, förkortad RF, är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och om det innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Av förarbeten framgår att bestämmelsen är avsedd att omfatta endast vissa kvalificerade intrång i den personliga integriteten. Vid bedömningen av vilka åtgärder som ska betraktas som betydande intrång ska både åtgärdens omfattning och uppgifternas karaktär beaktas. Även åtgärdens ändamål och andra omständigheter kan ha betydelse vid bedömningen (se prop.

2009/10:80 s. 184 och 250). Den behandling av personuppgifter som kommer att ske med anledning av förslagen bedöms inte utgöra ett sådant betydande intrång i den personliga integriteten som omfattas av skyddet enligt 2 kap. 6 § andra stycket RF.

Sammantaget bedömer regeringen att den tillkommande behandlingen av personuppgifter som förslagen medför är förenlig med kraven på proportionalitet enligt EU:s dataskyddsförordning. Det befintliga regelverket är tillräckligt för den personuppgiftsbehandling som kommer att ske med anledning av förslagen. Uppgifterna omfattas dessutom av sekretess och tystnadsplikt enligt gällande regler i offentlighets- och sekretesslagen, patientsäkerhetslagen och socialtjänstlagen. Någon ytterligare reglering av behandlingen av personuppgifter behövs sammantaget inte.

9 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2027.

Regeringens bedömning

Det finns inte behov av några övergångsbestämmelser.

Utredningens förslag (SOU 2021:93)

Förslaget från utredningen stämmer inte överens med regeringens. Utredningen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2025. Utredningen gör inte någon bedömning av frågan om övergångsbestämmelser.

Remissinstanserna

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en av få remissinstanser som tillstyrker förslaget om ikraftträdande. Samtidigt pekar SKR på att den föreslagna reformen innebär en betydande omställning av både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens inriktning och verksamhet. Nya arbetssätt, rutiner, metoder och samverkansplaner för planering av insatser inom samtliga verksamheter kommer behöva tas fram och implementeras. De flesta av de remissinstanser som yttrar sig, däribland *Umeå kommun*, *Region Jönköping*, *Region Skåne* och *Region Västmanland*, tillstyrker inte förslaget då de anser att tidsramen för ikraftträdandet är för snäv. Flera remissinstanser, bland andra *Region Jönköping*, *Region Sörmland* och *Svensk förening för beroendemedicin* understryker särskilt svårigheterna att säkra kompetensförsörjningen inom den angivna tiden.

Utredningens förslag (SOU 2023:5)

Förslaget från utredningen stämmer inte överens med regeringens. Utredningen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari

2026. Utredningen gör inte någon bedömning av frågan om övergångsbestämmelser.

Remissinstanserna

Bland andra *Borgholms kommun* och *Region Blekinge* pekar på att det behövs en längre implementeringstid än två år.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Förslagen i lagrådsremissen är en del i en genomgripande reform av kommuners och regioners insatser till personer med samsjuklighet och ett förtydligat huvudmannaskap för vård och behandling till personer med skadligt bruk eller beroende. Syftet med förslagen är att insatserna till de personer som har allra störst behov ska bli mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade. Personer med samsjuklighet är en grupp som generellt har dålig hälsa och hög överdödlighet jämfört med befolkningen i övrigt. Trots att gruppens utsatthet länge har varit känd har gruppen inte prioriterats. Även om regeringen delar utredningens bedömning och vad bland andra *Umeå kommun*, *Region Blekinge*, *Region Jönköping*, *Region Skåne*, *Region Västmanland* och *Borgholms kommun* framför om att det finns behov av förberedelsetid, så är det viktigt att arbetet med reformen inte fördröjs ytterligare. Enligt regeringen är det angeläget att lagförslagen träder i kraft så snart som möjligt. Det är främst kommuner och regioner som behöver få tid för att förbereda och anpassa sig till förslagen i lagrådsremissen. Flera kommuner och regioner har inkluderat förberedelser för reformen i sitt arbete med omställningen till nära vård och som en del av anpassningarna till den nya socialtjänstlagen (2025:400). I januari 2025 ingicks dessutom en överenskommelse mellan staten och SKR, som innebär att kommuner och regioner tillförs riktade medel för att utveckla insatser för personer med komplexa behov, med särskilt fokus på samsjuklighet och den psykiatriska vården som även inkluderar skadligt bruk eller beroende. Överenskommelsen syftar till att stärka kompetens, utveckla nya arbetssätt och förbättra vårdkedjan. Parallellt pågår flera initiativ från Socialstyrelsen för att stärka och stödja utvecklingen av den psykiatriska vården och socialtjänsten.

Mot den bakgrunden anser regeringen att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2027. Det bedöms inte finnas behov av några övergångsbestämmelser till lagändringarna.

10 Konsekvenser av förslagen

10.1 Konsekvenser för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd

Förslagen bedöms sammantaget få positiva konsekvenser för personer med samsjuklighet, psykiska funktionsnedsättningar och övriga personer med skadligt bruk eller beroende. Dessa personer kommer att kunna

erbjudas samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser av hälso- och sjukvård och socialtjänst i högre grad än i dag. Kommuner och regioner står dock inför stora ekonomiska utmaningar och behoven är stora även inom andra välfärdsområden. Förslagets konsekvenser påverkas därför av hur insatser till personer med samsjuklighet prioriteras i framtiden. Förslagets konsekvenser påverkas också av hur den långsiktiga kompetensförsörjningen i vård- och omsorg utvecklas, inte minst till följd av den demografiska utvecklingen. I dag finns brist på kvalificerade medarbetare i både hälso- och sjukvård och socialtjänst. För att förslagen ska få positiva konsekvenser krävs därför att hälso- och sjukvården och socialtjänsten styrs och utvecklas på ett sätt som gör det attraktivt för personal med rätt kompetens att arbeta i dessa verksamheter.

Tillgången till hälso- och sjukvård för personer som är placerade i hem för vård eller boende, förkortad hvb, bedöms öka genom förslaget att regionen ska ha en ersättningsskyldighet för sådana insatser (se avsnitt 5.5). Det är dock svårt att med säkerhet utesluta att förslaget också kan få vissa negativa konsekvenser. Det är en ny modell som inte tidigare prövats, och det kan inledningsvis finnas risk för nya gränsdragningsproblem och konflikter mellan huvudmännen som drabbar den enskilde. Regeringen har dock vägt den risken mot de brister i hälso- och sjukvårdsinsatser under hvb-placering som finns i dag, och de svårigheter huvudmännen har att ta gemensamt ansvar med stöd av nuvarande reglering. Slutsatsen utifrån den avvägningen är att risken för negativa konsekvenser är försvarbar.

För personer där särskild samordning av vård- och stödinsatser är nödvändig för att insatserna ska kunna genomföras föreslås att kommuner och regioner ska bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet (se avsnitt 7). Syftet med verksamheten är att genom samordnade vård- och stödinsatser som utgår från personens behov, resurser och sociala sammanhang och individuella mål främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Regeringens bedömning är att förslaget kommer få positiva effekter för personer som tillhör målgruppen och deras närstående, och att det har förutsättningar att påtagligt öka tillgången till samordnade och personcentrerade insatser för den berörda målgruppen. I merparten av fallen bedöms dessutom personerna som deltar i verksamheten på sikt vara i behov av färre kostnadskrävande insatser som t.ex. hvb, psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård. En risk är dock att målgruppen för vård- och stödverksamheten kommer att bedömas olika i landet. I lagrådsremissen lämnas därför en beskrivning av vilka personer verksamheten avses att vara till för. Därutöver lämnas förslag som ska stödja implementeringen på ett sätt som kan bidra till en mer enhetlig tillämpning. Regeringen anser, i likhet med utredningen, att det tydliga syftet och den särskilda lag som föreslås, i kombination med förslagen att motverka hinder som i dag finns för integrerade verksamheter, i tillräcklig grad balanserar riskerna med att införa förslaget. Liksom med övriga förslag kan dock en negativ konsekvens bli att nya gränser skapas mellan olika verksamheter och att personer erbjuds vård och omsorg av olika kvalitet beroende på i vilken verksamhet denne får insatserna. Regeringens bedömning är dock att övriga förslag, som syftar till att bidra till en bättre vård för personer med skadligt bruk eller beroende, minskar risken för att

personer som inte erbjuds insatser i verksamheten inte får den hjälp de behöver.

Institutet för mänskliga rättigheter konstaterar att flera av utredningens förslag har betydelse för säkerställandet av mänskliga rättigheter, som skyddas av flera internationella konventioner som Sverige anslutit sig till inom området mänskliga rättigheter. Däribland Europakonventionen, FN:s barnkonvention och FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Det gäller framför allt statens skyldighet att skydda och respektera rätten till hälsa och bidra till att denna rätt kan uppfyllas och förverkligandet av rätten till tillräcklig levnadsstandard, inklusive en lämplig bostad. Flera av förslagen berör även mänskliga rättigheter som skyddas av FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Regeringen bedömer att förslagen kan få positiva effekter för personer med funktionsnedsättning genom att samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser av hälso- och sjukvård och socialtjänst kommer att erbjudas i högre grad än i dag. I dag faller många personer med psykisk funktionsnedsättning och komplexa problem mellan stolarna. Därmed bedömer regeringen att förslagen kan bidra till rätten för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta bästa möjliga hälsa (artikel 25) samt om rätten till tillfredsställande levnadsstandard och social trygghet är viktiga för förslagen (artikel 28).

10.2 Konsekvenser för barn

Förtydligandet i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, av regionernas ansvar för att utredning och behandling av skadligt bruk eller beroende ska samordnas med utredning och behandling av andra psykiatriska tillstånd omfattar även barn (se avsnitt 5.2). De positiva effekter som regeringen bedömer att förtydligandet innebär, kommer även i hög grad gälla för barn. Regionerna har enligt regeringens uppfattning bättre förutsättningar än kommunerna att erbjuda barn med skadligt bruk eller beroende i kombination med andra psykiatriska tillstånd eller funktionsnedsättningar en kvalificerad hälso- och sjukvård. Regionen har en tydligare struktur för att integrera olika behandlingsformer, inklusive den medicinska, psykologiska och psykosociala kompetensen som krävs för att behandla komplexa problem, exempelvis drogutlösta psykoser, självskadebeteende och psykisk ohälsa. Reformen bedöms därmed förbättra barn och ungas tillgång till adekvat vård och därmed främja möjligheten att barnet får sin rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering tillgodosedd, i enlighet med artikel 24 i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). När det gäller den föreslagna skyldigheten att erbjuda en samordnad vård- och stödverksamhet till de personer som har störst behov utesluts inte barn och unga men det är regeringens bedömning att verksamheten endast i undantagsfall kommer att bli aktuell för barn (se avsnitt 7). Skälet till detta är framför allt att det finns annan lagstiftning på socialtjänstområdet.

10.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet

Förslaget om en skyldighet för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser i en samordnad verksamhet innebär en minskad frihet för huvudmännen att välja hur de ska organisera sina verksamheter, vilket är en inskränkning i den kommunala självstyrelsen (se avsnitt 7). Även flera remissinstanser har påpekat att förslaget innebär en inskränkning i det kommunala självstyret, däribland *Region Skåne*, *Storfors kommun*, *Vellinge kommun* och *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*. Kommuner och regioner har redan skyldigheter att samarbeta och samverka enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Regeringen delar därför utredningens slutsats att den föreslagna lagen inte innebär ett väsentligt avsteg från nuvarande reglering om hur regionen och kommunen bör arbeta med personer som har omfattande behov av stöd och vård. Förslaget innebär, enligt regeringen, snarare en skärpning av kraven på samordning mellan region och kommun och fastslår hur denna samordning ska gå till för en begränsad målgrupp med mycket stora behov. Regeringen anser därför att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är förhållandevis liten.

Inskränkningen i den kommunala självstyrelsen ska vägas mot ändamålet med förslaget. Överdödligheten, ohälsan och den sociala utsattheten är omfattande i den målgrupp som den samordnade verksamheten föreslås vara till för. De insatser som kommuner och regioner ger i dag är inte tillräckligt samordnade för att förändra det förhållandet. Regeringen kan också konstatera att nuvarande lagkrav på samverkan genom exempelvis individuell plan enligt 16 kap. 4 § HSL eller fast vårdkontakt enligt patientlagen (2014:821) inte räcker för att målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten ska få tillräckligt stöd. Trots att det finns starkt forskningsstöd för att integrerade insatser är av avgörande betydelse för hälsa och levnadsförhållanden hos målgruppen, erbjuds sådana insatser i relativt liten utsträckning. Lagstadgade krav på samverkan genom t.ex. överenskommelser för personer med psykiska funktionsnedsättningar eller skadligt bruk eller beroende (16 kap. 3 § HSL) eller starka rekommendationer i nationella riktlinjer, har inte heller ökat tillgången till sådana verksamheter. Starka skäl talar således för att införa en lagstadgad skyldighet för kommuner och regioner att erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser i en samordnad verksamhet.

Utredningen har övervägt om det finns mindre ingripande alternativ till förslagen. Bland annat har utredningen prövat om det skulle var tillräckligt att endast ställa krav på samordning av hälso- och sjukvårdens insatser, för att undgå en tvingande reglering kring form för samverkan och arbetssätt mellan de båda huvudmännen. Eftersom den målgrupp verksamheten riktar sig till har behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst har utredningen kommit fram till att en sådan reglering inte är tillräcklig. Regeringen delar den bedömningen.

Sammantaget delar regeringen i allt väsentligt utredningens analys och ställningstaganden när det gäller inskränkningen av den kommunala

självstyrelsen som förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet innebär. Mot den bakgrunden, och i likhet med vad bland andra *Region Skåne*, *Storfors kommun*, *Vellinge kommun* och *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* anför, anser regeringen att den samordnade vård- och stödverksamhetens påverkan på den kommunala självstyrelsen är proportionerlig i förhållande till sitt syfte.

Förslagen om ansvar för personer med skadligt bruk och beroende och samsjuklighet

Förslaget om att hälso- och sjukvård för den som har ett skadligt bruk eller beroende ska organiseras av regionen så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård som den enskilde behöver innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen (se avsnitt 5.2). Eftersom det endast föreskrivs att vården ska organiseras på ett sådant sätt att den sker samordnat, men inte på vilket sätt den ska utföras, anser regeringen emellertid att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är liten. Regeringen anser även att inskränkningen är proportionerlig i förhållande till syftet att utredning och diagnostik av både skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd, liksom behandlingen av tillstånden, samordnas om eller när samsjuklighet har konstaterats.

Förslaget om kommunens skyldighet att underrätta en region när någon har tagits emot i ett hvb påverkar inte den kommunala självstyrelsen i någon högre utsträckning (se avsnitt 5.5.2).

10.4 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Regeringen bedömer, i likhet med utredningen, att förslagen bör få marginella konsekvenser för sysselsättningen.

10.5 Konsekvenser för brottsligheten och brottsförebyggande arbete

Brottslighet innebär förutom stora ekonomiska kostnader för samhället och enskilda, andra konsekvenser såsom fysiska och emotionella skador. Den rättspsykiatriska vården och kriminalvårdens verksamhet kostar samhället över 13 miljarder kronor per år. Skadligt bruk och beroende är vanligt bland kriminalvårdens klienter liksom hos dem som överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Skadligt bruk och beroende är även riskfaktorer för återfall i brott och kräver både medicinsk och psykosocial behandling. Regeringens bedömning är att förslaget i avsnitt 5.2 om tydliggörande av regionens ansvar för samordning och avsnitt 7 om en samordnad vård- och stödverksamhet har vissa positiva effekter på brottslighet och det brottsförebyggande arbetet, genom att adekvata insatser sätts in för personer som t.ex. har ett skadligt bruk eller beroende.

Den samordnade vård- och stödverksamheten kan också underlätta utslussning från Kriminalvården, vilket kan förebygga återfall i

brottslighet. När det gäller personer som planeras att få öppen rättspsykiatrisk vård eller skrivs ut från sådan vård, bedömer regeringen att förslaget påtagligt förbättrar möjligheten till en samordnad planering och samordnade insatser, vilket kan bidra till minskad risk för återfall i brott. Övriga förslag bedöms inte påverka brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

10.6 Konsekvenser för jämlikhet, jämställdhet och integration

Jämlik vård

Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet kan bidra till en ökad jämlikhet i utbud och kvalitet av vård- och stödinsatser eftersom det blir obligatoriskt för alla kommuner och regioner att bedriva den här formen av verksamhet (se avsnitt 7). I nuläget ser det olika ut i olika delar av landet om integrerade insatser eller verksamheter erbjuds för målgruppen. Detta trots att det finns stöd i exempelvis Socialstyrelsens riktlinjer för att sådana insatser eller verksamheter har en positiv påverkan.

Jämställdhet mellan kvinnor och män

SKR anför i sitt remissvar att merparten av de personer som i dag får vård- och omsorgsinsatser för skadligt bruk eller beroende är män och att forskning visar att kvinnor är underbehandlade och en särskilt utsatt grupp. SKR anser att det fortsatta utvecklingsarbetet därav behöver lägga särskilt fokus för att åstadkomma en mer jämlik och jämställd vård och omsorg mellan män och kvinnor. Utredningen beskriver att andelen kvinnor i gruppen med samsjuklighet är större än andelen män medan andelen män är tydligt större bland personer med skadligt bruk eller beroende.

Kopplingen mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende är starkare hos kvinnor än hos män. En omständighet som tyder på det är att bland personer som avlidit av förgiftning av narkotikaklassade substanser är det vanligare bland kvinnor än bland män att orsaken klassificeras som självmord eller oklar orsak. Kvinnor med samsjuklighet befinner sig många gånger i en utsatt situation som ökar risken för att utsättas för våld. Samtidigt tycks de ha svårare än andra våldsutsatta att få stöd och hjälp. Förslagen om att utredning och behandling av skadligt bruk eller beroende ska samordnas med utredning och behandling av andra psykiatriska tillstånd kan bidra till ökad jämställdhet genom att vården förbättras för personer med samsjuklighet, då kopplingen mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende är mer markant hos kvinnor (se avsnitt 5.2). Förslagen om en samordnad vård- och stödverksamhet kan också bidra till ökad jämställdhet, genom att verksamheterna också ska erbjuda stödinsatser t.ex. till våldsutsatta kvinnor med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd (se avsnitt 7). Även indirekt kan förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet leda till vissa positiva konsekvenser för jämställdheten. Det finns uppgifter som tyder på att kvinnor tar ett större ansvar för att vårda närstående. Till exempel finns statistik från Försäkringskassan som visar att kvinnor oftare ansöker om

närståendepenning, som kan beviljas för personer för att vårda en svårt sjuk närstående. Enligt Socialstyrelsen finns flera studier som visar att kvinnor i högre grad än män drabbas av negativa konsekvenser för studier, arbete och ekonomi av att vårda närstående. Regeringen bedömer att förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet kan innebära att personer som stöder en närstående som har ett skadligt bruk eller beroende i lägre grad behöver ansvara för samordningen av dennes vård och omsorg, vilket indirekt kan leda till en förbättrad jämställdhet mellan kvinnor och män.

10.7 Konsekvenser för företag

Att regionerna får ett förtydligat ansvar att samordna utredning och behandling av skadligt bruk eller beroende med utredning och behandling av andra psykiatriska tillstånd kan på sikt innebära att behovet av annan institutionsvård minskar (se avsnitt 5.2). Även den samordnade vård- och stödverksamheten har förutsättningar att leda till minskad institutionsvård (se avsnitt 7). Eftersom institutionsvård är en insats som ofta utförs av privata aktörer kan det påverka företag negativt. Samtidigt kan de föreslagna förändringarna ha positiv påverkan för företag som kan konkurrera med integrerade insatser t.ex. på hvb. Förslagen som tydliggör ansvaret för hälso- och sjukvård på hvb och fördelning av kostnaderna för sådan hälso- och sjukvård, kommer troligtvis innebära att fler hvb än i dag behöver vara vårdgivare enligt hälso- och sjukvårdslagen, och därmed arbeta utifrån både den lagen och socialtjänstlagen (se avsnitt 5.5). De förslagen kan medföra vissa kostnader för företagen. Eventuella kostnader som kan uppstå för företagen regleras dock mellan regionen och kommunen och företagen i enlighet med gällande rätt. Övriga förslag påverkar företag på samma sätt som det påverkar hälso- och sjukvårds- och socialtjänstverksamheter. Förslagen påverkar inte möjligheterna för kommun och region att upphandla de vård- och omsorgsinsatser som förslagen omfattar. Förslagen innebär inga förändringar när det gäller konkurrensförhållanden eller villkor i övrigt mellan regionala, kommunala och enskilda vård- och omsorgsverksamheter. Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet är utformat så att verksamheten, med undantag för myndighetsutövning, kan överlätas till enskild. Detta kan innebära att företag kan erbjuda tjänster på en ny marknad om kommuner och regioner väljer att upphandla verksamheten.

Sammantaget bedöms förslagen på sikt leda till ett minskat behov av placering på institution, eftersom adekvat vård och behandling kommer kunna erbjudas tidigare och mer samordnat än i dag vilket leder till färre upphandlingar av institutionsvård av privata aktörer. Förslagen om kostnadsfördelning för hälso- och sjukvårdsinsatser på hvb, kan innebära att företag som bedriver hvb behöver anpassa resurser och kompetenser efter det nya regelverket. I övrigt bedöms förslagen inte få några särskilda effekter för företagen.

10.8 Konsekvenser för domstolarna

Uppgifterna som ska utföras inom den föreslagna samordnade vård- och stödverksamheten är ordinarie hälso- sjukvård- och socialtjänstuppgifter som följer av hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen och innebär därmed inte några nya uppgifter för domstolarna. Inte heller bedöms de övriga förslagen om samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser påverka domstolarnas arbete. Förslagen bedöms därför inte medföra sådana konsekvenser för domstolarna att det finns skäl att tillföra dem ytterligare medel.

10.9 Konsekvenser för EU-rätten

Regeringen konstaterar att förslagen rör hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens område och att de författningsändringar som föreslås gäller svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning och socialtjänstlagstiftning. Regeringen bedömer att förslagen stämmer överens med de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen och att de inte medför några konsekvenser för det svenska EU-medlemskapet. Hälso- och sjukvård och socialtjänst är en nationell angelägenhet och medlemsstaterna finansierar, förvaltar och organiserar sina hälso- och sjukvårdssystem och sociala omsorgssystem själva.

10.10 Ekonomiska konsekvenser

10.10.1 Ekonomiska konsekvenser för staten

Förslaget om att förtydliga hälso- och sjukvårdens ansvar att organisera vård vid skadligt bruk och beroende så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård bedöms av regeringen inte innebära ett nytt åtagande som ska finansieras av staten. Regeringen delar därmed utredningens huvudsakliga bedömning. Inte heller förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet bedömer regeringen vara en ny uppgift för kommuner och regioner, vilket också är i enlighet med den bedömning som utredningen gjorde. Uppgifterna som ska utföras inom verksamheten är ordinarie hälso- och sjukvård- och socialtjänstuppgifter som följer av hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Dock kan vissa förändringar av hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens verksamhet med anledning av uppbyggnaden av den samordnade vård- och stödverksamheten leda till tillfälligt ökade kostnader för huvudmännen.

SKR och ett antal kommuner och regioner, däribland *Kungsbacka kommun*, *Norrälje kommun*, *Region Blekinge*, *Region Gotland*, *Region Jämtland* och *Region Norrbotten* påtalar att reformen innebär en ambitionshöjning. Vidare framförs även bl.a. att reformen innebär ökade krav jämfört med tidigare ålagda uppgifter och att förslagen kan ge upphov till ökade kostnader för både kommuner och regioner, vilket kräver kompensation i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Det anförs vidare att vård och stöd till personer med samsjuklighet i dag är underdimensionerad och underfinansierad och att det inte går att komma

ifrån att resurserna på området behöver stärkas. Det förändrade arbetssättet, ambitions- och kvalitetsökningen medför ökade kostnader både för hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Regeringen kan ha förståelse för att många kommuner och regioner ser ett behov av förstärkta resurser till verksamheter för den aktuella målgruppen. Att verksamheterna under lång tid sannolikt varit underfinansierade och att målgruppen inte getts tillräcklig prioritet är emellertid inte något som motiverar en permanent ökad statlig finansiering. Den kommunala finansieringsprincipen, vars innebörd i korthet är att inga nya obligatoriska uppgifter från staten får införas utan medföljande finansiering till kommuner och regioner, är inte tillämplig på den föreslagna reformen. Som framgått av tidigare avsnitt innebär reformen endast att kommuners och regioners reguljära ansvar förtydligas samt att huvudmännen åläggs att samverka vid insatser för de personer som har störst behov. Reformen ställer krav på att kommuner och regioner erbjuder adekvat stöd samt vård och behandling till personer med behov av detta. Detta är emellertid något som redan i dag åligger huvudmännen för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst i enlighet med befintlig ramlagstiftning.

Även om förslagen inte motiverar en utökad permanent statlig finansiering eftersom det inte innebär nya uppgifter, bedömer regeringen att statliga stimulansmedel bör fördelas till kommuner och regioner under en femårsperiod för implementeringen av förslagen.

Regeringen har därför i budgetpropositionen för budgetåret 2026 aviserat sin avsikt att tillföra 400 miljoner kronor per år under åren 2027–2031 till kommuner och regioner i syfte att stimulera genomförandet av reformen. Regeringen avser att återkomma i frågan om hur medlen ska fördelas. I nämnda budgetproposition har regeringen också aviserat att 50 miljoner kronor kommer att avsättas för myndighetsuppdrag eller andra insatser för att stödja huvudmännen i genomförandet av reformen.

10.10.2 Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Förslaget att förtydliga regionens samordningsansvar

Även om förslaget inte innebär ett nytt åtagande för kommuner och regioner kommer det innebära förändringar i både kommuners och regioners verksamheter avseende vård och behandling av personer med skadligt bruk eller beroende. Att regeringen i avsnitt 5.2 föreslår att vård och behandling av personer med skadligt bruk eller beroende ska organiseras så att den ges samordnat med annan psykiatrisk vård innebär ett förtydligande av regionernas ansvar. Det förväntas innebära att regionerna tar ansvar för de insatser som är hälso- och sjukvård och som tidigare i praktiken kommunerna tagit ett stort ansvar för. En sådan förändring innebär att regionerna kommer behöva utöka sina behandlingsinsatser och kommunerna upphöra med vissa insatser. Regeringen bedömer att denna förändring bör återspeglas i medelsfördelningen mellan kommuner och regioner. Utredningen föreslår att en omfördelning av medel från kommuner till regioner genom skatteväxling ska göras. Dock framkommer i remissvaren från de

kommuner och regioner som framfört synpunkter på modellen för omfördelning av resurser att de flesta avstyrker förslaget om skatteväxling, framför allt utifrån att det är en mycket administrativt betungande lösning. SKR förordar i sitt remissvar att regleringen i stället sker via staten.

Mot bakgrund av remissutfallet och de argument mot skatteväxling som framförts gör regeringen bedömningen att det i stället bör göras en generell omfördelning av resurser från kommuner till regioner. Denna omfördelning föreslås göras inom anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning (Ramanslag), utgiftsområde 25 Allmänna bidrag till kommuner vid ikraftträdandet av bestämmelserna. Omfördelningen baseras på utredningens metod för beräkning av kommuners och regioners kostnader för skadligt bruk eller beroende. Det är regeringens bedömning att denna i allt väsentligt är rimlig och ger tillräcklig precision. Regeringen avser återkomma i frågan om beräkningar för omfördelning av medel inom befintliga ramar i budgetpropositionen för 2027.

Förslaget om schablonavgifter för hvb

Utredningens bedömning är att regionerna endast i undantagsfall tar ansvaret för att finansiera och bedriva den hälso- och sjukvård som ges på hvb. Det innebär att det i stället för regionerna blir kommunerna som får betala för vården. Utredningen föreslår därför att om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs under hvb-placeringen inträder ersättningsskyldighet för en viss del av kostnaden enligt en schablon. Detta innebär ökade kostnader men inte ett ökat åtagande för regionen, utöver de kostnader för utökat behandlingsansvar för skadligt bruk eller beroende som föreslås ersättas genom en överföring av medel från kommunerna till regionerna. Den kommunala finansieringsprincipen är således inte tillämplig på förslaget.

Regeringens förslag stämmer överens med utredningens och innebär att regioner som inte tar ansvar för hälso- och sjukvård vid hvb ska bli skyldiga att betala en schablonavgift uppgående till 40 procent av den genomsnittliga dygnskostnaden för personer som vistas på hvb. Ersättningsskyldigheten ska gälla under den tid som placeringen pågår eller fram till den tidpunkt då regionen börjar ta sitt lagliga ansvar för vården. Schablonavgiftens syfte är att tydligt poängtera regionernas ansvar för hälso- och sjukvård vid en hvb-placering. Som framgår i avsnitt 5.5.3 ska ersättningsskyldigheten inte gälla vid placering på ett sådant hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller ett sådant hem som avses i 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Ersättningsskyldigheten gäller inte heller om regionen och kommunen särskilt avtalat något annat.

Det är svårt att förutsäga hur många och i vilken omfattning regionerna kommer att uppfylla kravet på att tillhandahålla hälso- och sjukvård för personer som vistas på hvb. Det innebär svårigheter att göra en rimlig bedömning av de totala schablonavgifter som regionerna kan komma att betala som en konsekvens av förslaget. Det är emellertid möjligt att beräkna schablonavgiftens storlek för en genomsnittlig hvb-placering.

Antalet vårddygn inom frivillig institutionsvård för vuxna med skadligt bruk eller beroende var 528 000 dygn under år 2024, vilket motsvarar 88 vårddygn per person. Kommunernas kostnader för frivillig

institutionsvård beräknas år 2024 till drygt 3 miljarder kronor eller 5 800 kronor per vård dygn. Med en genomsnittlig vårdtid på 88 dagar och en schablon på 40 procent av kostnaden innebär det en schablonavgift på drygt 200 000 kronor per person som vistas på hvb, vilket motsvarar 2 300 kronor per vård dygn.

Förslaget om en samordnad vård- och stödverksamhet

De personer som ska omfattas av verksamheten ska ha behov av samordnade hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning för att insatserna ska kunna genomföras. Utredningens bedömning är att som mest drygt 30 000 personer kan komma att beröras av förslaget. Det är en uppskattning som bygger på erfarenheter av s.k. FACT-team ifrån bl.a. Nederländerna. FACT står för Flexible Assertive Community Treatment och innebär att ett multiprofessionellt team erbjuder personer med svår psykisk sjukdom integrerade och allsidiga insatser i långsiktiga och flexibla former. Anledningen till att utredningen beaktar dessa erfarenheter är att arbete i FACT-team är det som ligger närmast regelverket för den samordnade vård- och stödverksamheten. För att kunna göra en uppskattning utifrån en svensk kontext har exempelberäkningar gjorts. Beräkningarna utgår från data och statistik som berör vuxna personer med omfattande vård- och stödbehov och som till viss del antas kunna komma i fråga för verksamheten.

I Socialstyrelsens rapport från 2023 om hälsotillståndet hos personer med psykisk funktionsnedsättning framkommer att ca 31 000 personer har ett eller flera psykiatriska tillstånd och har beviljats boendeinsatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS (grupp 3 i LSS personkrets) eller enligt socialtjänstlagen. Utifrån Socialstyrelsens statistik om insatser enligt LSS för 2024 framkommer att ca 24 000 personer som tillhör grupp 1 i LSS personkrets har boende enligt LSS. Vidare framgår av Socialstyrelsens statistik från 2024 om insatser till vuxna med skadligt bruk eller beroende att ca 17 000 personer får boendeinsatser enligt socialtjänstlagen. I dessa grupper är det vanligt med samsjuklighet, dock finns det inte någon exakt siffra på hur stor gruppen är som har behov av både socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser i kombination med särskild samordning. Alla personer i beräkningsexemplen torde inte ha så omfattande psykiska funktionsnedsättningar och komplex samsjuklighetsproblematik att de skulle komma i fråga för den samordnade vård- och stödverksamheten och viss överlapp mellan grupperna i exemplen förekommer. Utöver det saknas statistik om vissa personer som skulle kunna omfattas av verksamheten, som t.ex. personer som lever i hemlöshet.

Utifrån ovan beräkningsexempel är regeringens bedömning att antalet personer som kommer vara aktuella för den samordnade verksamheten skulle kunna komma att uppgå till mellan 50 000 och 59 000 personer. Det kommer dock vara upp till huvudmännen att göra en bedömning av personens behov av den specifika insatsen som den samlade vård- och stödverksamheten innebär.

Enligt utredningen har ett vård- och omsorgsteam i genomsnitt 12 anställda som ansvarar för ungefär 200 deltagare i ett upptagningsområde

med 40–50 000 invånare. En samordnad vård- och stödverksamhet kan enligt utredningen exempelvis bestå av följande personalsammansättning:

- 1 psykiatriker på heltid,
- 1 teamleader på heltid,
- 7 vård- och stödsamordnare på heltid (sjuksköterskor eller socionomer),
- 1 psykolog på heltid,
- 1 brukarspecialist på halvtid,
- 1 IPS-specialist på halvtid.

Nedanstående beräkningsexempel visar vad ett vård- och omsorgsteam kostar per år. Dessa resurser finns redan i den ordinarie hälso- och sjukvården och socialtjänsten men ska nu enligt förslaget samlas in den samordnade vård- och stödverksamheten. De professioner som ingår i beräkningsexemplet kan i praktiken variera. Till exempel kan de anställda med titeln vård- och stödsamordnare ha olika yrkesbakgrund. Kostnaderna för verksamheterna är i huvudsak personalkostnader och overheadkostnader. I beräkningarna används statistik om månadslöner från Statistiska centralbyråns lönestrukturstatistik år 2024. Lönekostnad gällande avtalsförsäkring och kollektivavtalad pension är hämtade från SKR. Schablonen för overheadkostnad inklusive lokaler för en anställd uppgår till 430 000 kronor per år och är densamma som i utredningen men uppräknad till 2024 års prisnivå. Enligt utredningen visar tidigare studier och erfarenheter att ett upptagningsområde på omkring 50 000 invånare kan innebära omkring 200 deltagare per samordnad vård- och stödverksamhet. Det innebär att 0,4 procent av befolkningen som är 18 år eller äldre bedöms ingå i målgruppen för de föreslagna verksamheterna. Det skulle innebära ett totalt antal deltagare på nästan 34 000 personer eller 169 vård- och omsorgsteam i riket. En enskilt samordnad vård- och stödverksamhet med 12 anställda och med 200 deltagare beräknas kosta 14 miljoner kronor. Den beräknade kostnaden för 169 verksamheter uppgår till 2,4 miljarder kronor. Ytterligare uppstartskostnader kan tillkomma när verksamheterna ska komma i gång och etableras, för vilka regeringen föreslår att stimulansmedel ska utgå.

Regeringen anser inte att förslaget om samordnad vård- och stödverksamhet är ett nytt åtagande för kommuner och regioner. Kommuner och regioner har redan ansvaret för vård och stöd för den aktuella målgruppen. Förslaget om samordnad vård- och stödverksamhet innebär endast att vård- och stödinsatserna ska organiseras på ett annorlunda sätt. I avsnitt 10.3 utvecklar regeringen skälen för detta ställningstagande samt återger ett antal remissynpunkter när det gäller frågan om huruvida kommuner och regioner bör kompenseras av staten med anledning av förslaget. Målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten är personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov av samordning av vård och stöd. Dessa personer har också många gånger en beroendeproblematik och behov av insatser i både öppen- och slutenvård samt socialtjänst. Förslaget innebär att insatser från både kommun och region ska kunna ges samordnat och koordinerat av ett vård- och omsorgsteam utifrån personens individuella behov.

En samordnad verksamhet kan innebära samhällsekonomiska vinster

Utredningen konstaterar att Socialstyrelsen i sin konsekvensanalys till de nationella riktlinjerna för missbruk och beroende bedömer att samordning i form av vård- och stödsamordnare sannolikt kommer att innebära högre kostnader på kort sikt, men att kostnaderna minskar på längre sikt till följd av ett minskat behov av slutna vård och tvångsvård. Utredningen har också gjort samhällsekonomiska beräkningar som visar att insatsen är samhällsekonomiskt motiverad. I tre olika räkneexempel beskriver utredningen hur den kan minska samhällets kostnader t.ex. tack vare att stödet gör att en person har mindre behov av psykiatrisk vård och insatser från kommunen, och kan upprätthålla en lönebidragsanställning. Även om staten har kvar kostnaden för delar av personens försörjning, minskar kostnaderna för sjukersättning, vård och stöd. I ett annat exempel visar utredningen på mer omfattande ekonomiska vinster genom att en person som får insatser från verksamheten kan skrivas ut från rättspsykiatrisk vård.

Förslagen avseende sprututbytesverksamhet

Regeringen föreslår inte ett nytt åtagande för regionerna i form av en skyldighet att bedriva sprututbytesverksamhet och den kommunala finansieringsprincipen är därför inte tillämplig. Regeringens förslag om borttagande av tillståndskravet bedöms innebära något minskade kostnader för regionerna genom minskad administration. Det utvidgade syftet att verksamhetens uppdrag även ska omfatta att främja psykisk och fysisk hälsa bedöms endast marginellt påverka regionernas kostnader för verksamheten. Mot denna bakgrund är regeringens sammantagna bedömning att förslagen avseende sprututbytesverksamhet är kostnadsneutrala för regionerna.

11 Författningskommentar

11.1 Förslaget till lag om samordnad vård- och stödverksamhet

En samordnad vård- och stödverksamhet

1 § Kommunerna och regionen i ett län ska gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet.

Kommunerna och regionen ska i verksamheten erbjuda samordnade socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som har särskilda behov av sådana insatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning.

Lagens bestämmelser om regioner ska även tillämpas på en kommun som inte tillhör någon region.

Paragrafen innehåller bestämmelser om kommuners och regioners skyldighet att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Övervägandena finns i avsnitt 7.1 och 7.2.

Enligt *första stycket* ska kommunerna och regionen i ett län gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Det innebär att kommuner och regionen i länet gemensamt ska bedriva en verksamhet med en samlad ledning och styrning och att medarbetarna i verksamheten arbetar, planerar och följer upp verksamheten tillsammans. Av 5 § framgår att kommunerna och regionen ska sluta avtal om verksamhetens organisation (se kommentaren till den bestämmelsen). Skyldigheten har en geografisk avgränsning till kommunerna och regionen i ett län.

Den samordnade vård- och stödverksamheten ska genomföras i enlighet med kommuners och regioners skyldigheter enligt bl.a. förvaltningslagen (2017:900), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL. Kommunerna och regionerna ansvarar för att lagstadgade krav på verksamheten är uppfyllda, t.ex. att det finns någon som svarar för verksamheten enligt 4 kap. 2 § HSL och att det finns nödvändiga delegationsbeslut från berörda socialnämnder, enligt bl.a. 6 och 7 kap kommunallagen (2017:725).

Av *andra stycket* framgår att kommunerna och regionen ska i verksamheten erbjuda samordnade socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser. Det innebär att kommunerna och regionen ska tillgodose den enskildes behov av sådana insatser på ett samordnat sätt.

Med socialtjänstinsatser avses insatser som den enskilde har rätt till efter individuell behovsprövning eller insatser som utan individuell behovsprövning erbjuds en enskild med stöd av 11 kap. 1 och 5 §§ SoL. Insatserna ska tillgodose den enskildes personliga behov. De insatser som lämnas till paragrafens målgrupp är av olika slag och kan t.ex. avse stöd till den enskilde i boendet för att ha struktur på vardagen. Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade omfattas inte av paragrafen. Av förarbeten till socialtjänstlagen framgår att verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade inte anses vara socialtjänst i socialtjänstlagens mening (prop. 2024/25:89 s. 187).

Med hälso- och sjukvårdsinsatser avses sådana insatser som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, eller av den som biträder legitimerad personal i vården, för att medicinskt förebygga, utreda, och behandla sjukdomar och skador (2 kap. 1 § HSL och 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen [2010:659]).

Målgruppen för insatserna är personer som har särskilda behov av samordnade socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning. Alla psykiatriska diagnoser, inklusive skadligt bruk och beroende, kan leda till en psykisk funktionsnedsättning. Det är inte tillräckligt att den enskilde har en psykisk funktionsnedsättning för att denne ska anses ha ett behov av de insatser som verksamheten erbjuder. Den enskilde ska även ha ett särskilt behov av samordnade insatser under en längre tid. Det innebär att den enskildes behov är sådant att samordning av insatserna behöver ske med regelbundenhet över tid för att insatserna ska kunna genomföras och i förlängningen uppnå resultat. Det kan t.ex. handla om att en stabil boendesituation inte kan uppnås utan att psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingsinsatser ges integrerat med boendestöd eller liknande insatser.

Tredje stycket innehåller en bestämmelse som innebär att lagens bestämmelser om regioner även ska gälla för en kommun som inte tillhör någon region men som utför en regions uppgifter. I dagsläget är det endast Gotlands kommun som inte ingår i en region men som utför en regions uppgifter.

2 § Syftet med verksamheten är att främja enskildas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

I paragrafen anges syftet med vård- och stödverksamheten. Övervägandena finns i avsnitt 7.3.

Av paragrafen framgår att syftet med verksamheten är att främja enskildas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Det innebär att verksamheten på ett strukturerat och långsiktigt sätt ska arbeta för att komma till rätta med bl.a. bruk av substanser eller spelande, symtom från skadligt bruk eller beroenden som påverkar det psykiska och somatiska hälsotillståndet, enskildas boendesituation, sysselsättning, vardagsinnehåll och funktionsnivå.

3 § En vård- och stödsamordnare som ansvarar för att samordna insatserna ska utses för den enskilde.

Paragrafen innehåller en skyldighet för kommuner och regioner att utse vård- och stödsamordnare inom ramen för vård- och stödverksamheten. Övervägandena finns i avsnitt 7.2.

Av paragrafen framgår att enskilda som mottar insatser i vård- och stödverksamheten ska tilldelas en ansvarig vård- och stödsamordnare. Samordnaren har en koordinerande funktion och ansvarar för att utredning, planering och insatser genomförs (se kommentaren till 4 §). Samordnaren kan t.ex. kalla till möte om upprättande av en individuell plan för den enskilde och hålla i kontakter med andra verksamheter som kan erbjuda insatser som den enskilde har behov av. Samordnaren är kontaktperson för den enskilde och ser till att det finns en uppdaterad plan för den enskildes insatser. Samordnaren kan ha kontakt med anhöriga om den enskilde inte motsätter sig det.

En vård- och stödsamordnare behöver inte vara exempelvis sjuksköterska eller tillhöra någon annan kategori av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Även personer som tillhör andra yrkeskategorier som t.ex. socionomer och vårdare kan vara aktuella för uppdraget.

4 § Vid planering, samordning och genomförande av insatser i verksamheten ska hänsyn tas till den enskildes behov, resurser, sociala sammanhang och individuella mål.

Insatserna ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde.

I paragrafen regleras de enskildas inflytande över insatserna i vård- och stödverksamheten. Övervägandena finns i avsnitt 7.4.

Av *första stycket* framgår att det är den enskildes situation som är utgångspunkten när insatserna ska planeras, samordnas och genomföras. Att insatserna utgår från den enskildes behov förutsätter att medicinska och sociala behov blir tillräckligt utredda och att det finns tillgång till de

insatser som krävs för att möta behoven. Med en persons resurser avses t.ex. dennes egenskaper, erfarenheter, kunskaper och relationer som den enskilde kan använda för att uppnå återhämtning. Med socialt sammanhang avses närstående och andra personer som är viktiga för den enskilde. Med individuella mål avses det som personen själv vill sträva mot och som den enskilde upplever är möjligt att uppnå. Verksamheten ska dock inte arbeta utifrån mål som kan vara skadliga för den enskilde eller någon annan, oavsett om den enskilde uttrycker en sådan vilja.

Av *andra stycket* framgår även att insatserna så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med den enskilde. Att insatserna ska utformas i samråd med den enskilde innebär att de som utgångspunkt ska anpassas till dennes behov, önskemål och förutsättningar. Det kan handla om vilka insatser som ska erbjudas och när insatserna erbjuds. Att insatserna ska genomföras i samråd med den enskilde innebär att deltagandet är frivilligt och att denne även i övrigt bör ha stort inflytande över hur de genomförs. Om det finns hinder för den enskildes medverkan i utformning och genomförande av insatserna, t.ex. på grund av kognitiva svårigheter eller andra omständigheter, bör verksamheten sträva efter att inkludera personen i så hög utsträckning som möjligt.

Avtal om formerna för samverkan och utförande av uppgifter

5 § Kommunerna och regionen i ett län ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation.

Paragrafen innehåller bestämmelser om kommunernas och regionens skyldighet att avtala om verksamhetens organisation. Övervägandena finns i avsnitt 7.6.

I paragrafen anges att kommunerna och regionen i ett län ska avtala om formerna för samverkan, budget och organisation. Det kan t.ex. framgå av avtalet vilka tjänster som ska finnas i verksamheten, verksamhetens organisationsform och finansiering.

6 § Kommuner och regioner får ingå avtal med privaträttsliga organ eller fysiska personer om att utföra uppgifter enligt denna lag. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas.

Paragrafen innehåller bestämmelser om kommuners och regioners möjlighet att sluta avtal med andra aktörer om att dessa ska utföra uppgifter enligt lagen. Övervägandena finns i avsnitt 7.6.

Av paragrafen framgår att utförande av uppgifter som omfattar delar eller hela verksamheten kan överlämnas till privaträttsliga organ eller fysiska personer. Det innebär att kommuner och regioner kan ingå avtal med t.ex. bolag, föreningar, stiftelser eller enskilda individer om att dessa ska få utföra vissa eller alla uppgifter enligt lagen. Kommunen och regionen behåller dock ansvaret för de uppgifter som avtalet avser. Det innebär att det är den kommun eller region som överlämnar utförandet av en uppgift som har det övergripande ansvaret för att insatserna i verksamheten utförs enligt lagen och annan författning, som t.ex. hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Av avtalet behöver de särskilda

villkor som gälla för överlämnandet framgå. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas.

Verksamhetens kostnader

7 § Kostnaderna för verksamheten ska fördelas så att kommunerna och regionen i ett län står för hälften av kostnaderna vardera.

Kommunerna och regionen i ett län får avtala om en annan kostnadsfördelning än vad som anges i första stycket.

I paragrafen regleras kostnadsfördelningen mellan kommuner och regioner. Övervägandena finns i avsnitt 7.5.

Av *första stycket* framgår att huvudregeln är att kommunerna ska stå för hälften av kostnaderna och regionen för den andra hälften.

Av *andra stycket* framgår att kommunerna och regionen kan komma överens om en annan kostnadsfördelning än den som framgår av första stycket.

Avtalssamverkan

8 § Bestämmelser om att kommuner och regioner får ingå avtal om att någon av deras uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun respektive av en annan region finns i 9 kap. 37 § kommunallagen (2017:725).

Paragrafen innehåller en upplysning om kommunernas och regionernas möjlighet att sluta avtal. Övervägandena finns i avsnitt 7.7.

Paragrafen innehåller en upplysning om sådan avtalssamverkan som regleras i 9 kap. 37 § kommunallagen, förkortad KL. Det innebär att kommuner och regioner får ingå avtal om att uppgifter enligt lagen ska utföras av en annan kommun respektive en annan region, utan hinder av vad som anges i 2 kap. 1 § KL.

9 § En kommun och en region i ett län får ingå avtal om att uppgifter enligt denna lag som kommunen ansvarar för ska utföras av regionen eller att uppgifter enligt denna lag som regionen ansvarar för ska utföras av kommunen. Om en sådan överlåtelse sker ska föreskrifterna i denna lag gälla för den till vilken uppgiften överlåts.

Om en kommun och region har ingått avtal enligt första stycket får de komma överens om att uppdra åt en anställd i den kommun eller den region som åtagit sig att utföra uppgifter att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden (extern delegering). Möjligheten till extern delegering gäller med de begränsningar som följer av 6 kap. 38 § kommunallagen (2017:725). Vid sådan delegering tillämpas 7 kap. 4–8 §§ kommunallagen.

I paragrafen regleras regioners och kommuners möjlighet att avtals-samverka med varandra inom ramen för vård- och stödverksamheten samt delegera beslutanderätten i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden till en anställd i en region eller kommun. Övervägandena finns i avsnitt 7.7.

I *första stycket* införs en möjlighet till offentlighetslig samverkan i vård- och stödverksamheten som går utöver vad som anges i 9 kap. 37 § första stycket KL. Regleringen innebär att en kommun och regionen i ett län får ingå avtal om att uppgifter som kommunen ska utföra enligt lagen får

utföras av regionen och tvärtom, utan hinder av vad som anges i 2 kap. 2 § KL. Avtalssamverkan begränsas därmed inte till enbart uppgifter som faller inom de befogenheter som samtliga samverkande parter har. Med stöd av bestämmelsen kan alltså en region lämna över vissa uppgifter som ankommer på den inom ramen för vård- och stödverksamheten till en kommun, och tvärtom. Uppdragsgivaren behåller dock huvudmannaansvaret för de uppgifter som avtalssamverkan avser. Det innebär att det är den kommun eller region som överlämnar utförandet av en uppgift har det övergripande ansvaret för att insatserna i verksamheten utförs enligt lagen och annan författning, som t.ex. förvaltningslagen (2017:900), hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

I *andra stycket* införs en möjlighet till extern delegering, inom ramen för avtalssamverkan enligt första stycket, som går utöver vad som anges i 9 kap. 37 § andra stycket KL. Det innebär att kommuner och regioner får sinsemellan komma överens om att uppdra åt en anställd i den kommun eller den region som genom avtalssamverkan åtagit sig att utföra en viss uppgift, att besluta på regionens eller kommunens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Det innebär t.ex. att behovsprövning av en socialtjänstinsats enligt socialtjänstlagen kan hanteras av en anställd hos regionen med delegation från den kommun där den enskilde är bosatt. Vid extern delegering av ärenden gäller bestämmelserna om begränsningar av möjligheten till delegering av beslutanderätten, jäv, vidaredelegering, brukarmedverkan och anmälan av beslut (6 kap. 38 § och 7 kap. 4–8 §§ KL). I fråga om vem som ska anses som anställd ska den allmänna innebörden av anställningsbegreppet tillämpas enligt bl.a. lagen (1982:80) om anställningsskydd.

11.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus

1 § Om Inspektionen för vård och omsorg beslutar det, tillämpas denna lag vid en sådan enhet vid ett sjukhus som är särskilt inriktad på vård för *skadligt bruk och beroende* av beroendeframkallande medel.

Paragrafen reglerar hur lagen ska tillämpas. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Paragrafen ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ”skadligt bruk och beroende”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

2 § Den som är intagen för vård får inte inneha alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, något sådant medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Han *eller hon* får inte heller inneha injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av eller annan befattningsmedel med narkotika.

Paragrafen innehåller bestämmelser om förbud mot att inneha vissa medel, varor eller föremål. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Paragrafen ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ”bruk” och att ”eller hon” läggs till. Någon ändring i sak är inte avsedd.

3 § Verksamhetschefen får ställa följande villkor för att ta in någon på sjukhuset för vård av *skadligt bruk eller beroende* av beroendeframkallande medel, om det behövs för att hindra att patienten har tillgång till sådana medel, varor eller föremål som anges i 2 §. De villkor som avses är krav på

1. att patienten underkastar sig kroppsvisitation eller yttlig kroppsbesiktning,
2. att patienten medger undersökning av vad han *eller hon* innehar eller får sig tillsänt.

Paragrafen innehåller bestämmelser om villkor som får ställas på någon som tas in på sjukhus för vård av skadligt bruk eller beroende. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Paragrafen ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ”skadligt bruk eller beroende” och att ”eller hon” läggs till. Någon ändring i sak är inte avsedd.

11.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

21 § En patient får inte inneha

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

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, ska den omhändertas.

Paragrafen innehåller bestämmelser om förbud mot att inneha vissa medel, varor eller föremål samt om omhändertagande av sådan egendom. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Första stycket punkt 4 ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ordet bruk. Någon ändring i sak är inte avsedd.

24 § Om narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor *har* omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter *är intagna* för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av eller annan befattningsmed narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Paragrafen reglerar när viss egendom som omhändertagits eller påträffats utan känd ägare kan förstöras eller säljas. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Första stycket ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ordet bruk. Någon ändring i sak är inte avsedd. Övriga ändringar är också språkliga som inte innebär någon ändring i sak.

11.4 Förslaget 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 sådan verksamhet är att förebygga spridning av blodburna infektioner och 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.

Det som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

I paragrafen anges lagens innehåll, syftet med sprututbytesverksamheten och hur verksamheten ska bedrivas. Övervägandena finns i avsnitt 6.

Första stycket ändras på så sätt att sprututbytesverksamheten ska främja fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Det innebär ett ansvar för verksamheterna att erbjuda den enskilde hälso- och sjukvård eller förmedla kontakt med hälso- och sjukvården. Det kan även innebära att verksamheten behöver ge vissa andra stödinsatser för att den enskilde personen ska motiveras att ta emot hälso- och sjukvård. En stor del av de insatser som ges i verksamheten är hälso- och sjukvård enligt 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Själva utbytet av sprutor och kanyler är dock inte att betrakta som hälso- och sjukvård eftersom det inte är en vårdande eller behandlande insats (prop. 2016/17:15 s. 27).

Paragrafen ändras även språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ”skadligt bruk eller beroende”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

Sprututbytesverksamhet får bedrivas av regioner

2 § Sprututbytesverksamhet får bedrivas endast av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård.

Paragrafen reglerar förutsättningarna för regioner att bedriva sprututbytesverksamhet. Övervägandena finns i avsnitt 6.

Paragrafen ändras på så sätt att tillståndskravet för att bedriva sprututbytesverksamhet tas bort.

3 § *Regioner som bedriver sprututbytesverksamhet ska planera verksamheten så att den blir tillgänglig för och främjar fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika.*

I planeringen ska regionen samverka med kommuner och andra berörda aktörer.

Paragrafen är ny och anger hur regioner ska planera sin sprutbytesverksamhet. Övervägandena finns i avsnitt 6.

Paragrafen ändras på så sätt att den hittillsvarande regleringen, om krav på regionens ansökan om tillstånd att bedriva sprututbytesverksamhet, tas bort.

I *första stycket* införs ett krav på de regioner som bedriver sprututbytesverksamhet att planera verksamheten så att den blir tillgänglig för och främjar fysisk och psykisk hälsa hos personer med skadligt bruk eller beroende av narkotika. Det innebär att planeringen ska ge underlag för bedömningar om hur verksamheten kan göras tillgänglig för alla som behöver den. Det är viktigt att verksamheterna utformas så att personer inte väljer att avstå från besök därför att de upplever svårigheter av skilda slag, såsom stigma eller att de inte har möjlighet att resa för att besöka verksamheten. I planeringen kan ingå att bedöma tillgången till andra viktiga insatser såsom utdelning av naloxon, utbildning i hur naloxon används och utbildning i riskerna med olika preparat. Även bedömningar om hur hälsoundersökningar, hepatitbehandling och annan somatisk vård kan tillhandahållas för målgruppen samt hur fler bland dem som byter sprutor kan slussas in i läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO-behandling) kan ingå i planeringen.

I *andra stycket* införs en skyldighet för regioner att samverka med kommuner och andra berörda aktörer i planeringen av verksamheten.

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

21 kap.

1 § Sekretess gäller för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, *skadligt bruk och beroende*, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

Sekretessen gäller inte för uppgift

1. som avses i 35 kap. 1 § andra stycket andra meningen och 12 § femte stycket,
2. som förekommer i sådant mål eller ärende som anges i 36 kap. 1 §, eller
3. som tas in i ett beslut.

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

Paragrafen reglerar sekretessen för uppgifter som rör enskildas hälsa och sexualliv. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Första stycket ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ”skadligt bruk och beroende”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

25 kap.

12 § Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. har ett fortgående skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Paragrafen reglerar möjligheten för en myndighet inom hälso- och sjukvården att överlämna sekretessbelagda uppgifter till en annan sådan myndighet eller en myndighet inom socialtjänsten. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Första stycket punkt 2 ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med "skadligt bruk eller beroende". Någon ändring i sak är inte avsedd.

26 kap.

9 § Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,

2. har ett fortgående skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Paragrafen reglerar möjligheten för en myndighet inom socialtjänsten att överlämna sekretessbelagda uppgifter till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Första stycket punkt 2 ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med "skadligt bruk och beroende". Någon ändring i sak är inte avsedd.

11.6 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

6 kap.

5 § Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 12–14 §§ och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt uppmärksamma ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder, syskon eller styvsyskon, eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,

3. har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar,

4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp, eller

5. oväntat avlider.

Bestämmelser om skyldigheten att vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa genast anmäla det till socialnämnden finns i 19 kap. 1 och 2 §§ socialtjänstlagen (2025:400).

Paragrafen innehåller bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att uppmärksamma barns behov av information, råd och stöd i vissa situationer. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Första stycket punkt 3 ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ”skadligt bruk eller beroende”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

11.7 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

5 kap.

7 § Vårdgivaren ska utifrån ett barns behov erbjuda information, råd och stöd till barnet om barnets förälder, syskon eller styvsyskon, eller någon annan vuxen som barnet bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,

2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,

3. har ett *skadligt bruk eller beroende* av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar,

4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp, eller

5. oväntat avlider.

Paragrafen innehåller bestämmelser om vårdgivarens ansvar att uppmärksamma barns behov av information, råd och stöd i vissa situationer. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Första stycket punkt 3 ändras språkligt genom att ordet missbruk ersätts med ”skadligt bruk och beroende”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

7 kap.

2 d § *Regionen ska organisera hälso- och sjukvården för den som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar så att vården ges samordnat med annan psykiatrisk vård.*

Paragrafen är ny och innehåller en skyldighet för regionen att samordna hälso- och sjukvården för dem som har ett skadligt bruk eller beroende. Övervägandena finns i avsnitt 5.2.

Av paragrafen framgår att den hälso- och sjukvård som regionen ska erbjuda personer med skadligt bruk eller beroende ska organiseras så att vården ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Bestämmelsen innebär alltså att regionen ska utreda och diagnostisera både skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd, liksom att behandlingen av tillstånden samordnas om eller när samsjuklighet har konstaterats. Vården

ska säkerställa att en person med samsjuklighet får sina psykiatriska vårdbehov tillgodosedda trots symtom på skadligt bruk eller beroende.

Med hälso- och sjukvård avses detsamma som anges i 2 kap. 1 §. Annan psykiatrisk vård avser hälso- och sjukvård som erbjuds personer med psykiatriska tillstånd, som t.ex. depression, ångestsyndrom eller olika neuropsykiatriska tillstånd. Skadligt bruk innebär en användning av substanser som skadar hälsan. Ett beroende kännetecknas av bl.a. kontrollförlust och somatisk tillvänjning, fortsatt intag eller bruk trots kontrollförlust.

Innebörden av begreppen alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel är densamma som i 16 kap. 3 §. Av förarbetena till den bestämmelsen framgår bl.a. att andra beroendeframkallande medel kan vara vissa flyktiga lösningsmedel, såsom thinner och lim (prop. 2012/13:77 s. 50). Ett beroendeframkallande medel kan omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor under förutsättning att varan är beroendeframkallande. Det kan också uppkomma nya medel i framtiden som kan vara beroendeframkallande. När det gäller läkemedel och dopningsmedel omfattas sådana medel av paragrafen oavsett om de är beroendeframkallande eller inte.

2 e § 1 lagen (2027:000) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om samordnad vård- och stödverksamhet.

Paragrafen är ny och innehåller en upplysning om lagen (2027:000) om samordnad vård- och stödverksamhet. Övervägandena finns i avsnitt 7.

16 kap.

3 § Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om att samverka i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar,
3. barn och unga som inte har fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet eller är placerade eller vistas i ett skyddat boende, och
4. personer som har fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Paragrafen innehåller bestämmelser om regionens skyldighet att ingå överenskommelse med kommunen om samverkan i fråga om vissa grupper. Övervägandena finns i avsnitt 5.5.1.

Ändringen i inledningen av *första stycket* är endast språklig och utgör en anpassning till motsvarande bestämmelse i socialtjänstlagen.

Ändringen i *punkt 2* är endast språklig och innebär att ordet missbruk ersätts med ”skadligt bruk eller beroende”. Någon ändring i sak är inte avsedd.

Ändringarna i *punkt 3* innebär ett förtydligande om att bestämmelsen avser barn och unga som ännu inte har fyllt 21 år.

Av *punkt 4*, som är ny, framgår att kravet på samarbete omfattar personer som fyllt 21 år och som vårdas utanför det egna hemmet. Med vård utanför

det egna hemmet avses vård vid alla boenden utanför det egna hemmet med stöd av socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL.

4 § Om en enskild har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och 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 att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas *genast*.

Planen ska upprättas tillsammans med den enskilde när det är möjligt. Närtstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå

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

Paragrafen innehåller bestämmelser om förutsättningar för och innehållet i en individuell plan. Övervägandena finns i avsnitt 5.5.

Ändringarna i paragrafen är endast språkliga och innebär en anpassning till hur motsvarande bestämmelse i 7 kap. 2 § SoL är utformad. Någon ändring i sak är inte avsedd.

5 § Om en individuell plan ska upprättas enligt 4 § för en person som tas emot i ett hem för vård eller boende, ska regionen inom fyra veckor från det att regionen tog emot en underrättelse enligt 9 kap. 10 a § socialtjänstlagen (2025:400) ange i planen vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde har behov av och hur de ska genomföras och följas upp.

Första stycket gäller inte för en person som tas emot i ett hem som avses i 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller i ett hem som avses i 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

Paragrafen, som är ny, innehåller en skyldighet för regionen att planera, genomföra och följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser för personer som vårdas eller bor i ett hem för vård eller boende (hvb). Övervägandena finns i avsnitt 5.5.2.

Av första stycket framgår att om en individuell plan ska upprättas enligt 4 § för en person som tas emot i ett hvb, ska regionen inom fyra veckor från det att regionen tog emot en underrättelse enligt 9 kap. 10 a § SoL ange i planen vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde har behov av och hur de ska genomföras och följas upp (se kommentaren till 9 kap. 10 a § SoL). Om regionen inte uppfyller dessa skyldigheter kan regionen bli ersättningsskyldig enligt 6 § (se kommentaren till den bestämmelsen).

Planeringen ska göras med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser, t.ex. 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

I andra stycket undantas placeringar på sådana särskilda ungdomshem och LVM-hem som drivs av Statens institutionsstyrelse, enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga respektive 22 och 23 §§ lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, från regionens skyldighet i första stycket.

6 § Om regionen inte uppfyller sin skyldighet enligt 5 § första stycket har kommunen, om inte annat avtalats, rätt till ersättning från regionen med ett belopp som motsvarar 40 procent av genomsnittskostnaden i landet för ett vård dygn i hem för vård eller boende. Ersättning ska lämnas per dygn till dess att regionen uppfyller sin skyldighet eller till dess placeringen upphör.

Paragrafen, som är ny, innehåller en ersättningsskyldighet för regionen. Övervägandena finns i avsnitt 5.5.3.

Av *paragrafen* framgår att regionen ska ersätta kommunen om regionen inte fullgör sin skyldighet enligt 5 § första stycket för den som tagits emot i ett hvb. Det innebär att regionen blir ersättningsskyldig om den inte fullgör sitt ansvar att inom fyra veckor ange i planen vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde har behov av och hur de ska genomföras och följas upp (se kommentaren till 5 §).

Regioner och kommuner kan också komma överens om hur hälso- och sjukvårdsbehovet för enskilda som tagits emot i ett hvb ska tillgodoses. Det kan innebära att ersättningsansvaret avtalas bort eller regleras på annat sätt i ett avtal. En överenskommelse om hälso- och sjukvård för enskilda som tas emot i ett hvb och ersättningsfrågor kopplade därtill kan integreras i sådana överenskommelser om samverkan som regioner och kommuner ska ingå enligt 3 § respektive 7 kap. 2 § SoL.

Enligt paragrafen ska ersättning lämnas i form av ett schablonbelopp med 40 procent av den genomsnittliga dygnskostnaden för placering i ett hvb. Ersättningen ska lämnas per dygn och under den tid som placeringen pågår eller fram till dess att regionen fullgjort sina åtaganden.

18 kap.

Underrättelseskyldighet i fråga om skadligt bruk och beroende

1 § Om en nämnd som utövar ledning enligt 7 kap. 1 § eller 11 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för *skadligt bruk och beroende* eller att ändringar sker i *användningsmönstret* av kända medel, ska nämnden *genast* anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

I paragrafen regleras regionens underrättelseskyldighet till Folkhälsomyndigheten. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Ändringarna innebär att ordet missbruksändamål ersätts med ”skadligt bruk och beroende” och ordet missbruksmönster ersätts med ordet användningsmönstret. Ändringarna är endast språkliga och någon ändring i sak är inte avsedd.

11.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (2018:649) om förbud mot innehav av berusningsmedel m.m. vid hem för vård eller boende

2 § Den som förestår verksamheten vid hemmet får besluta att de som vårdas där inte får inneha

1. alkoholhaltiga drycker,
2. andra berusningsmedel,

3. injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av eller annan befattning med narkotika, eller

4. någon annan egendom som kan skada den som vårdas eller någon annan eller äventyra säkerheten vid hemmet.

Paragrafen innehåller bestämmelser om att de som förestår verksamheten vid ett hvb kan besluta att enskilda inte får inneha viss egendom. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Tredje punkten ändras genom att ordet missbruk ersätts med ordet bruk. Någon ändring i sak är inte avsedd.

11.9 Förslaget till lag om ändring i socialtjänstlagen (2025:400)

7 kap.

2 § Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om att samverka i fråga om

– barn och unga *som inte har fyllt 21 år* som vårdas utanför det egna hemmet eller som är placerade *eller vistas* i ett skyddat boende,

– personer med psykisk funktionsnedsättning,

– personer som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, *och*
– *personer som har fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.*

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa grupper av personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Paragrafen reglerar kommunens skyldighet att ingå en överenskommelse med regionen om samverkan i fråga om vissa grupper. Övervägandena finns i avsnitt 5.5.

Ändringen i *första stycket första strecksatsen* innebär ett förtydligande om att det är barn och unga som ännu inte har fyllt 21 år som avses.

Av fjärde strecksatsen, som är ny, framgår att kravet på samverkan omfattar vuxna som har fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.

2 a § *I lagen (2027:000) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om samordnad vård- och stödverksamhet.*

Paragrafen är ny och innehåller en upplysning om bestämmelserna om samordnad vård- och stödverksamhet i lagen (2017:000) om samordnad vård- och stödverksamhet. Övervägandena finns i avsnitt 7.

9 kap.

10 a § *När socialnämnden fattar beslut om att en enskild ska tas emot i ett hem för vård eller boende ska nämnden genast underrätta regionen om beslutet och kalla till möte om en individuell plan enligt 10 kap. 8 §.*

Paragrafen, som är ny, innehåller vissa skyldigheter för socialnämnden i samband med att den fattar beslut om att en enskild ska tas emot i ett hvb. Övervägandena finns i avsnitt 5.5.2.

Av paragrafen framgår att socialnämnden genast ska underrätta regionen om beslutet att en enskild ska tas emot i ett hvb och samtidigt kalla till möte om en individuell plan enligt 10 kap. 8 §. Det innebär att underrättelsen till regionen ska hanteras skyndsamt efter det att beslutet har fattats av socialnämnden.

Underrättelseskyldigheten ska endast avse begränsad information om själva beslutet om placering. Därtill måste som regel informeras om den enskildes namn, personnummer och folkbokföringsadress. Underrättelsen är en förutsättning för att den enskilde ska kunna erbjudas den hälso- och sjukvård som regionen är skyldig att tillhandahålla enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Enligt 16 kap. 5 § första stycket HSL, ska regionen tillsammans med kommunen ta fram en individuell plan inom fyra veckor efter socialnämndens underrättelse (se kommentaren till den bestämmelsen).

Enligt 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, gäller sekretess inom socialtjänsten för uppgift om enskilds personliga förhållanden. Underrättelseskyldigheten i bestämmelsen har därför en sekretessbrytande effekt enligt 10 kap. 28 § OSL. Uppgifterna som lämnas över omfattas dock enligt 25 kap. 1 § OSL av sekretess hos den mottagande regionen.

15 kap.

6 § Om socialnämnden i sin verksamhet har uppmärksammat något som tyder på att det förekommer skadligt bruk eller beroende av nya medel eller att ändringar sker i *användningsmönstret av kända medel för skadligt bruk eller beroende*, ska nämnden genast underrätta Folkhälsomyndigheten om det.

I paragrafen regleras regionens underrättelseskyldighet till Folkhälsomyndigheten. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

Ändringen innebär att ordet *mönstret* ersätts med ordet *användningsmönstret*. Någon ändring i sak är inte avsedd.

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

Bilaga 1

Det behövs en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet som också förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende. Syftet med utredningens uppdrag är att lämna förslag som bidrar till att insatserna till målgruppen blir mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade. Detta ska också vara syftet med den föreslagna reformen. Reformen som ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering består av tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys vi presenterar i det här betänkandet.

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

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

Regionernas hälso- och sjukvård ska behandla skadligt bruk och beroende

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

Behandlingen ska samordnas med behandling av andra psykiatriska tillstånd

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

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

Utredningen konstaterar att LARO (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende) har god effekt för tillfrisknande och minskad dödlighet hos målgruppen för behandlingen, och att den rekommenderas i nationella

riktlinjer. Samtidigt innebär den risker, särskilt för personer som inte finns i behandling men får tillgång till preparaten genom vidareförmedling. Utredningen föreslår därför ett uppdrag till Socialstyrelsen inriktat på kunskapsstöd, uppföljning och viss utredning. Syftet med uppdraget ska vara att bidra till att tillgängligheten till behandlingen ökar, samtidigt som vidareförmedling från programmen minskar.

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

Socialtjänstens uppdrag inriktas på fyra områden

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

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

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

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

Utifrån uppgifter som framkommit i enkätsvar från kommuner och HVB-hem, och genom intervjuer med kommuner om placering på och upphandling av sådana hem, drar vi slutsatsen att hemmen både idag och med en ny ansvarsfördelning främst tillhandahåller socialtjänstinsatser. Socialtjänsten ska därför ha fortsatt ansvar för placering på hem för vård eller boende (HVB) både för barn och för vuxna, men definitionen av HVB i socialtjänstförordningen anpassas till vårt förslag om socialtjänstens uppdrag. Utredningen konstaterar dock att det är av avgörande betydelse att den enskilde får sitt hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosett under placeringen och att detta inte sker i tillräcklig grad i dag. Därför ska regionens ansvar för sådana insatser, vilket med vårt förslag även inkluderar behandling för skadligt bruk eller beroende, förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs under placeringen inträder betalningsansvar enligt en schablon. Regionernas ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser gäller dock inte för sådana hem som bedrivs av Statens Institutionsstyrelse. Skälet är att utredningen bedömer att förändringar av ansvarsförhållanden inom den verksamheten kan få konsekvenser för rättssäkerhet och samhällsskydd och därför bör utredas i särskild ordning.

Samordnad vård- och stödverksamhet för dem med störst behov

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

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

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

ordinarie strukturer, där ofta många insatser i öppen och slutenvård prövats och där samordningsverktyg som SIP eller fast vårdkontakt inte är tillräckligt. Verksamheten ska regleras i en ny särskild lag. Bilaga 1

Fokus på kompetensförsörjningen är nödvändigt

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

Stöd till införande och uppföljning

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

Betänkandets lagförslag

Förslag till lag om samordnad vård- och stödverksamhet

Häri genom föreskrivs följande.

1 § Regionen och kommunerna i länet ska gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

2 § Verksamheten ska bedriva hälso- och sjukvård och socialtjänst.

3 § Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från deltagarens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor.

4 § Den samordnade vård- och stödverksamheten ska innehålla

1. uppsökande arbete,
2. socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser, och
3. samordning av insatser.

Verksamheten ska på lämpligt sätt ta tillvara kompetens hos personer med egen erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning.

5 § Deltagare i verksamheten ska tilldelas en vård- och stödsamordnare som ansvarar för att samordna insatserna.

6 § Vid planering, samordning och genomförande av insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten ska hänsyn tas till deltagarnas individuella mål, behov och resurser. Deltagarna ska ha inflytande över vilka insatser som ges.

7 § Avgift får inte tas ut för hälso- och sjukvård som bedrivs enligt denna lag.

8 § Kostnaderna mellan en region och kommunerna i länet ska fördelas så, att regionen står för hälften av kostnaderna och kommunerna i länet för den andra hälften, om inte annat avtalats enligt 9 §.

9 § Regionen och kommunerna i länet ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation. Om en region och kommunerna i länet kommer överens om det, får avtalas om annan kostnadsfördelning än vad som anges i 8 §.

Regionerna och kommunerna kan sluta avtal med annan att utföra uppgifter enligt denna lag. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till enskild.

10 § En kommun eller en region får ingå avtal om att någon av dess uppgifter enligt denna lag helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan). Sådan avtalssamverkan hindras inte av kravet i 2 kap. 2 § kommunallagen (2017:725) att kommuner och regioner inte får ha hand om sådana angelägenheter som en annan kommun eller en annan region ska ha hand om. Bilaga 2

Kommuner och regioner får komma överens om att uppdra åt en anställd i den andra kommunen eller den andra regionen att besluta på kommunens eller regionens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

11 § Verksamheten ska löpande följas upp mot syftet i 3 §. Deltagarna i verksamheten ska ges möjlighet att medverka i uppföljningen.

12 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om mål och kriterier för uppföljning, fördelning av kostnader mellan region och kommuner samt meddela ytterligare föreskrifter som behövs till skydd för enskilda.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025

Förslag till lag om ändring i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

att 3, 16, 20 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹

Vård *skall* också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom *missbruk* av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård *skall* också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.

Vård *ska* också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom *skadligt bruk eller beroende* av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Vård *ska* också beslutas om den som dömts till sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken vid verkställighetens slut bedöms vara i uppenbart behov av fortsatt vård för att inte löpa sådan risk som avses i första stycket.

16 §²

Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattningsmedel narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, *skall* den omhändertas.

Den som omfattas av bestämmelserna i 15 § får inte inneha narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor eller injektionssprutor, kanyler eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av, eller annan befattningsmedel narkotika. Den unge får inte heller inneha något annat som kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet. Om sådan egendom påträffas, *ska* den omhändertas.

¹ Senaste lydelse 2006:896.

² Senaste lydelse 2005:468.

Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 16 eller 19 § eller har sådan egendom påträffats inom ett hem för särskilt noggrann tillsyn utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska Statens institutionsstyrelse låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Detsamma ska gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattning med narkotika.

Detsamma ska gälla i fråga om injektionssprutor, kanyler och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av, eller annan befattning med, narkotika.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

³ Senaste lydelse 2019:358.

Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

att 21 och 24 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

21 §¹

En patient får inte inneha

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor,

2. sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel,

3. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen,

4. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattningsmedel narkotika, eller

5. annan egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, ska den omhändertas.

24 §²

Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter intagits för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller

Har narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel eller sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor omhändertagits enligt 21 eller 22 § eller har sådan egendom påträffats där patienter intagits för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, ska chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkohol m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller

¹ Senaste lydelse 2014:522.

² Senaste lydelse 2019:359.

kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *missbruk* av eller annan befattningsmedel med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, och i fråga om andra föremål som är särskilt ägnade att användas för *bruk* av eller annan befattningsmedel med narkotika.

Bilaga 2

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

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2002:453)

dels att rubriken närmast före 5 kap. 9 § ska ha ändrad lydelse,

dels att 3 kap. 6 b och 7, 5 kap. 1, 9, 9 a och 10, 6 kap. 1, 8 kap. 1, 12 kap. 9 samt 16 kap. 10 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas nya paragrafer i 2 kap. 8 § och 6 kap. 1 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

8 § I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva sådan verksamhet.

5 kap.

Missbrukare

Personer med skadligt bruk eller beroende

9 §

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

Socialnämnden ska verka för att människor som på grund av skadligt bruk eller beroende möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra.

Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.

10 §¹

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder eller skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroende-

¹ Senaste lydelse 2009:549.

6 kap.

1 §²

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett

1. familjehem,
2. hem för vård eller boende, eller
3. stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år (stödboende). Barn i åldern 16–17 år får tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl.

Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

*Regionen ansvarar, enligt 8 kap.
12 § hälso- och sjukvårdslagen
(2017:30) för att den som tagits
emot i ett hem för vård eller boende
erbjuds en god hälso- och sjukvård.*

Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön.

*1 a § När kommunen fattar beslut
om placering i ett hem för vård
eller boende ska kommunen
samtidigt underrätta regionen om
beslutet och kalla till möte om
individuell plan enligt 2 kap. 7 §.
En sådan plan ska upprättas om det
inte är uppenbart obehövligt.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

² 2015:982.

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 samt 7 §§ ska upphöra att gälla,

dels att rubriken närmast före 2 § ska ha ny lydelse samt att rubriken före 7 § ska utgå,

dels att 1, 2, 3 samt 6 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §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 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.*

Sprututbytesverksamheten ska bedrivas på ett sådant sätt att den enskilde kan motiveras för vård och behandling.

Det som i lagen sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

Tillstånd att bedriva verksamhet med utbyte av sprutor och kanyler

Sprututbytesverksamhet ska bedrivas av regionen

2 §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 *ska* bedrivas av regioner inom ramen för deras hälso- och sjukvård.

3 §³

Innan en ansökan om tillstånd ges in, ska samråd ske mellan regionen och samtliga kommuner inom regionen.

Regionen ska planera för hur sprututbytesverksamheten ska göras tillgänglig och hur den ska främja psykisk och fysisk hälsa hos

¹ Senaste lydelse 2019:924.

² Senaste lydelse 2019:924.

³ Senaste lydelse 2019:924.

personer med skadligt bruk och beroende av narkotika. Bilaga 2

I ansökan ska regionen redovisa hur behovet av avgiftning och vård av missbrukare kommer att tillgodoses. I planeringen ska regionen samverka med kommuner och andra berörda aktörer.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

att 21 kap. 1, 25 kap. 12 samt 26 kap. 9 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

21 kap.

1 §

Sekretess gäller för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, missbruk, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

Sekretess gäller för uppgift som rör en enskilds hälsa eller sexualliv, såsom uppgifter om sjukdomar, *skadligt bruk eller beroende*, sexuell läggning, könsbyte, sexualbrott eller annan liknande uppgift, om det måste antas att den enskilde eller någon närstående till denne kommer att lida betydande men om uppgiften röjs.

Sekretessen gäller inte för uppgift

1. som avses i 35 kap. 1 § andra stycket andra meningen och 12 § femte stycket,

2. som förekommer i sådant mål eller ärende som anges i 36 kap. 1 §, eller

3. som tas in i ett beslut.

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

25 kap.

12 §¹

Sekretessen enligt 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ hindrar inte att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1 inte har fyllt arton år,

2. fortgående *missbrukar* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

2. *har ett* fortgående *skadligt bruk eller beroende av* alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:11:28) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:11:29) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntande barnet.

Sekretessen enligt 1 § hindrar inte att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1 inte har fyllt arton år,

2. fortgående *missbrukar* alko- 2. *har ett* fortgående *skadligt*
hol, narkotika eller flyktiga *bruk eller beroende av* alkohol,
lösningsmedel, eller narkotika eller flyktiga lösnings-
medel, eller

3. vårdas med stöd av lagen (1991:11:28) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntande barnet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

² Senaste lydelse 2013:406.

Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659) att 6 kap. 5 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

5 §¹

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 12–14 §§ och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- 1 har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
3. är *missbrukare* av alkohol eller 3. *har ett skadligt bruk eller*
något annat beroendeframkallande *beroende* av alkohol eller något
medel, eller annat beroendeframkallande
medel, 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.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Bilaga 2

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)
att 6 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

1 §

Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Insatser till personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel eller spel om pengar ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 5 kap. 7, 16 kap. 3 samt 18 kap. 1 §§ och att rubriken närmast före 18 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas nya paragrafer, 7 kap. 4 a, 8 kap. 11, 8 kap. 12, samt 16 kap. 4 a §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

5 kap.

7 §¹

Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
3. har ett *missbruk* av alkohol, 3. har ett *skadligt bruk eller annat beroendeframkallande medel beroende av alkohol, annat eller spel om pengar, eller* 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.

7 kap.

4 a § I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om regionens skyldighet att gemensamt med kommunerna bedriva en sådan verksamhet.

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 med annan psykiatrisk vård.

12 § Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i ett sådant hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen.

Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.

16 kap.

3 §²

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och
2. personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och
3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

4 a § Om regionen inte fullgjort sina åtaganden enligt 8 kap. 12 § tredje stycket, ska regionen, om inte annat avtalats, lämna ersättning till kommunen.

Ersättning ska lämnas med ett belopp som motsvarar 40 procent av genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i hem för vård eller boende till dess regionen fullgjort sina åtaganden i 8 kap. 12 § tredje

² Senaste lydelse 2019:973.

stycket eller till dess placeringen upphör.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om den ersättning som avses i första stycket.

Underrättelseskyldighet i fråga om missbruk

Underrättelseskyldighet i fråga om skadligt bruk eller beroende

18 kap.

1 §

Om en nämnd som utövar ledning enligt 7 kap. 1 § eller 11 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för *missbruksändamål* eller att ändringar sker i *missbruksmönster* av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Om en nämnd som utövar ledning enligt 7 kap. 1 § eller 11 kap. 1 § i sin verksamhet iakttagit något som tyder på att nya medel används för *skadligt bruk eller beroende* eller att ändringar sker i *användningsmönstret* av kända medel, ska nämnden utan dröjsmål anmäla detta till Folkhälsomyndigheten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2025.

Efter remiss har yttranden kommit in från Akademikerförbundet SSR, Barnombudsmannen, Bodens kommun, Brukarföreningen Stockholm, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Diskrimineringsombudsmannen, Domstolsverket, Enköpings kommun, Fagersta kommun, Falu kommun, Famna – Riksorganisationen för idéburen välfärd och Fremia, Filipstads kommun, Finspångs kommun, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Frälsningsarmén i Sverige, Funktionsrätt Sverige, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Förvaltningsrätten i Göteborg, Förvaltningsrätten i Karlstad, Förvaltningsrätten i Malmö, Förvaltningsrätten i Umeå, Göteborgs kommun, Göteborgs universitet (Samhällsvetenskapliga fakultetsnämnden), Hylte kommun, Härnösands kommun, Inspektionen för vård och omsorg, Integritetsskyddsmyndigheten, IOGT-NTO, Justitiekanslern, Jämställdhetsmyndigheten, Järfälla kommun, Jönköpings kommun, Kammarrätten i Jönköping, Kammarrätten i Stockholm, Karlskoga kommun, Karolinska institutet, Kriminalvården, Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor, Kungsbacka kommun, Lunds universitet (Juridiska fakulteten och Medicinska fakulteten samt Samhällsvetenskapliga fakulteten), Malmö kommun, Mora kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Narkotikapolitiskt Center, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Norrtälje kommun, Ockelbo kommun, Oskarshamns kommun, Polismyndigheten, Psykologförbundet, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro län, Region Östergötland, Riksförbundet Attention, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner, Rädda Barnen, Skövde kommun, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens institutionsstyrelse, Statens medicinsk-etiska råd, Statistiska centralbyrån, Statskontoret, Stockholms kommun, Stockholms universitet (Juridiska fakulteten och Samhällsvetenskapliga fakulteten), Storfors kommun, Storumans kommun, Strängnäs kommun, Sundsvall kommun, Svenljunga kommun, Svensk Förening för Barn- och Ungdomspsykiatri, Svensk förening för beroendemedicin, Svenska Psykiatriska Föreningen, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Landsråd för alkohol och narkotikafrågor, Sveriges Läkarförbund, Sölvesborgs kommun, Tingsryds kommun, Tomelilla kommun, Umeå kommun, Uppsala universitet (Juridiska fakulteten och Samhällsvetenskapliga fakulteten), Vellinge kommun, Verdandi, Vingåkers kommun, Vision, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Västerås kommun, Västra Götalandsregionen, Åklagarmyndigheten och Överkalix kommun.

Därutöver har yttranden inkommit från Andre Lange, Autism- och Aspergerförbundet, Equal, Föräldraföreningen mot narkotika, Karlstads

kommun, Katrineholms kommun, Kramfors kommun, Kommunalförbundet Sjukvård- och omsorg i Norrtälje, Maria Eriksson, NSPH Uppsala län, Qjouren, Riksförbundet narkotikafritt samhälle, Schizofreniförbundet, Strömstads akademi, Svensk förening för allmänmedicin, Svenska läkarsällskapet, Timrå kommun, Utan skyddsnät och Ypos.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna några synpunkter. Barnens rätt i samhället, Barnrättsbyrån, Borgholms kommun, Convictus, Erikastiftelsen, Forum – idéburna organisationer med social inriktning, Fysioterapeuterna, Föreningen Sveriges Socialchefer, Håbo kommun, Karlshamns kommun, Kriminellas revansch i samhället, Krokoms kommun, Laxå kommun, Lessebo kommun, Linköpings kommun, Mind, Nationella nätverket för samordningsförbund, Nordanstigs kommun, Pensionärernas Riksorganisation, Riksdagens ombudsmän, Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare, Rättviks kommun, Röda Korset, Stiftelsen allmänna barnhuset, Svenska Kommunalarbetareförbundet, Svenska Vård, Sveriges Fontänhus, Vetlanda kommun och Åre kommun.

Sammanfattning av betänkandet Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5) i relevanta delar

Ansaret för HVB och andra placeringar utanför hemmet ska förtydligas

I dag gäller att regionen där personen är bosatt ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser till barn och unga och vuxna som är placerade utanför hemmet av socialtjänsten. Vi lämnar förslag som innebär att regionens ansvar förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen. När det gäller hälso- och sjukvårdsansvaret i HVB, som är en vanlig insats till personer med skadligt bruk eller beroende, och där det bedrivs psykosociala behandlingsinsatser, föreslår vi en särskild reglering. Den beskrivs i avsnitt 9.4 i delbetänkandet och innebär att HVB även fortsättningsvis är en socialtjänstinsats, men att de personer som vistas där ofta har ett stort behov av sådan hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för. Förslagen i delbetänkandet innebär att kommunen ska kalla till en samordnad individuell planering inför placering på HVB så att regionen får möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsinsatserna. Den innebär också att om regionen inte tar sitt ansvar, för att bedöma vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs och hur de ska tillgodoses, får de betala en avgift till kommunen under placeringen. Utredningen Under arbetet med slutbetänkandet har det framkommit att det även med förslag kan uppstå oklarheter kring hur det gemensamma ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser under HVB ska hanteras i praktiken. Därför föreslår vi att det ska finnas en lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om hälso- och sjukvårdsansvaret vid placering utanför det egna hemmet. Men vi bedömer även att det i praktiken kommer krävas att region och kommun bedriver HVB tillsammans eller gör gemensamma upphandlingar. Med en sådan lösning anser vi att det är rimligast att hemmet utför de psykosociala behandlingsinsatserna. Det förutsätter att verksamheten är vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen.

Våra förslag och bedömningar gäller både barn och unga och vuxna. När det gäller barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshemmen menar vi dock att det behövs särskild lagreglering, för att de ska få den hälso- och sjukvård de är i behov av. Vi gör i det här betänkandet en bedömning av hur den regleringen skulle kunna se ut.

Regioners hälso- och sjukvårdsansvar ska gälla för alla som är placerade utanför egna hemmet

Som framgår ovan föreslog utredningen i delbetänkandet att regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer placerade på HVB ska förtydligas. Flera remissinstanser har påpekat att föreslagen bestämmelse kan ge intrycket av att regionen inte ansvarar för hälso- och

sjukvårdsinsatser till personer som är placerade utanför egna hemmet i andra former än HVB, till exempel i ett familjehem. Eftersom det inte är detta som är avsett med bestämmelsen, föreslår vi att det ska ändras så att det framgår att regionen har ansvar för alla som är placerade utanför egna hemmet. Det betalningsansvar vi föreslår ska träda in om inte regionen tar ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatserna föreslås däremot fortsatt endast omfatta HVB.

Skyldigheten att teckna överenskommelser om vård utanför det egna hemmet ska förstärkas

Även om vi konstaterat att HVB ska anses vara en socialtjänstinsats är behandlingsinsatser som hälso- och sjukvården ansvarar för viktiga för personer med skadligt bruk eller beroende under institutionstiden. Eftersom det även fortsättningsvis kommer vara två huvudmän som ansvarar för olika delar av de samlade vård- och stödinsatserna som ges till personer som vårdas utanför det egna hemmet, är samverkan nödvändig. Även förslaget att regionen ska ha ett betalningsansvar om de inte tar ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB, ställer krav på att det finns en samsyn exempelvis i kvalitetsfrågor och gemensamma rutiner för samverkan inför sådana placeringar.

Vi föreslår därför att regionen och kommunen ska ingå en överenskommelse om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för vuxna med skadligt bruk och beroende, eller andra psykiatriska tillstånd, som vårdas utanför det egna hemmet. Skyldigheten att ingå överenskommelser ska omfatta all vård utanför det egna hemmet enligt socialtjänstlagen. I praktiken kommer det dock vara särskilt angeläget att fokusera på insatserna vid en HVB-placering, eftersom det är verksamheter som i dag bedriver behandling och som därför påverkas särskilt av det förändrade huvudmannaskapet som vi föreslår.

Bestämmelsen vi föreslår ska gälla personer som fyllt 21 år. Skälet till det är att det redan finns bestämmelser om att region och kommun ska ingå överenskommelser om hälso- och sjukvård när barn och unga placeras utanför hemmet. I kapitel 6 utvecklar vi vikten av att sådana ingås just när det gäller barn och unga.

Gemensamma verksamheter och upphandlingar

Efter att ha tagit del av remissinstansernas synpunkter och fört en fortsatt dialog med socialtjänst och hälso- och sjukvård drar vi slutsatsen att ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvård respektive socialtjänstinsatser under en hvb-placering som regel inte kan lösas på något annat sätt än genom gemensamma upphandlingar eller gemensam drift av hvb. Vi anser också att behandling för det skadliga bruket eller beroendet och andra psykiatriska tillstånd i många fall måste ges av hvb-verksamheten. Det innebär att hemmet måste vara vårdgivare enligt patientsäkerhetslagen. Därför bedömer vi även att en ansökan eller anmälan till IVO om att bedriva hvb ska innehålla en upplysning om verksamheten även avser bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Behovet av ett gemensamt ansvarstagande är särskilt stort när vården sker under öppen psykiatrisk tvångsvård och när det gäller HVB-hem för barn och unga. Bilaga 4

Hälso- och sjukvård för barn och unga på särskilda ungdomshem behöver regleras

Bland barn och unga som är placerade på särskilda ungdomshem enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga finns en omfattande psykiatrisk problematik. Skadligt bruk är vanligt, liksom samsjuklighet mellan olika psykiatriska tillstånd. På särskilda ungdomshem saknas som regel förutsättningar för att ge specialiserad psykiatrisk vård. Vi bedömer därför att för att dessa barn och unga ska få de hälso- och sjukvårdsinsatser de har behov av krävs tydligare ansvarsfördelning genom förändrad lagstiftning. Det kan till exempel ske genom reglering av hälso- och sjukvårdsansvaret för SiS, hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen där barnet eller den unge är bosatt (hemregionen) och hälso- och sjukvårdsansvaret för regionen där ungdomshemmet är beläget (vistelseregionen). I kapitel 6 utvecklar vi närmare vad en sådan reglering skulle kunna omfatta. Frågan är bredare än vårt uppdrag som avgränsas till skadligt bruk och beroende och vi bedömer därför att dessa frågor behöver utredas i särskild ordning.

Ikraftträdande och genomförande

I kapitel 12 föreslår vi att lagändringar i delbetänkandet SOU 2021:93 och i detta betänkande ska träda i kraft den 1 januari 2026.

Betänkandets lagförslag i relevanta delar

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

Härigenom föreskrivs i fråga om socialtjänstlagen (2002:453)

dels att 2 kap. 7 § och 6 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas nya paragrafer, 2 kap. 8 och 9 §§ och 5 kap. 9 b § och närmast före 5 kap. 9 b § ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

8 §¹

Förslag enligt SOU 2021:93

I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva sådan verksamhet.

Föreslagen lydelse

I lagen (0000:00) om samordnad vård- och stödverksamhet finns bestämmelser om kommunens skyldighet att gemensamt med regionen bedriva sådan verksamhet.

Kommunen ska ingå en överenskommelse med regionen om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för personer som fyllt 21 år som vårdas utanför det egna hemmet.

6 kap.

1 §²

Socialnämnden ska sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett

1. familjehem,
2. hem för vård eller boende, eller
3. stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år (stödboende).

Barn i åldern 16–17 år får tas emot i ett stödboende endast om det finns särskilda skäl.

Socialnämnden ansvarar för att den som genom nämndens försorg har tagits emot i ett annat hem än det egna får god vård.

Förslag enligt SOU 2021:93

Regionen ansvarar, enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att den som *tagits*

Föreslagen lydelse

Regionen ansvarar, enligt 8 kap. 12 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) för att den som *placerats*

¹ Senaste lydelse, förslag till ny bestämmelse i SOU 2021:93.

² 2015:982.

emot i ett hem för vård eller boende utanför det egna hemmet erbjuds en Bilaga 5
erbjuds en god hälso- och sjukvård. god hälso- och sjukvård.

Vården bör utformas så att den främjar den enskildes samhörighet med
anhöriga och andra närstående samt kontakt med hemmiljön.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

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

Häri genom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 5 kap. 4 § och 16 kap. 3 och 4 §§ ska ha följande lydelse, dels att det ska införas nya paragrafer, 8 kap. 11 och 12 §§ av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 kap.

12 §¹

Förslag enligt SOU 2021:93

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i ett sådant hem för vård eller boende som avses i 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen.

Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.

Föreslagen lydelse

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som *placerats utanför det egna hemmet* enligt 6 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Regionen ska, efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen, tillsammans med kommunen, upprätta en individuell plan enligt 16 kap. 4 §, om det inte är uppenbart obehövt. Planen ska vara upprättad inom två veckor efter underrättelse enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen.

Regionen svarar för att det av planen framgår vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde är i behov av, hur de ska genomföras och följas upp.

16 kap.

3 §²

Regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om

1. personer med psykisk funktionsnedsättning,
 2. personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar, och
 3. barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
4. hur hälso- och sjukvårdsinsatser ska tillgodoses för

¹ Senaste lydelse förslag till ny bestämmelse i 2021:93.

² Senaste lydelse 2019:973.

personer som fyllt 21 år som vårdas Bilaga 5
utanför det egna hemmet.

Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026

Förteckning över remissinstanserna

Efter remiss har yttranden kommit in från Akademikerförbundet SSR, Arbetsmiljöverket, Autism Sverige, Barnombudsmannen, Borgholms kommun, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Diskrimineringsombudsmannen, Enköpings kommun, Fagersta kommun, Falu kommun, Famna – Riksorganisationen för idéburen välfärd och Fremia, Filipstads kommun, Finspångs kommun, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Funktionsrätt Sverige, Föreningen Sveriges Socialchefer, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Förvaltningsrätten i Göteborg, Förvaltningsrätten i Karlstad, Förvaltningsrätten i Malmö, Förvaltningsrätten i Umeå, Göteborgs kommun, Göteborgs universitet (Sahlgrenska akademien), Hylte kommun, Inspektionen för vård och omsorg, Integritetsskyddsmyndigheten, IOGT-NTO, Justitiekanslern, Jämställdhetsmyndigheten, Järfälla kommun, Jönköpings kommun, Kammarrätten i Jönköping, Kammarrätten i Stockholm, Karlskoga kommun, Kriminalvården, Krokoms kommun, Kvinnoorganisationernas Samarbetsråd i Alkohol- och Narkotikafrågor, Kungsbacka kommun, Lunds universitet (Juridiska fakulteten och Medicinska fakulteten), Malmö kommun, Mora kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Narkotikapolitiskt Center, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Norrtälje kommun, Oskarshamns kommun, Polismyndigheten, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Västmanland, Region Örebro län, Region Östergötland, Riksdagens ombudsmän, Riksförbundet Attention, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Riksföreningen Sveriges Stadsmissioner, Skövde kommun, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statens institutionsstyrelse, Statens medicinsk-etiska råd, Statistiska centralbyrån, Statskontoret, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholms kommun, Stockholms universitet (Samhällsvetenskapliga fakultetsnämnden), Sundsvall kommun, Svensk förening för Beroendemedicin, Svenska Kommunalarbetareförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Svenska Psykiatriska Föreningen, Svensk sjuksköterskeförening, Svenska vård, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Landsråd för alkohol- och narkotikafrågor, Sveriges Psykologförbund, Sölvesborgs kommun, Uddevalla tingsrätt, Umeå kommun, Uppsala universitet, Verdandi, Vingåkers kommun, Vision, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Västerås kommun, Västra Götalandsregionen och Åklagarmyndigheten.

Därutöver har yttranden inkommit från Equal, Fackförbundet ST, Institutet för mänskliga rättigheter, Kalmar kommun, Kommunalförbundet Sjukvård- och omsorg i Norrtälje, Kramfors kommun, Lidköpings kommun, Nybro kommun, Patienter och Anhöriga i Rättsspsykiatri, Rättsmedicinalverket, Schizofreniförbundet, Service- och

kommunikationsförbundet SEKO, Svenska Rättspsykiatriska föreningen, Bilaga 6
Svensk Förening för Allmänmedicin.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna några synpunkter. Barnens rätt i samhället, Barnrättsbyrån, Bodens kommun, Brukarföreningen Stockholm, Civil Rights Defenders, Convictus, Domstolsverket, Erikastiftelsen, Forum – idéburna organisationer med social inriktning, Frälsningsarmén i Sverige, Fysioterapeuterna, Håbo kommun, Härnösands kommun, Karlshamns kommun, Karolinska Institutet, Kriminellas revansch i samhället, Laxå kommun, Lessebo kommun, Linköpings kommun, Mind, Nationella nätverket för samordningsförbund, Nordanstigs kommun, Ockelbo kommun, Pensionärernas Riksorganisation, Region Norrbotten, Riksförbundet för hjälp åt läkemedels- och narkotikabrukare, Rädda barnen, Rättviks kommun, Röda Korset, Stockholms universitet (Juridiska fakultetsnämnden), Storfors kommun, Storumans kommun, Strängnäs kommun, Svenljunga kommun, Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, Sveriges Fontänhus, Tingsryds kommun, Tomelilla kommun, Utan skyddsnät, Vellinge kommun, Vetlanda kommun, Åre kommun och Överkalix kommun.