

Rapport 2017:1

# Att komma överens

En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,  
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad  
på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:  
[registrator@vardanalys.se](mailto:registrator@vardanalys.se)  
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys  
**Grafisk Design och produktion:** Les Creatives Sthlm  
**Omslagsbild:** istockphotos/Getty Images  
**Tryck:** TMG Sthlm, Stockholm 2017  
ISBN 978-91-87213-64-9

# Att komma överens

En uppföljning av överenskommelser inom  
missbruks- och beroendevård



# Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Analytiker Linda Hörnqvist har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektören Joakim Ramsberg och analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2017-01-30

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell  
*Styrelseordförande*

Karin Tengvald  
*Vice styrelseordförande*

Eva Fernvall  
*Styrelseledamot*

Mef Nilbert  
*Styrelseledamot*

Kerstin Wigzell  
*Styrelseledamot*

Fredrik Lennartsson  
*Myndighetschef*

Linda Hörnqvist  
*Föredragande*



## Förord

Personer med missbruk och beroende har ofta behov som kräver att stöd, behandling och insatser från kommuner och landsting sker samtidigt och samordnat. Men samordningen har i många fall brister som drabbar personer med missbruk och beroende, anhöriga och samhället på olika sätt. För att stärka förutsättningar för samverkan och bidra till att tydliggöra ansvarsfördelningen gavs landsting och kommuner år 2013 skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk. Vårdanalys har i uppdrag av regeringen att följa upp dessa överenskommelser. Vårdanalys uppdrag innebär att vi har studerat hur många överenskommelser som finns, deras innehåll, orsaker till att överenskommelser inte ingåtts samt belyst om brukare får vara med vid framtagandet av överenskommelserna.

Den här rapporten syftar till att besvara de frågor som ställs i uppdraget. Vår förhoppning är att rapporten ska utgöra underlag i det fortsatta arbetet för en mer samordnad vård och omsorg som bidrar till förbättringar för patienter och brukare. Vi riktar rekommendationer till regeringen, landsting, kommuner och Socialstyrelsen.

Arbetet har bedrivits av projektledare Linda Hörnqvist och projektmedlem i arbetet har varit Homan Amani. Institutet för kvalitetsindikatorer AB har bistått med externt stöd i projektet. Vi vill tacka de personer som har lämnat synpunkter på analyser och texter: Gunborg Brännström (projektledare på SKL), Camilla Svenonius (projektledare på Verdandi) samt Isabell Mortensen (FoU ledare). Ett stort antal företrädare för kommuner, landsting och brukarorganisationer har intervjuats. Vi vill också framföra ett stort tack för dessa värdefulla bidrag.

Stockholm i januari 2017

Fredrik Lennartsson  
*Myndighetschef*







# Sammanfattning

## BAKGRUND, SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR

Personer med missbruk och beroende har i många fall komplexa och sammanhängande behov. Missbruk och beroende påverkar ofta både den fysiska och den psykiska hälsan, liksom den sociala situationen. Därför behöver i många fall stöd, behandling och insatser från kommuner, landsting och andra aktörer ske samtidigt och samordnat. Både kommuner och landsting har enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) ett ansvar för missbruks- och beroendevården. Det har emellertid konstaterats från flera håll att ansvaret och samordningen ofta brister. Det kan handla om att personen som behöver hjälp och stöd får det vid fel tidpunkt, i fel ordning eller att hjälp och stöd helt uteblir. Detta drabbar i första hand de personer som har missbruks- och beroendeproblem och deras anhöriga på olika sätt. Men det kan också innebära att insatserna blir ineffektiva och kostsamma för samhället. Det är därför viktigt för både individen och för samhället med en bra samordning mellan kommuner och landsting.

För att stärka förutsättningarna för samverkan mellan landsting och kommuner infördes nya bestämmelser i HSL och SoL år 2013 (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL). De nya bestämmelserna innebar att landsting och kommuner gavs skyldighet att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel. Syftet med överenskommelserna var bland annat att bidra till en tydligare ansvarsfördelning, en bättre samverkan och ett helhetsperspektiv utifrån brukarens behov (prop. 2012/13:77). Huvudmännen gavs genom de nya bestämmelserna relativt stort utrymme att gemensamt avgöra hur ansvarsfördelning och samverkan ska utformas och

hur innehållet i överenskommelserna ska specificeras. Regeringen uttryckte i förarbetena avsikten att i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utforma ett ändamålsenligt stöd kring överenskommelsernas innehåll, utformning och uppföljning (prop. 2012/13:77 s.22). Inom ramarna för utvecklingsprojektet *Kunskap till praktik* som bedrevs 2008 till 2014 utformade därför SKL ett vägledande dokument i form av en checklista, som bland annat innehöll förslag på vad överenskommelser skulle kunna innehålla (SKL 2014a). *Kunskap till praktik* hade som övergripande syfte att bland annat förbättra samverkan, förtydliga ansvarsfördelningen, förstärka brukarinflytandet samt utveckla uppföljning av resultat.

Vårdanalys har i uppdrag av regeringen att följa upp de överenskommelser som kommuner och landsting ska ingå. Rapporten belyser hur många överenskommelser som tagits fram, deras innehåll, orsaker till att överenskommelser inte ingåtts samt i vilken utsträckning brukare deltagit i att ta fram överenskommelserna.

En central avgränsning för regeringsuppdraget och denna rapport är att vi inte studerat om överenskommelserna har förutsättningar att nå avsedda mål, eller om de har lett till några effekter eller resultat. Det behövs fortsatta studier för att dra slutsatser om överenskommelserna har förutsättningar att bidra till förbättringar ur ett patient- och brukarperspektiv.

## METOD

För att svara på frågorna har vi använt en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Vi har gjort intervjuer med 44 personer. Dessa personer företräder kommuner, landsting och brukaorganisationer på olika nivåer. Urvalet är baserat på resultat i Socialstyrelsens *Öppna jämförelser*, det geografiska läget samt befolkningmängden. Vi har också samlat in och kartlagt överenskommelser. Överenskommelser utformas på olika sätt på olika nivåer. Dels som så kallade länsöverenskommelser, där framförallt kommun- och regionförbund på länsnivå ingår en överenskommelse med landstinget. Dels finns lokala överenskommelser, där exempelvis enskilda kommuner/stadsdelar ingår en överenskommelse med landstinget. Vi frågade därför dels efter länsöverenskommelser och dels efter lokala överenskommelser från samtliga 289 kommuner samt Stockholms 14 stadsdelar, eftersom dessa har egna överenskommelser. Vi fick svar från samtliga representanter på länsnivå (svarsfrekvens 100 procent). 246 kommuner (svarsfrekvens 85 procent) samt 13 stadsdelar (svarsfrekvens 93 procent) svarade på vår förfrågan, det vill säga sammanlagt 259 kommuner och stadsdelar. 43 kommuner (bortfall 15 procent) och en stadsdel (bortfall

7 procent) svarade inte. Vi fick in samtliga 21 länsöverenskommelser och lokala överenskommelser från 153 kommuner och 12 stadsdelar, det vill säga sammanlagt 165 lokala överenskommelser. Med hjälp av en analysmall har vi kartlagt innehållet i dessa överenskommelser. Vi har också utgått från uppgifter från Socialstyrelsens *Öppna jämförelser*.

## RESULTAT

Vi redovisar nedan våra resultat av hur många överenskommelser som tagits fram, överenskommelsernas innehåll, vad som hindrat och främjat kommuner och landsting till att ingå överenskommelser och i vilken utsträckning brukare varit med att ta fram överenskommelserna.

### Hur många överenskommelser har tagits fram?

I 90 procent (19 av 21) av länen fanns en länsöverenskommelse, och i resterande 10 procent (2 av 21) pågår arbetet med att utarbeta överenskommelser. I 62 procent (153 av 246) av de kommuner som svarade och i 92 procent (12 av 13) av de stadsdelar som svarade fanns en lokal överenskommelse. Ytterligare 18 procent (47 kommuner) av de kommuner som svarade var på väg att ta fram en lokal överenskommelse. Det innebär att sammanlagt 82 procent (212) av de kommuner och stadsdelar, som svarade på vår kartläggning, hade eller var på väg att ta fram en lokal överenskommelse. 18 procent (47) av kommunerna uppgav att de inte hade lokala överenskommelser och inte hade planer på att ta fram lokala överenskommelser.

### Vilka framgångsfaktorer och hinder för att ingå överenskommelser finns?

Kommuner, landsting och brukarorganisationer har i överlag en positiv uppfattning om överenskommelser. De menar att överenskommelser bidrar till att sätta missbruks- och beroendefrågor på agendan, och bidrar till att parterna påbörjar grundläggande samverkan. Men det finns samtidigt en rad utmaningar och hinder i arbetet med att ta fram överenskommelser. Många som vi intervjuat pekar särskilt på primärvården som den svaga länken för att få till stånd överenskommelser. Vi noterar också att den checklista som SKL tillsammans med kommuner och landsting utformade som ett stöd för att ta fram överenskommelser endast i begränsad utsträckning har använts som vägledning. Vi har identifierat sju centrala faktorer som kan hindra eller underlätta att överenskommelser tas fram:

1. *De ursprungliga utmaningarna finns kvar och påverkar framtagandet*

Vi kan konstatera att flera av de utmaningar som motiverade införandet av bestämmelserna om överenskommelser finns kvar och i hög grad påverkar förutsättningarna för parterna att samverka kring överenskommelser. Ansvarsfördelningen är fortsatt utmanande att enas kring, i synnerhet kring kostnadsansvaret på verksamhetsnivå inom kommuner och landsting. Ekonomiska system upplevs bidra till att göra det svårare att enas kring ansvarsfördelning och ge bristande incitament för att samverka kring överenskommelser. Ekonomiska drivkrafter uppfattas också driva på tendensen att förtydliga och avgränsa ansvaret, snarare än att samverka kring det gemensamma ansvaret. Hög grad av specialisering och fragmentisering uppfattas också bidra till att samverkan kring överenskommelser blir svårare.

2. *En befintlig struktur för samverkan kan både underlätta och hindra*

Tidigare erfarenheter och befintliga strukturer av samverkan såsom Kunskap till praktik och PRIO (som var regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa) har utgjort en grund som bidrar till att underlätta framtagande av överenskommelser. Samtidigt kan befintliga samverkanstrukturer bidra till att överenskommelser inte prioriteras, eftersom samverkan sker på andra sätt.

3. *Primärvården är en svag länk*

Det är viktigt att samverkan mellan primärvården, psykiatrin, beroendemottagningar och socialtjänsten fungerar. Men primärvården framhålls som en svag länk för att kunna ta fram överenskommelser. Några uppfattningar om orsaker till primärvårdens bristande medverkan som framförts är primärvårdens breda och delvis otydliga uppdrag. Detta i kombination med hög personalomsättning, ekonomiska och organisatoriska system som inte premierar samverkan samt en fragmenterad organisation uppfattas påverka primärvårdens incitament och förutsättningar för att arbeta med överenskommelser. Det finns geografiska skillnader som påverkar primärvårdens roll i arbetet med överenskommelser.

4. *Hög personalomsättning är en utmaning*

Samverkansstrukturer är ofta sårbara, i synnerhet om de i hög grad bygger på enskilda personers engagemang. Personberoende strukturer i kombination med hög omsättning av personal kan därför göra det svårt

att upprätthålla samverkan kring överenskommelser. I synnerhet ger omsättningen på chefer och andra nyckelpersoner brister i kontinuitet som innebär en utmaning i framtagandet. I flera kommuner och landsting upplever intervjupersonerna också att överenskommelser nedprioriteras på grund av hög arbetsbelastning samt bristande kunskap, kompetens och ekonomiska resurser.

5. *Förankring och intresse på alla nivåer är viktigt och chefer behöver stöd*

Ett tydligt politiskt intresse på såväl nationell, regional som lokal nivå är en drivkraft för att ta fram överenskommelser, enligt vår studie. Samsyn och förankring mellan politisk nivå och lednings- och verksamhetsnivåer inom landstinget och kommunerna främjar framtagande av överenskommelser. Vår studie visar också att kompetens och engagemang på alla organisatoriska nivåer är viktigt för att samverkan om överenskommelserna ska fungera väl. I synnerhet chefernas engagemang, mandat och kompetens spelar stor roll för om organisationerna prioriterar överenskommelser. För att chefer ska ha förutsättningar för att samverka kring överenskommelser uppger de att de behöver mandat, kunskap och stöd.

6. *Processledare är en viktig samordnande funktion som underlättar samverkan kring överenskommelser*

Samordnande funktioner, framförallt processledare, har på många håll varit en central drivkraft både för arbetet att ta fram länsöverenskommelser och för att ta fram och förankra lokala överenskommelser i de enskilda kommunerna. Den samordnande funktionen har på så sätt fungerat som en länk mellan den nationella, regionala och lokala nivån. Den har också främjat brukardeltagande genom att verka som en samordnande part mellan huvudmännen och brukarorganisationer.

7. *Integrerade verksamheter underlättar samverkan kring överenskommelser*

Många företrädare ser positivt på integrerade verksamheter, som bland annat upplevs underlätta framtagandet av överenskommelser. Integrerade verksamheter uppfattas också vara ett framgångsrikt sätt att hantera utmaningarna kring ansvarsfördelning, genom att sätta fokus på det gemensamma ansvaret för målgruppen, och inte på att avgränsa ansvaret.



## Vad innehåller överenskommelserna?

Vi har bland annat undersökt om det finns *gemensamma mål* i överenskommelserna, om de beskriver *samverkan* och *ansvarsfördelning*, om de nämner särskilda *målgrupper* och om de specificerar samverkan med *andra myndigheter*.

- *Bara var fjärde lokal överenskommelse innehåller tydliga gemensamma mål*

Tidigare forskning har visat att tydliga gemensamma målsättningar är viktiga för att samverkan ska ha förutsättningar att fungera. Vår studie visar att det i 19 procent av de lokala överenskommelserna helt saknas gemensamma mål. I 25 procent av de lokala överenskommelserna finns det mål som är tydliga, det vill säga kopplade till aktiviteter eller indikatorer. Ungefär hälften (48 procent) av länsöverenskommelserna har gemensamma mål som är relativt tydliga. Men chefer inom kommuner och landsting upplever samtidigt att länsöverenskommelserna ofta är för övergripande formulerade för att kunna användas som vägledning i den lokala verksamheten.

- *Samverkan mellan huvudmän beskrivs i överenskommelserna men mer sällan inom kommunen*

Vår kartläggning visar att överenskommelserna i hög utsträckning beskriver *att* och *hur* samverkan ska organiseras mellan landstinget och kommuner. I 86 procent av de lokala överenskommelserna och i 71 procent av länsöverenskommelserna beskrivs hur samverkan ska ske, det vill säga vilka arbetsgrupper som ansvarar för samverkan *mellan* huvudmännen. Samverkan *inom* landstinget beskrivs i 48 procent av de länsgemensamma- och 39 procent av de lokala överenskommelserna. Samverkan *inom* kommunen beskrivs mer sällan; i 29 procent av de länsgemensamma och i 13 procent av de lokala överenskommelserna. Många av de vi intervjuat framhåller att behovet av samverkan är större i landstingen bland annat beroende på att de har en större och mer komplex organisation.

- *Ansvarsfördelning beskrivs men är problematiskt att enas kring*

Ansvarsfördelningen *mellan* landstinget och kommuner beskrivs i hög utsträckning, i 95 procent av de länsgemensamma överenskommelserna och 89 procent av de lokala överenskommelserna. Ansvarsfördelningen

*inom* landstinget beskrivs i 67 procent av de läns-gemensamma- och 70 procent av de lokala överenskommelserna, medan ansvarsfördelningen *inom* kommunerna bara beskrivs i 19 procent av de läns-gemensamma och 25 procent av de lokala överenskommelserna. Men även om överenskommelsen beskriver ansvarsfördelningen så påpekar huvudmännen att det varit svårt att komma överens om hur ansvarsfördelningen ska se ut, särskilt på lokal nivå och när det gäller det finansiella ansvaret.

- *Barn och unga nämns sällan i lokala överenskommelser*

Samverkan kring personer under 18 år och personer som är föremål för insatser enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) beskrivs i 26 procent respektive 27 procent av de lokala överenskommelserna. Barn i familjer med missbruksproblem beskrivs i 38 procent av överenskommelser på lokal nivå. Regeringen framhöll i förarbetena att samarbete kring barn och unga skulle kunna inkluderas i överenskommelserna (prop. 2012/13:77, s. 18). Barn och unga beskrivs också av flertalet huvudmän som en målgrupp som det är viktigt men svårt att samverka kring. Vårdanalys menar att det är angeläget att fortsätta studera förutsättningarna för en samordnad missbruks- och beroendevård ur ett barnperspektiv.

- *Kriminalvården och Polisen förekommer som samarbetsparter*

Polisen och Kriminalvården förekommer som samarbetspart i 38 procent respektive 29 procent av de läns-gemensamma överenskommelserna. Kriminalvården förekommer också som samarbetspart i 25 procent av de lokala överenskommelserna. Andra myndigheter förekommer mer sällan.

## **I vilken utsträckning har brukare varit med och tagit fram överenskommelser?**

Enligt 8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL bör brukarorganisationer om möjligt ges möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelserna. Enligt vår studie har brukarföreträdare fått lämna synpunkter på ungefär varannan länsöverenskommelse. Däremot är det mer oklart om synpunkterna i praktiken påverkat innehållet eller inriktningen i överenskommelsen.



## Vilka faktorer främjar brukardeltagande?

Det finns regionala och lokala skillnader i brukardeltagande och möjligheter till inflytande som till stor del beror på strukturella förutsättningar. Vårdanalys har identifierat fem faktorer som främjar brukardeltagande och brukarinflytande:

1. *Brukarråd främjar brukardeltagande*

Starka brukarråd med kontinuitet och kompetens att driva brukarfrågor är en främjande faktor för brukarinflytande.

2. *Tidigare erfarenheter av brukarmedverkan är värdefulla*

De strukturer och de erfarenheter som till exempel SKL:s projekt *Kunskap till praktik* bidragit till, är värdefulla för brukardeltagandet.

3. *Tydlighet i process, ansvar och syfte är framgångsfaktorer*

Tydlighet kring processer, ansvar och syfte med brukardeltagande underlättar brukardeltagande och ökar möjligheter till inflytande. Att det finns en tydlig mottagande part som ansvarar för brukares synpunkter nämns som en framgångsfaktor.

4. *Intresse, kunskap och förankring på alla nivåer*

Engagemang och intresse från såväl politiker, chefer och professionerna har underlättat brukardeltagande. Att kunskap och kompetens om brukardeltagande finns och att syftet med och värdet av brukardeltagande är väl förankrat på alla nivåer har också bidragit till att ge förutsättningar för brukarinflytande.

5. *Resurser skapar förutsättningar för deltagande och inflytande*

Tillgång till resurser, såsom ekonomiska medel, kunskap och information påverkar förutsättningar för deltagande och inflytande. Finansiering av brukarorganisationer och ersättning vid deltagande främjar brukares möjligheter att delta och bedriva verksamheter med kontinuitet.



## VÅRDANALYS REKOMMENDATIONER

Vårdanalys lämnar följande rekommendationer i det fortsatta arbetet med överenskommelser och samverkan:

► *Regeringen bör utvärdera överenskommelserna ur ett patient- och brukarperspektiv*

Vårdanalys bedömer att det behövs en fortsatt utvärdering för att klargöra om överenskommelser är ett ändamålsenligt verktyg för att förbättra vården och omsorgen för patienter och brukare. Denna utvärdering bör huvudsakligen studera och analysera effekter och resultat av överenskommelser ur ett patient- och brukarperspektiv. Vi föreslår att regeringen ger Vårdanalys eller någon annan lämplig myndighet i uppdrag att göra en sådan utvärdering. I det fortsatta arbetet är det viktigt att det finns möjligheter att följa upp resultat, helst på individnivå. Vi ser därför ett behov av att stärka förutsättningarna för uppföljning ur ett patient- och brukarperspektiv. Vi menar att kommunerna och landstingen bör stärka kompetensen inom systematisk uppföljning. Kommunerna bör också verka för en mer enhetlig dokumentation. Slutligen behöver uppföljning av individuella behandlingsresultat samordnas. Åtgärderna skulle också öka Socialstyrelsens förutsättningar för att utveckla resultatuppföljning på missbruks- och beroendområdet. Socialstyrelsen har getts i uppdrag av regeringen att utveckla öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården (ESV 2016). Vårdanalys rapport "Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?" (Vårdanalys 2016a) ska beaktas i uppdraget. Det ger en bra utgångspunkt för att stärka förutsättningarna för uppföljning ur ett patient- och brukarperspektiv, menar vi.

► *Regeringen bör utvärdera alternativa sätt att samordna vård och omsorg*

Vårdanalys utgångspunkt är att det går att samordna vård och omsorg via olika organisatoriska lösningar. Samverkan genom överenskommelser är ett tänkbart sätt och till exempel integrerade verksamheter är ett annat. Det behövs fortsatta studier för att kunna dra slutsatser om vilket alternativ eller vilka kombinationer av alternativ som är mest ändamålsenliga för att förbättra vården och omsorgen för personer med missbruk och beroende. Vårdanalys bedömer att det därför behövs en bred utvärdering av överenskommelser som ett av flera möjliga verktyg som kan bidra till en mer samordnad vård och omsorg. Utvärderingen bör



syfta till att analysera och jämföra de olika organisatoriska lösningarnas eventuella effekter för brukarna, de involverade organisationerna och samhället.

► *Kommuner och landsting bör ta tillvara den kunskap och de strukturer som etablerades inom projektet Kunskap till praktik*

Kunskaper, erfarenheter och strukturer som skapades inom ramarna för projektet Kunskap till praktik, och i synnerhet samordnande funktioner och brukarråd, har bidragit till att ge förutsättningar för samverkan och brukarmedverkan. Vi bedömer därför att det är viktigt att kommuner och landsting tar tillvara på dessa kunskaper, erfarenheter och strukturer.

► *Kommuner och landsting bör utveckla förutsättningar för brukardeltagande*

Enligt bestämmelserna om överenskommelser (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL) bör brukarorganisationer om möjligt ges möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelserna. Vårdanalys bedömer att för att stärka möjligheterna till detta behöver förutsättningar för brukardeltagande utvecklas. Det kan främja brukardeltagande även på andra områden. Vårdanalys menar att brukares kunskaper, perspektiv och erfarenheter kan ge förutsättningar för att stärka vårdens och omsorgens kvalitet och till att göra den mer jämlik och effektiv. Det är därför viktigt att kommuner och landsting identifierar och åtgärdar hinder samt utvecklar strukturer och förutsättningar för att bättre ta tillvara på brukares kunskaper och erfarenheter.

► *Socialstyrelsen bör utveckla Öppna jämförelser för att skapa mer ändamålsenliga möjligheter för att följa upp överenskommelser*

Vårdanalys bedömer att Socialstyrelsens öppna jämförelser genom mindre justeringar kan utvecklas för att skapa bättre möjligheter att följa upp överenskommelser. Detta är viktigt eftersom regeringen föreslår att Socialstyrelsen från och med 2018 får i uppdrag att följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna (Lagrådsremiss 2016). Bland annat behöver Socialstyrelsen efterfråga antalet och typ av överenskommelser när data samlas in, för att kunna dra slutsatser om omfattning av överenskommelser och för att kunna skilja lokala överenskommelser från länsöverenskommelser.





# Innehåll

<b>1. Inledning.....</b>	<b>25</b>
<b>2. Vårdanalys har regeringens uppdrag att följa upp överenskommelser .....</b>	<b>35</b>
2.1 Definitioner och begrepp .....	35
2.2 Rapportens fortsatta disposition .....	35
2.3 Vad innebär samverkan? .....	36
2.4 Vad innebär brukarmedverkan?.....	39
2.5 Hur vi har gått tillväga .....	40
<b>3. Hur tas överenskommelser fram och hur många överenskommelser har tagits fram? .....</b>	<b>45</b>
3.1 Överenskommelser tas fram på olika nivåer.....	45
3.2 Samtliga län och en majoritet kommuner har eller håller på att ta fram en överenskommelse.....	48
3.3 Överenskommelser på länsnivå konkretiseras i olika utsträckning på lokal nivå .....	48
3.4 SKL:s checklista används inte .....	49
<b>4. Vilka hinder för att ingå överenskommelser finns?.....</b>	<b>53</b>
4.1 Geografiska förutsättningar påverkar.....	53
4.2 Länsöverenskommelsen uppfattas som tillräcklig .....	54
4.3 Befintliga samverkansstrukturer skapar mindre behov av överenskommelser .....	54
4.4 Hög grad av specialisering gör framtagandet mer utmanande .....	55



4.5	Primärvården är en svag länk i att ta fram överenskommelser .....	55
4.6	Resurser påverkar om överenskommelser prioriteras.....	57
4.7	Det saknas samordnande funktioner.....	58
4.8	Svårigheter att enas om ansvarsfördelning .....	59
4.9	Ekonomiska drivkrafter och system bidrar till att göra det svårt att enas och samverka .....	61
4.10	Förankring av överenskommelser behöver fortsätta studeras .....	61
<b>5. Vilka framgångsfaktorer för att ingå överenskommelser finns?....</b>		<b>65</b>
5.1	Samverkan är enklare i små kommuner, stora kommuner har andra fördelar.....	66
5.2	Befintliga strukturer är en grund för att ta fram överenskommelser .....	66
5.3	Chefer har viktig roll och engagemang på alla nivåer driver på processen.....	67
5.4	Processledare har en viktig samordnande funktion.....	68
5.5	Integrerade verksamheter främjar processen.....	68
5.6	Förslag på utvecklingsområden från kommun- och landstingsföreträdare .....	69
<b>6. Vad innehåller överenskommelserna? .....</b>		<b>73</b>
6.1	Ansvarsfördelning förekommer oftare inom landstinget.....	73
6.2	Samverkan beskrivs mer sällan inom kommunen.....	75
6.3	Gemensamma mål är vagare på lokal nivå .....	77
6.4	Hantering av tvister saknas i hälften av överenskommelserna.....	77
6.5	Målgrupper förekommer i varierande utsträckning .....	77
6.6	Jämställdhetsperspektiv förekommer i liten utsträckning .....	80
6.7	Polisen och kriminalvården förekommer i var tredje länsöverenskommelse.....	80
6.8	Hur överenskommelsen ska följas upp framgår i hälften av de lokala överenskommelserna.....	81
<b>7. I vilken utsträckning har brukare varit delaktiga i att ta fram överenskommelser? .....</b>		<b>85</b>
7.1	Brukardeltagandet organiseras främst genom brukarråd.....	85
7.2	Brukarorganisationer får lämna synpunkter på varannan överenskommelse .....	86
7.3	Möjligheterna till inflytande varierar .....	87
7.4	Vilka faktorer hindrar brukardeltagande och inflytande?.....	87

7.5	Vilka faktorer främjar bruksdeltagande och inflytande .....	91
7.6	Förslag på utvecklingsområden för brukardeltagande från brukarföreträdare och huvudmän .....	94
<b>8.</b>	<b>Vårdanalys slutsatser och rekommendationer .....</b>	<b>99</b>
8.1	Balans mellan att förtydliga ansvar och att samverka .....	99
8.2	Hur många överenskommelser har tagits fram?.....	100
8.3	Vilka framgångsfaktorer och hinder för att ingå överenskommelser finns? .....	101
8.4	Vad innehåller överenskommelserna? .....	104
8.5	I vilken utsträckning har brukare varit med och tagit fram överenskommelser? .....	106
8.6	Vårdanalys rekommendationer .....	107
<b>9.</b>	<b>Referenser .....</b>	<b>113</b>
<b>Bilagor .....</b>	<b>.....</b>	<b>119</b>
Bilaga 1:	Metodbilaga .....	119
Bilaga 2:	Resultat från kartläggning av överenskommelser .....	127
Bilaga 3:	Intervjuade personer .....	133
Bilaga 4:	Analytiskt ramverk.....	135











## Inledning

Personer med missbruk och beroende har ofta komplexa och sammanhängande behov. Missbruk och beroende påverkar ofta både den fysiska och den psykiska hälsan, samt den sociala situationen. Därför behöver personer med missbruk och beroende i många fall stöd, behandling och insatser från både kommuner, landsting och andra aktörer. Både kommuner och landsting har ett ansvar för missbruks- och beroendevården (3 och 8 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) samt 2 kap. 1 §, 3 kap. 7 § och 5 kap. 9–9 a §§ socialtjänstlagen (2001:453) (SoL)). Det är emellertid känt sedan länge att det finns stora utmaningar i samordningen mellan socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens ansvar för missbruks- och beroendevården (SOU 2011:35). Huvudmännen är till exempel ofta oeniga om vem som ska ansvara för och vem som ska finansiera olika insatser. En kommunföreträdare beskriver hur det kan ta sig uttryck.

” I vårt län ligger ansvaret för missbruks- och beroendevård under en beroendemottagning. Beroendemottagningen tar ett samlat grepp om personer med psykisk diagnos och missbruk. Men beroendemottagningen kräver en dubbeldiagnos för att prioritera patienten vilket innebär att de hänvisar personer med enbart missbruksproblem till socialtjänsten och personer med missbruksproblem och somatisk sjukdom till somatisk vård eller primärvård. Personerna har i allmänhet också medicinska behov och socialtjänsten har inte möjlighet att ge medicinska behandlingar. Därför hänvisas personer med missbruk ofta vidare till primärvården. Primärvården hänvisar i sin tur personer som söker vård för missbruk tillbaka till beroendemottagningen.



För personer med missbruk och beroende kan det innebära att de ”hamnar mellan stolarna”. Det innebär en risk för att de får insatser vid fel tidpunkt, i fel ordning eller att insatserna inte blir av. Kvaliteten i vården och omsorgen riskerar därför att bli sämre vilket kan leda till en sämre hälsa för brukare och patienter. Bristerna kan också drabba anhöriga, till exempel genom att anhöriga tar ansvar för att samordna vården och omsorgen (SOU 2011:35). Bristande samordning kan också innebära att insatserna blir ineffektiva och kostsamma för samhället, bland annat på grund av att de behöver upprepas i onödan (Vårdanalys 2016b). Uppskattningsvis 800 000 personer i Sverige missbrukar eller är beroende av alkohol, och drygt 100 000 personer uppskattas missbruka eller vara beroende av narkotika eller läkemedel. Det finns också ett omfattande dolt missbruk har tidigare studier konstaterat (SOU 2011:35, s. 79). Om vi inkluderar närstående blir det tydligt att många människor påverkas och drabbas av missbrukets eller beroendets konsekvenser.

Samhällets årliga kostnader för missbruk uppgick år 2015 till 150 miljarder kronor (Socialstyrelsen 2016a, SOU 2011:35, s. 79). Förmågan till samordning mellan kommun och landsting är avgörande, både för resultatet för den enskilde patienten och för hur effektivt samhällets resurser används.

## **Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för missbruk och beroendevård**

Kommuner och landsting har enligt lagstiftning både ett eget och ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården (3 och 8 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) samt 2 kap. 1 §, 3 kap. 7 § och 5 kap. 9 – 9 a §§ socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Dessa lagar fungerar som ramlagar som lämnar visst utrymme för lokal anpassning. Det innebär att missbruks- och beroendevården och omsorgen organiseras på olika sätt över landet. I de flesta län råder någon form av delat ansvar (SOU 2011:35, s. 107 ff.).

Kommunerna har bland annat ansvar för att förebygga och motverka missbruk, verka för att den enskilde får den hjälp och det stöd den behöver för att komma ifrån missbruket och bistå med sociala insatser som boende, sysselsättning och ekonomisk stöd. Kommunerna tar vanligtvis ansvar för områden där läkemedelsbehandlingar finns i mindre utsträckning. Landstingens hälso- och sjukvård ger bland annat medicinsk behandling av sjukdomstillstånd orsakade av missbruk och läkemedelsassisterad

rehabilitering för opiatberoende (LARO). Både kommunerna och landstingen kan enligt lagstiftningen erbjuda psykosocial behandling. Den svenska missbruks- och beroendevården har traditionellt varit orienterad mot psykosociala behandlings- och stödinsatser. Men landstingen behandlar allt oftare missbruk- och beroende, bland annat som en följd av att allt fler beroendetillstånd går att behandla med läkemedel (SOU 2011:35 s. 107 ff.).

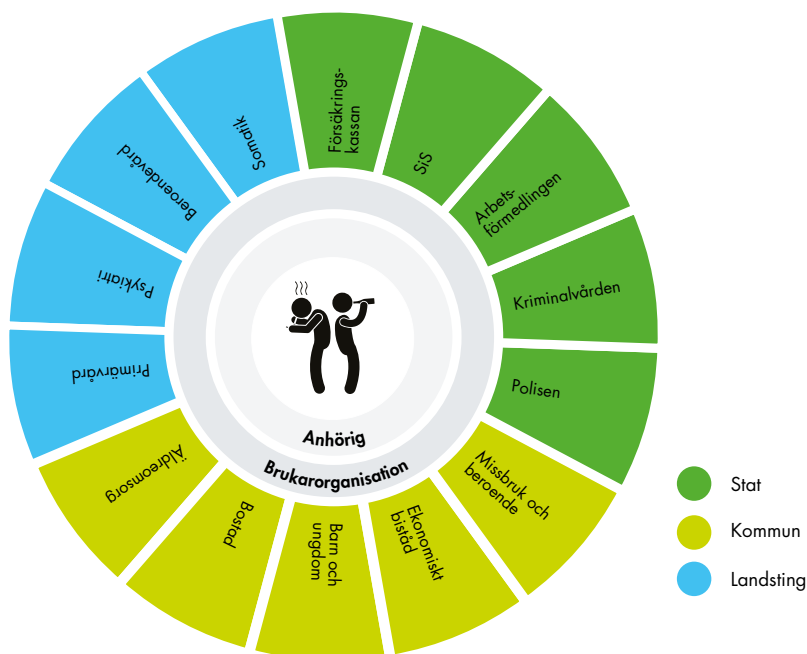
### **Personer med missbruk och beroende har komplexa behov och möter många olika aktörer**

Personer med missbruk och beroende är en heterogen grupp. Vissa personer har omfattande sociala problem medan andra har en fungerande social och ekonomisk situation (prop. 2012/13:77, s. 8). Det innebär att olika individer behöver olika former av insatser. Det är också vanligt att personer med missbruk och beroende har flera sjukdomstillstånd samtidigt. Många som söker vård på grund av missbruk eller beroende lider samtidigt av exempelvis ångest eller en neuropsykiatrisk sjukdom. Många intagna inom kriminalvården har också missbruksproblem (SOU 2011:35, s. 109). Olika områden som fysisk och psykisk hälsa, boendesituation, försörjning och kriminalitet hänger också samman och påverkar varandra (Vårdanalys 2016a). En god boendesituation kan till exempel vara en förutsättning för att kunna ta del av vård och behandling. I många fall krävs därför att stöd, behandling och andra insatser utförs samtidigt.

Figur 1 illustrerar exempel på aktörer som en person med missbruk och beroende kan behöva insatser från. Verksamheter inom kommunen och landstinget organiseras i vissa fall i olika enheter, exempelvis baserade på ålder, diagnoser och behov. Det innebär att en socialtjänst kan bestå av en barn- och ungdomsenhet, en äldre enhet, en vuxenenhet och en missbruksenhet. De delar av landstinget som en person med missbruk och beroende ofta möter är primärvård, psykiatri och beroendevård. Dessa kan i sin tur vara specialiserade. Psykiatrin är till exempel i en del landsting uppdelad i vuxenpsykiatri, beroendepsykiatri, äldrepsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Därför behöver många olika aktörer samordna sina insatser. Figuren baseras på en modell framtagen i rapporten "Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem" (Vårdanalys 2016b).



**Figur 1.** Aktörer som en person med missbruk och beroende kan behöva insatser från.



När samordning av vård och omsorg mellan olika aktörer brister kan brukares själv, den anhöriga eller brukarorganisationer få ta en samordnande roll. En företrädare för en brukarorganisation beskriver en situation där brukarrådet fick ta en samordnande roll när samordningen mellan huvudmännen inte fungerade:

” En person var hemlös, han bodde i en trädgård och sov i ett skjul, och var aktiv i missbruk. Han hade också psykiska problem. Polisen plockade in honom, men kunde inte göra något så han släpptes efter åtta timmar. Brukarrådet tog kontakt med mannen, och kontaktade psykiatrin. Psykiatrin sa att ”vi behandlar psykisk ohälsa men först måste missbruket behandlas”, och det är kommunens ansvar. Så psykiatrin kunde inte göra något, och mannen ansågs inte ha så stora problem att han ansågs tvångsmässig enligt LVM. Men kommunal missbruksbehandling blev inte aktuell eftersom mannen mådde för psykiskt dåligt. Kommunen försökte hjälpa till med boende, men mannen kunde inte ta emot hjälp av kommunen, eftersom han hade för svåra psykiska problem. Så det slutade med att brukarrådet fick hjälpa honom. (Företrädare för brukarråd)

## Lagstiftning om överenskommelser för att stärka förutsättningarna för samverkan

Missbruksutredningens slutbetänkande *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individ, kunskapen och ansvaret* (SOU 2011:35) föreslog förändringar för att åtgärda de brister i samordning och ansvarsfördelning som konstaterats. Utredningen föreslog bland annat att ansvarsfördelningen skulle förtydligas genom att landstingen skulle få ansvar för all missbruksbehandling, och även för psykosocial behandling och tillnyktringsverksamhet. Men regeringen bedömde att kommunen och landstinget behövde fortsätta ha ett gemensamt ansvar för missbruks- och beroendevården (prop. 2012/13:77, s. 9 ff.). Regeringen såg en risk för nya gränsdragningsproblem om ansvarsfördelningen skulle renodlas. Regeringen menade däremot att ansvaret borde tydliggöras och förändras i vissa avseenden och att förutsättningarna för samverkan mellan landsting och kommuner behövde stärkas. Nya bestämmelser infördes därför år 2013 (8 b HSL och 5 kap. 9 a § SoL). De nya bestämmelserna innebär att landsting och kommuner måste ingå gemensamma överenskommelser om samarbete kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel. I bestämmelserna om överenskommelserna (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL) föreskrivs också att brukarorganisationerna om möjligt ska ges möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelserna. Ett syfte med bestämmelserna var att ta tillvara på de erfarenheter och kunskaper som finns inom brukar- och anhörigorganisationer. I HSL och SoL saknades före 2013 bestämmelser som ställde krav på huvudmännen att organisera brukarmedverkan på kollektiv nivå (SOU 2011:35, s. 194).

## Sveriges Kommuner och Landsting fick en viktig roll

Huvudmännen gavs i lagstiftningen relativt stort utrymme att gemensamt avgöra hur ansvarsfördelning och samverkan ska utformas och hur innehållet i överenskommelserna ska specificeras. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) föreslogs av regeringen att tillsammans med kommuner och landsting utforma ett stöd i arbetet med överenskommelserna vad gäller innehåll, utformning och uppföljning. SKL tog därför tillsammans med representanter för huvudmännen fram en checklista (SKL 2014a). Checklistan innehåller förslag bland annat på strategier för samordning, samverkan, förankring, prioritering och implementering av överenskommelser. SKL föreslog också



att stödet till huvudmännen kunde knytas till de strukturerna som byggts upp inom ramen för utvecklingsarbetet *Kunskap till praktik*, som vi beskriver i avsnitt 1.1.6 nedan.

## **Nationella riktlinjer och Kunskap till praktik bidrog till kunskap och strukturer inom missbruks- och beroendevården**

År 2007 införde Socialstyrelsen de första nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007). Dessa riktlinjer innehöll rekommendationer om olika behandlings- och stödinsatser som vägledning för vård och stöd vid missbruk och beroende. Sveriges Kommuner och Landsting hade en viktig uppgift i att stödja kommunerna och landstingen med att införa de nationella riktlinjerna. (prop. 2012/13:77, s. 20).

För att stödja införandet startade 2008 ett utvecklingsarbete som hette *Kunskap till praktik*. Förutom att stödja införandet skulle *Kunskap till praktik* bland annat främja utvecklingen av en struktur för samverkan och förtydliga ansvarsfördelningen mellan kommuner och landsting. Inom ramarna för *Kunskap till praktik* gav SKL ekonomiskt stöd för bland annat en samordnande funktion på länsnivå, så kallade processledare. Processledarna hade i uppgift att stödja och främja utvecklingen av missbruks- och beroendevården lokalt och regionalt (SKL 2014b). De medverkade också i ett nationellt nätverk som bidrog till att utbyta kunskap och till att sprida goda erfarenheter mellan länen. *Kunskap till praktik* byggde också upp strukturer för brukarinflytande. Till exempel upprättades så kallade brukarråd i nästan alla län. Brukarråden utbildades bland annat i metoder för brukarinflytande, och Verdandi och SKL utvecklade också en metod för ”brukarstyrd brukarrevision”. Brukarstyrd brukarrevision innebär att brukare, istället för experter eller professionen, genomför granskning av en verksamhet, och återkopplar resultat (SKL 2016b). *Kunskap till praktik* upphörde 2014.

För att ta tillvara på de erfarenheter och strukturer som byggt upp bildades ett nätverk för Missbruk och beroendevård i landsting och kommuner (MILK). Nätverket består av tjänstemän inom hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens missbruk- och beroendevård, till exempel process- eller utvecklingsledare, samt chefer eller andra tjänstemän med ledningsansvar. MILK ska bland annat bidra till dialog mellan den regionala och lokala nivån, främja samverkan inom och mellan huvudmännen och andra aktörer samt sprida goda exempel och lokala erfarenheter (FOU Välfärd 2017).



År 2015 publicerades reviderade Nationella riktlinjer. Riktlinjerna har kompletterats med prioriteringar av olika insatser, liksom med tre nya områden – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser (Socialstyrelsen 2015). Socialstyrelsen bedömde i samband med de nya riktlinjerna att utökad samverkan mellan socialtjänstens och hälso och sjukvården skulle komma att behövas (Socialstyrelsen 2015).







## Vårdanalys har regeringens uppdrag att följa upp överenskommelser

Vårdanalys har i uppdrag av regeringen att följa upp de överenskommelser som landsting och kommuner ska ingå kring personer med missbruk- och beroende (ESV 2015). Vårdanalys ska belysa hur många överenskommelser som tagits fram, deras innehåll, orsaker till att överenskommelser inte ingåtts samt i vilken utsträckning brukare deltagit i att ta fram överenskommelserna.

### 2.1 DEFINITIONER OCH BEGREPP

Vi har valt att använda begreppet landsting, och avser med det även de *landsting* som är *regioner*. Med *kommuner* avser vi både *stadsdelar* och *kommuner*. Vi använder begreppet *län* och avser då det geografiska länet. Begreppet *länsnivå* används synonymt med *regional nivå*, och avser den organisatoriska nivå där exempelvis kommunförbund samarbetar med landstinget. Med *länsöverenskommelse* avser vi den *regionala överenskommelse* som i allmänhet ingås mellan kommun- eller regionförbund och landstinget i ett län. Vi beskriver detta mer utförligt i kapitel 3. Vi använder begreppet *brukare* i betydelse individer som får insatser från socialtjänsten.

### 2.2 RAPPORTENS FORTSATT DISPOSITION

Rapporten är indelad i åtta kapitel. I det här kapitlet beskriver vi det analytiska ramverket för studien, definitioner av samverkan och brukardeltagande, hur



vi gått tillväga och vilket material vi använt för att besvara frågeställningarna. Därefter presenterar vi resultaten av studien. I kapitel 3 redovisar vi resultat om antalet överenskommelser. I kapitel 4 besvarar vi frågan om orsaker till att överenskommelser inte tagits fram samt utmaningar i framtagandet. Kapitel 5 presenterar framgångsfaktorer och goda exempel för framtagandet. I kapitel 6 redovisar vi resultat från kartläggningen av innehåll. Kapitel 7 redogör för i vilken utsträckning brukare har deltagit i att ta fram överenskommelser. I det sista kapitlet följer våra slutsatser och rekommendationer.

## 2.2.1 Ett analytiskt ramverk förtydligar vårt uppdrag

Vårdanalys har tagit fram ett analytiskt ramverk för att tydliggöra hur överenskommelserna var tänkta att fungera, och vilka antaganden som ligger till grund för att effekter och slutmål ska uppnås (Bilaga 4).

Ramverket förtydligar också att en central avgränsning för regeringsuppdraget och denna rapport är att vi inte studerar om överenskommelserna har förutsättningar att nå avsedda mål, eller om de har lett till några effekter och resultat. Med utgångspunkt i ramverket kan vi konstatera att det behövs fortsatta studier för att dra slutsatser om överenskommelserna har förutsättningar att bidra till god vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv.

## 2.3 VAD INNEBÄR SAMVERKAN?

Ett syfte med överenskommelserna var att *stärka samverkan* mellan landsting och kommuner, och på så sätt bidra till att förbättra vård och omsorg (prop. 2012/13:77, s. 77). Vi använder därför begreppet *samverkan* i rapporten. Det finns ingen enhetlig definition av samverkan, utan samverkan kan beskrivas ur olika perspektiv. Forskningen framhåller samtidigt att det är viktigt med en gemensam bild av vad samverkan innebär för att den ska lyckas (Vårdanalys 2016b). Vi beskriver därför hur vi ser på begreppet.

Enligt Socialstyrelsens definition är samverkan ett *”övergripande gemensamt handlande på organisatorisk plan för ett visst syfte”* (Socialstyrelsen 2011b). Samverkan kan alltså sägas syfta till att *organisationerna* ska komma överens om hur de ska agera tillsammans. Oftast grundar sig samverkan då i *ett gemensamt ansvar* kring ett område, vilket är fallet inom missbruks- och beroendevården (Löfström 2007). Överenskommelser kan enligt forskning vara ett uttryck för samverkan (Anell och Mattisson 2009).

Samverkan sker på i huvudsak tre nivåer: mellan professioner, mellan organisatoriska enheter och mellan huvudmän. Samverkan mellan huvudmän inkluderar i allmänhet samverkan längre ner i organisationerna, såväl mellan professioner som mellan organisatoriska enheter. Det innebär att även olika nivåer av samverkan kan komma att överlappa varandra. Samverkan används ofta synonymt med andra begrepp, såsom samordning och samordnad vård och omsorg. En skillnad mellan samverkan och samordnad vård och omsorg är att samverkan kan sägas utgå från ett organisationsperspektiv, medan samordnad vård och omsorg utgår från ett patient- och brukarperspektiv (Vårdanalys 2016b). Vi utgår här från den definition av samordnad vård och omsorg som ges i Vårdanalys rapport ”Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem” (Vårdanalys 2016b):

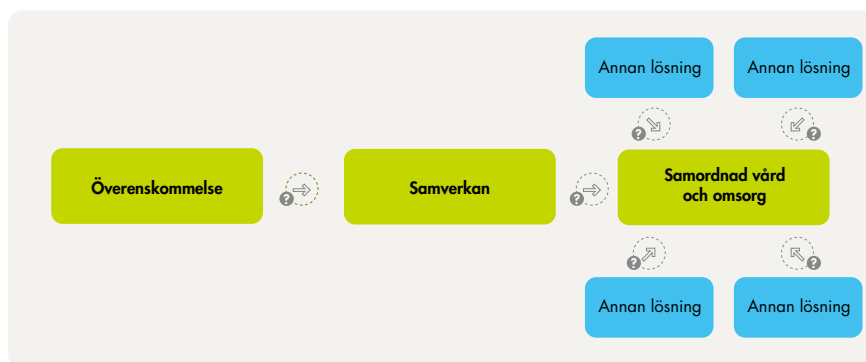
” Vården och omsorgen är samordnad när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet ur patientens eller brukarens perspektiv och där hen ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som en aktiv medskapare.

I figur 2 illustrerar vi hur överenskommelser kan tänkas relatera till samverkan och samordnad vård och omsorg. Vi menar att överenskommelser skulle kunna vara ett tänkbart sätt att bidra till samverkan. Men vi utgår också från att samverkan inte nödvändigtvis leder till förbättrad samordning ur ett patient- och brukarperspektiv. Samordnad vård och omsorg kan också uppnås via andra olika organisatoriska lösningar menar vi. I denna rapport studerar vi varken om överenskommelser kan främja samverkan eller om samverkan genom överenskommelser kan bidra till mer samordnad vård och omsorg.

### **2.3.1 Vilka faktorer påverkar förutsättningar för samverkan?**

Det är ofta svårt att få till stånd samverkan, i synnerhet samverkan som ger faktiska effekter för patienter och brukare, enligt forskning (Anell och Mattisson 2009). Möjligheterna att samverka, och att nå resultat av samverkan bestäms i stor utsträckning av vilka strukturella förutsättningar som finns på de olika nivåerna (Axelsson och Bihari Axelsson 2007). Vi ger här exempel på faktorer som enligt forskning påverkar förutsättningar för samverkan.

**Figur 2.** Ramverk för överenskommelser, samverkan och andra lösningar för samordnad vård och omsorg.



Vården och omsorgens organisering kan påverka hur utmanande samverkan blir. Svårigheterna ökar i regel ju fler aktörer som är involverade, och ju längre aktörerna är ifrån varandra organisatoriskt. Samverkan mellan många olika enheter som tillhör olika huvudmän är till exempel mer komplext, än samverkan mellan få aktörer under samma huvudman (Vårdanalys 2016b). Samverkan mellan huvudmän anses också ofta vara en komplicerad form av samverkan eftersom både professioner, olika organisatoriska enheter och huvudmän i allmänhet inkluderas (Anell och Mattisson 2009). Andra faktorer som enligt forskning kan försvåra samverkan är hög personalomsättning och arbetsbelastning, liksom olika kulturer samt bristande ekonomiska resurser (Danermark och Kullberg 1999, Nordström 2016)

En faktor för att få till stånd fungerande samverkan som ofta framhålls, är tydliga gemensamma målsättningar om vad som ska åstadkommas. Gemensamma mål kan både underlätta samverkan och bidra till att minska risken för målkonflikter längre fram i processen. Att enas kring gemensamma mål är samtidigt utmanande, och blir i regel mer utmanande ju mer detaljerade målen ska utformas. Oenighet kring mål och ansvarsfördelning är vanliga orsaker till konflikter som hindrar samverkan, framhåller forskning (Anell och Mattisson 2009). För att undvika konflikter och nå konsensus kring gemensamma mål kan organisationer sträva efter att utforma målen mer övergripande och vaga. Genom vaga mål kan potentiella konflikter som riskerar hindra samverkan undanröjas, och parter enklare enas. Men mer vaga mål medför också en risk för att underliggande skillnader i intressen och mål förskjuts nedåt i organisationer där konflikter istället uppstår (Pierre och Sundström 2009).



Tydlig ansvarsfördelning är en annan faktor som kan bidra till att minska konflikter kring ansvarsfördelningen och därmed främja samverkan. Men samtidigt kan ett alltför stort fokus på att förtydliga och avgränsa ansvaret innebära att nya gråzoner uppstår där ingen tar ansvar (Vårdanalys 2014, Vårdanalys 2016b). Andra främjande faktorer som enligt forskning kan bidra till samverkan är gemensam finansiering av gemensamma lösningar, samordnad administrativ och politisk ledning, gemensam fortbildning liksom tryck från professionen (Nordström 2016).

## 2.4 VAD INNEBÄR BRUKARMEDVERKAN?

Vår utgångspunkt är att brukares medverkan och inflytande i vård och omsorg kan tillföra olika värden, både för brukare själva och för samhället i stort. Personer med erfarenheter av missbruk och beroende har ofta kunskaper som till exempel kan ge förutsättningar för ökad jämlikhet, stärkt kvalitet och en effektiviserad vård och omsorg (SOU 2016:2, Verdandi 2012). Att göra brukare delaktiga på olika sätt kan också innebära att brukaren får ett ökat inflytande över den egna vården, vilket är ett värde i sig (Socialstyrelsen 2012).

Vi använder i rapporten begreppen *brukarmedverkan* och *brukardeltagande* synonymt. Vi utgår från att brukarmedverkan eller delaktighet innebär någon form av aktivitet eller delaktighet i en process (Socialstyrelsen 2012). Att lämna synpunkter på överenskommelser är en form av brukardeltagande. Brukardeltagandet avser dock inte vad som uppnås, exempelvis inflytande eller möjligheter att påverka. Vi utgår därför från att brukardeltagande rymmer olika grader av delaktighet. Den lägsta graden av delaktighet kan ses som ett mer symboliskt deltagande utan större förutsättningar att påverka, medan en högre grad av delaktighet rymmer någon slags inflytande eller möjligheter till inflytande (Johnson 1998, Hart 2013). För att belysa den högre graden av delaktighet använder vi därför också begreppet *brukarinflytande*. *Brukarinflytande* kan vara till exempel möjligheter att, inom givna ramar, påverka innehållet i överenskommelserna. Brukarinflytande och medverkan kan ske på olika nivåer: system-, verksamhets- och individnivå (Verdandi 2012). Brukarmedverkan i att ta fram överenskommelserna sker främst på verksamhets- och systemnivå.



## 2.5 HUR VI HAR GÅTT TILLVÄGA

Vi har använt metodtriangulering för att besvara frågeställningarna. Det innebär att vi har använt en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder:

- *Analys av data från Socialstyrelsens Öppna jämförelser*

Socialstyrelsen sammanställer uppgifter om överenskommelser inom missbruks- och beroendevården. Uppgifterna innehåller bland annat information om brukardeltagande, men ger inte tillförlitliga uppgifter om omfattning eller på vilken nivå överenskommelser finns (se bilaga 1 för utförligt resonemang). Vi valde därför att genomföra en egen insamling av överenskommelser.

- *En kartläggning av överenskommelser*

Vårdanalys har samlat in samt kartlagt omfattningen och innehållet i överenskommelserna. Överenskommelserna utformas på olika sätt på olika nivåer. Länsöverenskommelserna innebär framförallt att kommun- och regionförbund på länsnivå ingår en överenskommelse med landstinget. De lokala överenskommelserna innebär exempelvis att enskilda kommuner eller stadsdelar ingår en överenskommelse med landstinget. Vi frågade därför efter länsöverenskommelser från kommun- och landstingsrepresentanter på länsnivå och efter lokala överenskommelser från samtliga 289 kommuner och Stockholms 14 stadsdelar. Med hjälp av en analysmall har vi kartlagt innehållet i överenskommelserna.

Tillvägagångssätt, analysmall samt resultat av överenskommelser i sin helhet presenteras i bilaga 1 och 2 samt webbilaga på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se).

- *Intervjuer med företrädare*

Vi intervjuade sammanlagt 44 personer, varav 33 personer på olika nivåer i 13 kommuner och 10 landsting. Vi har främst intervjuat chefer och tjänstemän inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, samt processledare och utvecklingsledare på länsnivå. Vi har också pratat med 11 företrädare för 9 regionala brukarorganisationer och 2 nationella brukarorganisationer. Brukarråd är paraplyföreningar som består av representanter från olika föreningar på regional och lokal nivå, exempelvis Länkarna, IOGT, Verdandi, FMN, Attention och RSMH.

Intervjupersonerna valdes ut från ett urval av län, landsting, kommuner och brukarorganisationer utifrån tre kriterier: resultat i Socialstyrelsens Öppna jämförelser, geografiskt läge och kommunens befolkningsmängd. En del av intervjupersonerna sökte vi upp genom att använda ett snöbollsurval (Kvale och Brinkmann 2009).

### *1. Resultat i Socialstyrelsens Öppna jämförelser*

Vi har valt ut län som har en hög respektive låg andel kommuner som har ingått överenskommelser med landstinget. Inom dessa län har vi sedan valt ut kommuner som har och inte har ingått någon överenskommelse. På samma sätt har vi även valt ut län med hög respektive låg andel brukardeltagande för överenskommelser mellan kommuner och landsting.

### *2. Geografiskt läge i landet*

Vi har intervjuat personer i brukarorganisationer och i kommuner och landsting, från Västerbotten i norr till Skåne i söder. De län och landsting som ingår i studien är: Blekinge, Gävleborg, Jämtland, Jönköping, Skåne, Stockholm, Västerbotten, Västernorrland, Örebro och Östergötland. Företrädare för brukarorganisationer från Värmland och Västra Götaland har också intervjuats.

### *3. Kommunens befolkningsmängd*

Vi har valt ut 13 kommuner med varierande befolkningsmängd, från glesbygd till storstadskommuner. Vi har främst intervjuat chefer och tjänstemän på olika nivåer inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Vi gjorde därefter semistrukturerade intervjuer. Det innebär att vi utifrån våra frågeområden har gjort en intervjuguide som vi utgått ifrån, men anpassat efter informanternas olika roller. Vi har strävat efter att börja med att ställa relativt öppna frågor, för att lämna utrymme för de intervjuade att ta upp områden vi på förhand inte inkluderat. Vi har också efterhand modifierat intervjuguiden, i takt med att nya frågor uppstått. Intervjuerna ägde rum löpande under projektet.









## Hur tas överenskommelser fram och hur många överenskommelser har tagits fram?

### 3.1 ÖVERENSKOMMELSER TAS FRAM PÅ OLIKA NIVÅER

Kommuner och landsting tar fram överenskommelser på olika organisatoriska nivåer:

- *Länsnivå:*

I flera län har kommuner gått samman i kommun/regionförbund och tagit fram en gemensam överenskommelse som ska gälla för landstinget och samtliga kommuner i länet. Detta gäller exempelvis i Norrbottens län, Skåne län, Stockholms län, Västernorrlands län, Västmanlands län och Västra Götalands län.

Ett annat tillvägagångssätt är att arbetsgrupper med representanter för alla kommuner i länet och landstinget utsetts för att arbeta fram en övergripande överenskommelse. Exempelvis har Blekinge län, Dalarnas län, Jönköpings län, Kronobergs län och Värmlands län samlats i gemensamma arbetsgrupper.

- *Delregional nivå:*

Den delregionala nivån innebär att några kommuner i en del av länen ingår en överenskommelse med landstinget, i regel baserat på den regionala överenskommelsen. Då utses en arbetsgrupp med representanter för landstinget och kommunerna i delregionen. Detta gäller i exempelvis södra Älvsborg i Västra Götaland, sydöstra Skånes kommuner och västra Värmland.



Hur tas överenskommelser fram och hur många överenskommelser har tagits fram?

- *Kommunal nivå:*

Enskilda kommuner tar fram lokala överenskommelser med landstinget, i regel baserat på den regionala överenskommelsen. Flera län ser de lokala överenskommelserna som en implementering av länsöverenskommelsen.

- *Verksamhetsnivå:*

På verksamhetsnivå tas exempelvis samverkansavtal, handlingsplaner och överenskommelser fram inom delar av kommunens och landstingens områden. Exempelvis mellan enskilda beroendemottagningar, enskilda vårdcentraler och kommunens socialtjänst. Denna nivå tangerar i hög grad implementering av överenskommelser.

I vår studie definierar vi överenskommelser på länsnivå som läns-gemensamma överenskommelser eller länsöverenskommelser. Samtliga överenskommelser på delregional nivå, kommunal nivå och verksamhetsnivå definierar vi som lokala överenskommelser.



Figur 3. Exempel på hur en överenskommelse kan se ut.

Utdrag från Gnestas lokala överenskommelser:

**INLEDNING OCH SYFTE**  
 Syftet med dokumentet är att förtydliga och underlätta den lokala samverkan gällande vuxen från 18 år för missbruks- och beroendevården i Gnesta kommun mellan socialtjänst, primärvård, kriminalvård och Beroendecentrum i Nyköping. Den grundläggande ramen regleras i dokumentet "Riktlinjer för samverkan inom missbruks och beroendevården"(2008).

**AVGRÄNSNINGAR OCH UPPDRAG**  
 Ansvarsfördelning

Alkohol och narkotika	Primärvård	Landstingets Beroendevård och öppenvårdsteam	Socialtjänsten
<b>Riskbruk</b>	Frågor om din hälsa  AUDIT/DUDIT  Kort rådgivning  Biologiska markörer med feedback	Rådgivning	Frågor om din hälsa  AUDIT  Kort rådgivning
<b>Redan identifierade och diagnostiserade alkohol- och narkotika-problem</b>	Farmakologisk behandling t ex antabus  Enklare abstinensbehandling på uppdrag från beroendecentrum/psykjouren	Farmakologisk behandling  Abstinensbehandling i öppenvård och slutenvård  Somatisk behandling	Utredning  Öppenvårdsbehandling  ASI  Återfallsprevention  Institutionsplacering

Utdrag från Värmlands läns gemensamma överenskommelser:

**Kommunens ansvar**  
 Kommunen har det yttersta ansvaret för att de personer som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som den behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.  
 Kommunens arbete kring missbruksproblematik regleras i Socialtjänstlagen. Hjälp ska erbjudas både i form av rådgivning, utredning/bedömning och biståndsbedömda insatser. Socialtjänsten ska aktivt sörja för att den enskilde personen med missbruk/beroende får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån sitt missbruk/beroende.  
 Socialtjänsten ska utifrån ett helhetsperspektiv genomföra insatserna i samråd med den enskilde och i förekommande fall med dennes anhöriga. Det ska finnas en strukturerad och dokumenterad samverkan för de personer som har behov av insatser från flera aktörer, framförallt landstinget

**Landstingets ansvar**  
 Landstinget i Värmland ska erbjuda invånarna i Värmland god och säker hälso- och sjukvård. Arbetet med att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt minska och lindra lidande ska ske på lika villkor och för hela befolkningen i länet. Det ska finnas ändamålsenliga och skriftliga rutiner för informationsöverföring och gemensam planering med andra vårdaktörer.  
 Det ska finnas en tydlig rollfördelning inom hälso- och sjukvården som tydliggör vårdcentralens roll i förhållande till psykiatri när det gäller gruppen patienter med missbruks- och beroendeproblematik. Konsultation och kompetensstöd i enskilda ärenden ska erbjudas vårdgrannar och andra myndigheter. De delar av missbruks- och beroendevården som berör landstingets psykiatri beskrivs i ett

### 3.2 SAMTLIGA LÄN OCH EN MAJORITET KOMMUNER HAR ELLER HÅLLER PÅ ATT TA FRAM EN ÖVERENSKOMMELSE

Vi kan konstatera att i 90 procent (19 av 21) av länen fanns en länsöverenskommelse, och i resterande 10 procent (2 av 21) pågår arbetet med att utarbeta överenskommelser. Sammanlagt 212 av de 259 kommuner som deltog i vår studie har eller var på väg att utarbeta en lokal överenskommelse (82 procent). 47 av dessa kommuner uppgav att de hade påbörjat arbetet med överenskommelser men inte var färdiga då vi gjorde vår kartläggning. Till exempel pågick revideringar av länsöverenskommelser som gjorde att vissa kommuner att inväntade detta innan de påbörjade sitt eget. Skäl som anges till revideringar är omorganiseringar och nya behov som identifierats i verksamheter eller hos målgrupper. Flera kommuner håller också på att revidera lokala överenskommelser efter de nya nationella riktlinjerna. Riktlinjerna från 2015 inkluderade tre nya områden: ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser. Många kommuner och landsting håller nu på med att inkludera dessa tre områden i överenskommelserna.

47 kommuner (18 procent) som deltog i vår studie hade inte planer på att arbeta fram lokala överenskommelser (se bilaga 1 för en mer utförligt beskrivning). I våra intervjuer framkommer en rad olika orsaker till detta. Vi redogör dessa orsaker i kapitel 4.

### 3.3 ÖVERENSKOMMELSER PÅ LÄNSNIVÅ KONKRETISERAS I OLIKA UTSTRÄCKNING PÅ LOKAL NIVÅ

Våra intervjupersoner är överens om att det ska finnas en övergripande överenskommelse i länet, men det finns olika uppfattningar om lokala överenskommelser bör tas fram eller inte. I de länsövergripande överenskommelserna rekommenderas ofta att lokala överenskommelser ska arbetas fram, men i somliga län uppfattar kommunerna och landstingen att lagkraven är uppfyllda genom att de antar länsöverenskommelsen. Ett exempel är Stockholms län, där företrädare för kommuner och landsting menar att den länsövergripande överenskommelsen kan ses som en lokal överenskommelse när den antagits och beslutats på lokal nivå. I Stockholms länsöverenskommelse finns däremot inga krav på att arbeta fram lokala överenskommelser. Huvudmännen åtar sig i stället att ha samråd på lokal nivå och att ta fram lokala rutiner. Ytterligare ett exempel på att länsöverenskommelser anses uppfylla lagkravet är Västernorrlands län som har tagit fram en länsgemensam överenskommelse

som länets sju kommuner har antagit men inte brutit ned på lokal nivå. Intervjupersoner i Västernorrland anser att det inte finns något behov av att ta fram lokala överenskommelser, eftersom de arbetar med samverkan på andra sätt. I andra länsöverenskommelser framhålls att kommunernas varierande förutsättningar gör att lokala överenskommelser behöver tas fram. Jönköpings och Kalmar län är exempel på län som har en regional överenskommelse som sedan har brutits ner till en lokal överenskommelse per kommun.

### 3.4 SKL:S CHECKLISTA ANVÄNDS INTE

Bestämmelserna som reglerar överenskommelserna (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL) ger relativt stort utrymme för huvudmännen att välja hur överenskommelserna ska utformas och hur innehållet ska specificeras. Regeringen föreslog därför att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skulle utforma ett stöd kring överenskommelsernas innehåll och utformning (prop. 2012/13:77 s. 22). Inom ramarna för Kunskap till praktik utformade SKL därför en checklista (SKL 2014a). Vår studie visar att checklista endast i begränsad utsträckning har använts som vägledning. Vår kartläggning av överenskommelser visar att checklistan inte alls har använts eller omnämnts i överenskommelserna (se tabell 36 i bilaga 2). I intervjuer framkom att endast ett fåtal företrädare för kommuner och landsting kände till checklistan. Av de som använt checklistan var de flesta processledare eller utvecklingsledare på länsnivå som tidigare har varit delaktiga i Kunskap till praktik. De nationella riktlinjerna har däremot i hög utsträckning använts som utgångspunkt, vägledning eller underlag i överenskommelserna (71 procent av de länsgemensamma överenskommelserna och 51 procent av de lokala överenskommelserna). Överenskommelserna omnämner propositionen (prop. 2012/13:77), propositionen/regeringens skrivelse, den så kallade ANDT-strategin (prop. 2010/11:47, skr. 2015/16:86) och missbruksutredningen (SOU 2011:35) och dessa dokument har i viss mån också utgjort en konkret utgångspunkt i både länsöverenskommelser och lokala överenskommelser. Men dessa dokument har inte använts i lika hög utsträckning som de nationella riktlinjerna (se tabellerna 37–40 i bilaga 2).

Flera kommuner och landsting efterfrågar stöd, vägledning och goda exempel i arbetet med att ta fram överenskommelser. Flera personer menar att ett dokument liknande checklistan skulle kunna vara ett användbart verktyg, men att denna då skulle behöva utvecklas och få spridning.









## Vilka hinder för att ingå överenskommelser finns?

I det här kapitlet identifierar vi hinder som bidrar till att förklara varför överenskommelser inte slutits. Vi beskriver också de utmaningar som påverkar framtagandeprocessen, även för kommuner och landsting som har tagit fram överenskommelser. Slutligen beskriver vi översiktligt några utmaningar kring implementering och förankring.

### 4.1 GEOGRAFISKA FÖRUTSÄTTNINGAR PÅVERKAR

Av de kommuner som saknar en lokal överenskommelse och inte har planer på att ta fram en var ungefär hälften befolkningsmässigt små kommuner (ett invånarantal under 15 000 personer). Med hänsyn tagen till att det finns fler små än stora kommuner i landet, kan vi dock dra slutsatsen att kommunens befolkningsstorlek eller geografiska läge inte har en avgörande betydelse för om en lokal överenskommelse tas fram eller inte. Det finns alltså andra faktorer än befolkningsstorlek som har betydelse (läs utförligare resonemang i bilaga 1). I våra intervjuer däremot, framgår att geografiska förutsättningar såsom geografiskt läge, befolkningsstorlek och demografiska faktorer uppfattas påverka framtagandet av överenskommelser. Stora geografiska avstånd mellan exempelvis socialtjänst och landstingets specialistmottagningar uppfattas vara en utmaning för att ingå överenskommelser i flera landsbygdskommuner. Men vissa av de geografiska förutsättningarna kan vara dubbeltydiga, vilket vi kommer att återkomma till: En förutsättning som å ena sidan främjar samverkan, kan samtidigt bidra till att överenskommelser inte prioriteras.



Vilka hinder för att ingå överenskommelser finns?

Vi har utöver geografiska faktorer identifierat åtta huvudsakliga faktorer som bidrar till att förklara varför överenskommelser inte slutits och som försvårat framtagandet av överenskommelser:

1. Länsöverenskommelsen uppfattas som tillräcklig
2. Befintliga samverkansstrukturer skapar mindre behov av överenskommelser
3. Hög grad av specialisering gör framtagandet mer utmanande
4. Primärvården är en svag länk i att ta fram överenskommelser
5. Resurser påverkar om överenskommelser prioriteras
6. Det saknas samordnande funktioner
7. Svårigheter att enas kring ansvarsfördelning
8. Ekonomiska drivkrafter och system bidrar till att göra det svårt att enas och samverka

## 4.2 LÄNSÖVERENSKOMMELSEN UPPFATTAS SOM TILLRÄCKLIG

Som vi visade i kapitel 3 uppfattar vissa län och kommuner att kravet på en överenskommelse är uppfyllt när de har beslutat om och antagit länsöverenskommelsen. Vissa län och kommuner prioriterar därför inte att ta fram lokala överenskommelser.

## 4.3 BEFINTLIGA SAMVERKANSSTRUKTURER SKAPAR MINDRE BEHOV AV ÖVERENSKOMMELSER

En del mindre kommuner framhåller att de har förutsättningar som kan främja samverkan, såsom färre aktörer, kortare kontaktvägar och lägre grad av specialisering. Det bidrar till att samverkan upplevs fungera väl och att behoven av överenskommelser i dessa kommuner upplevs vara mindre. Det är en orsak till att överenskommelser inte prioriteras. En landstingsföreträdare i en mindre inlandskommun säger:

” Här behövs inte överenskommelser, för samtliga anställda har koll på vem de ska kontakta i kommunen och samverkan sinsemellan fungerar väl. Vi känner varandra och våra brukare, och samverkar redan.

En företrädare säger:

” I Västernorrland finns det inte, som det gör i andra län, lokala överenskommelser. Det betyder inte att vi på lokal nivå inte jobbar med ansvarsfördelning- och samverkansfrågor. Vi jobbar i våra samverkansgrupper och har rutiner som ska gälla för arbetet.



Även i vissa större kommuner framhålls befintliga samverkansrutiner vara ett centralt skäl till att överenskommelser inte prioriteras. En kommunchef i en större kommun som saknar en överenskommelse framhåller att samverkan sker genom praxis och rutiner och att arbetet med överenskommelsen snarast skulle riskera att tränga undan dessa liksom annat viktigt arbete i verksamheten.

#### **4.4 HÖG GRAD AV SPECIALISERING GÖR FRAMTAGANDET MER UTMANANDE**

Specialisering innebär i regel att fler aktörer och nivåer behöver involveras vilket gör det mer utmanande att samverka framhåller ofta forskning (Vårdanalys 2016b). Hög grad av specialisering av vård- och omsorg kan därför göra att framtagandet av överenskommelser blir mer utmanande, menar också företrädare för kommuner och landsting. Företrädare för främst kommuner tycker också att specialiseringen kan bidra till att göra det svårare att få insyn i gränsdragningen och ansvarsfördelningen inom landstinget, i synnerhet inom psykiatrin. Det gör att vissa kommuner upplever att det är otydligt vilken part inom landstinget som kommunen ska samverka med. Landstingsföreträdare framhåller att specialiseringen främst är en utmaning ur kommunens perspektiv. Men både landstingen och kommunerna anser att det finns ett behov av att utveckla den interna samverkan inom landstinget. De ser också att gränssnittet mellan primärvård och psykiatri kan bli bättre, vilket man menar skulle underlätta samverkan mellan huvudmännen.

#### **4.5 PRIMÄRVÅRDEN ÄR EN SVAG LÄNK I ATT TA FRAM ÖVERENSKOMMELSER**

Primärvården har en viktig roll i vården av personer med missbruk och beroende enligt företrädare för både kommuner och för landsting. Primärvården gör ofta en första utredning, bedömning och behandling av personer med missbruk och beroende, och primärvården kan också hänvisa patienten vidare till specialistsjukvården, socialtjänsten eller till en beroendemottagning. Ett tidigt samarbete och en fungerande samverkan med primärvården är därför viktigt, framhåller företrädare för såväl psykiatri, beroendemottagningar som socialtjänst. Men primärvårdens beskrivs också som en primär orsak till att överenskommelser inte kunnat ingås.

Företrädare för kommuner beskriver att det varit svårt att inkludera primärvården i arbetet med överenskommelserna. Det har varit svårt att få



tag på representanterna från primärvården och de har inte kommit på möten. En kommunchef beskriver hur hen flera gånger bjudit in primärvården till möten för att presentera sin idé om hur en lokal överenskommelse skulle kunna se ut, utan att få svar. En annan chef för en socialtjänstenhet försökte i 3–4 år att få med primärvården innan arbetet med överenskommelsen lades ned. En tredje kommun beskriver hur de uppfattar att primärvården bara samverkar så länge de själva hade nytta av samverkan.

#### **4.5.1 Geografiska förutsättningar påverkar primärvårdens roll**

Men primärvårdens roll ser olika ut i landet, vilket gör att samverkan med primärvården fungerar bättre på vissa håll. I flera glesbefolkade kommuner beskriver man att primärvården tar ett större ansvar för missbruks- och beroendevården och också deltar i att ta fram överenskommelser. En anledning till det är att landstinget i glesbefolkade kommuner ofta representeras av primärvården i form av en vård- eller hälsocentral. Däremot saknas i många fall specialistenheter, beroendemottagningar och psykiatriska mottagningar. Det innebär att primärvården generellt har ett bredare uppdrag och tar ett större ansvar för missbruks- och beroendevården, påpekar primärvårdschefen i en glesbygdskommun:

” Svårigheten att samverka med primärvården ser inte likadan ut i glesbygden som i storstaden. Här har vi ett tydligare ansvar för målgruppen. I glesbygden är det långt till närmsta sjukhus vilket gör att primärvården måste ta ansvaret.

#### **4.5.2 Primärvårdens organisation, ekonomiska drivkrafter samt breda uppdrag påverkar möjligheter till samverkan**

Många företrädare för både landstinget och kommunerna hänvisar till betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och dess beskrivningar av primärvården, för att förklara de anledningar man ser till primärvårdens bristande medverkan. Många företrädare framhåller att primärvårdens förutsättningar för att ta en samordnande roll är begränsade. Att primärvården har ett brett uppdrag och förväntas göra allt, utan att få tillräckliga förutsättningar, framhålls som en anledning. Företrädare för primärvården framhåller också att hög arbetsbelastning, personalomsättning och att primärvården är beroende av stafettpersonal bidrar till att primärvården inte kan upprätthålla kontinuiteten i sitt samverkansarbete.

Chefsbyten beskrivs särskilt vara orsaker till att överenskommelser inte prioriteras av primärvården. Men kommunerna anser inte att det ursäktar att primärvården prioriterar ned samverkan. ”Men vi har ju samma problem med chefsbyten och arbetsbelastning!” menar en kommunchef.

Vissa företrädare för kommunerna och landstingen uppfattar att ekonomiska system som inte premierar samverkan kan medföra att primärvården inte motiveras att medverka. Flera kommunchefer uppfattar att primärvårdens organisation i sig medför utmaningar. Man framhåller att primärvården består av många olika aktörer, ofta utan en gemensam ansvarig part att samverka med. Kommunen kan därför behöva samverka med många olika vård- och hälsocentraler för att kunna ta fram överenskommelser, vilket upplevs utmanande.

Det finns också de som menar att primärvården har god anledning att hålla missbruks och beroendefrågor ifrån sig. Företrädare för psykiatrin menar att primärvården inte kan eller ska belastas med missbruks och beroendevård. Det kan annars leda till att patienter och brukare riskerar att inte få det kompetenta stöd de behöver, framhåller de. Specialister inom missbruks- och beroendevård har bättre kompetens inom området än allmänläkare och bör därför ta det huvudsakliga ansvaret för missbruksvården menar flera företrädare för psykiatrin.

#### 4.6 RESURSER PÅVERKAR OM ÖVERENSKOMMELSER PRIORITERAS

Både kommuner och landsting beskriver att tillgången på resurser påverkar förutsättningarna att kunna prioritera att ta fram överenskommelser.

Flera kommuner och landsting beskriver att bristen på personal, hög arbetsbelastning och hög personalomsättning bidrar till att undergräva rutiner för samverkan vilket gör det svårare att ta fram överenskommelser. Flera företrädare för huvudmännen betonar att samverkansstrukturerna ofta är sårbara, i synnerhet om strukturerna är nya eller i hög grad personberoende. Många framhåller att samverkansstrukturerna ofta bärs upp av enskilda personer som fungerar som drivkrafter, kulturbärare och eldsjälar. Om dessa nyckelpersoner slutar kan ”allt falla som ett korthus”, säger en kommunföreträdare i en mindre inlandskommun. Många kommuner och landsting beskriver också att de måste anlita hyrpersonal i hög grad, vilket också påverkar kontinuiteten i samverkansarbeten. Eftersom det tar tid för den nya personalen att knyta nya kontakter och sätta sig in i processer kan det få till följd att arbetet kring överenskommelser går mycket trögt, betonar en kommunchef. Flera kommun- och landstingsföreträdare



framhåller också att hög arbetsbelastning i kombination med ansträngd ekonomi bidrar till att göra det utmanande att såväl prioritera som till att enas kring överenskommelser. Även om de anser att överenskommelser på sikt skulle kunna öka effektiviteten och frigöra resurser, upplever de att det ansträngda läget gör att de måste prioritera kärnverksamheten. I synnerhet små kommuner uppfattar att ansträngda resurser innebär att de behöver göra svåra prioriteringar. I kombination med andra faktorer kan det påverka att överenskommelser inte prioriteras, framhåller vissa kommuner. Till exempel beskriver vissa glesbygdskommuner att problematiken med missbruk och beroende är mindre utbredd i förhållande till andra områden som tar resurser i anspråk, som till exempel äldreomsorgen. Andra betonar att det trots begränsade resurser är möjligt att prioritera överenskommelser. Att hänvisa till resursbrist kan vara ett sätt att skjuta ansvaret från sig och inte ta tag i problem, menar flera personer.

Begränsad kunskap och kompetens beskrivs också påverka framtagandet. Exempelvis framhåller flera kommunföreträdare att kompetens kring ledning och styrning behöver utvecklas, i synnerhet hos chefer. Avsaknad av kunskap och riktlinjer kring vissa specifika frågor beskrivs också vara hinder för att ingå överenskommelser. Kommunerna och landstingen är exempelvis osäkra på hur läkemedelsmissbruk och spelmissbruk ska hanteras. Det får till följd att det är svårare att ingå överenskommelser inom dessa områden.

#### 4.7 DET SAKNAS SAMORDNANDE FUNKTIONER

Flera företrädare för kommuner och landsting beskriver att de saknar de regionala funktioner för samordning som fanns inom utvecklingsprojektet *Kunskap till praktik*. Drivkraften och förutsättningarna för samverkan uppfattas också i flera län ha avtagit efter att projektet avslutades. De strukturer och funktioner som byggdes upp inom Kunskap till praktik har i olika utsträckning prioriterats av län, landsting och kommuner. Exempelvis har finansieringen av processledare eller liknande samordnande funktioner inte fortsatt överallt. Företrädare för både kommuner och landsting beskriver att avsaknaden av samordnande funktioner är en grundläggande utmaning för att ta fram överenskommelser i synnerhet på länsnivå, men det påverkar även arbetet på lokal nivå. Det finns också uppfattningar om att avsaknaden av samordnande funktioner bidrar till att påverkar det nationella MILK (Missbruk och beroendevård i landsting och kommuner) nätverkets möjligheter att fortsätta arbetet som grundades inom Kunskap till praktik.

Flera företrädare för kommuner och landsting betonar att nätverkets arbete förutsätter att det finns representanter och en regional plattform för varje län. Att vissa kommuner, landsting och län inte har fortsatt att finansiera processledare och regionala plattformar beskrivs därför bidra till sämre förutsättningar för att samordna den nationella, den regionala och den lokala nivån.

#### 4.8 SVÅRIGHETER ATT ENAS OM ANSVARFÖRDELNING

Att enas kring ansvarsfördelningen är fortsatt en grundläggande utmaning, som i hög grad bidrar till att göra det utmanande att enas i en överenskommelse. Svårigheter att enas kring ansvarsfördelningen har i vissa fall inneburit att arbetet med överenskommelserna har tagit mer tid och i andra fall inneburit konflikter som gjort att överenskommelser inte kunnat tas fram.

Vissa områden har varit svårare att nå enighet om. Till exempel är vård och omsorg för barn och unga ett utmanande område, enligt företrädare för både socialtjänst och hälso- och sjukvården. En företrädare för en kommun säger:

” Ett exempel på en stor utmaning är barn och unga. När man frågar om detta område så kan varken psykiatrin eller primärvården komma överens om vem som har det yttersta ansvaret. Jag kan förstå att det är svårt, det innebär att de måste avsätta resurser för området, men problemet för oss kommuner kvarstår. Det är väldigt frustrerande att se fler och fler unga, ibland 13-åringar, som ökar bland målgruppen utan att vi tillsammans kan göra tillräckligt åt situationen.

Psykosociala behandlingar, doping och tillnyktringsverksamhet enligt lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m (LOB) nämns också som områden där det är svårt att samverka om det delade ansvaret. Ett län beskriver att arbetet med samverkan kring tillnyktringsverksamhet i överenskommelser har havererat eftersom parterna inte kunde enas:

” Diskussionerna havererade på tjänstemannanivå, och fick lösas på politisk nivå. SKL kontaktades i samband med konflikten, de hjälpte till med gränsdragningsproblem mellan socialtjänst och landsting. Via juristhjälp från SKL konstaterades att tillnyktring är landstingets ansvar.



Även kring spelmissbruk finns en uppfattning om att det saknas tydlighet kring ansvarsfördelning. Regeringen föreslog i december 2016 att kommunen ska ansvara för att förebygga och motverka spelmissbruk. Kommuner och landsting ska också ingå överenskommelser om samverkan kring spelmissbruk. Lagförslaget föreslås träda i kraft den 1 januari 2018. (Lagrådsremiss 2016).

Området samsjuklighet beskrivs också som ett område som det på vissa håll varit mer svårt att enas kring. Meningarna går ofta isär om i vilken ordning insatser ska göras, exempelvis om landstinget först ska behandla psykisk ohälsa eller om missbruket först ska behandlas av kommunen. En kommunföreträdare beskriver: "Psykiatrin säger att de vill att brukaren har varit drogfri minst 30 dagar innan de börjar ge vissa insatser som vi anser att brukaren har behov av. Det är ganska naivt att tro att en person med missbruk ska kunna klara av det kravet."

#### **4.8.1 Förtydliga ansvar och samverka kring det gemensamma ansvaret**

Vår studie visar också att det finns olika ståndpunkter kring om överenskommelserna i första hand bör förtydliga ansvaret eller fokusera på samverkan kring det gemensamma ansvaret – eller både och. Vissa företrädare inom både kommuner och landsting menar att den nationella nivån behöver förtydliga ansvarsfördelningen, vilket man menar skulle underlätta samverkan kring överenskommelser. En chef inom landstinget menar att: "Staten gör det enkelt för sig och skjuter ner en politiskt känslig fråga kring ansvar för missbruk- och beroendevården till landstingen och kommunerna". Vissa landstingsföreträdare menar att landstinget borde ges huvudansvaret för missbruksbehandlingar, i enlighet med Missbruksutredningens slutbetänkande (SOU 2011:35). De framhåller hälso- och sjukvårdens medicinska kompetens att behandla missbruk och beroende som ett argument. Andra företrädare för båda huvudmännen anser att ansvaret visserligen behöver förtydligas, men att huvudmännen själva bör kunna avgöra hur och när ansvaret bör delas eller förtydligas. Flera företrädare framhåller också att det kan upplevas lättare att komma överens om vem som ska göra vad än att diskutera hur det gemensamma ansvaret ska utformas. Flera företrädare, framförallt för kommuner, menar att det gemensamma ansvaret ger bäst förutsättningar för ett helhetsperspektiv utifrån brukarens behov. Därför bör överenskommelser betona samverkan om det gemensamma ansvaret, snarare än att dela upp ansvaret, betonar en kommunchef.

## 4.9 EKONOMISKA DRIVKRAFTER OCH SYSTEM BIDRAR TILL ATT GÖRA DET SVÅRT ATT ENAS OCH SAMVERKA

Ett annat område som är särskilt svårt att enas kring är kostnadsansvaret. Företrädare upplever att ekonomiska och finansiella system i kombination med begränsade ekonomiska medel bidrar till att det är svårt att komma överens, i synnerhet om kostnadsansvaret för olika insatser. Till exempel är finansiering av HVB-hem är ett område som beskrivs leda till friktioner. HVB-hemmen utför i regel sociala insatser och behandlingar men även medicinsk behandling. Det innebär att landstinget i allmänhet bekostar vården och att kommunen bekostar de sociala insatserna och behandlingarna. För att avgöra varje parts kostnadsansvar diskuterar huvudmännen vad de olika insatserna är värda, i timmar och i pengar. Dessa förhandlingar beskrivs vara svåra att slutföra, vilket bidrar till att göra det svårt att enas kring kostnadsansvaret i överenskommelserna.

Man menar också att olika finansieringssystem bidrar till att verksamhetens mål och budget prioriteras på bekostnad av åtgärder som man menar kan främja samverkan, såsom överenskommelser. Ekonomiska och finansiella system driver på så sätt på tendensen att förtydliga och avgränsa ansvaret, och förstärker därmed organisatoriska stuprör snarare än överbygger dem, framhåller flera företrädare för kommuner och landsting.

## 4.10 FÖRANKRING AV ÖVERENSKOMMELSER BEHÖVER FORTSÄTTA STUDERAS

Vi fördjupar oss inte i förankringsprocessen i denna rapport, men vi nämner här översiktligt några av de utmaningar i processen som företrädare beskriver. Flera företrädare framhåller att utmaningarna i förankringen av överenskommelser på lokal nivå är betydande. Samverkan kring överenskommelserna beskrivs på flera håll fungera relativt bra på högre nivåer medan det är osäkert hur verksamheterna på lägre nivå förankrar och konkretiserar överenskommelserna i praktiken. Flera kommuner beskriver att det är så svårt att förankra överenskommelserna i verksamheterna att de inte driver förankringsarbete på verksamhetsnivå, utan ser det som "ett mål för framtiden". Vissa kommuner och landsting uppger att de anställda saknar kännedom om överenskommelsen. En kommunföreträdare i en större kommun säger:

**”** Det är inte förankrat i den praktiska verksamheten. Skulle säga att cirka 20 procent av de anställda i praktiska verksamheten känner till den lokala överenskommelsen och att ingen känner till den länsövergripande överenskommelsen.











## Vilka framgångsfaktorer för att ingå överenskommelser finns?

I det här kapitlet beskriver vi faktorer som kan främja att överenskommelser tas fram. I slutet av detta kapitel beskriver vi företrädares förslag på områden där de ser behov av utveckling för att stärka förutsättningarna för samverkan kring överenskommelserna. Kapitlet baseras på intervjuer med företrädare för kommuner, landsting och brukar-organisationer.

En majoritet av de personer som vi har intervjuat har en positiv inställning till kravet på överenskommelser. Överlag uppfattar de att överenskommelserna sätter missbruk- och beroendefrågor på agendan och skapar ett tryck på kommuner och landsting att prioritera att förbättra missbruks- och beroendevården. Företrädare för kommuner och landsting framhåller även att arbetet om överenskommelserna initierar en form av grundläggande samverkan. De nätverk och arbetsgrupper som skapas och de kontakter som knyts ger en bra grund för vidare samverkan, i synnerhet på chefsnivå, enligt de intervjuade. Genom att mötas och samtala om frågor kan deltagarna också identifiera områden som är särskilt utmanande, vilket kan bidra till att skapa större förståelse för ansvarsfördelningen, de olika förutsättningarna och perspektiven, menar man. ”I och med att det finns en överenskommelse tvingas vi till samverkan, vilket är bra. Det skapar nätverk och vi får en större förståelse för varandras ansvarsfördelning och vardag,” säger en kommunchef. Även tidigare forskning visar att överenskommelser kan vara en form av samverkan som kan främjas genom lagstiftning (Anell och Mattisson 2009).



Vi har identifierat fem framgångsfaktorer i processen att ta fram överenskommelser:

1. Samverkan är enklare i små kommuner, stora kommuner har andra fördelar
2. Befintliga strukturer är en grund för att ta fram överenskommelser
3. Chefer har viktig roll och engagemang på alla nivåer driver på
4. Processledare viktig samordnande funktion
5. Integrerade verksamheter främjar processen

## **5.1 SAMVERKAN ÄR ENKLARE I SMÅ KOMMUNER, STORA KOMMUNER HAR ANDRA FÖRDELAR**

I forskning kring samverkan konstateras att det generellt är lättare att få till stånd samverkan med färre aktörer (Vårdanalys 2016b). Detta framkommer också i vår studie. Små kommuner har ofta vissa förutsättningar som kan underlätta samverkan, såsom färre aktörer, och lägre grad av specialisering. Primärvården tar också ofta ett bredare ansvar. Det kan bidra till att det blir lättare att ta fram överenskommelser. Processledare och andra regionala företrädare från län med få kommuner, påpekar att det färre antalet kommuner gjort det lättare att ta fram länsöverenskommelser. Detta eftersom de ofta känner till verksamheter, personer och förutsättningar i respektive kommun, vilket underlättar arbetet. De befolkningsmässigt större kommunerna, landstingen och länen kan ha andra förutsättningar som kan främja samverkan om överenskommelser, som exempelvis utbyggda administrativa system och resurser avsatta för samverkan.

## **5.2 BEFINTLIGA STRUKTURER ÄR EN GRUND FÖR ATT TA FRAM ÖVERENSKOMMELSER**

Befintliga strukturer för samverkan är en huvudsaklig framgångsfaktor som framhålls ha underlättat framtagandet. Framförallt beskrivs Kunskap till praktik ha lagt en betydelsefull grund, genom de arbetsgrupper, funktioner och nätverk som skapats. Även tidigare utvecklingsprojekt har bidragit till strukturer som används. Exempelvis nämns på flera håll att arbetsgrupper som skapades inom ramarna för Plan för riktade insatser inom psykisk ohälsa (PRIO) har medverkat i att ta fram överenskommelser även inom missbruks- och beroendevården. Även projekt längre tillbaka i tiden och

inom andra områden har bidragit till strukturer som gör det lättare att ta fram överenskommelser. I vissa län finns till exempel strukturer för samverkan som kan härledas bland annat till 1990-talets ädelreform inom äldreomsorgen, samt till psykiatrireformen 1995. I till exempel Södertälje arbetar man sedan 1990-talet med parledarskap, tvärprofessionella grupper, integrerad verksamhet samt med *Case managers* (Socialstyrelsen 2016a) som man framhåller som framgångsfaktorer för arbetet med överenskommelser. Även andra former av samverkansstrukturer inom och mellan kommuner och landsting beskrivs ha underlättat och bidragit till att ta fram överenskommelser.

### 5.3 CHEFER HAR VIKTIG ROLL OCH ENGAGEMANG PÅ ALLA NIVÅER DRIVER PÅ PROCESSEN

En central framgångsfaktor som framförs av flera kommuner och landsting är att ledningen prioriterar överenskommelserna. Den högre ledningen i län, landsting och kommuner har ofta uppgiften att tillsätta arbetsgrupper och de fattar också i regel beslut om överenskommelser visar vår studie.

Chefer på olika nivåer inom kommuner och landsting har också en viktig roll i att driva på och prioritera arbetet med överenskommelser. Det är ofta cheferna som ingår i nätverk och deltar i arbetsgrupper och samverkansgrupper. Chefernas engagemang, mandat och kompetens har därför stor betydelse, framhåller intervjupersoner. Det är viktigt att chefer får stöd och mandat av den högre ledningen att prioritera arbetet med överenskommelser, menar chefer vi pratat med. På så sätt kan de driva frågorna och skapa tryck nedåt i organisationen. Cheferna på verksamhetsnära positioner, till exempel enhetschefer, har en viktig roll också för att förankra överenskommelserna i verksamheterna, framhåller intervjupersoner. Dessa chefer kan också bidra till att ställa krav på uppföljning och på så sätt skapa tryck på verksamheterna att ta fram överenskommelser. För att chefer ska lyckas i arbetet behöver deras kunskap och kompetens utvecklas och möjligheter till stöd och administrativ avlastning finnas, framhåller flera kommunföreträdare.

De intervjuade uppfattar att engagemang på alla organisatoriska nivåer, från politisk nivå till ledning, chefer på olika nivåer som hos professionen, är centralt för att överenskommelsen ska tas fram, och därefter förankras. I de län där arbetet med överenskommelsen uppfattas vara väl förankrat hos alla deltagande parter beskrivs också framtagandet fungera smidigt. De flesta



av våra intervjuade uppfattar att det också finns ett politiskt intresse för överenskommelser i län, kommuner och landsting. Även om vissa företrädare upplever att intresset ibland stannar vid ett symboliskt intresse.

#### 5.4 PROCESSLEDARE HAR EN VIKTIG SAMORDNANDE FUNKTION

De processledare som finansierades inom ramarna för Kunskap till praktik har på de flesta håll samordnat arbetet med överenskommelser på länsnivå och också utgjort en samordnande länk mellan den lokala, regionala och nationella nivån. Processledare beskrivs i vissa län ha haft en nyckelroll också i framtagandet av lokala överenskommelser. Exempelvis har processledaren i Jönköping förutom att arbeta med länsöverenskommelsen, också medverkat i att förankra den i de enskilda kommunerna, genom att åka runt i alla regionens kommuner för att stödja kommunerna i det lokala framtagandet. Det har bidragit till att samtliga kommuner i Jönköpings län har tagit fram lokala överenskommelser menar processledaren. I vissa andra län, exempelvis i Västerbotten finns planer på att tillsätta och finansiera regionala funktioner, eftersom man ser ett behov av att samordna och stimulera det lokala arbetet med överenskommelser.

#### 5.5 INTEGRERADE VERKSAMHETER FRÄMJAR PROCESSEN

I flera kommuner och landsting finns olika former av så kallade integrerade verksamheter. Integrerade verksamheter innebär i regel någon form av gemensam organisering mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En gemensam beroendemottagning kan vara en sådan. Integrerade verksamheter finansieras i många fall gemensamt av både kommunen och landstinget.

Många företrädare uppfattar att integrerade verksamheter underlättar att ta fram överenskommelser. De menar också att de integrerade verksamheterna är ett framgångsrikt sätt att hantera utmaningarna kring ansvarsfördelningen på eftersom den gemensamma organisationen och den gemensamma finansieringen gör det lättare att fokusera på det gemensamma ansvaret för målgruppen, och inte på att avgränsa ansvaret, menar en företrädare för ett landsting. Flera företrädare ser positivt på integrerade verksamheter och menar att de kan göra att behoven av samverkan minskar. ”I stället för samverkan ska det finnas en integrerad organisation. Och vill man ge stimulansmedel till något så borde man ge stimulansmedel för att få igång sådana lösningar”, säger en landstingschef.

## 5.6 FÖRSLAG PÅ UTVECKLINGSOMRÅDEN FRÅN KOMMUN- OCH LANDSTINGSFÖRETRÄDARE

I denna avslutande del redovisar vi förslag på utvecklingsområden som företrädare har lämnat. Vi har bitt företrädare för huvudmännen att lämna förslag på områden där de ser behov av utveckling för att stärka förutsättningarna för samverkan kring överenskommelserna. Vi har sammanställt dessa förslag:

- *Uppföljning av överenskommelser på nationell, regional och lokal nivå*  
Uppföljning av överenskommelser nämns som ett viktigt utvecklingsområde av de flesta företrädare för kommuner och landsting vi har talat med. Uppföljning behöver göras på både nationell, regional och lokal nivå, framhåller de. Den nationella nivån bör följa upp implementeringsprocessen och tillämpningen av lagstiftningen. Den regionala nivån behöver följa upp om lokala överenskommelser tas fram för att skapa ett tryck på framtagande. Uppföljning på lokal nivå behöver prioriteras för att följa upp effekter och resultat av överensstämmelserna, framhåller företrädare. För att kunna dra slutsatser om effekter och resultat behöver uppföljningssystem och uppföljningsindikatorer utvecklas, i synnerhet inom socialtjänstens område, framhåller flera företrädare.
- *Ett nationellt nätverk och samordnande funktioner*  
De funktioner, strukturer och nationella nätverk som byggdes upp inom Kunskap till praktik behöver prioriteras och upprätthållas, framhåller många vi talat med. Flera personer menar att SKL kan ha en viktig roll, men även enskilda kommuner och landsting behöver prioritera detta, menar man. Det är särskilt viktigt att prioritera regionala samordnande funktioner och plattformar, framhåller många. Denna prioritering skulle kunna bidra till att stärka samverkan mellan huvudmännen, verka som en brygga mellan den nationella, regionala och lokala nivån, främja brukarmedverkan och förankra överenskommelserna på lokal nivå, framhåller flera företrädare.
- *Kunskap och kompetens behöver utvecklas*  
De kommun- och landstingschefer som vi har intervjuat anser att kunskap och kompetens behöver utvecklas, såväl inom specifika missbruks- och beroendehälsömråden som inom styrning och ledning. I synnerhet cheferna



och ledningen behöver mer kunskap och kompetens för att jobba med samverkansfrågor. Kommun- och landstingschefer föreslår också ett mer tvärprofessionellt kunskapsutbyte för att bidra till förståelse för olika perspektiv och utmaningar.

- *Primärvårdens uppdrag kan förtydligas*

Både kommuner och landsting efterfrågar utveckling och förtydliganden om primärvårdens uppdrag. Det behövs tydligare incitament för primärvården att ta ett samordnande ansvar inom missbruks- och beroendevården, enligt flera personer.

- *Ansvarsfördelningen kan tydliggöras*

Flera företrädare efterlyser också att den nationella nivån tydliggör och vägleder i ansvarsfördelningen på flera områden inom missbruk- och beroendevården. Detta gäller i synnerhet områdena spelmissbruk, dopning och psykosociala behandlingar.







## Vad innehåller överenskommelserna?

I detta kapitel belyser vi innehållet i överenskommelserna. Vi utgår från den kartläggning av innehållet som vi har gjort av de 21 länsöverenskommelser och de 165 lokala överenskommelser som vi har fått in. Utförliga tabeller från genomgången av innehållet och en analysmall presenteras på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se) och bilaga 2.

I vår kartläggning har vi valt att utgå från syftet med överenskommelserna, som var att stärka *förutsättningarna för samverkan* samt att förtydliga *ansvarsfördelningen*. Vi studerar därför huvudsakligen olika aspekter av ansvarsfördelning och samverkan. Vi undersöker också om överenskommelserna har utformats med utgångspunkt i gemensamma mål, någon form av vägledning och om överenskommelserna omfattar vissa målgrupper. Vi utgår också från de förslag på vad överenskommelserna borde eller skulle kunna innehålla som presenteras i Missbruksutredningens slutbetänkande (SOU 2011:35) och propositionen (prop. 2012/13:77).

### 6.1 ANSVARFÖRDELNING FÖREKOMMER OFTARE INOM LANDSTINGET

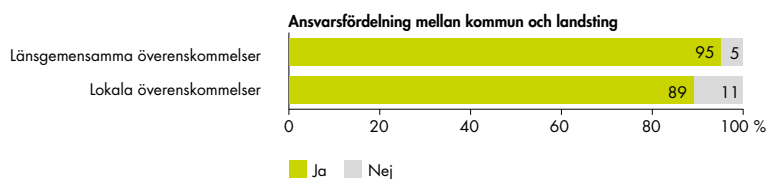
Kartläggningen visar att ansvarsfördelningen *mellan* landstinget och kommuner anges i 95 procent av de länsgemensamma överenskommelserna och 89 procent av de lokala överenskommelserna.

Men även om ansvarsfördelningen mellan huvudmännen enligt vår kartläggning beskrivs i stor utsträckning i överenskommelserna upplever många att det är svårt att enas kring ansvarsfördelningen.

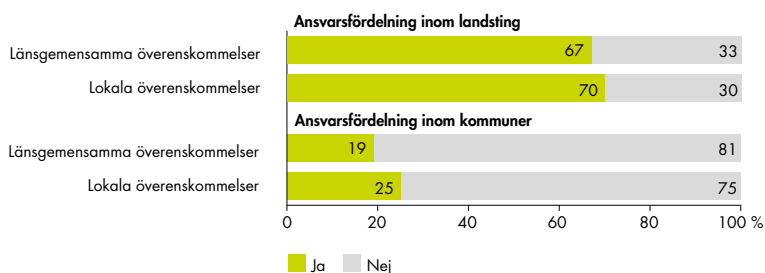


När vi tittar på ansvarsfördelningen inom huvudmännens organisationer framkommer en skillnad. Ansvarsfördelning inom landstinget förekommer i 67 procent de länsgemensamma- och 70 procent av de lokala överenskommelserna. Ansvarsfördelningen inom kommunen beskrivs i lägre utsträckning, i 19 procent av de länsgemensamma och 25 procent av de lokala överenskommelserna (se figurerna 4 och 5). En förklaring till det kan vara att landstingets storlek och komplexitet uppfattas ge större behov av förtydligad ansvarsfördelning. Men det behövs fortsatta studier för att kunna dra vidare slutsatser om orsaker till skillnaderna.

**Figur 4.** Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting.



**Figur 5.** Ansvarsfördelning inom landsting och kommuner.



### 6.1.1 Finansiellt ansvar beskrivs sällan

I propositionen föreslogs att det finansiella ansvaret skulle ingå i överenskommelserna (prop. 2012/13:77). Vi har därför undersökt om det framgår vilken huvudman som finansierar gemensamma insatser och samverkansinsatser. Vi kan konstatera att överenskommelserna i låg utsträckning förtydligar gemensamt finansiellt ansvar. Endast i 5 procent av de länsgemensamma överenskommelserna och 4 procent av de lokala överenskommelserna framgår vilken part som har det finansiella ansvaret för olika gemensamma insatser. Det finansiella ansvaret beskrivs delvis i 28 procent av överenskommelserna på lokal nivå. Det handlar då om att fördela

kostnader för integrerade verksamheter, såsom beroendemottagningar och samverkansteam. Finansiering av HVB-placeringar är ett annat område som i ett fåtal fall beskrivs i överenskommelserna. Företrädare för huvudmännen framhåller i intervjuer att kostnadsansvaret är ett område som är särskilt utmanande att enas om, vilket vi har beskrivit utförligare i kapitel 4.

### 6.1.2 Delat ansvar för psykologiska och psykosociala behandlingar

Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderar att både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska erbjuda psykologiska och psykosociala behandlingar (Socialstyrelsen 2015).

Vi kan konstatera att majoriteten av överenskommelserna också anger att båda huvudmännen ska ansvara för psykologiska och psykosociala behandlingar, 76 procent av de läns-gemensamma- och 52 procent av de lokala överenskommelserna. Kommuner anges i vissa fall som ensam ansvarig för psykologiska och psykosociala insatser, 17 procent i läns-gemensamma och 7 procent av lokala överenskommelser. Många företrädare framhåller att ansvarsfördelningen uppfattas otydlig kring psykosociala behandlingar. Vissa av dem efterlyser att staten förtydligar ansvarsfördelningen.

## 6.2 SAMVERKAN BESKRIVS MER SÄLLAN INOM KOMMUNEN

Vårdanalys studie visar att överenskommelserna i hög utsträckning beskriver *att* samverkan ska ske mellan huvudmännen och också *hur* samverkan ska organiseras. För att belysa om det framgår *hur* samverkan ska ske, har vi studerat om arbetsgrupper, samverkansgrupper eller andra funktioner som ansvarar för samverkan mellan huvudmännen beskrivs i överenskommelserna.

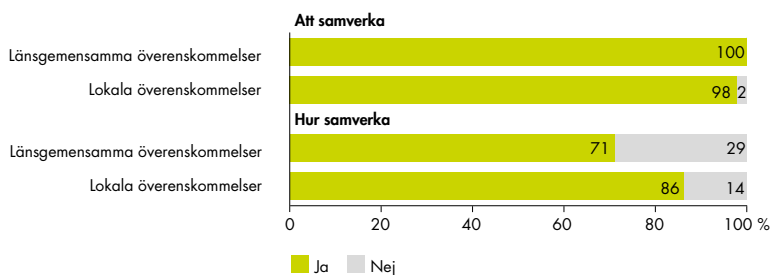
I stort sätt alla lokala överenskommelser (98 procent) och alla läns-överenskommelser (100 procent) beskriver *att* samverkan ska ske. 86 procent av de lokala- och 71 procent av de läns-gemensamma överenskommelserna beskriver också *hur* samverkan ska ske.

Vi har också studerat om samverkan *inom* huvudmännens respektive organisationer beskrivs i överenskommelserna. Vi kan konstatera att samverkan inom landstinget beskrivs i ungefär hälften (48 procent) av de läns-gemensamma överenskommelserna och i 39 procent av de lokala överenskommelserna. Samverkan inom kommunen beskrivs mer sällan, endast i 29 procent av de läns-gemensamma överenskommelserna och 13 procent av de lokala överenskommelserna (se figurerna 6 och 7).

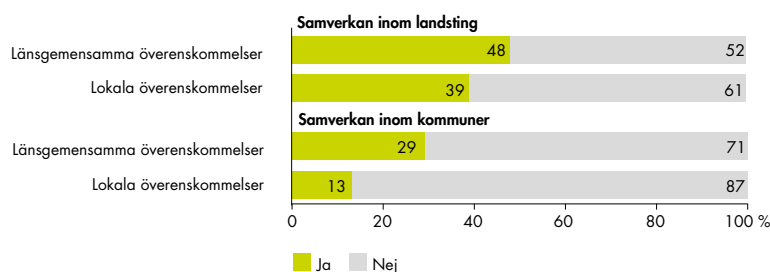


Vad innehåller överenskommelserna?

**Figur 6.** Samverkan mellan kommuner och landsting.



**Figur 7.** Samverkan inom landsting och kommuner.



### 6.2.1 Samordnad individuell planering (SIP) beskrivs i drygt hälften av överenskommelserna

Vi har undersökt förekomsten av samordnad individuell planering (SIP) eftersom det är en form av samverkan på individuell nivå. En SIP ska enligt 2 kap. 7 § SoL och 3 f § HSL upprättas mellan landsting och kommunen tillsammans med den enskilde när behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården finns (Socialstyrelsen 2016b). Många företrädare för kommuner och landsting uppger att de lagt stort fokus på att beskriva rutiner för samverkan kring SIP i överenskommelserna. Planerna ses på vissa håll som en implementering av den lokala överenskommelsen på verksamhets- och individnivå. Bilden av att huvudmännen fokuserar på att arbeta med SIP framkommer också i genomgången av överenskommelserna, där 59 procent av de lokala överenskommelserna och 67 procent av de länsgemensamma överenskommelserna beskriver samverkan kring SIP.

### 6.3 GEMENSAMMA MÅL ÄR VAGARE PÅ LOKAL NIVÅ

För att överenskommelserna ska få betydelse i det praktiska arbetet i kommuner och landsting krävs, enligt regeringen, överenskommelser som innehåller gemensamma mål (prop. 2012/13:77, s.18). Även forskning framhåller att gemensamma mål är viktiga för att främja samverkan (Anell och Mattisson 2009). I vår kartläggning studerar vi inte huvudmännens egna verksamhetsmål utan enbart huvudmännens gemensamma mål. Vi kartlägger hur de gemensamma målen formuleras, det vill säga om de är tydliga, vaga eller inte alls anges. *Tydliga mål* definieras som mätbara mål kopplade till aktiviteter och indikatorer. *Vaga mål* är mer visionära mål eller skrivningar från lagtext som inte kopplas till aktiviteter eller indikatorer. Vår studie visar att de gemensamma målen i högre utsträckning formuleras vagt på lokal nivå än på länsnivå. I 19 procent av de lokala överenskommelserna saknas gemensamma mål helt. Endast var fjärde (25 procent) lokal överenskommelse har mätbara mål som är kopplade till aktiviteter eller indikatorer. Tydliga mål finns i högre utsträckning i länsöverenskommelser (48 procent).

### 6.4 HANTERING AV TVISTER SAKNAS I HÄLFTEN AV ÖVERENSKOMMELSERNA

Missbruksutredningens slutbetänkande beskriver att lagstiftningens otydlighet leder till återkommande tvister mellan huvudmännen om ansvar för olika insatser (SOU 2011:35, s. 21–22). I SKL:s checklista rekommenderas att huvudmännen i sina överenskommelser reglerar hur tvister ska hanteras (SKL 2014a). Vi har därför undersökt om det av överensstämmelserna framgår att det finns rutiner för hur huvudmännen ska agera vid tvister/konflikter kring ansvarsfördelning mellan parterna.

Vi kan konstatera att det saknas rutiner för hantering av tvister i ungefär hälften av alla överenskommelser (43 procent av de länsgemensamma överenskommelserna och i 55 procent av de lokala överenskommelserna). Tydliga rutiner anges i 57 procent av de länsgemensamma överenskommelserna och i ungefär var tredje lokal överenskommelse (32 procent).

### 6.5 MÅLGRUPPER FÖREKOMMER I VARIERANDE UTSTRÄCKNING

De flesta av de målgrupper som nämnts i propositionen förekommer i olika utsträckning i överenskommelserna (prop. 2012/13:77, s. 18). I kartläggningen fokuserar vi på ett urval av dessa målgrupper.



### **6.5.1 Personer som tvångsvårdas enligt LVM**

Genomgången av överenskommelser visar att 81 procent av de läns-gemensamma överenskommelserna och ungefär hälften av de lokala överenskommelserna (51 procent) omfattar personer som är eller ska bli föremål för kriminalvård eller tvångsvård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Missbruksutredningens slutbetänkande beskriver att det finns allvarliga brister i tvångsvården av personer med missbruk eller beroende enligt LVM (SOU 2011:35, s.23). Bland annat beskrivs att kopplingen till efterföljande insatser hos kommun eller landsting är svag för denna målgrupp.

### **6.5.2 Personer med samsjuklighet nämns i hög utsträckning**

Det är vanligt att personer med missbruk och beroende har flera samtidiga sjukdomstillstånd. Personer med samsjuklighet är därför en målgrupp som särskilt behöver samordnade insatser visar tidigare studier (SOU 2011:35, s.145). Personer med samsjuklighet är också den målgrupp som i högst utsträckning ingår i överenskommelserna. I 95 procent av de läns-gemensamma överenskommelserna och 84 procent av de lokala överenskommelserna framgår att samverkan ska ske kring målgruppen.

### **6.5.3 Gravida kvinnor nämns i cirka hälften av länsöverenskommelserna**

Målgruppen gravida kvinnor med missbruk och beroendeproblematik anges i ungefär hälften av de läns-gemensamma överenskommelserna (57 procent) och ungefär var tredje lokal överenskommelse (29 procent).

### **6.5.4 Barn och unga förekommer sällan i de lokala överenskommelserna**

Vi belyser här om överenskommelserna omfattar barn och unga som målgrupp samt om överenskommelserna har ett barnperspektiv. Med barnperspektiv menar vi exempelvis att innehållet följer Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (1989), eller att överenskommelserna innehåller övergripande formuleringar om ”barnets bästa”, exempelvis enligt 5 kap. 1–3 §§ SoL. Vi har studerat tre olika grupper av barn och unga: *personer under 18 år, personer som är föremål för lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) samt barn i familjer med missbruk.*

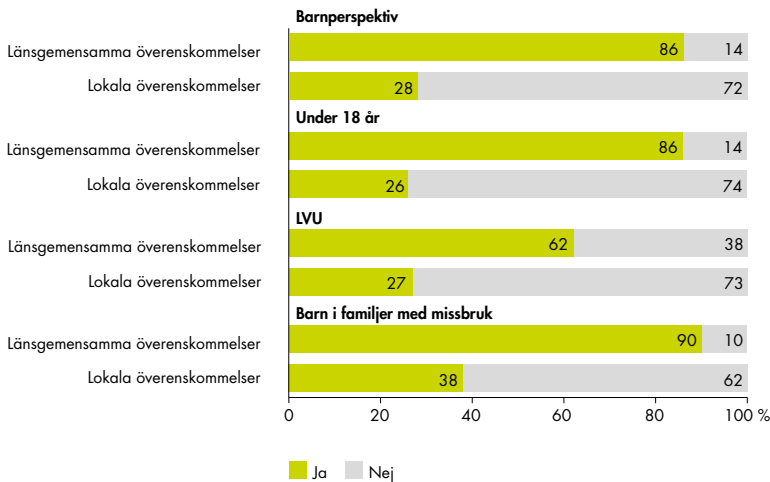
Vår studie visar att barn och unga *nämns sällan i lokala överenskommelser.* Genomgående anges både barnperspektivet och barn



och unga oftare i de läns-gemensamma överenskommelserna än i de lokala överenskommelserna (se figur 8). Målgrupperna personer under 18 år och personer som är föremål för LVU förekommer i ungefär var fjärde lokal överenskommelse (26 procent respektive 27 procent). Målgruppen barn i familjer med missbruk förekommer i 38 procent och barnperspektivet förekommer i 28 procent av de lokala överenskommelserna.

Missbruksutredningens slutbetänkande bedömde att utbudet av insatser för barn- och ungdomar med missbruk eller beroende är otillfredsställande (SOU 2011:35, s. 209). Området barn och unga beskrivs också som ett problematiskt men angeläget område i intervjuer med företrädare för både socialtjänst och hälso- och sjukvården.

Figur 8. Barnperspektiv och barn och unga.



### 6.5.5 Spelmissbruk inkluderas sällan

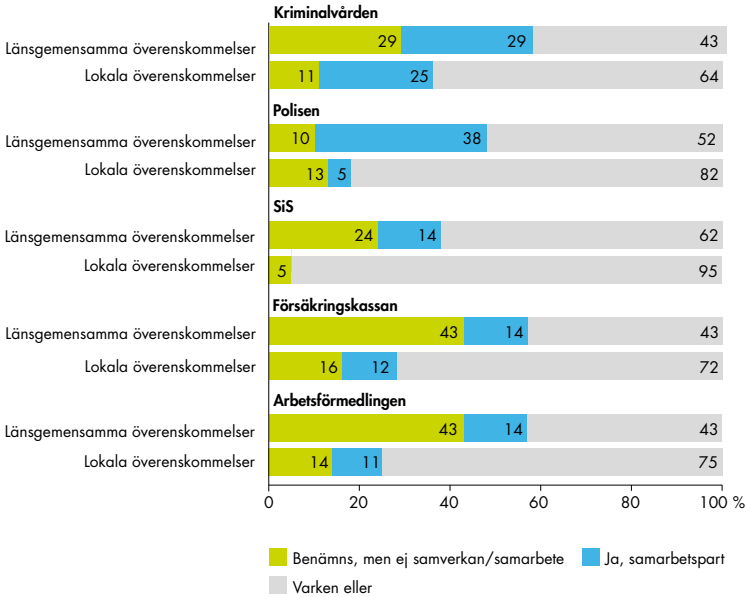
Bestämmelserna om överenskommelser (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL) omfattar *inte* någon skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete kring personer som har spelmissbruk. Vi har ändå valt att undersöka om spelmissbruk omfattas av överenskommelserna. Vår studie visar att spelmissbruk inkluderas sällan i överenskommelserna, varken som ett område eller som en målgrupp. Spelmissbruk förekommer endast i 19 procent av de läns-gemensamma överenskommelserna och ännu mer sällan i de lokala överenskommelserna (endast 3 procent).

## 6.6 JÄMSTÄLLDHETSPERSPEKTIV FÖREKOMMER I LITEN UTSTRÄCKNING

Vi har också kartlagt förekomsten av jämställdhetsperspektiv i överenskommelserna. Med jämställdhetsperspektiv menar vi mer övergripande jämställdhetsmål och insatser som uppmärksammar och avser åtgärda skillnader mellan könen. Jämställdhetsperspektiv avser inte kvinnor som målgrupp. I överenskommelserna förekommer ett uttalat jämställdhetsperspektiv endast i ungefär var tionde av de länsgemensamma överenskommelserna (14 procent) och ännu mer sällan i de lokala överenskommelserna (4 procent).

## 6.7 POLISEN OCH KRIMINALVÅRDEN FÖREKOMMER I VAR TREDJE LÄNSÖVERENSKOMMELSE

I prop. 2012/13:77, s.18 föreslås att överenskommelserna ska omfatta samverkan med till exempel Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS). Propositionen påpekar också att det kan krävas samverkan med Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, bostadsföretag och frivilligorganisationer. Vi studerar dels om myndigheter *benämns*, dels om myndigheter *deltar som samverkanspart* tillsammans med landsting och kommun. Vår kartläggning visar att Polisen och Kriminalvården är de myndigheter som i högst utsträckning förekommer som samarbetspart. Polisen förekommer som samarbetspart i 38 procent, och Kriminalvården i 29 procent, av de länsgemensamma överenskommelserna. Både Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan nämns däremot relativt ofta, i 43 procent av de länsgemensamma överenskommelserna. Figur 9 visar förekomsten av andra myndigheter i överenskommelserna.

**Figur 9.** Myndigheter som förekommit i överenskommelserna.

## 6.8 HUR ÖVERENSKOMMELSEN SKA FÖLJAS UPP FRAMGÅR I HÄLFTEN AV DE LOKALA ÖVERENSKOMMELSERNA

Vi belyser här om det framgår att uppföljning av överenskommelsen ska göras. Vi avser här uppföljning av överenskommelsen, inte av verksamheternas resultat. Att uppföljning av överenskommelser ska göras framgår i 81 procent av de länsgemensamma överenskommelserna och i 48 procent av de lokala överenskommelserna. I 73 procent av de länsgemensamma och 44 procent av de lokala överenskommelserna som anger att uppföljning ska göras beskrivs också vilken funktion som har ansvar för uppföljningen. I flera överenskommelser beskrivs uppföljning av parternas respektive verksamheter, men inte om och hur uppföljningen av överenskommelsen ska ske.







## I vilken utsträckning har brukare varit delaktiga i att ta fram överenskommelser?

Vi redogör i detta kapitel för i vilken utsträckning brukarrepresentanter är delaktiga i att utforma överenskommelserna. Vi identifierar också hinder och främjande faktorer för brukardeltagande i framtagandet. Slutligen sammanställer vi förslag på utvecklingsområden kring brukardeltagande från brukarföreträdare och huvudmän. Kapitlet baseras på vår kartläggning av överenskommelser, statistik från Socialstyrelsen samt intervjuer med brukarorganisationer, kommuner och landsting.

### 7.1 BRUKARDELTAGANDET ORGANISERAS FRÄMST GENOM BRUKARRÅD

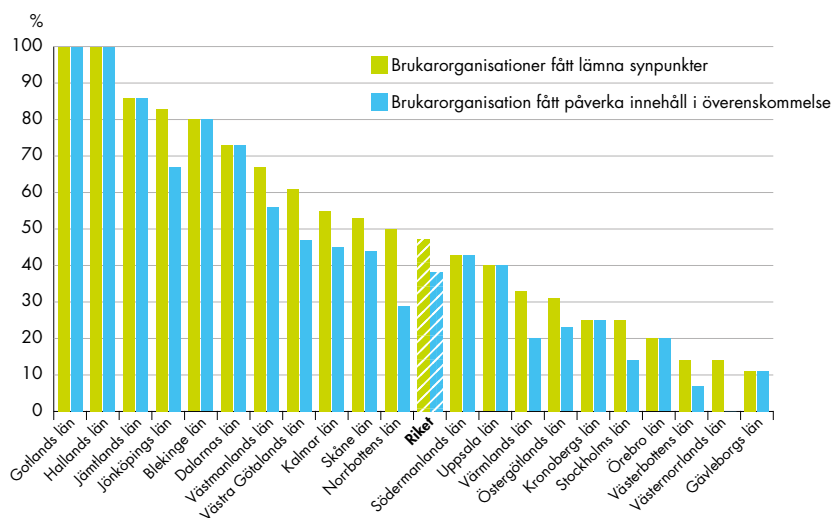
Vår studie visar att brukardeltagandet kring överenskommelserna framförallt organiseras genom de så kallade brukarråden. Brukarråd grundades inom ramarna för *Kunskap till praktik* inom de flesta län, och finns fortfarande främst på länsnivå. Hur brukardeltagandet utformas varierar. Brukarföreträdare deltar till exempel på olika nivåer och i olika skeden av framtagandeprocessen, både från och med tidigt i processen till att enbart inkluderas i slutskedet. Ett brukarråd i ett län fick till exempel en slutversion av överenskommelsen mejlad till sig innan den gick i tryck. Ett annat brukarråd fick komma med synpunkter i slutskedet genom remissrundor. Andra brukarråd har varit med i arbetsgrupper från och med tidigt i processen och till slutskedet.

## 7.2 BRUKARORGANISATIONER FÅR LÄMNA SYNPUNKTER PÅ VARANNAN ÖVERENSKOMMELSE

Brukarorganisationer har fått lämna synpunkter på ungefär varannan länsöverenskommelse, enligt vår kartläggning. Våra intervjuer med brukarorganisationer och huvudmän visar en liknande bild – brukare har fått lämna synpunkter på länsöverenskommelser i sju av de tio län vi studerat. Resultatet överensstämmer också med Socialstyrelsens öppna jämförelser, där knappt hälften av alla kommuner uppgett att brukarorganisationer fått lämna synpunkter (Figur 10).

Socialstyrelsen har också frågat kommuner om brukarorganisationer fått påverka innehåll i överenskommelser. Som framgår av figur 10 har knappt 40 procent av alla kommuner uppgett att brukare har fått påverka innehållet i överenskommelserna.

**Figur 10.** Brukarorganisationer har fått lämna synpunkter och påverka innehåll, per län och riket.



Källa: Socialstyrelsen, öppna jämförelser 2016

Socialstyrelsens uppgifter baseras på kommuners uppfattningar. Vi menar att det är viktigt att också belysa hur brukarföreträdare uppfattar möjligheter till delaktighet och inflytande. Vi utgår därför fortsättningsvis framförallt från de intervjuer vi gjort med brukarföreträdare, men vi beskriver även huvudmännens perspektiv. I de flesta fall har brukarföreträdare och huvudmän en samstämmig bild av utmaningar och främjade faktorer.



### 7.3 MÖJLIGHETERNA TILL INFLYTANDE VARIERAR

I våra intervjuer med brukarråd framkommer att möjligheterna att påverka överenskommelsernas innehåll varierar. Det överensstämmer med den bild som figuren ovan ger, att den geografiska variationen är stor (figur 10).

Flera brukarråd vi pratat med upplever att de har haft goda möjligheter att delta i framtagandet, och påverka inriktning på i innehåll. Somliga brukarråd menar att det haft möjlighet att påverka innehållet, men inte sett några större behov att förändra det, eftersom överenskommelsen redan var i linje med deras synpunkter. Flera brukarorganisationer upplever att det är osäkert om deras synpunkter, erfarenheter och kunskaper tagits tillvara och om deltagandet lett till förändringar av överenskommelsernas innehåll. Flera brukarråd beskriver att de för fram synpunkter som försvinner uppåt i organisationerna utan att de får någon återkoppling. Andra brukarråd upplevde att de inte hade några möjligheter överhuvudtaget att påverka överenskommelserna, eftersom de fått lämna synpunkter först när överenskommelsen var klar. De hade till exempel fått läsa ett utkast på överenskommelsen innan det gick till beslut. Dessa brukarföreträdare upplever att de inkluderats främst för att legitimera processen, och för att ge huvudmännen möjlighet att rapportera brukardeltagandet. Det finns en samstämmig uppfattning hos de brukarorganisationer vi pratat med att möjligheterna till brukarinflytande kan utvecklas.

### 7.4 VILKA FAKTORER HINDRAR BRUKARDELTAGANDE OCH INFLYTANDE?

Vi belyser här utmaningar och hinder som påverkar möjligheterna till deltagande och inflytande.

Vi har identifierat fem huvudsakliga faktorer som kan motverka brukardeltagande.

1. Avsaknad av brukarråd
2. Brister i kontinuitet och stabilitet i brukarorganisationer
3. Otydlighet i syfte, process och ansvar
4. Varierande intresse, kunskap och attityder
5. Bristande förutsättningar för deltagande på lika villkor

#### 7.4.1 Avsaknad av brukarråd

En huvudanledning till att brukarorganisationer inte har varit delaktiga i framtagandet är att det inte finns brukarrepresentanter eller brukarråd,

enligt kommuner och landsting. Brukarråd uppges mer sällan finnas på lokal nivå, och i mindre utsträckning utanför städer. Det är en anledning till att brukare inte kunnat involveras, menar flera personer.

I vissa län, landsting och kommuner där brukarråd saknas deltar istället andra brukar- eller anhörigorganisationer. Men även om andra brukarorganisationer deltar i arbetet med att ta fram överenskommelser är brukardeltagandet mer utmanande att organisera där det inte finns brukarråd inom missbruks- och boendeområdet, menar både kommuner, landsting och brukarråd.

### **7.4.2 Brister i kontinuitet och stabilitet i brukarorganisationer**

En anledning till att brukarråd saknas på vissa håll är att det kan vara svårt att upprätthålla stabila organisationer menar företrädare för både brukarorganisationer, kommuner och landsting. De framför flera orsaker till detta. Hälsoproblem och aktivt missbruk hos brukarföreträdare kan till exempel medföra att organisationernas stabilitet varierar, framhåller både brukarföreträdare och huvudmän. Brukargruppen är också en relativt bred grupp personer med olika perspektiv, behov och erfarenheter som i vissa fall kan medföra utmaningar för sammanhållningen inom organisationer. Det finns exempelvis olika uppfattningar om sprututbyte och läkemedelsassisterad behandling (LARO) som på vissa håll gett upphov till olika organisationer som representerar olika ståndpunkter. Men i brukarråden försöker man i allmänhet hitta frågor som deltagarna kan enas och samarbeta om, påpekar brukarföreträdare.

Det finns också olika uppfattningar om vem som ska och kan företräda brukare vilket kan bidra till att skapa oenigheter. Ska anhöriga, före detta missbrukare, personer i pågående beroende och missbruk eller tjänstemän representera brukare? En kommunchef framhåller att professionen både kan och bör företräda brukare i framtagandet av överenskommelser. Kommunchefen motiverar detta med att professionen har i uppdrag att företräda både den enskilde individens, brukarkollektivets och allmänhetens intresse. På så sätt motverkas av att olika organisationers särintressen får inflytande framhåller chefen. Men de flesta företrädare för kommuner och landsting menar att brukarföreträdare bör vara representerade i arbetsgrupperna och bidra med egna erfarenheter och kunskaper.

### 7.4.3 Otydlighet i syfte, process och ansvar

Både huvudmän och brukarföreträdare på många håll upplever att syftet med brukardeltagandet kring överenskommelserna är oklart. De frågar sig om syftet med brukardeltagande är att brukare ska få inflytande över innehåll och utformning, eller om den huvudsakliga utformningen ska överlåtas åt tjänstemännen. Det finns olika perspektiv på vilken grad av brukarinflytande som är önskvärd, som också hänger samman med hur man uppfattar att brukarperspektivet ska representeras. Vissa menar att brukarinflytande visserligen är bra, men att det främst ska ske i andra forum än i processen att ta fram överenskommelserna.

Många av de intervjuade beskriver också osäkerhet kring i vilket skede av processen det är tänkt att brukarföreträdare ska komma in. Flera brukarorganisationer upplever att informationen om var processen befinner sig är otydlig, vilket gör att det blir svårt att sätta sig in i frågorna. En brukarföreträdare berättar: ”Vi trodde vi var med i slutet av processen men det visade sig vara i början.”

Både kommuner, landsting och brukarorganisationer upplever också att det är oklart på vilken nivå brukarinflytandet ska ske – på länsnivå, lokal nivå eller på verksamhetsnivå. I vissa kommuner och landsting upplever brukarråd att det finns strukturer och kanaler för brukamedverkan på individnivå och även på politisk nivå, men att det saknas kanaler och strukturer för brukardeltagande på nivåerna däremellan. Flera brukarråd framhåller också att de upplever att det saknas funktioner med tydligt ansvar att inkludera brukare i arbetet med att ta fram överenskommelserna. En företrädare för ett länsbrukarråd säger: ”Vi har ingen aning om vem vi ska vända oss till och vem som har ansvar för brukarfrågor kring överenskommelsen.” I synnerhet landstingen beskrivs vara svåra att nå fram till och få gehör ifrån. Arbetsgrupperna på flera håll uppfattas inte heller ha ett tydligt mandat att hantera brukares synpunkter. ”Vi lämnar synpunkter och de lyssnar, men de kan inte bestämma något utan måste prata med någon annan. De skickar frågorna vidare, sedan händer inget. De hörs inte av”, säger en brukarrådsföreträdare.

### 7.4.4 Varierande intresse, kunskap och attityder

Intresset och engagemanget i kommuner och landsting för att inkludera brukare i arbetet med överenskommelser är överlag stort, framhåller brukarföreträdare. Men brukarföreträdare uppfattar att det ibland kan finnas



en avvaktande inställning hos kommuner och landsting. Även huvudmännen vittnar om att de ibland tvekar till att bjuda in företrädare, särskilt inte tidigt i processen, eftersom de är osäkra på hur brukarna skulle komma att påverka framtagandet. En kommunföreträdare på länsnivå som Vårdanalys pratat med menar att framtagandeprocessen inte lämpar sig för brukardeltagande eftersom "frågorna är för svåra, tekniska och organisatoriska för att inkludera brukare", framhåller personen. Brukarorganisationer har därför inte bjudits i att delta i länets arbete med länsöverenskommelsen. En anledning till att brukare inte inkluderas kan vara bristande kunskap om hur brukares erfarenheter, kompetens och kunskaper kan bidra, menar flera brukarföreträdare. Brukares erfarenheter och kunskaper kan också uppfattas utmana vissa professioners kunskaper och synsätt, påpekar en företrädare.

#### **7.4.5 Bristande förutsättningar för deltagande på lika villkor**

Tillgången till resurser såsom ekonomiska medel, kunskap och information uppfattas påverka förutsättningarna för deltagande och inflytande. Flera företrädare för kommuner, landsting och brukarråd påpekar att brukarföreträdare inte har samma förutsättningar för att delta i arbetet med överenskommelserna som tjänstemän, vilket påverkar möjligheterna till att delta och kunna påverka.

Brukarråd och andra brukarorganisationer framhåller att de till stor del finansieras av projektmedel. Det innebär en utmaning för långsiktigheten och stabiliteten i brukarorganisationerna menar flera företrädare för brukarråd. Ekonomiska förutsättningar för enskilda representanter kan också bidra till att hindra brukardeltagandet. Brukarrepresentanterna arbetar ofta ideellt på frivillig basis. Det innebär att de kan förlora arbetsinkomst när de deltar i arbetsgrupper och möten. Det vittnas också om att sjukersättning eller ekonomiskt bistånd kan reduceras för de timmar en brukare deltar i arbets- och samrådsgrupper. Detta kan påverka brukarnas möjligheter och incitament att delta. Flera företrädare för kommuner och landsting upplever att den politiska nivån inte alltid tillför de ekonomiska resurser som behövs för att brukardeltagande ska fungera. En chef inom psykiatrin säger: "Det är ett politiskt beslut om att tillföra ekonomiska medel. Utan finansiering blir det ingen brukarmedverkan."

En annan förutsättning som kan påverka möjligheter till delaktighet är tillgången till kunskap och information. Vissa brukarorganisationer beskriver till exempel att de inte alltid får information på samma villkor som tjänstemännen. I vissa fall har de fått information för sent, vilket

gjort att de inte hunnit sätta sig in i frågor. I andra fall har brukarråden inte fått information om vilka områden som ska diskuteras och vad de förväntas bidra med. Både brukarföreträdare och kommuner menar att informationsrutinerna kring brukardeltagande kan förtydligas. Brukarföreträdare kan också behöva mer kunskap om huvudmännens beslutsprocesser. Brukarföreträdare framhåller också att kommuner och landsting ofta kan behöva mer kunskap om nyttan med brukardeltagande, såväl som mer kompetens om det praktiska arbetet med brukardeltagande.

## 7.5 VILKA FAKTORER FRÄMJAR BRUKSDELTAGANDE OCH INFLYTANDE

Vi har identifierat fem faktorer som kan främja brukardeltagande, och öka möjligheter till inflytande.

1. Brukarråd främjar brukardeltagande
2. Tidigare erfarenheter av brukarmedverkan är värdefulla
3. Tydlighet i process, ansvar och syfte är framgångsfaktorer
4. Intresse, kunskap och förankring på alla nivåer
5. Resurser skapar förutsättningar för deltagande och inflytande

### 7.5.1 Brukarråd främjar brukardeltagande

Som vi visat tidigare är förekomsten av brukarråd viktig för att brukarmedverkan kring överenskommelserna ska ske. Det finns en enighet hos våra intervjupersoner om att stabila brukarorganisationer som har kompetens att driva brukarfrågor och vidareutveckla kunskap hos brukare är en främjande faktor för brukardeltagande.

### 7.5.2 Tidigare erfarenheter av brukardeltagande är värdefulla

Tidigare strukturer och erfarenhet är värdefulla för brukarmedverkan, menar företrädare för både brukarorganisationer och huvudmän. Framförallt nämns projektet Kunskap till praktik ha bidragit till en värdefull grund för brukardeltagande. Vår studie visar också att flera län, landsting och kommuner har dragit fördel av erfarenheter av brukarmedverkan från psykiatriområdet. Psykiatrin beskrivs på flera håll ha kommit längre med brukarfrågorna än missbruks- och beroendevården, varför ett samarbete mellan brukarråd inom psykiatri och brukarråd inom missbruk och beroende kan vara fruktbart, framhåller flera företrädare. Ett sådant



samarbete kan också bli en styrka om brukarorganisationer går samman kring gemensamma frågor, menar flera representanter för såväl huvudmän som brukarråd. I Västerbotten finns exempelvis Länsföreningen Hjärnkoll, som har sitt ursprung i området psykisk ohälsa. Föreningen arbetar med att organisera brukarmedverkan också inom missbruks- och beroendområdet i länet, där det tidigare varit svårt att bilda brukarråd inom missbruks- och beroendområdet. Även Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) deltar i brukarråd på många håll.

Flera brukarföreträdare menar också att det är viktigt med en bredare definition av brukare, som kan inkludera även före detta missbrukare och anhöriga. Det kan också finnas en styrka i att inkludera och samla en mångfald av erfarenheter, perspektiv, personer och kunskaper, betonar flera företrädare för brukarorganisationer och huvudmän. Om bredare grupper kan företrädare för brukare kan det också vara lättare hitta representanter på lokal nivå, menar en kommunrepresentant.

### **7.5.3 Tydlighet i process, ansvar och syfte är framgångsfaktorer**

I län och kommuner som har upparbetade processer och strukturer för brukarmedverkan beskrivs att arbetet också fungerar smidigare. En framgångsfaktor är att det finns en tydlig mottagande part som ansvarar för att hantera och införliva brukares synpunkter framhåller många. Till exempel har processledare eller andra samordnande funktioner haft ett ansvar för brukardeltagandet och fungerat som en kanal mellan brukarråd, kommuner och landsting. I de län där de samordnande funktionerna finns kvar spelar de ofta en fortsatt viktig roll i att driva brukarfrågor och ansvara för att koordinera brukardeltagandet i arbetet med överenskommelserna.

### **7.5.4 Intresse och förankring på alla nivåer**

Intresse för och kunskap om brukardeltagande hos såväl politiker, som olika tjänstemannanivåer och professionen är viktigt för att brukarmedverkan ska prioriteras på alla nivåer. Detta framhåller såväl brukarföreträdare som kommun- och landstingsrepresentanter. Bestämmelserna som anger att brukarorganisationer ska få lämna synpunkter är viktiga, menar flera brukarföreträdare. Det skapar ett tryck på huvudmännen att arbeta med brukarmedverkan, och kan bidra till att mobilisera och motivera brukare att ställa krav på kommuner och landsting att inkludera brukarföreträdare. Det

politiska engagemanget för brukardeltagande uppfattas också på de flesta håll vara stort. Brukarföreträdare uppfattar också att det finns ett intresse inom de flesta kommuner och landsting att inkludera brukare i arbetet med överenskommelserna. En majoritet av företrädare från kommuner och landsting uttrycker också ett stort intresse för brukardeltagande och ser att det finns ett stort värde i att göra brukarorganisationer delaktiga.

### **7.5.5 Resurser skapar förutsättningar för och inflytande**

Finansiellt stöd till brukarorganisationer och ersättning och arvodering för brukarmedverkan skapar förutsättningar för både brukarmedverkan och inflytande, menar både brukarföreträdare och företrädare för kommuner och landsting. De menar att ett långsiktigt finansiellt stöd till brukarorganisationer kan främja stabila brukarorganisationer, vilket många menar är en förutsättning för brukarmedverkan. En landstingsföreträdare berättar: ”Brukarrådet fick en lokal och bland annat en kpiator. Vi betalade en utbildning för brukarrevison och betalade ut ersättning när de deltog på möten.”

I flera län får brukarföreträdare ekonomisk ersättning för de möten och samråd de deltar i. I vissa fall är ersättningsnivån densamma som för politikerarvoden, och det förekommer att landstinget och kommunen delar på kostnaden för brukararvoden. Arvodet för att delta i möten och arbetsgrupper kan både göra det möjligt för brukare att delta och bidra till att höja brukardeltagandets status, menar företrädare för flera kommuner, landsting och brukarorganisationer.

Tydliga rutiner för informationsöverföring samt kunskap och kompetens hos såväl brukarföreträdare som kommuner och landsting främjar också möjligheterna till deltagande och inflytande, menar flera företrädare.

### **7.5.6 Ett gott exempel**

I Jönköping finns flera av de förutsättningar som vi identifierat som främjande: Det finns ett länsbrukarråd som samlar en bred uppsättning organisationer. Brukarrådet har varit med i att ta fram länsöverenskommelsen, från ett tidigt skede i processen. De har fått komma med synpunkter och ge förslag på ändringar av innehåll. Brukarrådet arbetar också med att sprida brukardeltagandet ut i länets kommuner och försöker få igång lokala brukarråd. Intresset för brukarmedverkan uppfattas vara stort på både



politisk och lokal nivå. Det finns också en regional samordnare som ansvarar för brukarmedverkan och som fungerar som en länk mellan den nationella, regionala och den lokala nivån. Länet har också antagit en policy för ekonomisk ersättning för brukardeltagande.

## 7.6 FÖRSLAG PÅ UTVECKLINGSOMRÅDEN FÖR BRUKARDELTAGANDE FRÅN BRUKARFÖRETRÄDARE OCH HUVUDMÄN

Vi har bitt företrädare för kommuner, landsting och brukarorganisationer framföra förslag på områden där de ser behov av utveckling för att stärka förutsättningarna för brukardeltagande och inflytande i arbetet med att ta fram överenskommelser. Vi har sammanställt dessa förslag:

- *Regeringen behöver ställa tydligare krav på brukarinflytande*
  - Förtydliga att syftet med brukarmedverkan i arbetet med att ta fram överenskommelser är att brukarorganisationer ska få möjligheter till inflytande över innehåll och inriktning, och inte bara framföra synpunkter.
- *Rutinerna och strukturerna för brukarmedverkan behöver utvecklas inom kommuner och landsting*
  - Det behövs en tydlig part med ansvar och mandat på alla nivåer: individ-, grupp- och systemnivå.
  - Rutiner för information behöver utvecklas. Det är viktigt att brukarorganisationer får tillgång till tidig och tydligt information där förutsättningar och områden som ska diskuteras framgår.
  - En samordnande funktion som kanal in och brygga mellan parter kan främja brukardeltagande.
- *Förutsättningarna för att kunna delta på lika villkor behöver stärkas*
  - Utbildning för brukarföreträdare, exempelvis om huvudmännens beslutsprocesser.
  - Kunskap och kompetens behöver utvecklas på alla nivåer inom kommuner och landsting.
  - Långsiktig finansiering av brukarorganisationer behövs för att ge förutsättningar för stabila brukarorganisationer.
  - Arvode till brukarföreträdare kan främja medverkan och höja brukardeltagandets status.



I vilken utsträckning har brukare varit delaktiga i att ta fram överenskommelser?

- *Uppföljning av brukarmedverkan behöver utvecklas på lokal, regional och nationell nivå*
  - Uppföljning av brukardeltagande behövs på lokal, regional och nationell nivå för att skapa tryck på att utveckla brukarinflytande.
  - Brukarstyrda brukarrevisioner kan bidra med värdefulla perspektiv.









## Vårdanalys slutsatser och rekommendationer

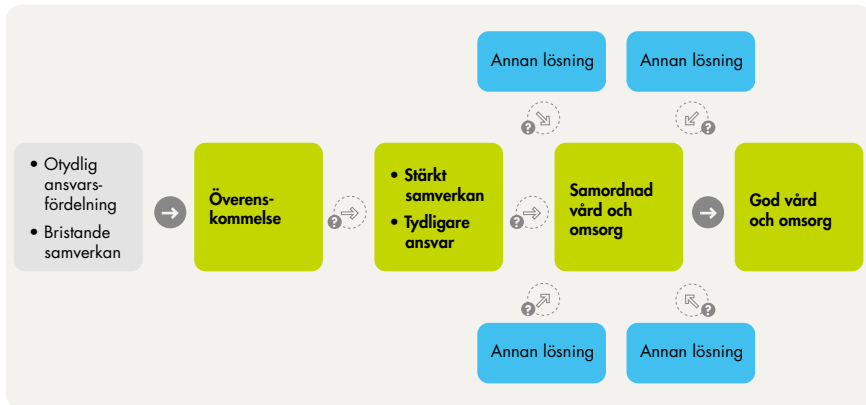
I denna rapport har vi följt upp de överenskommelser som landsting och kommuner har skyldighet att ingå kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel och dopningsmedel (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL). Vi har beskrivit hur överenskommelser tas fram och hur många överenskommelser som har ingåtts, samt belyst orsaker till att överenskommelser inte har ingåtts och identifierat utmaningar och främjande faktorer i processen. Vi har också kartlagt överenskommelsernas innehåll och slutligen beskrivit brukarmedverkan och brukarinflytande i framtagandet av överenskommelserna. Figur 11 sammanfattar hur de utmaningar överenskommelserna avsåg att åtgärda, antas hänga samman med tänkta effekter och slutmål. Figur 11 visar också hur vi ser att samordnad vård och omsorg kan uppnås genom olika lösningar, där samverkan genom överenskommelser skulle kunna vara ett av flera tänkbara sätt. En central avgränsning för regeringsuppdraget och denna rapport är att vi inte studerat om överenskommelserna har lett till några effekter och resultat. Det behövs därför fortsatta studier för att kunna dra slutsatser om effekter, resultat och vilken lösning eller vilka kombinationer av lösningar som är mest ändamålsenliga för att bidra till en mer samordnad vård och omsorg för personer med missbruk- och beroende.

### 8.1 BALANS MELLAN ATT FÖRTYDLIGA ANSVAR OCH ATT SAMVERKA

Missbruk och beroende påverkar ofta både den fysiska och den psykiska hälsan liksom den sociala situationen. Därför behöver personer med



**Figur 11.** Ramverk för överenskommelser, samverkan och andra lösningar för samordnad vård och omsorg



missbruk och beroende i många fall att stöd, behandling och insatser sker parallellt och samtidigt från både kommuner, landsting och andra aktörer. Samordning av vård och omsorg behövs därför oavsett om ansvaret för olika insatser renodlas eller är gemensamt, menar vi. Vi menar att ett ensidigt fokus på att dela upp ansvar utan att utveckla det gemensamma ansvaret kan bidra till att det uppstår nya gråzoner där ingen tar ansvar. Samtidigt kan tydlig ansvarsfördelning bidra till att minska oenigheter kring ansvarsfördelningen och därmed främja samverkan, menar vi. Det behöver därför finnas en balans mellan att förtydliga respektive parts ansvar och att samverka om det gemensamma ansvaret. Först då finns möjligheter till förbättringar ur ett patient- och brukarperspektiv menar vi.

## 8.2 HUR MÅNGA ÖVERENSKOMMELSER HAR TAGITS FRAM?

Överenskommelser finns dels som så kallade länsöverenskommelser, dels finns lokala överenskommelser. Samtliga 21 län har eller håller på att ta fram en länsöverenskommelse. Sammanlagt 212 (82 procent) av de kommuner och stadsdelar som svarade har, eller var på väg att ta fram, en lokal överenskommelse. 47 kommuner (18 procent) uppgav att de inte hade planer på att ta fram lokala överenskommelser.

### 8.2.1 SKL:s checklista används inte i framtagandet

Regeringen föreslog att Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skulle utforma ett stöd kring överenskommelsernas innehåll och utformning (prop.

2012/13:77) s. 22). Vår studie visar att den checklista som SKL tillsammans med kommuner och landsting utformade endast i begränsad utsträckning har använts som vägledning. Endast ett fåtal företrädare för kommuner och landsting kände till checklistan. Flera företrädare uppfattar att de behöver stöd och vägledning i arbetet med att ta fram överenskommelser, och ser att ett dokument liknande checklistan skulle kunna vara ett användbart verktyg, men att den isåfall skulle behöva utvecklas.

### 8.3 VILKA FRAMGÅNGSFAKTORER OCH HINDER FÖR ATT INGÅ ÖVERENSKOMMELSER FINNS?

Kommuner, landsting och brukarorganisationer har överlag en positiv uppfattning om överenskommelser. De menar att överenskommelser bidrar till att sätta missbruks- och beroendefrågor på agendan, och gör att parterna påbörjar grundläggande samverkan. Men det finns samtidigt en rad utmaningar och hinder. Vi har identifierat sju centrala faktorer som kan hindra eller underlätta att överenskommelser tas fram:

#### 1. *De ursprungliga utmaningarna finns kvar och påverkar framtagandet*

Vi kan konstatera att flera av de utmaningar som motiverade införandet av bestämmelserna om överenskommelserna finns kvar och i hög grad påverkar förutsättningarna för parterna att samverka kring överenskommelser. En kommunchef uttryckte det så här: "I och med att det finns en överenskommelse tvingas vi till samverkan, vilket är bra. Det betyder inte att det tar bort den grundläggande problematiken, som ansvarsfrågan och resursfrågan."

Vår studie har visat att det gemensamma ansvaret är fortsatt utmanande att enas kring, i synnerhet på lägre verksamhetsnivåer inom kommuner och landsting. Ekonomiska system upplevs bidra till att göra det svårare att enas kring ansvarsfördelning och ge bristande incitament för att samverka kring överenskommelser. Ekonomiska drivkrafter uppfattas också driva på tendensen att förtydliga och avgränsa ansvaret i överenskommelserna, snarare än att samverka kring det gemensamma ansvaret. Även tidigare studier har konstaterat att vissa finansieringssystem inte skapar incitament för samverkan (Vårdanalys 2016b). Hög grad av specialisering och fragmentisering, exempelvis inom primärvård och psykiatri uppfattas också bidra till att samverka kring överenskommelser blir mer utmanande. Även andra studier har konstaterat att specialisering och fragmentisering som gör att många olika



enheter behöver samverka kan göra samverkan utmanande (Vårdanalys 2016b).

2. *En befintlig struktur för samverkan kan både underlätta och hindra arbetet med att ta fram överenskommelser*

Vårdanalys kan konstatera att tidigare erfarenheter och befintliga strukturer av samverkan såsom Kunskap till praktik och PRIO (som var regeringens handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa) har utgjort en grund i arbetet med att ta fram överenskommelser i många kommuner. Detta var också regeringens förhoppning (prop. 2012/13:77). Samtidigt visar vår studie att de befintliga strukturerna kan bidra till att överenskommelser inte prioriteras eftersom samverkan redan sker på annat sätt. Att ställa krav på överenskommelser utan att de upplevs nödvändiga skulle kunna innebära att en överenskommelse tas fram främst i legitimerande syfte, för att utåt visa att en överenskommelse finns. Det skulle också kunna innebära att överenskommelserna får små förutsättningar att förankras i verksamheterna. Det skulle sammantaget kunna medföra att kostnaden för att ta fram en överenskommelse riskerar bli större än nyttan med överenskommelsen.

3. *Primärvården är en svag länk*

Primärvården har en viktig roll i missbruks- och beroendevården. Det är därför viktigt att samverkan mellan primärvården, psykiatrin, beroendemottagningar och socialtjänsten fungerar. Men primärvården framhålls som en svag länk för att kunna ta fram överenskommelser. Flera av de utmaningar för primärvårdens delaktighet som framkommer i vår studie överensstämmer med den beskrivning som tidigare studier gjort (Exempelvis *Effektiv vård* (SOU 2016:2)). Vår studie bekräftar bilden av att primärvården har höga förväntningar på sig att samordna vård och omsorg, men uppfattas ha begränsade förutsättningar för att ta denna roll. Primärvårdens breda och delvis otydliga uppdrag, hög personalomsättning, i synnerhet på chefsnivå, ekonomiska system som inte premierar samverkan samt primärvårdens fragmenterade organisation uppfattas påverka primärvårdens incitament och förutsättningar för att prioritera överenskommelser. I vår studie framkommer också att det finns geografiska skillnader som påverkar primärvårdens roll i arbetet med överenskommelser. Primärvården i mer glesbefolkade kommuner upplevs ta ett större ansvar i missbruks-



och beroendevården, vilket också bidrar till att primärvården i högre utsträckning deltar i samverkan kring överenskommelser.

#### 4. *Hög personalomsättning är en utmaning*

Samverkansstrukturer är ofta sårbara, i synnerhet om de är nya eller i hög grad bygger på enskilda personers engagemang. Personberoende strukturer i kombination med hög omsättning av personal kan därför göra det svårt att upprätthålla samverkan. I synnerhet ger omsättningen på chefer och andra nyckelpersoner brister i kontinuitet som tar tid att bygga upp igen. Att formalisera samverkansstrukturer, även om samverkan för tillfället fungerar, skulle kunna vara ett sätt att skapa större stabilitet och kontinuitet menar vi. Men det behövs fortsatta studier för att kunna dra dessa slutsatser. I flera kommuner och landsting upplever man också att organisationen prioriterar ner att ta fram överenskommelser på grund av bristen på resurser som kunskap, kompetens och ekonomiska medel.

#### 5. *Förankring och intresse på alla nivåer är viktigt och chefer behöver stöd*

Ett tydligt politiskt intresse på såväl nationell, regional som lokal nivå är en drivkraft för att ta fram överenskommelser, enligt vår studie. Samsyn och förankring mellan politisk nivå och lednings- och verksamhetsnivåer inom landstinget och kommunerna främjar framtagande av överenskommelser. Vår studie visar också att kompetens och engagemang på alla organisatoriska nivåer är viktigt för att samverkan om överenskommelserna ska fungera väl. I synnerhet chefernas engagemang, mandat och kompetens spelar stor roll för om organisationerna prioriterar överenskommelser. För att chefer ska ha förutsättningar för att driva arbetet med överenskommelser uppger de att de behöver mandat, kunskap och stöd.

#### 6. *Processledare är en viktig samordnande funktion som underlättar samverkan kring överenskommelser*

Vår studie visar att samordnande funktioner främst i form av processledare på många håll varit en central drivkraft i att ta fram länsöverenskommelser. I vissa län har de också medverkat i att ta fram och förankra lokala överenskommelser i kommunerna. De samordnande funktionerna har också underlättat brukardeltagande genom att verka som en samordnande part mellan huvudmännen och



brukarorganisationer, och som en länk mellan den nationella, regionala och lokal nivå. Samordnande funktioner framhålls också bidrar också till att upprätthålla de nätverk och strukturer som grundades inom Kunskap till praktik, vilket påverkar förutsättningarna för att överenskommelser ska tas fram.

#### 7. *Integrerade verksamheter underlättar samverkan kring överenskommelser*

Flera företrädare beskriver att integrerade verksamheter upplevs underlätta framtagandet av överenskommelser. De uppfattas också kunna skapa fokus på det gemensamma ansvaret för målgruppen, och inte på att avgränsa ansvaret. Integrerade verksamheter nämns som en främjande faktor för samverkan också i forskning (Anell och Mattisson 2009). Vårdanalys menar att de integrerade verksamheterna skulle kunna vara en möjlig lösning som kan bidra till att stärka förutsättningarna för en mer samordnad vård och omsorg. Det behövs dock fortsatta studier för att kunna dra slutsatser om hur ändamålsenliga integrerade verksamheter är jämfört med andra sätt att uppnå samordnad vård och omsorg.

### 8.4 VAD INNEHÅLLER ÖVERENSKOMMELSERNA?

Vår studie visar att överenskommelser formuleras relativt övergripande på länsnivå för att kunna anpassas efter lokala förutsättningar och behov. Det kan också vara ett sätt att öka möjligheten för kommuner och landsting att kunna enas i frågor där det finns olika intressen och ståndpunkter, menar vi. Men de övergripande formuleringarna kan samtidigt innebära att oenighet, exempelvis kring ansvarsfördelning och mål, förskjuts nedåt i kommuner och landsting. Det innebär att förutsättningarna på lägre nivåer i kommuner och landsting blir viktiga för möjligheterna att nå enighet och kunna samverka kring innehållet i överenskommelserna. Alltför övergripande formuleringar kan också göra att länsöverenskommelsen inte upplevs utgöra ett stöd i framtagandet å lokal nivå.

Vi har studerat olika aspekter av innehåll, och bland annat undersökt om det finns gemensamma mål i överenskommelserna, om de beskriver samverkan och ansvarsfördelning, om de nämner särskilda målgrupper och om någon form av vägledning har använt i framtagandet.

### *Bara var fjärde lokal överenskommelse innehåller tydliga gemensamma mål*

Tidigare forskning har visat att tydliga gemensamma målsättningar är viktiga för att samverkan ska ha förutsättningar att fungera. Även regeringen föreslog att överenskommelserna skulle kunna innehålla gemensamma mål för att överenskommelserna skulle få betydelse i kommuner och landsting (prop. 2012/13:77, s. 18). Trots att mål som är relativt tydliga förekommer i ungefär hälften av länsöverenskommelserna upplever chefer inom kommuner och landsting att länsöverenskommelserna är för vagt och övergripande formulerade för att ge förutsättningar att fungera som något egentligt stöd och vägledning i de lokala verksamheterna. Flera huvudmän betonar att överenskommelserna behöver tas fram och konkretiseras på lokal nivå för att ha förutsättningar att få betydelse i verksamheterna. Enligt vår studie uppfattas det samtidigt finnas utmaningar i att enas finnas på lokal nivå. Det ser vi som en tänkbar förklaring till att bara var fjärde lokal överenskommelse innehåller tydliga gemensamma mål, och var femte av de lokala överenskommelserna helt saknar gemensamma mål.

### *Samverkan mellan huvudmän beskrivs i överenskommelserna men mer sällan inom kommunen*

Vår kartläggning visar att överenskommelserna i hög utsträckning beskriver hur samverkan ska organiseras mellan landstinget och kommuner. Samverkan inom landstinget beskrivs också relativt ofta, medan samverkan inom kommunen beskrivs mer sällan. Många av de vi intervjuat framhåller att behovet av samverkan är större i landstingen bland annat beroende på att landstinget är en större och mer komplex organisation. Men det kan också finnas andra förklaringar till skillnaderna.

### *Ansvarsfördelning beskrivs men är problematiskt att enas kring*

Oenigheter kring ansvar medför ofta utmaningar för samverkan, har forskning visat. Tydlig ansvarsfördelning kan vara ett sätt att minska konflikterna om vem som ansvarar för och på så sätt underlätta samverkan (Anell och Mattisson 2009). Vår studie visar att ansvarsfördelningen inom och mellan landsting och kommuner beskrivs i hög utsträckning i överenskommelserna. Likväl påpekar många intervjuade att oenigheter kring ansvar i stor utsträckning finns, särskilt på lokal nivå, och i synnerhet när det gäller det finansiella ansvaret. Ansvarsfördelning inom landstinget beskrivs i högre utsträckning än inom kommunerna. Vi menar att det skulle kunna



förklaras av landstingets större och mer komplexa organisation, där behovet av förtydligande av ansvar kan vara stort. Men det behövs fortsatta studier för att klargöra vad skillnaderna beror på.

### *Barn och unga nämns sällan i lokala överenskommelser*

Vår studie visar att samverkan kring barn och unga beskrivs i låg utsträckning i de lokala överenskommelserna. Barn och unga uppfattas av flertalet huvudmän som en målgrupp som det är viktigt men svårt att samverka kring. Vårdanalys menar att det är angeläget att fortsätta studera förutsättningarna för en samordnad missbruks- och beroendevård ur ett barnperspektiv.

### *Kriminalvården och polisen förekommer som samarbetsparter*

Polisen och Kriminalvården förekommer som samarbetspart i 38 procent respektive 29 procent av de läns gemensamma överenskommelserna. Kriminalvården förekommer också som samarbetspart i 25 procent av de lokala överenskommelserna. Andra myndigheter förekommer mer sällan.

## **8.5 I VILKEN UTSTRÄCKNING HAR BRUKARE VARIT MED OCH TAGIT FRAM ÖVERENSKOMMELSER?**

Enligt bestämmelserna som reglerar överenskommelser (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL) bör brukarorganisationer om möjligt ges möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelserna. Enligt vår studie har brukarföreträdare fått lämna synpunkter på ungefär varannan överenskommelse. Däremot är det mer oklart om synpunkterna i praktiken påverkat innehållet eller inriktningen i överenskommelsen. Brukarföreträdare i flera län upplever att deras erfarenheter och kunskaper inte tas tillvara i tillräckligt hög grad. Det finns också skillnader i förutsättningar för brukarinflytande mellan län och kommuner.

### **8.5.1 Vilka faktorer främjar brukardeltagande?**

Vi har identifierat fem faktorer som främjar brukardeltagande och brukarinflytande:

#### *1. Brukarråd främjar brukardeltagande*

Starka brukarråd med kontinuitet och kompetens att driva brukarfrågor är en främjande faktor.

2. *Tidigare erfarenheter av brukarmedverkan är värdefulla*

De strukturer och de erfarenheter som till exempel SKL:s projekt *Kunskap till praktik* bidragit till, är värdefulla.

3. *Tydlighet i process, ansvar och syfte är framgångsfaktorer*

Tydlighet kring processer, ansvar och strukturer för samarbetet mellan huvudmän och brukarorganisationerna liksom tydlighet kring mål och syfte med brukardeltagande underlättar brukardeltagande och ökar möjligheter till inflytande. Att det finns en tydlig mottagande part som ansvarar för brukares synpunkter nämns som en framgångsfaktor.

4. *Intresse, kunskap och förankring på alla nivåer*

Engagemang och intresse från såväl politiker, chefer och professioner uppfattas underlätta brukardeltagande. Att kunskap och kompetens om brukardeltagande finns och är förankrat på alla nivåer har också bidragit till att ge förutsättningar för brukarinflytande.

5. *Resurser skapar förutsättningar för deltagande och inflytande*

Tillgång till resurser, såsom ekonomiska medel, kunskap och information påverkar förutsättningar för deltagande och inflytande. Finansieringen av brukarorganisationer och deltagande uppfattas främja brukares möjligheter att bedriva verksamheter med kontinuitet.

## 8.6 VÅRDANALYS REKOMMENDATIONER

Vårdanalys lämnar följande rekommendationer i det fortsatta arbetet med överenskommelser och samverkan:

► *Regeringen bör utvärdera överenskommelserna ur ett patient- och brukarperspektiv*

Vårdanalys bedömer att det behövs en fortsatt utvärdering för att för att klargöra om överenskommelser är ett ändamålsenligt verktyg för att förbättra vården och omsorgen för patienter och brukare. Denna utvärdering bör huvudsakligen studera och analysera effekter och resultat av överenskommelser ur ett patient- och brukarperspektiv. Vi föreslår att regeringen ger Vårdanalys eller någon annan lämplig myndighet i uppdrag att göra en sådan utvärdering. I det fortsatta arbetet är det viktigt att det finns möjligheter att följa upp resultat, helst på individnivå. Vi ser därför ett behov av att stärka förutsättningarna för uppföljning ur ett



patient- och brukarperspektiv. Kommunerna och landstingen bör stärka kompetensen inom systematisk uppföljning. Kommunerna bör också verka för en mer enhetlig dokumentation. Slutligen behöver uppföljning av individuella behandlingsresultat samordnas. Åtgärderna skulle också öka Socialstyrelsens förutsättningar för att utveckla resultatuppföljning på missbruks- och beroendområdet. Socialstyrelsen har getts i uppdrag av regeringen att utveckla öppna jämförelser inom missbruks- och beroendevården (ESV 2016). Vårdanalys rapport "Missar vi målen med missbruks- och beroendevården?" (Vårdanalys 2016a) ska beaktas i uppdraget. Det ger en bra utgångspunkt för att stärka förutsättningarna för uppföljning ur ett patient- och brukarperspektiv, menar vi.

► *Regeringen bör utvärdera alternativa sätt att samordna vård och omsorg*

Vårdanalys utgångspunkt är att det går att samordna vården och omsorgen via olika organisatoriska lösningar. Samverkan genom överenskommelser är ett tänkbart sätt och till exempel integrerade verksamheter är ett annat. Vårdanalys bedömer att det därför behövs en bred utvärdering av överenskommelser som ett av flera möjliga verktyg som kan bidra till en mer samordnad vård och omsorg. Utvärderingen bör syfta till att analysera och jämföra de olika organisatoriska lösningarnas eventuella effekter för brukarna, de involverade organisationerna och samhället.

► *Kommuner och landsting bör ta tillvara den kunskap och de strukturer som etablerades inom projektet Kunskap till praktik*

Kunskaper, erfarenheter och strukturer som skapades inom ramarna för projektet Kunskap till praktik, och i synnerhet samordnande funktioner och brukarråd, har bidragit till att ge förutsättningar för samverkan och brukarmedverkan. Vi bedömer därför att det är viktigt att kommuner och landsting tar tillvara på dessa kunskaper, erfarenheter och strukturer.

► *Kommuner och landsting bör utveckla förutsättningar för brukardeltagande*

Enligt bestämmelserna om överenskommelser (8 b § HSL och 5 kap. 9 a § SoL) bör brukarorganisationer om möjligt ges möjlighet att lämna synpunkter på överenskommelserna. Vårdanalys bedömer att för att så ska kunna ske behöver förutsättningar för brukardeltagande utvecklas. Det kan främja brukardeltagande även på andra områden. Vårdanalys

menar att brukares kunskaper, perspektiv och erfarenheter kan ge förutsättningar för att stärka vårdens och omsorgens kvalitet och till att göra den mer jämlik och effektiv. Det är därför viktigt att kommuner och landsting identifierar och åtgärdar hinder samt utvecklar strukturer och förutsättningar för att bättre ta tillvara på brukares kunskaper och erfarenheter.

► *Socialstyrelsen bör utveckla Öppna jämförelser för att skapa mer ändamålsenliga möjligheter för att följa upp överenskommelser*

Vårdanalys bedömer att Socialstyrelsens öppna jämförelser genom mindre justeringar kan utvecklas för att skapa bättre möjligheter att följa upp överenskommelser. Detta är viktigt eftersom regeringen föreslår att Socialstyrelsen från och med 2018 får i uppdrag att följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna (Lagrådsremiss 2016). Bland annat behöver Socialstyrelsen efterfråga antalet och typ av överenskommelser när data samlas in, för att kunna dra slutsatser om omfattning av överenskommelser och för att kunna skilja lokala överenskommelser från länsöverenskommelser.











## Referenser

- Anell, A. och Mattisson, O. 2009. Samverkan i kommuner och landsting. *Studentlitteratur*.
- Axelsson, R. och Bihari Axelsson, S. 2007. Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. *Studentlitteratur*.
- Danermark, B. och Kullberg, C. 1999. Samverkan - välfärdsstatens nya arbetsform. *Studentlitteratur*.
- ESV 2015. Regleringsbrev för budgetåret 2016 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <http://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?RBID=17211>. Hämtad 2017-01-23.
- ESV 2016. Regleringsbrev för budgetåret 2017 avseende Socialstyrelsen. <http://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?RBID=17975>. Hämtad 2017-01-22.
- FOU Välfärd 2017. MILK - missbruk och beroendevård i Landsting och kommuner. <http://fouvalfard.se/milk-missbruk-och-beroendevard-i-landsting-och-kommuner>. Hämtad 2017-01-22.
- Hart, R. A. 2013. Children's participation: The theory and practice of involving young citizens i community development and environmental care. *Routledge*.
- Johnson, V. 1998. Stepping forward: children and young people's participation in the development process *Intermediate Technology*.
- Kvale, S. och Brinkmann, S. 2009. Den kvalitativa forskningsintervjun. *Studentlitteratur*.
- Lagrådsremiss 2016. Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk.
- Löfström, C. 2007. Samverkan kring äldres vård och omsorg - två försöksverksamheter. *Studentlitteratur*.

- Nordström, E. 2016. Samordnad individuell plan (SIP) - Professionellas samt barn och föräldrars erfarenheter. *Jönköpings University*.
- Pierre, J. och Sundström, G. 2009. Samhällsstyrning i förändring. *Liber*.  
prop. 2010/11:47 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken. Stockholm: Socialdepartementet.  
prop. 2012/13:77 God kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården. Stockholm: Socialdepartementet.
- SKL 2014a. Checklista för god kvalitet och ökad tillgänglighet inom missbruks- och beroendevården.
- SKL 2014b. Utveckling av missbruks- och beroendevården. Tillbakablickar och framtidsutsikter.
- SKL 2016a. Kommungruppsindelning 2017. <https://skl.se/tjanster/kommuner-landsting/faktakommunerochlandsting/kommungruppsindelning.2051.html>. Hämtad 2016-12-20.
- SKL 2016b. Satsning från kunskap till praktik. Brukare utvecklar missbruks- och beroendevården. <https://skl.se/download/18.28eae57e14983f3bbe0e3336/1418301900301/Brukare+utvecklar+missbruks+och+beroendev%C3%A5rden.pdf>. Hämtad 2016-12-09.
- skr. 2015/16:86 En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken 2016 – 2020. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen 2007. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.
- Socialstyrelsen 2011a. Beskrivning av Öppna jämförelser. <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/Documents/Beskrivning-av-oppna-jokforelser.pdf>. Hämtad 2012-12-16.
- Socialstyrelsen 2011b. Termbanken – samverkan <http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?ftid=515>. Hämtad 2017-01-22.
- Socialstyrelsen 2012. Metoder för brukarinflytande och medverkan inom socialtjänst och psykiatri – en kartläggning av forskning och praktik.
- Socialstyrelsen 2016a. Case management. <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/casemanagement>. Hämtad 2016-12-05.
- Socialstyrelsen 2016b. Frågor och svar om samordnad individuell plan, SIP. <http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/samordnadindividuellplan-sip>. Hämtad 2016-12-07.

- Socialstyrelsen 2016c. Öppna jämförelser 2016 Missbruks- och beroendevården. Guide för att tolka resultaten. <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/oppnajokforelser-2016-missbruks-och-beroendevarden-anvandarguide.pdf> Hämtad 2017-01-12.
- Socialstyrelsen 2016d. Öppna jämförelser av missbruks- och beroendevården. <http://www.socialstyrelsen.se/oppnajokforelser/missbrukochberoende>. Hämtad 2016-12-16.
- Socialstyrelsen 2015. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning.
- SOU 2011:35 Bättre insatser vid missbruk och beroende - *Individen, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Socialdepartementet
- SOU 2016:2 Effektiv vård. Stockholm: Socialdepartementet.
- Verdandi 2012. Brukarstyrd brukarrevision, en väg till brukarinflytande – metodhandledning.
- Vårdanalys 2014. VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom.
- Vårdanalys 2016a. Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv.
- Vårdanalys 2016b. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.









## BILAGA 1: METODBILAGA

Vi har använt metodtriangulering för att besvara frågeställningarna. Det innebär att vi har använt en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Vi har analyserat uppgifter från Socialstyrelsens *Öppna jämförelser* för missbruks- och beroendevården, vi har gjort en kartläggning av överenskommelser och vi har också intervjuat företrädare för landsting, kommuner och brukarorganisationer.

### Socialstyrelsens öppna jämförelser

Socialstyrelsen gör genom *Öppna jämförelser* återkommande jämförelser av kvalitet och resursförbrukning inom bland annat missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2016d). Socialstyrelsen genomför undersökningen genom en webbenkät till alla Sveriges kommuner och stadsdelarna i storstäderna Göteborg, Malmö och Stockholm under år 2016 (Socialstyrelsen 2016c). Uppgifterna redovisas på regional-, landstings-, kommun-, eller enhetsnivå (Socialstyrelsen 2011a). Databasinsamlingen har genomförts mellan 9 februari och 29 mars 2016 och gäller förhållanden den 1 februari 2016. Resultaten i *Öppna jämförelser* redovisas som indikatorer. En indikator är ett mått som påvisar (indikerar) ett underliggande förhållande eller en utveckling. Uppgifterna till en indikator kan baseras på svaren från en enskild fråga, eller på svar från flera frågor som bearbetats till ett resultat (Socialstyrelsen 2016c).

Framförallt två av indikatorerna som Socialstyrelsen har arbetat fram för år 2016 berör våra frågeställningar. Dessa två indikatorer avser om

kommunen har en *aktuell överenskommelse med landstinget* och om *brukarorganisation har påverkat överenskommelsen med landsting*.

Vi kan konstatera att det finns problem med att använda indikatorerna för att kartlägga antalet överenskommelser och omfattningen av brukarmedverkan. Detta beror till stor del på det sätt som indikatorernas frågor ställts.

#### *Konkret fråga om kommunen har en överenskommelse saknas*

I Öppna jämförelserns webbenkät ställs inte någon konkret fråga om kommunen har en överenskommelse. Indikatorn *Aktuell överenskommelse med landstinget* baseras istället på fyra delfrågor. Tre av dessa fyra delfrågor handlar om innehåll i överenskommelsen. Frågorna är: 1) Innehåller överenskommelsen *gemensamma mål*, 2) *resurs- och ansvarsfördelning* och 3) *rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingets/regionens personal kring enskilda personer som missbrukar beroendeframkallande medel*. Den fjärde delfrågan tar upp om det gjorts *en uppföljning av överenskommelsen det senaste året*. Om en kommun har svarat jakande på samtliga fyra delfrågor uppfylls indikatorn *Aktuell överenskommelse med landstinget*. Öppna jämförelser ger därför i första hand information om innehåll och omfattning i förhållande till ett visst innehåll, men inte om antalet överenskommelser oavsett innehåll.

#### *Nivåer för överenskommelser efterfrågas inte*

Indikatorn *aktuell överenskommelse med landstinget* ger inte heller en komplett bild över antalet överenskommelser, eftersom indikatorns frågor inte tar hänsyn till de olika nivåer överenskommelser utformas på; länsnivå och lokal nivå. Det går därför inte att säkert veta vilken överenskommelse som kommunen haft i åtanke när den besvarat frågorna. Denna slutsats kan vi dra eftersom vi har jämfört resultaten i Öppna jämförelser med vår kartläggning och våra intervjusvar, och kan konstatera att kommuner som enligt vår studie saknar lokala överenskommelser i vissa fall svarat jakande på samtliga frågor för indikatorn *aktuell överenskommelse med landstinget*. En förklaring är att dessa kommuner uppfattat att frågan handlar om den länsgemensamma överenskommelsen. Se indikatorns frågor i figur 12.

Frågor för indikatorn *brukarorganisation har påverkat överenskommelsen med landsting* tar inte heller hänsyn till nivåer för överenskommelser. Indikatorns frågor baserar sig på frågan för indikatorn *aktuell överenskommelse med landsting*.

Figur 12. Socialstyrelsens frågor för indikatorn *aktuell överenskommelse med landstinget*

 Socialstyrelsen ÖJ-övergripande eller gemensamma frågor

**Överenskommelse med landstinget/regionen inom missbruks och beroendeverksamhet**

(G)5. Har ni den 1 februari 2016 en skriftlig och på ledningsnivå beslutad överenskommelse om samarbete med landstinget/regionen i frågor som rör personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel, som innehåller nedanstående delar?

Med *ledningsnivå* avses den nivå inom organisationen som har mandat att besluta om överenskommelser med externa aktörer.


Med *överenskommelse om samarbete* åsyftas här den skyldighet som kommun och landsting har att enligt 5 Kap 9 a § socialtjänstlagen (2001:453), SoL ingå **gemensam överenskommelse** om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel eller dopningsmedel.

Överenskommelsen ska beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur samarbetet ska genomföras.

För stadsdelarna i Stockholm och Göteborg samt stadsområdena i Malmö: Om stadsdelen/stadsområdet omfattas av en motsvarande kommunövergripande överenskommelse räknas även denna.

	Ja	Nej
Gemensamma mål med överenskommelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resurs- och ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting/region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutiner för samarbete mellan socialtjänstens och landstingets/regionens personal kring enskilda personer som missbrukar beroendeframkallande medel <i>(Här avses ett bestämt tillvägagångssätt för hur aktiviteter ska genomföras samt ange ansvarsfördelningen mellan aktörerna. Rutinen ska vara känd och användas av ansvariga handläggare.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer:

 Socialstyrelsen ÖJ-övergripande eller gemensamma frågor

(Om Ja på fråga 5)  
(G)5 a. Har ni någon gång under perioden 1 februari 2015 – 31 januari 2016 (12 mån) följt upp överenskommelsen om samarbete med landstinget/regionen?

Med *följt upp* avses att berörda aktörer tillsammans på ett systematiskt sätt kontrollerat att överenskommelsen med landstinget/regionen i alla delar används och fungerar på avsett sätt samt att den vid behov har reviderats. Uppföljningen ska vara dokumenterad.

Ja  
 Nej  
 Ej aktuellt, då överenskommelsen upprättades nyligen, dvs. efter den 1 feb 2015

Kommentarer:

Eftersom Öppna jämförelserns indikatorer varken kan ge ett fullständigt resultat för antalet överenskommelser eller tagit hänsyn för överenskommelsernas nivåer, så har vi huvudsakligen utgått från en egen kartläggning för att få en uppfattning om hur många överenskommelser det finns i landet.

## Kartläggning av överenskommelser

För att få en komplett och aktuell uppfattning av omfattningen av överenskommelser på såväl länsnivå som lokal nivå, har vi genomfört en kartläggning av överenskommelser. Insamlingen skedde mellan den 9 september och den 8 november 2016. För att samla in överenskommelser på länsnivå kontaktade vi processledare, utvecklingsledare och andra kontaktpersoner. Vi hämtade kontaktuppgifterna via den ansvarige för SKL:s nätverk för missbruks- och beroendevård i landsting och kommuner (MILK). Insamlingen resulterade i att alla länsöverenskommelser under insamlingstiden skickades in, det vill säga 21 stycken. Två länsöverenskommelser höll på att uppdateras och justeras. I dessa två fall fick vi utgå ifrån tidigare versioner, som vid tidpunkten för insamlingen var aktuella.

För att samla in överenskommelser på lokal nivå kontaktade vi registratorer i alla kommuner. Vi fick E-postadresser till kommunernas registratorer via SKL. I Stockholms stad har varje stadsdel har tagit ställning till att arbeta fram lokala överenskommelser. Därför kontaktade vi sammanlagt 303 kommuner (289 kommuner och Stockholms 14 stadsdelar).

Sammanlagt skickade vi e-post vid fyra tillfällen till registratorerna, varav tre påminnelser. Resultat av insamlingen för lokala överenskommelser finns i tabell 13.

**Tabell 13.** Kartläggning av lokala överenskommelser.

Lokala överenskommelser i kommuner	Antal överenskommelser
Inkomna överenskommelser	165
Har inte överenskommelser	94
Bortfall	44

De kommuner som återkom och sa att de inte har överenskommelser fick en följdfråga om de planerade att arbeta fram överenskommelser. Av de 94 kommunerna som inte hade en överenskommelse svarade 47 kommuner att de har planer på att ta fram en lokal överenskommelse, och 47 sa att de inte har planer för att ta fram en överenskommelse. I webbilaga på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se) framkommer vilka kommuner som skickade in överenskommelser, vilka som svarade att de inte har överenskommelser och vilka kommuner som inte alls svarade på vår förfrågan, det vill säga utgjorde ett bortfall i vår studie. Vi har använt oss av en analysmall för att analysera de överenskommelser som vi fått in. Målet med analysmallen var att strukturera och definiera vad som analyserades i överenskommelserna, och på så sätt skapa en genomskinlig och tydlig bedömning (se webbilaga på [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)).

### *Kartläggningens bortfall*

Vi har gjort en analys av de 44 kommuner som inte deltog i vår kartläggning, där vi bland annat har studerat om kommunens befolkningsstorlek påverkat bortfallet. Vi delade då in kommunerna i tre grupper utifrån befolkningsstorlek, se tabell 14:

**Tabell 14.** Bortfall indelat i befolkningsstorlek.

Befolkningsgrupper	Antal kommuner i riket	Antal kommuner, bortfall	Andel av bortfallet	Andel bortfall inom befolkningsgruppen
1–15 000 invånare	135	25	57 %	19 %
15 001–50 000 invånare	113	16	36 %	14 %
>50 000 invånare	55	3	7 %	5 %
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>44</b>	<b>100 %</b>	

Kommuner i gruppen med 1–15 000 invånare är i numerär majoritet bland bortfallet – 25 av 44 kommuner (57 procent). Men det är också flest kommuner i landet i den gruppen. Vi kan genom en regressionsanalys konstatera att det inte finns något samband mellan befolkningsstorlek och bortfall.

Vi har också tittat på om bortfallet påverkas av kommungruppstillhörighet, utifrån SKL:s kommungruppsindelning. Vi har valt att titta på kommunerna på de tre övergripande grupp nivåerna (SKL 2016a), se tabell 15:

**Tabell 15.** Bortfall indelat i SKL:s kommungrupper.

Kommungrupper	Antal kommuner i riket	Antal kommuner, bortfall	Andel av bortfallet	Andel bortfall inom kommungruppen
A Storstäder och storstadsnära kommuner	59	7	16 %	12 %
B Större städer och kommuner nära större stad	108	14	32 %	13 %
C Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	136	23	52 %	17 %
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>44</b>	<b>100 %</b>	

Inte heller här finns det någon korrelation mellan kommungrupper och bortfall. I bortfallet finns det en numerär majoritet för kommungruppen C – mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner. Men det kan även här förklaras med att majoriteten av kommunerna i landet finns i grupp C.

### *Kommuner som inte har lokala överenskommelser och som inte planerar att ta fram lokala överenskommelser*

Vi har också gjort analys av de 47 kommuner som angav att de inte har lokal överenskommelse och inte har planer på att arbeta fram lokala överenskommelser. Vi har återigen studerat om befolkningsstorlek har betydelse för dessa kommuner, se tabell 16:

**Tabell 16.** Kommuner som inte har lokal överenskommelse och som inte planerar att ta fram lokal överenskommelse, indelat i befolkningsgrupper.

Befolkningsgrupper	Antal kommuner i riket	Antal kommuner som inte planerar lokal överenskommelse	Andel kommuner som inte planerar att ta fram lokal överenskommelse	Andel kommuner som inte planerar att ta fram lokal överenskommelse inom befolkningsgrupper
1–15 000	135	26	55 %	19 %
15 001–50 000	113	14	30 %	12 %
>50 000	55	7	15 %	13 %
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>47</b>	<b>100 %</b>	

Kommuner i gruppen med 1–15 000 invånare är i numerär majoritet bland de kommuner som inte planerar att arbeta fram en lokal överenskommelse – 26 av 47 kommuner (55 procent). Men det finns samtidigt flest kommuner i landet i kommungruppen 1–15 000 invånare. Vi kan genom en regressionsanalys

konsterna att det inte finns något samband mellan befolkningsstorlek och kommuner som inte planerar att ta fram lokala överenskommelser.

Vi har också tittat på om kommungruppsstillhörighet har en påverkan för kommuner som inte planerar att arbeta fram lokala överenskommelser. Vi har valt att titta på kommunerna på de tre övergripande gruppnivåerna (SKL 2016a), se tabell 17:

**Tabell 17.** Kommuner som inte har lokal överenskommelse och som inte planerar att ta fram lokal överenskommelse, indelat i SKL:s kommungrupper.

Kommungrupper	Antal kommuner i riket	Antal kommuner som inte planerar lokal överenskommelse	Andel kommuner som inte planerar att ta fram lokal överenskommelse	Andel kommuner som inte planerar att ta fram lokal överenskommelse inom kommungrupper
A Storstäder och storstadsnära kommuner	59	7	15 %	12 %
B Större städer och kommuner nära större stad	108	19	40 %	18 %
C Mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner	136	21	45 %	15 %
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>47</b>	<b>100 %</b>	

Inte heller här finns det någon korrelation mellan kommungrupper och kommuner som inte planerar att ta fram lokala överenskommelser. Det finns en numerär majoritet för kommungruppen C – mindre städer/tätorter och landsbygdskommuner. Men det kan även här förklaras med att majoriteten av kommunerna i landet finns i grupp C.

## Intervjuer med företrädare

Vi intervjuade sammanlagt 44 personer, varav 33 personer på olika nivåer i 13 kommuner och 10 landsting. Vi har främst intervjuat chefer och tjänstemän inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården, samt processledare och utvecklingsledare på länsnivå. Vi har också prata med 11 företrädare för 9 regionala brukarorganisationer och 2 nationella brukarorganisationer. Brukarråd är paraplyföreningar som består av representanter från olika föreningar på regional och lokal nivå, exempelvis Länkarna, IOGT, Verdandi, FMN, Attention och RSMH.

Intervjupersonerna valdes ut från ett urval av län, landsting, kommuner och brukarorganisationer utifrån tre kriterier: resultat i Socialstyrelsens Öppna jämförelser, geografiskt läge och kommunens befolkningsmängd.

En del av intervjupersonerna sökte vi upp genom att använda ett snöbollsurval (Kvale och Brinkmann 2009).

### *1. Resultat i Socialstyrelsens Öppna jämförelser*

Vi har valt ut län som har en hög respektive låg andel kommuner som har ingått överenskommelser med landstinget. Inom dessa län har vi sedan valt ut kommuner som har och inte har ingått någon överenskommelse. På samma sätt har vi även valt ut län med hög respektive låg andel brukardeltagande för överenskommelser mellan kommuner och landsting.

### *2. Geografiskt läge i landet*

Vi har intervjuat personer i brukarorganisationer och i kommuner och landsting, från Västerbotten i norr till Skåne i söder. De län och landsting som ingår i studien är: Blekinge, Gävleborg, Jämtland, Jönköping, Skåne, Stockholm, Västerbotten, Västernorrland, Örebro och Östergötland. Företrädare för brukarorganisationer från Värmland och Västra Götaland har också intervjuats.

### *3. Kommunens befolkningsmängd*

Vi har valt ut 13 kommuner med varierande befolkningsmängd, från glesbygd till storstadskommuner. Vi har främst intervjuat chefer och tjänstemän på olika nivåer inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Vi gjorde därefter semistrukturerade intervjuer. Det innebär att vi utifrån våra frågeområden har gjort en intervjuguide som vi utgått ifrån, men anpassat efter informanternas olika roller. Vi har strävat efter att börja med att ställa relativt öppna frågor, för att lämna utrymme för de intervjuade att ta upp områden vi på förhand inte inkluderat. Vi har också efterhand modifierat intervjuguiden, i takt med att nya frågor uppstått. Intervjuerna ägde rum löpande under projektet.



## BILAGA 2: RESULTAT FRÅN KARTLÄGGNING AV ÖVERENSKOMMELSER

**Tabell 18.** Gemensamma mål

Överenskommelser	Ja, tydliga mål, %	Ja, vaga mål, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	48	38	14
Lokala överenskommelser	25	56	19

**Tabell 19.** Ansvarsfördelning mellan kommun och landsting

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	95	5
Lokala överenskommelser	89	11

**Tabell 20.** Ansvarsfördelning inom kommun

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	19	81
Lokala överenskommelser	25	75

**Tabell 21.** Ansvarsfördelning inom landsting

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	67	33
Lokala överenskommelser	70	30

**Tabell 22.** Psykologisk och psykosocial behandling

Överenskommelser	Båda, %	Framgår ej, %	Kommunen, %	Landstinget, %
Länsgemensamma överenskommelser	76	5	19	0
Lokala överenskommelser	52	39	7	2

**Tabell 23.** Finansiellt ansvar

Överenskommelser	Delvis, %	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	29	5	67
Lokala överenskommelser	28	4	67

**Tabell 24.** Att samverka

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	100	0
Lokala överenskommelser	98	2

**Tabell 25.** Hur samverka

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	71	29
Lokala överenskommelser	86	14

**Tabell 26.** Samverkan inom landstinget

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	48	52
Lokala överenskommelser	39	61

**Tabell 27.** Samverkan inom kommunen

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	29	71
Lokala överenskommelser	13	87

**Tabell 28.** Samverkan hur arbetar med SIP

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	67	33
Lokala överenskommelser	59	41

**Tabell 29.** Under 18 år

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	86	14
Lokala överenskommelser	26	74

**Tabell 30. LVU**

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	62	38
Lokala överenskommelser	27	73

**Tabell 31. LVM**

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	81	19
Lokala överenskommelser	51	49

**Tabell 32. Barn i familjer m missbruk**

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	90	10
Lokala överenskommelser	38	62

**Tabell 33. Gravida kvinnor**

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	57	43
Lokala överenskommelser	28	72

**Tabell 34. Samsjuklighet**

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	95	5
Lokala överenskommelser	84	16

**Tabell 35. Rutin för tvister**

Överenskommelser	Ja, men otydlig hantering	Ja, tydlig hantering	Nej
Länsgemensamma överenskommelser	0	57	43
Lokala överenskommelser	13	32	55

**Tabell 36.** SKL:s checklista

Överenskommelser	Ja, %
Länsgemensamma överenskommelser	100
Lokala överenskommelser	100

**Tabell 37.** Nationella riktlinjer

Överenskommelser	Ja, omnämns, %	Ja, utgör utgångspunkt, vägledning eller underlag, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	29	71	0
Lokala överenskommelser	15	51	35

**Tabell 38.** Prop. 2012/13:77

Överenskommelser	Ja, omnämns, %	Ja, utgör utgångspunkt, vägledning eller underlag, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	38	14	48
Lokala överenskommelser	2	9	89

**Tabell 39.** SOU 2011:35

Överenskommelser	Ja, omnämns, %	Ja, utgör utgångspunkt, vägledning eller underlag, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	10	10	81
Lokala överenskommelser	1	3	96

**Tabell 40.** Prop. 2010/11:47 eller Skr. 2015/16:86 (ANDT-strategier)

Överenskommelser	Ja, omnämns, %	Ja, utgör utgångspunkt, vägledning eller underlag, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	19	29	52
Lokala överenskommelser	4	1	96

**Tabell 41.** Spelmissbruk

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	19	81
Lokala överenskommelser	3	97

**Tabell 42.** Barnperspektiv

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	86	14
Lokala överenskommelser	28	72

**Tabell 43.** Jämställdhetsperspektiv

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	14	86
Lokala överenskommelser	4	96

**Tabell 44.** Kriminalvården

Överenskommelser	Benämns, men ej samverkan/samarbete, %	Ja, samarbetspart, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	29	29	43
Lokala överenskommelser	11	25	64

**Tabell 45.** SiS

Överenskommelser	Benämns, men ej samverkan/samarbete, %	Ja, samarbetspart, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	24	14	62
Lokala överenskommelser	5	0	95

**Tabell 46.** Polisen

Överenskommelser	Benämns, men ej samverkan/samarbete, %	Ja, samarbetspart, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	10	38	52
Lokala överenskommelser	13	5	82

**Tabell 47.** Försäkringskassan

Överenskommelser	Benämns, men ej samverkan/samarbete, %	Ja, samarbetspart, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	43	14	43
Lokala överenskommelser	16	12	72

**Tabell 48.** Arbetsförmedlingen

Överenskommelser	Benämns, men ej samverkan/samarbete, %	Ja, samarbetspart, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	43	14	43
Lokala överenskommelser	14	11	75

**Tabell 49.** Har brukarorganisationer fått möjlighet att lämna synpunkter?

Överenskommelser	Framgår ej, %	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	19	48	33
Lokala överenskommelser	8	11	81

**Tabell 50.** Har brukarorganisationer fått möjlighet att påverka innehållet i överenskommelser?

Överenskommelser	Framgår ej, %	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	43	24	33
Lokala överenskommelser	14	1	85

**Tabell 51.** Framgår att överenskommelse ska följas upp?

Överenskommelser	Ja, %	Nej, %
Länsgemensamma överenskommelser	81	19
Lokala överenskommelser	48	52

**Tabell 52.** Framgår vilken part som ansvarar för uppföljningen?

Överenskommelser	Båda, %	Framgår ej, %	Landsfinget, %	Kommunen, %
Länsgemensamma överenskommelser	67	29	5	0
Lokala överenskommelser	44	56	0	0

## BILAGA 3: INTERVJUADE PERSONER

Företrädare för landsting och kommuner.

Län	Namn	Organisation	Funktion/titel
Blekinge	Mari Söderström	Landstinget Blekinge	Verksamhetschef för psykiatri
Blekinge	Peter Börjesson	Ronneby kommun	Enhetschef för vuxenheten
Gävleborg	Roger Larsson	Region Gävleborg	Processledare
Gävleborg	Kristina Lingman	Region Gävleborg	Verksamhetschef för primärvården och psykiatri
Gävleborg	Annelie Mehtälä	Gävle kommun	Enhetschef för utredningsgrupp vuxen
Gävleborg	Malin Thurfjell	Söderhamns kommun	Enhetschef för vuxenheten
Jämtland	Lena Hallqvist	Regionförbundet Jämtlands län	Processledare
Jämtland	Håkan Gadd	Region Jämtland Härjedalen	Områdeschef för vuxenpsykiatri
Jämtland	Tommy Lekedal	Östersunds kommun	Områdeschef för socialtjänsten
Jönköping	Cecilia Strandlund	Region Jönköpings län	Processledare
Jönköping	David Rydin	Region Jönköpings län	Verksamhetschef för psykiatrisk klinik
Skåne	Malin Gunnarsson	Kommunförbundet Skåne	Utvecklingsledare för ASI
Skåne	Bim Soerich	Region Skåne	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Skåne	Marcella Adamson	Region Skåne	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Skåne	Anna Von Reis	Malmö Stad	Enhetschef (f.d. processledare)
Stockholm	Emma Fredriksson	Kommunförbundet Stockholms län	Processledare
Stockholm	Lars Blomström	Capio	Chefläkare för privat primärvårdsenhet
Stockholm	Christina Gustafsson	Södertälje kommun	Områdeschef för socialpsykiatri/missbruks- och beroendevården
Stockholm	Eva Segerström	Huddinge kommun	Sektionschef för psykosociala och missbrukssektionen
Västerbotten	Anika Norström	Region Västerbotten	Processledare
Västerbotten	Anna Bergström	Region Västerbotten	Avtalsstrateg
Västerbotten	Peter Berggren	Region Västerbotten	Verksamhetschef för primärvården
Västerbotten	Britta Eriksson	Umeå kommun	Områdeschef
Västernorrland	Camilla Carpholt	Kommunförbundet Västernorrland	Processledare/utvecklings-samordnare
Västernorrland	Ann-Charlotte Näsman	Landstinget Västernorrland	Vårdsamordnare psykiatri
Västernorrland	Birgitta Andersson	Sollefteå kommun	Enhetschef
Västernorrland	Ulrik Stenberg	Sundsvalls kommun	Enhetschef
Västmanland	Christina Persson	Västmanlands Kommuner och Landsting	Processledare
Västmanland	Hans-Ola Sundberg	Landstinget Västmanland	Enhetschef
Västmanland	Maarit Verga	Köpings kommun	Verksamhetsutvecklare
Västmanland	Patrik Kalandar	Västerås kommun	Enhetschef
Örebro	Tarja Nordlund	Region Örebro län	Utvecklingsledare individ- och familjomsorg
Örebro	Lars-Gunnar Persson	Nora kommun	Enhetschef individ- och familjomsorg

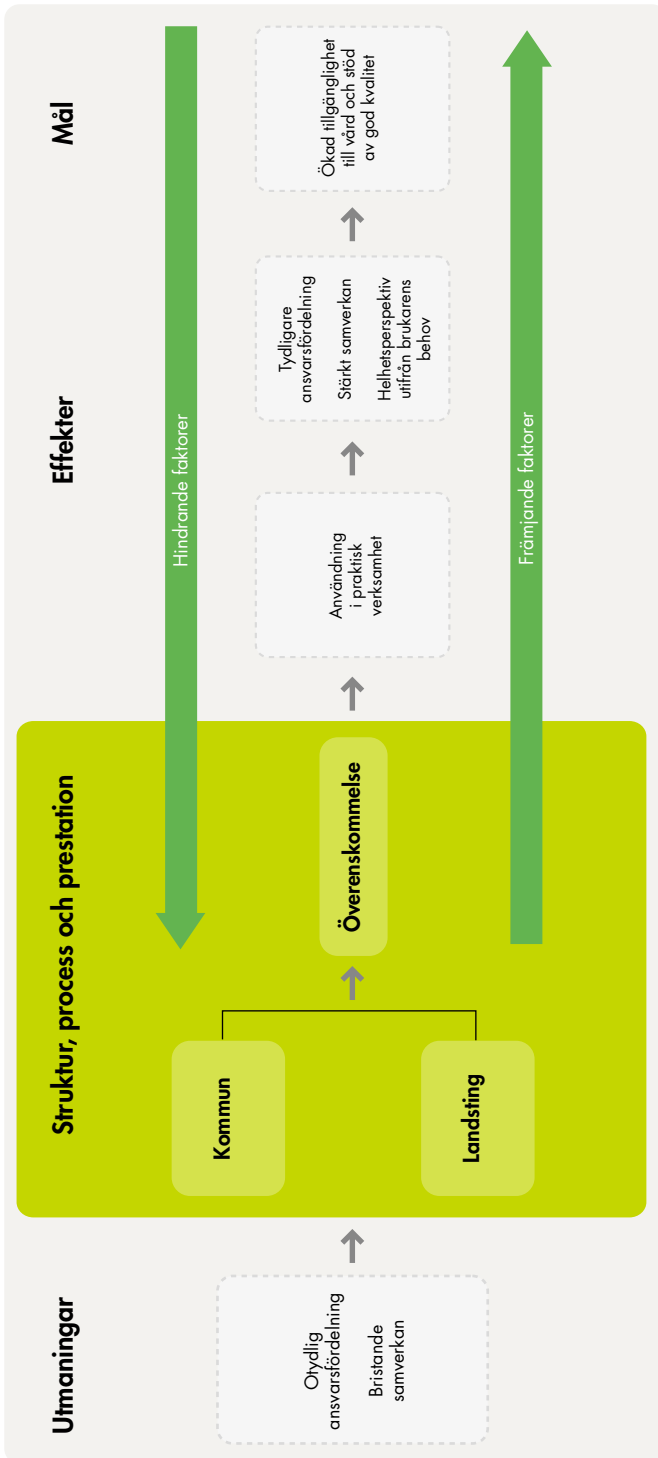
## Bilagor

### Företrädare för brukarorganisationer.

Län	Namn	Organisation	Funktion/titel
Nationell	Camilla Svenonius	Verdandi	Projektchef
Nationell	Niklas Eklund	Svenska Brukarföreningen	Medlem i brukarorganisation
Dalarna	Anders Taavo	Verdandi	Dalarnas Brukarråd
Stockholm	Lars Bennett	Länkarna Solna och Nykter Fritid, RFHL	Samordnare för brukarrådet i Stockholm
Västerbotten	Torbjörn Olofsson	NSPH Umeå, Hjärnkoll	Medlem i brukarorganisation
Västra Götaland	Håkan Blom	KF Länken	Ordförande brukarrådet i Västra Götaland
Jämtland	Roland Sundström	FMN, Räddningsplankan, Hjärnkoll	Jämtlands läns brukarråd
Jämtland	Jessica Viggesjö	FMN, Räddningsplankan, Hjärnkoll	Jämtlands läns brukarråd
Örebro	Thomas Johansson	Verdandi	Beroendecentrums brukarråd i Region Örebro
Värmland	Lars Ryman	Futurum-länkarna	Värmlands brukarråd
Jönköping	Isabell Mortensson	Region Jönköpings läns brukarråd	Ansvarig för brukarrevision



## BILAGA 4: ANALYTISKT RAMVERK







## Att komma överens

### En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevården

Personer med missbruk och beroende har många gånger behov som kräver samordnade insatser från kommuner och landsting. Det har ofta konstaterats att samarbetet mellan kommuner och landsting brister, vilket på olika sätt drabbar personer med missbruk och beroende, anhöriga och samhället. För att stärka förutsättningarna för samverkan och bidra till att tydliggöra ansvarsfördelningen gavs landsting och kommuner år 2013 skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete kring personer med missbruk. Vårdanalys har på regeringens uppdrag följt upp dessa överenskommelser. I denna rapport beskriver vi hur många överenskommelser som tagits fram, deras innehåll, vilka hinder och framgångsfaktorer som finns för framtagandet samt i vilken utsträckning brukare har deltagit i att ta fram överenskommelser. I rapporten ger vi också rekommendationer för det fortsatta arbetet.

**Myndigheten för vård- och omsorgsanalys** (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.