Nulägesbild och förslag på åtgärdsplan

Förstudie om samverkan mellan Region Stockholm och Stockholms läns kommuner avseende insatser till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser

2025-09-15

STORSTHLM
KOMMUNER I SAMVERKAN

Region Stockholm

Innehåll

Inledning 5
Bakgrund 5
Syfte och mål 7
Syfte 7
Mål 7
Styrgrupp, projektgrupp och referensgrupper 7
Rapportens disposition 8
Metod 9
Dokumentstudier 9
Intervjuer 9
Workshop 10
Analysram 11
Metoddiskussion 11
Förekomst, definition och konsekvenser av samsjuklighet 13
Om samsjuklighet 13
Nulägesbild 15
Arbetssätt och förhållningssätt inom ramen för samverkan kring personer med samsjuklighet 15
Utmaningar och framgångsfaktorer gällande åtaganden i samverkan 19
Utmaningar 19
Framgångsfaktorer 21
Organisering och finansiering 23
Uppföljning av åtaganden i samverkan 23
De intervjuade och workshopdeltagarnas förslag för förbättrad samverkan 25
Organisering av samverkan 25
Uppdrag och arbetssätt 28
Förslag på åtgärdsplan 31
Förslag 1. Gemensam vård- och stödprocess i form av valbara överenskommelser 31
Förslag 2. Gemensamma mottagningar/verksamheter inom delregionala kluster 33
Slutsatser och medskick kring ytterligare utvecklingsområden 37
Medskick i korthet 38
Referenser 40
Bilaga 1 .....

Sammanfattning

Förstudien har genomförts i syfte att kartlägga och belysa hur samverkan mellan Region Stockholm och länets kommuner fungerar i dag gällande vård och stöd till vuxna och unga vuxna (18 – 65) med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser. Med utgångspunkt i nulägesbilden är förstudiens syfte även att ta fram en åtgärdsplan för det fortsatta arbetet gällande insatser som riktar sig till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet och som rör regionen och kommunerna gemensamt.

Genomförandet av förstudien har skett genom intervjuer, dokumentstudier och workshoppar. Totalt har 35 intervjuer genomförts med totalt 50 intervjupersoner. Intervjuerna inom regionen har genomförts med företrädare för primärvården, psykiatrin, beroendevården, barn- och ungdomspsykiatrin samt ätstörningsvården. Från socialtjänsten har företrädare för verksamheterna socialpsykiatri, vuxenenhet, missbruks- och beroendemottagningar, boende samt individ och familjeomsorg intervjuats från ett urval kommuner. Därtill har även intervjuer genomförts med ett antal brukar- och patientföreningar.

Med utgångspunkt i nulägesbilden har förstudien tagit fram förslag på två prioriterade åtgärder som Region Stockholm och länets kommuner bör arbeta vidare med avseende samverkan kring vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

Förslag 1. Gemensam vård- och stödprocess

Att stärka samverkan kring vuxna och unga vuxna med samsjuklighet genom arbete enligt en gemensam vård- och stödprocess. En gemensam vård- och stödprocess ska tydliggöra de medverkande parternas åtaganden, med syftet att skapa en samordnad och tydlig process för både patient/brukare och samverkansparter. Den gemensamma vård- och stödprocessen ska klargöra vilket stöd den enskilde kan förvänta sig från respektive aktör samt hur vård- och stödinsatser ska samordnas. Den bör ta avstamp i de länsövergripande samverkansöverenskommelserna *Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning* samt *Samverkan kring personer med missbruk/beroende*, varpå den gemensamma vård- och stödprocessen sedan bör konkretiseras utifrån lokala förutsättningar och behov. Ett sätt att formalisera arbetet kan vara genom ett koncept för valbara överenskommelser.

Förslag 2. Gemensamma mottagningar/verksamheter inom geografiska upptagningsområden

Att verka för att etablera gemensamma mottagningar eller verksamheter mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst för att samordna vård- och stödinsatser för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet utifrån evidensbaserade integrerade arbetssätt. Syftet med de gemensamma mottagningarna eller verksamheterna bör vara att samordna målgruppens vård- och stöd utifrån ett helhetsperspektiv, främja målgruppens egenmakt, hälsa och sociala förmågor samt utgöra ett stöd i navigeringen och samordningen med det övriga vård- och omsorgssystemet. Verksamheterna bör finnas inom ett gemensamt geografiskt upptagningsområde strukturerade utifrån länets geografi och lokala behov och ha ett uppsökande/mobilt uppdrag. Graden av samlokalisering samt vilka specifika verksamheter som ska ingå bör anpassas efter lokala förutsättningar.

Definitioner och förklaringar

FÖRKORTING	FÖRKLARING
BUP	Barn- och ungdomspsykiatrin
GSA	Vårdcentral med geografiskt samordningsansvar
HVB	Hem för vård eller boende
KSA	Kommunalt samordningsansvar
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
Samordning	Koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet (enl. Socialstyrelsens definition).
Samsjuklighet	Två eller flera samtidiga diagnoser där minst en är en beroendediagnos och minst en är ett annat psykiatriskt tillstånd (enligt SBU:s definition)
Samverkan	Innebär ett övergripande gemensamt handlade på organisatoriskt plan för ett visst syfte (enl. Socialstyrelsens definition).
Skadligt bruk och beroende	Skadligt bruk innebär ett en användning av substanser som skadar hälsan. Ett beroende av narkotika inkluderar bland annat kontrollförlust, somatisk tillvänjning och fortsatt intag trots allvarliga konsekvenser (enl. 1177 kliniskt kunskapsstöd för vårdpersonal).
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
SIP	Samordnad individuell plan
Lokala samråd	Lokala samråd är en lokal samverkansstruktur mellan region och kommun där representanter för ledning eller verksamhet ingår från hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ibland ingår även företrädare för andra myndigheter.

Inledning

Bakgrund

Region Stockholm och länets kommuner genom Storsthlm har en gemensam handlingsplan för God och nära vård och omsorg i samverkan. Den anger bland annat att regionen och kommunerna ska etablera samordnade och integrerade verksamheter där så är ändamålsenligt. I länets inriktning för psykisk hälsa och suicidprevention lyfts personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser som en viktig grupp att prioritera. Utifrån detta samt diskussioner i samrådsgruppen psykisk ohälsa och beroende[1] har arbetet med att göra en förstudie med åtgärdsförslag för samverkan kring personer med samsjuklighet initierats.

Vidare lämnade den nationella utredningen *Från delar till helhet*, även kallad samsjuklighetsutredningen, sitt slutbetänkande i januari 2023. Samsjuklighetsutredningen föreslår en reform för mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och annan psykisk ohälsa. Utredningen föreslår bland annat en reform som innebär att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, för individer med eller utan samsjuklighet samt för alla åldrar. Det förändrade huvudmannaskapet skulle innebära att socialtjänstens uppdrag renodlas och får ett tydligare fokus på förebyggande insatser och socialt stöd gällande boende, sysselsättning, försörjning och socialt nätverk. Socialtjänsten skulle ha kvar det yttersta ansvaret för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Samsjuklighetsutredningen lämnar i sitt delbetänkande (SOU 2021:93) även ett förslag om att det ska vara obligatoriskt för regioner och kommuner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet som riktar sig till ”… personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.”[2] Enligt delbetänkandet skulle den samordnade vård- och stödverksamheten regleras i en ny särskild lag. Syftet med verksamheten skulle vara att bistå med samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som tar avstamp i målgruppens individuella mål, resurser, behov samt sociala sammanhang, varpå insatserna syftar till att främja trygghet, hälsa och bättre levnadsvillkor för verksamhetens målgrupp.

I skrivande stund finns ännu inget beslut om att genomföra reformerna som samsjuklighetsutredningen föreslår. Socialdepartementet tillsatte den 17e januari 2025 en delegation för att arbeta vidare med samsjuklighetsutredningens förslag och vad partierna

[1] Samrådsgruppen psykisk ohälsa och beroende är en av fem samrådsgrupper som har bildats för samverkan på länsövergripande nivå mellan kommunerna och Region Stockholm. Samrådsgrupperna ansvarar för att inom sina sakområden ha relevant koppling till delregional och lokal nivå. https://www.storsthlm.se/natverk-och-forum/arbetsgrupper/samradsgrupper/psykisk-ohalsa-och-beroende/

[2] SOU 2021:93 *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*. s. 413. Socialdepartementet.

(M, L, KD och SD) kommit överens om inom ramen för Tidöavtalet. Delegationens uppdrag är att genomföra en reform för mer samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet i form av beroendeproblematik och psykisk ohälsa. Delegationens uppdrag pågår i tre år.[3]

Sveriges kommuner och regioner (SKR) rekommenderar att kommuner och regioner påbörjar arbetet med att se över och utveckla en sammanhållen vård- och omsorg för personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och annan psykisk ohälsa. De konstaterar, liksom Region Stockholm och Storsthlm, att det finns delar i samsjuklighetsutredningens förslag som kan arbetas med oavsett hur regelverk och ansvarsfördelning utformas i framtiden. I överenskommelsen om psykisk hälsa och suicidprevention mellan staten och SKR från 2024 riktas medel särskilt till arbete kring samverkan och utvecklade insatser för personer med komplexa behov med ett särskilt fokus på personer med samsjuklighet.[4]

Den nya socialtjänstlagen träder i kraft den 1 juli 2025. Målet med förändringarna är att utveckla en mer förebyggande och tillgänglig socialtjänst. Ett sådant perspektiv omfattar åtgärder för att motverka att beroende utvecklas, men också åtgärder för att minska riskerna för att personer som har ett skadligt bruk eller beroende dör eller får kraftigt försämrad hälsa, blir vräkta, utsätts för brott eller begår brott. Det är ett arbete som kräver en omställning från myndighetsutövning till uppsökande och skadereducerande insatser, vilket går i linje med de förslag som samsjuklighetsutredningen föreslår avseende socialtjänstens roll och funktion.

[3] För mer information om delegationens uppdrag och arbete, se https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/01/presstraff-om-tillsattandet-av-en-samsjuklighetsdelegation/

[4] Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). *Överenskommelse om psykisk hälsa och suicidprevention 2024*. https://skr.se/download/18.30c6c28518c8adb1e6ec8ee/1703237010763/Overenskommelse-insatser-psykisk-halsa-suicidprevention-2024.pdf

Syfte och mål

Syfte

Mot bakgrund av samsjuklighetsutredningens förslag, målsättningarna i den länsövergripande handlingsplanen för god och nära vård och omsorg i Stockholms län 2024 - 2030 samt de åtgärder som lyfts i överenskommelsen mellan staten och SKR gällande psykisk hälsa och suicidprevention 2024, är syftet med förstudien att:

1. Ta fram en gemensam nulägesbild i länet gällande insatser som ges till vuxna och unga vuxna (18–65) med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser där kommunerna och regionen samverkar.
2. Utifrån nulägesbilden ta fram en åtgärdsplan för det fortsatta arbetet gällande insatser som riktar sig till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet och som rör regionen och kommunerna gemensamt.

Vidare syftar förstudien till att i länet ha en beredskap för förslag av hantering av integrerade insatser inför en eventuell kommande omställning av arbetet i enlighet med samsjuklighetsutredningens förslag.

Mål

Den övergripande målsättningen för förstudien är att bidra till att insatserna i länet ska vara samordnade, behovsanpassade och personcentrerade till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser (hädanefter benämnt som samsjuklighet).

En ytterligare målsättning är att förstudien ska bidra till en ökad samsyn mellan region och kommuner om nuläge och väg framåt när det gäller samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

Styrgrupp, projektgrupp och referensgrupper

Styrgruppen består av den politiska styrgruppen Vård i Samverkan (VIS) och projektägare är Maria Andersson, enhetschef psykiatri och samverkan, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm, samt Peter Vesterholm, verksamhetschef regional samverkan, Storsthlm.

Projektgruppen består av projektledare Eva Pohjanen (enheten psykiatri och samverkan, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm) samt projektmedarbetare Andreas Falk och Gustav Rålenius (enheten psykiatri och samverkan, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm) samt Lisa Minell och Leonard Kihlgren (enheten för regional samverkan, Storsthlm). Projektets referensgrupper består av samrådsgruppen psykisk ohälsa och beroende och en mindre grupp från enheten för psykiatri och samverkans brukarråd (Region Stockholm).[5]

[5] Enheten för psykiatri och samverkans brukarråd består av representanter från olika patient, -anhörig- och intresseorganisationer.

Rapportens disposition

Efter inledningen följer ett avsnitt om förstudiens metod och tillvägagångssätt samt metoddiskussion. Därefter ges en kort bakgrund om samsjuklighet med fokus på förekomst, definition och konsekvenser.

Därpå redovisas nulägesbilden med utgångspunkt i förstudiens intervjumaterial samt underlag från workshoppar. Avsnittet är uppdelat i underrubriker utifrån de teman som intervjuerna har berört. Vidare presenteras åtgärdsplanen med förslag på åtgärder framåt avseende samverkan kring vuxna och unga vuxna med samsjuklighet mellan Region Stockholm och kommuner i Stockholms län. Rapporten avslutas med ett avsnitt som rör förstudiens slutsatser och ytterligare medskick kring utvecklingsområden.

I *Bilaga 1. Vuxna och unga vuxna med samsjuklighet i Stockholms län* redovisas även förekomsten av samsjuklighet bland vuxna och unga vuxna i Stockholms län från år 2023 med utgångspunkt i data från Beroendecentrum Stockholm samt från Region Stockholms kunskapsavdelning.

Metod

Förstudien har genomförts genom en kvalitativ ansats där datainsamlingen har skett genom dokumentstudier, semistrukturerade intervjuer och workshoppar. Val av metoder har baserats på förstudiens syfte och frågeställningar, och analysen av underlaget har gjorts genom en tematisk analys.

Utöver det underlag som samlats in via ovan nämnda metoder har förstudien även kompletterats med deskriptiv statistik från Beroendecentrum Stockholm och avdelningen för kunskapsutveckling på hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm. Det statistiska underlaget presenteras mer ingående i *Bilaga 1. Vuxna och unga vuxna med samsjuklighet i Stockholms län*.

I det följande beskriver vi mer ingående förstudiens metoder, tillvägagångssätt, avgränsningar samt metoddiskussion.

Dokumentstudier

För att få en ökad förståelse för bakgrunden till förstudien har vi genomfört en dokumentstudie där vi bland annat studerat underlag som beskriver regionens respektive kommunernas ansvar gällande stöd och behandling till personer med samsjuklighet, krav och målsättningar gällande samverkan mellan regioner och kommuner avseende målgruppen personer med samsjuklighet samt definition och förekomst av samsjuklighet, med mera.

De styrdokument och utredningar vi har fördjupat oss i är bland annat samsjuklighetsutredningens delbetänkande och slutbetänkande, överenskommelse mellan staten och SKR avseende insatser inom område psykisk hälsa och suicidprevention 2024, *Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning - Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län*, *Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län* samt *Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg – Överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm*.

Därtill har vi tagit del av ett antal rapporter från Socialstyrelsen som berör samsjuklighet så som *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik* (2019), *Vård efter behov? Om vård- och omsorgsinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende* (2024) samt *Nationell utvärdering – vård och stöd vid skadligt bruk och beroende* (2024).

Under arbetet med förstudien har vi även mottagit lokala riktlinjer, vårdprocesskartor, handlingsplaner samt projektplaner- och utvärderingar från intervjupersoner och andra intressenter. Dessa dokument har gett oss en inblick i hur samverkan är utformad på lokal nivå i olika delar av länet.

Utöver att ge oss en fördjupad förståelse för samsjuklighet och förstudiens kontext, har dokumentstudien även bidragit till utformningen av frågeställningar för intervjuerna.

Intervjuer

Intervjuerna har genomförts genom en semistrukturerad intervjumetod vilket innebär att intervjuerna har utgått från en på förhand bestämd intervjuguide, men att det även har givits

utrymme för följdfrågor och fördjupning under intervjutillfällena. Samtliga intervjuer har utgått från frågeställningar kopplade till följande teman:

- Bakgrund och åtaganden
- Organisation och finansiering
- Lokala samråd
- Gemensamma arbets- och förhållningssätt
- Roller och kompetenser
- Uppföljning av åtaganden
- Prioriteringar framåt

Totalt har 35 intervjuer genomförts inom ramen för förstudien. Bland dessa intervjuer har:

- Fyra genomförts med företrädare för psykiatri och beroendevård i upphandlad regi
- 11 genomförts med företrädare för psykiatri, beroendevården, BUP, ätstörningsvården samt primärvård inom egen regi
- Åtta genomförts med avdelningschefer eller enhetschefer inom områdena socialpsykiatri, vuxenenhet, beroende, boende, individ och familjeomsorg från ett urval av kommuner
- Sju med socialsekreterare, handläggare och utredare från ett urval av kommuner
- Tre gruppintervjuer med kliniker inom psykiatrin och beroendevården
- En gruppintervju med företrädare för brukar- och patientorganisationer samt en enskild intervju med en företrädare för en brukarorganisation

Samtliga intervjuer har skett via Microsoft Teams. Totalt har 50 personer intervjuats.

Urvalet av intervjupersoner har gjorts utifrån förstudiens syfte och frågeställningar, där valet av intervjupersoner inom regionen har gjorts i dialog med SLSO:s ledning inom verksamhetsområde psykiatri och habilitering. Valet av intervjupersoner från kommuner har gjorts i dialog med socialdirektörerna i länet.

Workshop

Två workshoppar har genomförts inom ramen för förstudien. Syftet med workshopparna har dels varit att förankra nulägesbilden, dels att diskutera förslag på åtgärder framåt avseende samverkan kring målgruppen. Workshopparna har således fungerat som tillfällen för att både skapa samsyn och samla in synpunkter och inspel inför framtagandet av åtgärdsplanen.

Workshopparna har genomförts på plats i Storsthlms lokaler den 7e mars och den 14e mars 2025. Deltagarna har bestått av chefer, kliniker och tjänstepersoner från psykiatrin, beroendevården, BUP, primärvården samt från stödboende, socialpsykiatri och missbruksverksamhet inom socialtjänsten. Därtill har även företrädare för brukar- och patientorganisationer samt företrädare för ett samordningsförbund deltagit. Totalt deltog 35 personer vid de två workshoptillfällena.

Analysram

Samsjuklighetsutredningens målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv[6] har använts som en övergripande analysram för arbetet. Målbilderna illustreras nedan:

Illustration 1. Målbilder för vår och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv



Målbilderna har dels fungerat som en referensram vid konstruerandet av intervjufrågor samt vid inläsning av dokument, dels som utgångspunkt vid analys av nulägesbilden samt vid analys och utformande av förslag på åtgärdsplan för det fortsatta arbetet avseende samverkan.

Under workshopparna har deltagarna även fått arbeta med målbilderna som ett yttre ramverk/målsättningar i samband med diskussionerna om prioriterade åtgärder framåt avseende samverkan gällande vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

Metoddiskussion

Följande avgränsningar har gjorts avseende förstudien:

- Förstudien fokuserar på vuxna och unga vuxna (18 – 65)[7] med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser.
- Förstudien ska ge svar på vilka *insatser* som ges till målgruppen vuxna och unga vuxna med samsjuklighet där regionen och kommunerna samverkar.

[6] SOU 2023:5 *Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*. s. 22. Socialdepartementet.

[7] Gällande målgruppen barn och unga pågår för närvarande ett arbete mellan Region Stockholm och länets kommuner att, med utgångspunkt i handlingsplanen för god och nära vård och omsorg 2024 – 2030, testa samfinansierade insatser och integrerade verksamheter. Arbetet omfattar inte enbart psykisk ohälsa och beroende/skadligt bruk, utan även andra verksamheter som rör barn och unga.

- Med *insatser* avses områdena organisation och finansiering, åtaganden från region respektive kommun, gemensamma arbets- och förhållningssätt, kompetenser och roller samt uppföljning av åtaganden.

Avgränsningarna har gjorts med hänsyn till uppdragsdirektivet, förstudiens syfte samt arbetets tidsramar.

Förstudiens definition av samsjuklighet, d.v.s. *samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser*, har gjorts utifrån tesen att de med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser/tillstånd har ett mer omfattande behov av samordnade insatser från region och kommuner i jämförelse med personer som har psykiska besvär eller lättare psykisk ohälsa. Då förstudien särskilt fokuserar på de med samsjuklighet som är i behov av samordnade insatser från region och kommun har vi valt att inte ta med begreppet psykisk ohälsa i definitionen.

Med hänsyn till förstudiens syfte att dels kartlägga, beskriva och analysera hur samverkan är organiserad, dels undersöka hur samverkan upplevs fungera mellan region och kommuner avseende vård och stöd till personer med samsjuklighet, lämpar sig valet av kvalitativ metodik väl. Detta för att få en djupare förståelse för samverkan kring målgruppen, med fokus på såväl framgångsfaktorer som utmaningar i arbetet, samt förslag på åtgärder framåt.

Urvalet av intervjupersoner och deltagare till workshoppar har gjorts utifrån att de är verksamma, antingen på strategisk eller operativ nivå, i samverkansarbetet som rör vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Därtill har intervjupersoner och deltagare till workshoppar även valts ut genom ett s.k. snöbollsurval, där intervjupersoner eller workshopdeltagare har tipsat om ytterligare informanter.

Förstudien utgör ingen totaltstudie och gör inte anspråk på att vara heltäckande vad gäller *all* samverkan kring personer med samsjuklighet i länet, vilket ska beaktas vid läsandet av denna rapport. För att minska eventuella risker med en begränsad generaliserbarhet har vi gjort ett omfattande urval av intervjupersoner samt kompletterat intervjumaterialet med tidigare rapporter, styrdokument och utredningar som rör samsjuklighet och specifikt samverkan kring samsjuklighet.

Förekomst, definition och konsekvenser av samsjuklighet

Om samsjuklighet

Begreppet samsjuklighet innebär att en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar. I Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik[8] framgår att det sedan länge är känt att personer som har en beroendeproblematik har en förhöjd risk för olika typer av psykisk ohälsa. Därtill har personer som har psykisk ohälsa eller psykiatriska diagnoser även en förhöjd risk för beroende och skadligt bruk.

Tillstånden i form av beroende och skadligt bruk och andra psykiatriska diagnoser kan sammanlänkas och påverka varandra på olika sätt. Kombinationen skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser eller psykisk ohälsa påverkar förloppet av såväl beroende som psykisk sjukdom och psykisk ohälsa, med ökad risk för försämring och återkommande återfall i båda tillstånden. *The European Monitoring Centre for Drug Addicition* beskriver varför samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser är vanligt utifrån fyra förklaringsmodeller.[9] Förklaringsmodellerna, som kan överlappa varandra, utgår från att:

1. beroende och skadligt bruk förekommer samtidigt som psykisk sjukdom eller psykisk ohälsa på grund av gemensamma riskfaktorer,
2. beroendet eller det skadliga bruket uppkommer till följd av det psykiatriska tillståndet, exempelvis i form av självmedicinering för att hantera det psykiatriska problemet,
3. beroendet eller det skadliga bruket leder till utveckling av psykisk sjukdom som sedan fortgår oavhängigt substansbruket, samt
4. abstinens eller rus utlöser tillfällig psykisk sjukdom.

Som nämns ovan innebär samsjuklighet ofta ett sämre hälsotillstånd. Det gäller särskilt om vården för personer med samsjuklighet inte samordnas. I jämförelse med personer med enbart ett tillstånd tenderar personer med samsjuklighet att ha en svårare sjukdomsbild, ökad risk för olika somatiska och psykiatriska följdsjukdomar samt en högre förekomst av riskfyllt beteende, sociala problem och kriminalitet. Samsjuklighet medför även en ökad risk för sämre följsamhet till behandling eller att patienten avbryter sin behandling, vilket leder till sämre behandlingsresultat.[10]

Vidare utgör personer med samsjuklighet en heterogen grupp och hur vanligt förekommande samsjuklighet är beror på flera faktorer. Till exempel varierar förekomsten av samsjuklighet

---

[8] Socialstyrelsen. (2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf

[9] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). *Perspectives on drugs: comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.euda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health_en

[10] SOU 2021:93 *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*. s. 95. Socialdepartementet.

beroende på om det är hela befolkningen som undersöks, eller personer som har vårdats inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Därtill varierar även förekomsten av samsjuklighet beroende på vilken tidsperiod som undersöks. Generellt är samsjuklighet mer vanligt förekommande sett över en livstid jämfört med en 12-månadersperiod samt bland personer som har haft kontakt med hälso- och sjukvården än befolkningen i stort.[11]

I Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet från år 2019 framgår att ca 52 000 personer (10 år och äldre) vårdades inom hälso- och sjukvården för intag av beroendeframkallande substanser år 2017. Av de 52 000 patienterna hade 52 procent av männen och 64 procent av kvinnorna även vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser under perioden 2016 – 2018. De vanligaste samtidiga psykiatriska diagnoserna var depressioner, ångestsyndrom, adhd samt personlighetssyndrom (bland unga kvinnor).[12]

I en senare kartläggning från Socialstyrelsen omfattas även uppgifter om samsjuklighet från socialtjänsten. Av uppgifterna framgår att ca 50 procent av de som sökt stöd hos socialtjänsten för missbruksrelaterade problem har någon gång även vårdats inom sluten psykiatrisk vård samt att 30 procent har vårdats inom öppen psykiatrisk vård (utöver insatser som specifikt rör beroende).[13]

[11] SOU 2021:93 *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*. s. 88. Socialdepartementet.

[12] Socialstyrelsen. (2019). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf

[13] Socialstyrelsen. (2021). *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar: Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-4-7277.pdf

Nulägesbild

I följande avsnitt presenteras nulägesbilden avseende samverkan mellan regionen och kommuner gällande vård och stöd till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Avsnittet baseras på förstudiens intervjumaterial och är uppdelat i underrubriker utifrån de teman som intervjuerna har fokuserat på.

I den första delen presenteras arbetssätt och förhållningssätt inom ramen för samverkan kring personer med samsjuklighet, vilket följs av en del där kompetenser och roller beskrivs. Därefter redovisas de utmaningar och framgångsfaktorer gällande åtaganden i samverkan som lyfts i intervjustudien, vilket följs av en del där organisering och finansiering av samverkan beskrivs mer ingående. Därefter beskrivs nuvarande uppföljningsarbete av åtaganden i samverkan. Nulägesbeskrivningen avslutas med de förslag på åtgärder som har lyfts under intervjuer och workshoppar gällande utveckling av samverkan kring vård och stöd för personer med samsjuklighet.

Genomgående i avsnittet presenteras såväl utmaningar som framgångsfaktorer med nuvarande samverkansarbete som rör regionen och kommunerna gemensamt.

Arbetssätt och förhållningssätt inom ramen för samverkan kring personer med samsjuklighet

Den första delen berör arbetssätt och förhållningssätt inom ramen för samverkan kring personer med samsjuklighet. Intervjufrågorna som ställdes handlade om vilka specifika arbetssätt och förhållningssätt riktat mot målgruppen som används inom ramen för samverkan mellan kommuner och regionen. Några exempel på arbetssätt och förhållningssätt som togs upp återkommande i intervjuerna framgår nedan.

Samordnad individuell plan (SIP)

Verktyget SIP (Samordnad individuell plan) nämndes i princip i samtliga intervjuer. SIP är ett verktyg för samverkan mellan region och kommun där delaktighet och individens behov ska vara i fokus. SIP ska enligt lag erbjudas både vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård och i andra situationer där individen behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Regionen ansvarar för att kalla till SIP vid utskrivning från slutenvård, medan båda huvudmännen ska kalla till SIP i andra situationer där individen behöver insatser från båda huvudmännen.[14]

Bland företrädare för såväl kommuner som för regionen anses SIP generellt som ett bra verktyg för samverkan och ett bra verktyg för att göra patienter och klienter delaktiga. Vidare lyftes att tanken med SIP är god och att det finns stor potential, men flera menar att det skiljer sig åt hur SIP-möten genomförs i praktiken. Det togs upp att SIP innebär administrativt arbete för den som kallar till SIP-möte vilket kan ta mycket tid i anspråk och att kvaliteten i SIP:en inte alltid är den bästa. Det lyftes även att kommunen och regionen i vissa fall har olika syn på personers funktionsförmåga och behov, vilket påverkar arbetet med SIP.

[14] Vårdgivarguiden. (2025). *Samordnad individuell plan*. https://vardgivarguiden.se/avtal/samverkansomraden/samordnad-individuell-plan/

Vidare lyftes av brukarrepresentanter att SIP alltför ofta inte blir så bra för individen som får en samordnad plan. Flera brukarrepresentanter menar att SIP-möten inte tenderar att ha individens perspektiv i fokus, utan snarare de samverkande parternas fokus. Därtill att det finns utmaningar i att göra alla parter delaktiga under SIP-möten, vilket kan ta sig uttryck genom att få alla aktörer som är med att förstå varför de medverkar i en SIP och vad de ska bidra med för individens bästa.

LifeCare SP

IT-stödet LifeCare SP lyfts av flera som ett bra verktyg i samverkan. LifeCare SP är ett IT-stöd för samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Det används av flera aktörer i Region Stockholm och länets kommuner som samverkar kring patienten i utskrivningsprocessen.[15]

Flera av de aktörer som samverkar kring målgruppen använder LifeCare SP. Enligt de intervjuade som använder LifeCare SP i sitt dagliga arbete framhävdes att IT-stödet har bidragit till att det finns en tydlig process för dialog vid utskrivning från slutenvård. En nackdel med IT-stödet som däremot lyfts av företrädare för såväl region som kommuner är att vissa funktioner inte har tillgång till stödet. Därtill menar även vissa att en brist med LifeCare SP är att meddelanden skickas till en brevlåda, varpå det ibland kan vara svårt att avgöra vem mottagaren är.

Därtill framgår av intervjuerna att det finns skillnader mellan olika vårdgivare och kommuner gällande i vilken grad LifeCare SP används. Flera efterfrågar ett mer samlat grepp kring utbildningar om LifeCare SP samt uppföljningar av hur IT-stödet används.

Lokala rutiner samt uppdelning i operativa och styrgrupper i lokala samråd

Den länsövergripande överenskommelsen om samverkan kring personer med missbruk/beroende innehåller skrivningar om att lokala samråd ska finnas i varje kommun. Det finns i de flesta av länets kommuner och på vissa håll har man delat upp samråden i en strategisk och en operativ nivå. De lokala samråd som uppges fungera väl lyfts som en framgångsfaktor för samverkan. Uppdelningen av samråden i styrgrupper och operativa grupper anses vara ett välfungerande arbetssätt, då det skapar tydlighet och förutsättningar för att få med såväl strategiska frågor och inriktningar i arbetet som mer verksamhetsnära perspektiv.

Som en tydlig framgångsfaktor gällande lokala samråd nämns att även arbeta efter lokala rutiner samt att dessa uppdateras löpande. Fördelarna med att arbeta utifrån lokala rutiner uppges bland annat vara att det tydliggör syftet och mål med samverkan samt tydliggör medverkande parters ansvar. I vissa lokala rutiner pekas även prioriterade målgrupper ut samt rutiner för avvikelsehantering och hantering av sekretess, med mera. Den lokala rutinen utgör dock enbart ett stöd för samverkan genom att tydliggöra ramar, medverkande parter och deras ansvarsområden samt syfte. Det essentiella för samverkan är dock att medverkande parter aktivt arbetar med det man kommit överens om samt löpande utvärderar och reviderar samverkansarbetet vid behov.

[15] Vårdgivarguiden. (2025). *Lifecare SP*. Lifecare SP | Vårdgivarguiden

Lokal processkarta för personer med komplex samsjuklighet

I intervjuerna lyfts även projektet *Samordnad planering av personer med komplex samsjuklighet* som genomfördes av Beroendecentrum Stockholm, Psykiatricentrum Södertälje, Stockholms stad och tidigare PRIMA Maria under 2024. Inom ramen för projektet har man arbetat med att ta fram och testa en gemensam processkarta. Syftet med processkartan har varit att ge integrerade, samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser till målgruppen, där insatserna ska bidra till förbättrad hälsa och förbättrade levnadsvillkor. Processkartan har baserats på sju steg; identifiering, bedömning, förberedelse, SIP-möte, tjänstemannamöte, uppföljning och avslut.

Projektets målgrupp har utgjorts av personer med komplex samsjuklighet där det krävs omfattande och långsiktig samordning av insatser. Målgruppen har definierats som personer med svårare skadligt bruk eller beroende kombinerat med allvarlig psykisk sjukdom (med eller utan diagnos). Därtill kännetecknas målgruppen av nedsatt funktionsförmåga och social utsatthet. I arbetet med processkartan har framför allt koordinatorsrollen och långsiktigt stöd till individen varit centrala utgångspunkter i arbetssättet.

Bland de intervjuade som på olika sätt har varit delaktiga i arbetet med projektet lyfts processkartan som ett verktyg som har många fördelar, inte minst genom att tydliggöra syftet med samverkan samt parternas åtagande i samverkan.

Gemensamma utbildningsinsatser

I intervjuer med såväl regionföreträdare som företrädare för några kommuner framkommer att personal från regionens lokala beroendemottagning och en kommunal missbruksmottagning har haft föreläsningar och gemensamma utbildningsinsatser för respektive part. I de kommunerna har de gemensamma utbildningsinsatserna lyfts som ett välfungerande arbetssätt. Detta då respektive aktör dels får ta del av kunskap inom området, dels att arbetssättet bidrar till nätverkande och möjligheter att knyta kontakter mellan socialtjänstens missbruksverksamhet och regionens beroendevård.

Behov av kunskap om varandras områden (socialtjänst respektive psykiatri/beroendevård) är något som återkommande lyfts i intervjuerna. Det gäller dels vad den andra verksamheten kan erbjuda individen, dels frågor kring lagstiftning som den andra parten har att förhålla sig till, exempelvis gällande tvångsvård.

Behandlingskonferenser

I vissa intervjuer framgår att socialtjänstens beroendemottagning, psykiatrin och beroendevården har regelbundna digitala konferenser där man går igenom ärenden och samarbete. Vidare uppges även att beroendevården och psykiatrin har gemensamma behandlingskonferenser avseende vissa patienter.

Lokala överenskommelser på vissa stödboenden

Av intervjumaterialet framgår att det finns lokala överenskommelser mellan Stockholms stad och regionen avseende hälso- och sjukvårdsinsatser på vissa av stadens stödboenden. Ett exempel är stödboendet Bandhagshemmet där en sjuksköterska från Pelarbacken (Capio vård för hemlösa) har öppen mottagning måndag till fredag. Därtill finns läkare och psykiatriker på plats på boendet en dag varannan vecka. Ett annat exempel är stödboendet Krukis där

Beroendecentrum Stockholm bistår med sjuksköterskor alla dagar i veckan samt läkare en gång i veckan.

Ytterligare ett exempel är stödboendet Edshemmet där en vårdcentral har en sjuksköterska på plats på boendet och där hemsjukvården sköter medicinering till vissa av de boende. Att den lokala överenskommelsen gällande sjukvårdsinsatser på Edshemmet har gjorts med en vårdcentral lyfts som särskilt framgångsrikt, då de boende etablerar en kontakt med vårdcentralen och i ett första steg kan få sina behov utredda och eventuellt tillgodosedda på den aktuella vårdcentralen.

Kompetenser, roller och inställning till ändrat huvudmannaskap för behandling av skadligt bruk och beroende

Nedan redogörs för vilka kompetenser och roller som arbetar inom ramen för samverkan gällande vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Rollerna och funktionerna som beskrivs i intervjumaterialet utgår främst från en verksamhetsnära nivå.

I avsnittet redogörs även för de intervjuades generella inställning till samsjuklighetsutredningens förslag avseende att regionens hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende.

Samordnande funktioner vanligt förekommande inom ramen för samverkan kring personer med samsjuklighet

I intervjuerna ställdes frågor kring vilka roller och kompetenser som arbetar inom ramen för samverkan gällande målgruppen vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. På kommunsidan nämns boendestödjare, socialsekreterare, handläggare inom ekonomiskt bistånd, case managers, behandlingsassistenter och SIP-samordnare. Inom psykiatrin och beroendevården nämns det att på flera mottagningar och kliniker finns olika typer av koordinatorsroller som bland annat jobbar med samordning och kontakt med vårdgrannar och andra aktörer.

Samordnande funktioner - en nyckelfunktion i samverkan

Det finns en stor samstämmighet kring att samordnande funktioner både på region- och kommunsidan utgör nyckelfunktioner i samverkan. Vidare att det finns en utpekad person eller en specifik roll som har ett övergripande ansvar för att stötta och lotsa patienten eller brukaren i dennes vård- och stödprocess, och som även bistår patienten eller brukaren i kontakten med andra samhällsaktörer. Utöver att sköta kontakter med vårdgrannar och andra myndigheter, lyfts även vikten av att de samordnade funktionerna arbetar motiverande med patienten/brukaren samt att det, så långt det är möjligt, är samma person som koordinerar patienten eller brukarens behandling och stöd. Att säkra en god kontinuitet och bygga förtroende lyfts som särskilt viktigt för målgruppen, inte minst utifrån syftet att ”fånga in” patienten eller brukaren när denne är motiverad till att ta del av behandling och stöd.

Inställning till ändrat huvudmannaskap för behandling av skadligt bruk och beroende

Flera företrädare för kommunerna och regionen ser positivt på en övergång av huvudmannaskapet av all behandling för skadligt bruk och beroende till regionens hälso- och sjukvård, enligt samsjuklighetsutredningens förslag. En majoritet av de intervjuade menar att förslaget skulle innebära att socialtjänsten i stället kan arbeta mer uppsökande och med mer

renodlade sociala stödinsatser, så som boende, ekonomi och sysselsättning, med mera. Därtill lyfter de intervjuade att samordningen torde kunna underlättas då förslaget skulle innebära en tydligare ansvarsfördelning.

Vidare påpekar flera att beroendesjukdomar ofta får sociala konsekvenser varför samordning och insatser från båda huvudmännen är av yttersta vikt. Det råder konsensus i intervjuerna att samarbete och samverkan mellan regionen och kommuner kring exempelvis boende, sysselsättning, barn och unga samt hot och våld måste finnas kvar och stärkas ytterligare vid en eventuell ändring av huvudmannaskapet i enlighet med samsjuklighetsutredningens förslag. Därtill råder det även konsensus i intervjuerna att samordningen mellan psykiatrin och beroendevården behöver stärkas ytterligare för att säkerställa att individer med samsjuklighet erbjuds och får tillgång till bästa möjliga vård, vilket i sin tur också påverkar individernas förutsättningar och möjligheter att ta del av sociala stödinsatser.

Därtill lyfter flera av de intervjuade att den nya socialtjänstlagens ikraftträdande även skapar förutsättningar för socialtjänsten och hälso- och sjukvården att utforma samverkansarbetet på ett sätt som också överensstämmer med samsjuklighetsutredningens intention. Detta då socialtjänsten i enlighet med den nya socialtjänstlagen ska arbeta mer uppsökande och förebyggande.

Överlag ger intervjuerna en positiv bild avseende ändringen av huvudmannaskapet gällande behandling och vård för skadligt bruk och beroende. Däremot lyfter flera av de intervjuade att det finns ett antal frågetecken kring hur tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska regleras inom LPT (Lag 1991:1128 om psykiatrisk tvångsvård), framför allt utifrån juridiska ställningstaganden samt hur tvångsvården ska organiseras.

Utmaningar och framgångsfaktorer gällande åtaganden i samverkan

I följande del beskrivs de utmaningar och framgångsfaktorer gällande åtaganden i samverkan som har identifierats i intervjustudien. Utmaningarna och framgångsfaktorerna tar avstamp i såväl system- som strategiska perspektiv, men även mer operativa och lokalt förankrande frågeställningar och områden.

Utmaningar

Delat huvudmannaskap bidrar till otydlighet avseende ansvarsområden

Från såväl region- som kommunsidan lyfts att det är en utmaning med det delade huvudmannaskapet avseende vård och stöd för personer med beroende och skadligt bruk. Det skapar vissa otydligheter avseende vad kommunen respektive regionen ska erbjuda personer med samsjuklighet. Därtill kan det även skapa utmaningar gällande ersättningar för olika insatser, som exempelvis boende. Vissa företrädare från kommunsidan skulle gärna se ett mer delat ekonomiskt ansvar med regionen, exempelvis i form av ett delat kostnadsansvar vid externa placeringar av vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

Ytterligare ett exempel på utmaningen med delat huvudmannaskap är att det kan uppstå ett glapp mellan regionens beroendevård och kommunernas beroende-och missbruksmottagningar. Glappet uppstår när beroendevården uppfattar att deras behandlingsalternativ är uttömda, varpå socialtjänsten åläggs att ta över. Under väntеperioden som uppstår eller när socialtjänsten inte tar emot kan psykiatrin hamna emellan, varpå psykiatrin försöker hålla i kontakten och arbeta motiverande med patienten.

Det uppstår, enligt vissa av de intervjuade, ett glapp i vårdkedjan och ett organisatoriskt mellanrum mellan beroendevården och socialtjänstens beroende- och missbruksverksamhet, där psykiatrin hamnar i ett slags ”limbo”. Det riskerar i sin tur att skapa en lucka i vårdkedjan där patienten eller brukaren inte får tillgång till rätt vård och stöd.

Vidare framgår av intervjuerna att det förekommer att man använder samma typer av insatser inom beroendevården och socialtjänstens beroende och missbruksverksamhet, som exempelvis KBT.

Behov av stärkt samverkan mellan psykiatrin och socialtjänstens verksamheter som riktar sig till personer med samsjuklighet

Överlag lyfter företrädare för kommunsidan att samverkan med regionens beroendevård fungerar väl men att samverkan med psykiatrin behöver stärkas ytterligare, även om den till viss del upplevs ha förbättrats under senare år. Det är en bild som till viss del delas av vissa företrädare för psykiatrin, där samverkan med- och kunskapen om socialtjänstens olika verksamheter uppges variera mellan olika vårdgivare och socialtjänster.

Behov av ökad kunskap om varandras organisationer och tvångsvårdslagstiftningar

Flera av de intervjuade uppger att det till viss del saknas kunskap om varandras organisationer och uppdrag, vilket kan försvåra möjligheterna till samverkan. Vissa av de intervjuade kommunföreträdarna upplever att kunskapen om LVM (Lag 1988:870 om vård av missbrukare i vissa fall) behöver utvecklas inom regionen och att det behövs en bättre samsyn kring användningen av LVM mellan kommun och region. Företrädarna för kommunerna uppger att det ibland finns en upplevelse av att de svårast sjuka kan få en LVM-anmälan och överlämnas till kommunen, när de i själva verket uppges behöva psykiatrisk vård.

Korta vårdtider i beroendevården är en utmaning

En annan utmaning för kommunerna rör korta vårdtider, framför allt inom beroendevården. I vissa fall skrivs patienter ut inom ett eller några dygn från beroendevården, varpå kommunerna med mycket kort varsel ska hinna ta emot personerna och ordna med boende och andra eventuella stödinsatser. Av intervjuerna framkommer generellt sett att det finns brister i kommunikationen mellan region och kommuner vid in-och utskrivning från slutenvård.

Därtill är en utmaning kopplad till slutenvården (både inom psykiatrin och beroendevården) att patienter skrivs ut utan att kommunen får information om det.

Specifika utmaningar kopplade till lokala samråd

Vidare lyfter både region- och kommunföreträdare att det finns utmaningar med lokala samråd i länet, där vissa som medverkar i samråden inte dyker upp på möten eller är inaktiva. En ofta hög personalomsättning kan i vissa fall göra det svårt att få till en bra grund för samverkan i lokala samråd. Därtill menar några av de intervjuade att de lokala samråden mer används som en informationskanal än ett forum för samverkan.

Behov av stärkt samverkan mellan psykiatri, beroendevård och primärvård

En utmaning som identifierats i intervjuerna med vissa regionföreträdare rör den interna samverkan mellan bland annat vårdcentraler, psykiatri och beroendevård. Det kan

exempelvis finnas utmaningar gällande samordningen av patienter med ett pågående beroende eller skadligt bruk, där det vid vissa tillstånd krävs att patienten är drogfri för att påbörja särskilda psykiatriska utredningar eller behandlingar. Å andra sidan lyfter några företrädare för vuxenpsykiatrin att det kan finnas brister i samverkan med beroendevården. Enligt de intervjuade kan det ta sig uttryck genom att beroendevården inte tar emot patienter som inte är motiverade, vilket medför utmaningar för psykiatrin som försöker motivera och ”ligga på” i kontakten med patienten när denne uppges vara i behov av beroendevård.

Vidare framgår av intervjuerna att samverkan med vårdcentraler skiljer sig mycket åt mellan olika vårdgivare. Majoriteten av de intervjuade regionföreträdarna menar att samverkan kring patienter med samsjuklighet behöver stärkas mellan primärvård, psykiatri och beroendevård.

Utmaningar kopplade till övergångar från verksamheter som rör barn och unga till vuxen

Något som inte är specifikt för målgruppen personer med samsjuklighet, men en utmaning som uppmärksammats av BUP och socialtjänstens individ- och familjeomsorgsverksamheter rör övergångar till vuxenpsykiatrin och socialtjänstens verksamheter för vuxna, då personer som fyllt 18 inte har rätt till samma stödinsatser från hälso- och sjukvård och socialtjänst längre. I samband med att personen blir myndig tillkommer krav om att exempelvis ansöka om vissa insatser själv samt att individen självständigt förväntas kunna ta till sig viss information, med mera. Flera av de intervjuade anser att det skulle behövas en mjukare form av övergång till vuxenpsykiatrin och inom socialtjänsten för denna målgrupp och andra svårt sjuka patienter/brukare.

Utmanande att samverka med kommuner och vårdgivare i andra delar av länet

Flera av de intervjuade från såväl region som kommun lyfter att det är lättare att samverka inom det geografiska närområdet där mottagningen eller heldygnsvården befinner sig. Samverkan med kommuner uppges vara svårare för vårdgivare när det kommer patienter från andra kommuner än de närliggande i Stockholms län. Därtill uppstår även liknande utmaningar för socialtjänsten när en brukare vänder sig till socialtjänsten i en kommun där denne inte är folkbokförd.

Framgångsfaktorer

Relationer och geografisk närhet skapar goda förutsättningar för samverkan

Flera uppger att de relationella aspekterna är väldigt viktiga för samverkan, varpå geografisk närhet uppges underlätta och bidra till förutsättningarna för en välfungerande samverkan. I det närliggande geografiska området har man i högre grad upparbetade kontakter och kunskap om varandras verksamheter. Att känna varandra och ha ett namn och ansikte som man kan ringa till vid behov uppges bidra positivt till samverkansarbetet. Vidare lyfter flera att de relationella aspekterna i samverkan även underlättar kunskapsöverföring och bidrar till en ökad förståelse för varandras uppdrag och arbetssätt. Ytterligare framgångsfaktorer som lyfts i sammanhanget är att det finns en vilja att komma framåt med patienten/brukarens vård och stöd, en tillit inom och mellan organisationer samt tydliga mandat.

Fokus på det praktiska arbetets utformning och uppföljning i lokala samråd

För arbetet i de lokala samråden lyfts som framgångsfaktor att ha fokus på det praktiska arbetets utformning och uppföljning. Det finns exempel på vissa lokala samråd där man har delat upp samråden i form av styrgrupper och operativa grupper där man bland annat arbetat

med att ta fram lokala riktlinjer för samverkan. De lokala riktlinjerna stäms av och revideras löpande, enligt de intervjuade.

I några lokala samråd arbetar man även med särskilda teman, som till exempel äldre med beroendeproblematik. Det upplevs vara ett välfungerande sätt för att avgränsa sig och även kunna fördjupa sig i specifika målgrupper och problembilder. Därtill lyfts även att det är positivt att vårdcentral med geografiskt samordningsansvar (GSA) är med i vissa lokala samråd. Det uppges underlätta samverkansarbetet med primärvården samt bidrar till informationsspridning.

En annan framgångsfaktor som nämns av såväl företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst är att, när det är möjligt, ha tjänstemannamöten inför SIP för att säkerställa att SIP-mötet blir så kärnfullt och tydligt som möjligt för patienten/brukaren samt att utrymme framför allt ges till vad patienten eller brukaren önskar ta upp under mötet.

Långsiktiga boendelösningar och modellen Bostad först av stor vikt för målgruppen

Modellen Bostad först lyfts fram som en påtaglig framgångsfaktor i arbetet med vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. I såväl intervjuer med företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst lyfts vikten av långsiktigt hållbara boendelösningar för målgruppen, där individen kan få ett anpassat stöd. Det beskrivs som mycket viktigt för målgruppens möjligheter att kunna ha förutsättningar att ta del av medicinska behandlingar och även utveckla sociala funktioner.

I sammanhanget lyfts de lokala överenskommelserna gällande hälso- och sjukvårdsinsatser på vissa stödboenden som exempel på välfungerande samverkan mellan kommun och region. Att hälso- och sjukvårdspersonal kommer till vissa stödboenden ett antal dagar i veckan lyfts som ett välfungerande och uppskattat arbetssätt, där hälso- och sjukvårdspersonalen bland annat arbetar med läkemedelsadministrering och andra vård- och omvårdnadsinsatser. Samtidigt erbjuder stödboendena sociala stödinsatser och tidsbegränsat boende.

Vissa av ovan nämnda stödboenden har en mer tillåtande attityd till droger och uppges kunna möta upp de korta vårdtiderna inom beroendevårdens slutenvård tack vare överenskommelser med regionen avseende hälso- och sjukvårdsinsatser. Det är en viktig balansgång där kommunen inte kan göra regionens arbete och heller inte utgöra en mellanvårdsnivå/lättavgiftning, utan att regionen behöver stå för vårdinsatserna i relation till avgiftningen.

Projekt för gemensam processkarta samt samverkan mellan BUP och Maria ungdom lyfts som framgångsrikt

Projektet om en gemensam processkarta gällande samordnad planering av personer med komplex samsjuklighet lyfts även som en framgångsfaktor och som ett arbetssätt som har potential att utvecklas vidare. Bland annat har projektet upplevts fungera bra genom att medverkande aktörer som kallas till SIP inte kan neka till att delta på mötet oavsett om individen är aktuell hos aktören eller inte, samt att flexibiliteten i arbetssätten gentemot patienten/brukaren upplevs ha ökat.

Vidare uppger företrädare för BUP att samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatrin och Maria Ungdom fungerar bra. Det är en framgång att Maria Ungdom har sina patienter längre än till och med 18 år. Det samma gäller verksamheter inom flera socialtjänster som har klienter/brukare tills de är 20 år. Flera företrädare från BUP lyfter fram Maria Ungdom som

en viktig aktör för de med pågående beroende och skadligt bruk eftersom de har stor kompetens kring målgruppen.

Organisering och finansiering

I det följande beskrivs hur samverkansarbetet avseende vuxna och unga vuxna med samsjuklighet är organiserat mellan region och kommuner samt hur det finansieras.

Samlokalisering förekommer i låg grad

Samlokalisering är relativt ovanligt. Några exempel på samlokalisering är stödboendena Krukis och Bandhagshemmet samt Capio Pelarbacken som vänder sig till hemlösa, där man delar lokaler med Stockholms stads enhet för hemlösa. I dessa verksamheter upplevs samverkan fungera mycket väl. Därtill finns ytterligare exempel på samlokalisering där exempelvis beroendevård och socialtjänst är placerade i samma lokaler eller i samma byggnad.

Samlokalisering lyfts av en del av de intervjuade fram som en positiv faktor för samverkan. Samlokaliseringen medför kortare ledtider och gör att vårdverksamheter och socialtjänst arbetar närmare varandra. Däremot uppger de intervjuade att det inte är själva samlokaliseringen som är det viktiga, utan arbetssätt och former för samarbete.

Få exempel på delad finansiering

I förstudien har det inte lyfts några exempel på delad finansiering gällande insatser för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet, förutom visst delat kostnadsansvar vid placeringar på HVB. Gällande finansiering lyfter flera företrädare för kommuner det som utmanande att de uppfattar att regionen har en mycket pressad ekonomi. Det uppges försvåra samverkan då samverkansarbete tenderar att nedprioriteras.

Fördröjt mottagande kan innebära ökade slutenvårdskostnader

Av intervjumaterialet framgår att det ibland kan uppstå ökade kostnader för regionen när man behöver hålla kvar patienter inom slutenvård för att det dröjer med ett ordnat mottagande på kommunsidan. Det kan i sin tur kan bero på att patienten är svårplacerad och/eller korta vårdtider som kan medföra utmaningar för aktuell kommun att hinna ordna med mottagandet. Arbetet med mottagande av patienter vid utskrivning från slutenvård uppges även vara personberoende samt bero på kommunens resurser och aktuell socialtjänsts kapacitet att kunna ta emot patienten vid utskrivning.

Uppföljning av åtaganden i samverkan

Nedan redogörs för uppföljningsarbetet avseende samverkan kring vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

Exempel på där uppföljning av samverkan sker till viss del

Det finns goda exempel på där hälso- och sjukvårdsaktörer och socialtjänst (och i viss mån andra aktörer) arbetar löpande med uppföljning av insatser som genomförs i samverkan. Det sker exempelvis inom ramen för vissa lokala samråd i samband med att lokala överenskommelser, rutiner och handlingsplaner revideras samt vid introduktion av ny personal. Däremot uppger företrädarna för dessa lokala samråd att uppföljningsarbetet främst fokuserar på de strategiska delarna som rör samverkan lokalt och att det saknas

kvantitativa mått som beskriver effekter och utfall för målgruppen avseende de insatser som sker i samverkan.

Vissa av de intervjuade uppger även att uppföljning av samverkan till viss del sker i samband med avvikelsehantering, exempelvis inom ramen för vissa lokala samråd. I ett lokalt samråd finns till exempel en rutin för hantering av avvikelser, där det bland annat framgår att en särskild beredningsgrupp sammanställer inkomna avvikelser och, vid behov, arbetar vidare med strukturella problem för att utveckla samverkan.

Dock uppger majoriteten av de intervjuade att det är otydligt huruvida avvikelsehantering som rör insatser som sker i samverkan de facto leder till förändringar på längre sikt, framför allt på patient- och brukarnivå.

Vidare görs uppföljning av insatser som sker i samverkan i samband med uppföljning av SIP. Under uppföljningen av SIP diskuteras och utvärderas bland annat den individuella planen, särskilda insatser samt om samordningen ska fortsätta eller avslutas beroende på patientens eller brukarens vilja och behov. Dock framgår av intervjumaterialet att uppföljningar av SIP sker i varierande utsträckning och att mycket fokus tycks läggas på administration och förberedelser inför SIP, vilka som bör delta på mötet samt det inledande SIP-mötet. Enligt vissa av de intervjuade kan uppföljningar av SIP hamna i skymundan eller nedprioriteras till följd av att det inledande mötet ges mer utrymme i form av tid och resurser.

Brister i uppföljning av insatser som sker i samverkan

Av intervjuerna framgår dock att uppföljning av åtaganden som sker i samverkan överlag brister på flera plan. Dels saknas, på en övergripande nivå, strukturerade arbetssätt för uppföljning av insatser som sker i samverkan, dels är det otydligt hur resultat och lärdomar från uppföljningar tas om hand och arbetas vidare med inom ramen för samverkan. Bristerna lyfts i såväl intervjuer med företrädare för hälso- och sjukvården som för socialtjänsten. Flera framhäver avsaknad av tydliga mandat, ansvarsfördelning, strukturerade arbetssätt samt tid och resurser som orsaker till att ett systematiskt uppföljningsarbete brister eller i vissa fall saknas helt gällande åtaganden som sker i samverkan.

Svårigheter att följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala insatser

Specifika utmaningar lyfts kopplade till tillgång till data och avsaknad av en tydlig definition av målgruppen som utmanande för uppföljningsarbetet. De intervjuade framhöll att det idag saknas en definition och kriterier för vilka som ingår i målgruppen och således finns ingen gemensam nämnare som ringar in målgruppen i statistiken. Detta försvårar möjligheterna att hämta relevanta data från exempelvis Region Stockholms VAL-databaser[16] för uppföljning av specifikt hälso- och sjukvårdsinsatser för personer med samsjuklighet. Därtill finns idag inte möjlighet att koordinera data från region och kommuner, vilket även lyfts som en försvårande faktor för uppföljning av insatser som sker i samverkan.

[16] VAL-databaserna är en uppsättning administrativa sjukvårdsdatabaser inom Region Stockholm. Databaserna innehåller avidentifierade data för hantering av ersättning till vårdgivare och av invånarnas val av vårdgivare. De används också för uppföljning och analys av hälso- och sjukvården i länet och invånarnas sjukvårdskontakter. För mer information se https://www.folkhalsokollen.se/datakallor/val-databaserna/

De intervjuade och workshopdeltagarnas förslag för förbättrad samverkan

Nedan följer en sammanställning av förslag på förbättringsåtgärder som framkommit under arbetet med förstudien. Förslagen gäller åtgärder på olika nivåer och vissa förslag rör innehåll och utformning av samverkan mellan huvudmännen, medan andra är mer fokuserade på specifikt socialtjänstens insatser och interna samordning eller hälso- och sjukvårdens insatser och interna samordning. De förslag som enbart rör samordning internt inom hälso- och sjukvård och/eller socialtjänsten uppges dock ha en direkt eller indirekt inverkan på regionens och kommunernas samverkan gällande vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

Förslagen på åtgärder presenteras nedan och har klustrats med utgångspunkt i om åtgärderna specifikt rör organisering av samverkan eller specifika uppdrag och arbetssätt.

De faktorer som lyfts som gemensamma för samtliga förslags genomförbarhet är säkerställande av långsiktig finansiering, en gemensam politisk inriktning och förankring, tydliga mandat samt en långsiktigt hållbar formalisering av samverkan. Därtill nämns även politisk förankring och riktning gällande vissa specifika arbetssätt, utbildning och säkerställande av kompetens långsiktigt samt en långsiktigt hållbar implementering som förutsättningar för förslagens genomförbarhet. Det råder konsensus bland de intervjuade att man önskar implementera samverkansformer och arbetssätt som ska vara en del av ordinarie verksamhet där det finns en långsiktighet i arbetet, snarare än att driva utvecklingen av samverkan i form av kortsiktiga projekt.

Organisering av samverkan

Gemensamma mottagningar/verksamheter organiserade inom delregionala kluster

Av intervju- och workshopunderlaget framgår att samverkansarbetet skulle kunna organiseras i form av gemensamma mottagningar/verksamheter som drivs tillsammans av regionen och kommuner. Ett tydligt fokus för de gemensamma mottagningarna bör vara stor tillgänglighet för målgruppen genom drop- in- och lågtröskelverksamhet, evidensbaserade arbetssätt samt viss uppsökande verksamhet. Därtill lyfter de intervjuade vikten av att det bör finnas en hög och samlad kompetens på de gemensamma mottagningarna där personalen behöver ha erfarenhet och kompetens av att arbeta med personer med samsjuklighet, samt även ha ett intresse och en vilja av att arbeta med patienter och brukare med omfattande och komplexa behov.

Delregionala kluster nämns som ett förslag på hur de gemensamma mottagningarna/verksamheterna avseende vuxna och unga vuxna med samsjuklighet kan struktureras i länet. Tanken med s.k. delregionala kluster är att de ska struktureras utifrån länets geografi och att ett delregionalt kluster ska omfatta ett visst geografiskt upptagningsområde. Detta för att säkerställa ett tillräckligt stort patient- och brukarunderlag samt kostnadseffektivitet. Även om förslaget med delregionala kluster utgår från idén om ett geografiskt upptagningsområde behöver det också finnas utrymme för att kunna ta emot patienter eller brukare som till exempel av en händelse befinner sig i det geografiska upptagningsområdet eller inte är folkbokförda i kommuner som tillhör ett specifikt upptagningsområde.

Vidare bör hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala stödinsatser tydliggöras i form av ett gemensamt erbjudande, där det tydligt ska framgå för huvudmännen och patienten eller

brukaren vad respektive aktör kan erbjuda för vård- och stödinsatser. Att ha ett samlat erbjudande på de gemensamma mottagningarna/verksamheterna torde, enligt de intervjuade, underlätta för patienten eller brukaren att få en bättre överblick och förståelse för vilken hjälp som finns att tillgå samt skapa förutsättningar för ett gemensamt, mer heltäckande omhändertagande av patienten/brukarens behov och situation.

Av intervjuerna och underlagen från workshopparna framgår också att ett flöde bör påbörjas när patienten eller brukaren kommer i kontakt med de gemensamma mottagningarna. Det innebär att patienten och brukaren, via kontakten med mottagningen, etablerar en kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt att patientens eller brukarens fortsatta vård- och stödprocess samordnas av mottagningen till dess att en annan vårdaktör eller verksamhet inom socialtjänsten tar över. Genom att påbörja ett flöde och samordna patienten/brukarens fortsatta vård- och stödprocess torde risken minska för att patienter/brukare ”skickas runt” i systemet bland olika vård- och stödverksamheter, vilket skulle innebära vinster i form av såväl minskat personligt lidande för den enskilde som samhällsekonomiska vinster.

Av intervjuerna och workshopparna framgår även att de gemensamma mottagningarna skulle kunna bedriva viss uppsökande verksamhet för att nå de som av olika anledningar inte söker hälso- och sjukvård eller stöd hos socialtjänsten. Däremot menar vissa av de intervjuade att möjligheten till drop-in och fokus på lågtröskelverksamhet på längre sikt torde leda till att vissa av de som inte har sökt eller varit i kontakt med hälso- och sjukvård och socialtjänst under lång tid troligen skulle söka vård och stöd på mottagningarna. Detta då drop-in och lågtröskelverksamhet skapar förutsättningar för att patienten eller brukaren själv kan söka vård och stöd när denne är motiverad.

Gällande de gemensamma mottagningarnas målgrupp lyfts att målgruppen bör bestå av de, som i likhet med samsjuklighetsutredningens förslag, har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av omfattande psykisk funktionsnedsättning där det finns behov av särskild samordning under en längre tid, samt där personerna inte har förmåga att ta emot insatser inom ramen för ordinarie verksamheter och samverkan. Således bör målgruppen bestå av de som har en omfattande samsjuklighet och komplexa behov. Däremot bör det finnas en viss flexibilitet gällande mottagningarnas tilltänkta målgrupp. Dels för att säkerställa att mottagningarna har ett tillräckligt stort patient- och brukarunderlag, dels för att även nå de med samsjuklighet som har omfattande behov men som inte är socialt utslagna. De patienter och brukare som bedöms kunna få sina vård- och stödbehov tillgodosedda inom det reguljära vård- och omsorgssystemet ska lotsats dit.

Vidare framkom under workshopparna att gemensamma mottagningar troligen kommer att vara kostsamma att driva, men att de däremot bedöms vara resurseffektiva på totalen. Ett resonemang som lyftes i samband med diskussionen om kostnader är att i stället för att ha strukturer som idag där hälso-och sjukvården och socialtjänsten lotsar patienten eller brukaren i ett system, ha mottagningar med vissa upptagningsområden dit patienten kan komma och få sina vård- och stödinsatser tillgodosedda och samordnade.

Ytterligare en faktor som nämns som eventuellt kostnadsdrivande är att de gemensamma mottagningarna till viss del skulle bedriva oplanerad verksamhet i och med möjligheterna till drop- in.

Överenskommelser om gemensamma vård- och stödprocesser

Avtals- och överenskommelsestrukturer mellan regionen och kommuner har även lyfts som ett förslag på hur samverkansarbetet avseende vuxna och unga vuxna med samsjuklighet kan organiseras framgent. I dagsläget finns överenskommelser och handlingsplaner mellan regionen och kommunerna i länet avseende samverkan på strategisk nivå, bland annat i form av huvudöverenskommelsen om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg samt handlingsplanen för god och nära vård och omsorg 2024 – 2030 (där b.la. inriktning psykisk ohälsa och suicidprevention 2024 – 2026 ingår) samt överenskommelserna samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning samt samverkan kring personer med missbruk/beroende.

Det som snarare lyfts som förslag under intervjuer och workshoppar är skarpare och smalare avtal eller överenskommelser, där fokus bör vara att arbeta fram gemensamma vård- och stödprocesser som tydligt beskriver varje aktörs ansvarsområde, uppgifter, samordning och hantering vid övergångar från olika vårdgrannar och vårdnivåer. De gemensamma vård- och stödprocesserna ska sedan följas upp och löpande revideras för att säkerställa att samverkansarbetet utvecklas. Därtill ska det tydligt framgå i de gemensamma vård- och stödprocesserna vilka funktioner som har vilket mandat, målsättningar och indikatorer, hur uppföljningsarbetet ska gå till och när samt rutiner för ansvarsutkrävande. Tanken med att organisera samverkan genom en avtals- eller överenskommelsestruktur och gemensamma vård- och stödprocesser är dels att tydliggöra och samordna det gemensamma erbjudandet av vård- och stödinsatser för målgruppen, dels att de gemensamma vård- och stödprocesserna ska återspeglas hos respektive huvudman och tydligt precisera åtagandet i samverkan.

Som nämns tidigare har Psykiatri Södra Stockholm, Beroendecentrum Stockholm, Stockholms stad samt dåvarande PRIMA Maria beroende under 2024 arbetat med ett samverkansprojekt avseende en processkarta för samordnad planering för personer med komplex samsjuklighet. Projektet har gått ut på att ta fram och testa en gemensam processkarta för en samordnad planering av hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala stöd- och omsorgsinsatser för personer med komplex samsjuklighet. Syftet med processkartan var att ge integrerade, samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser till målgruppen. Projektet har utvärderats och flera av intervjupersonerna lyfter att det troligtvis finns flera lärdomar att hämta från projektet gällande gemensamma vård- och processkartor från såväl förarbetena som från projektets drift.

Mellanvård/lättavgiftning på stödboenden

Lokala överenskommelser avseende mellanvårdsverksamheter eller mottagningar nämns även som ett förslag på hur hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala insatser kan riggas och samordnas mellan region och kommuner. I det avseendet lyfts exempel på de lokala överenskommelser mellan regionen och Stockholms stad som finns idag gällande s.k. lättavgiftning och mellanvård på vissa stödboenden, såsom Krukis och Bandhagshemmet.

De som förespråkar detta förslag ser att konceptet och lokala överenskommelser mellan region och kommuner avseende lättavgiftning eller mellanvård skulle kunna utvecklas och spridas till fler kommuner och stödboenden. Däremot är den typen av samverkansinsats enbart aktuell för personer som erhållit biståndsbeslut om plats på ett stödboende, exempelvis i samband med utskrivning från heldygnsvård.

Flexibel samlokalisering

Flexibel samlokalisering i form av lokala överenskommelser och behov lyfts även som ett förslag på hur samverkan kan organiseras mellan region och kommuner. Flexibel samlokalisering innebär, med utgångspunkt i lokala behov, att en viss typ av kompetens som exempelvis sjuksköterska, läkare eller socialsekreterare, kommer till en mottagning eller en viss verksamhet under ett visst tidsintervall. Förslaget bygger delvis på samma princip som förslaget ovan med lokala överenskommelser avseende vårdinsatser på stödboenden, men har en bredare ansats då det inte enbart rör vårdinsatser på stödboenden, utan bör utgå från lokala behov generellt. Ett exempel som lyftes i samband med workshopparna var att socialsekreterare skulle kunna arbeta på en psykiatrisk- eller beroendemottagning ett antal dagar i veckan eller månaden utifrån syftet att fånga upp aktuella patienter och lättare samordna hälso- och sjukvårds- och sociala insatser.

Uppdrag och arbetssätt

FACT

I intervjuerna har FACT (Flexible Assertive Community Treatment) lyfts som ett förslag på arbetssätt och tillvägagångssätt att organisera samverkan avseende vård- och stöd till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. FACT är en vårdmodell som riktar sig till personer med svår psykiatrisk funktionsnedsättning eller sjukdom som är i behov av långvarigt stöd från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. FACT bygger på principer såsom case management, integrerade team, flexibilitet samt individanpassade insatser.

De som förespråkar FACT lyfter framför allt modellens teambaserade arbetssätt som fördelaktigt. Modellen utgår från att varje FACT-team arbetar intensivt med patienter och brukare under en längre tid, vilket skapar förutsättningar för teamet att erhålla ett helhetsperspektiv avseende patienten/brukarens behov och utveckling. Ytterligare en fördel som nämns gällande modellen är dess flexibilitet då den utgår från att vård och omsorg ges på två nivåer. Den ena nivån utgår från en situation av god kontroll av sjukdomen varpå patienten/brukaren ges ordinarie öppenvårdsbehandling i enlighet med SIP eller vårdplan. Den andra nivån utgår från en krissituation eller vid överhängande risk för återfall. När en sådan situation uppstår arbetar teamet med intensiva och uppsökande insatser utifrån syftet att vända krisen och förebygga heldygnsvård.

Under 2025 har Storsthlm i samverkan med ett antal kommuner i länet samt BUP sektion för öppen intensivvård genomfört ett FACT Unga-pilotprojekt[17] för barn och unga med komplexa behov. Under workshopparna lyftes, beroende på om arbetssättet FACT Unga kommer att utökas och omfatta fler kommuner, att det kan vara positivt för målgruppen med samsjuklighet att BUP och vuxenpsykiatrin samt barn- och vuxenverksamheter inom socialtjänsten arbetar enligt samma modell.

Därtill lyfte workshopdeltagarna att det krävs en gemensam styrning och en bred politisk förankring för att FACT ska kunna implementeras som ett gemensamt arbetssätt och vara långsiktigt hållbart. Workshopdeltagarna diskuterade även vissa knäckfrågor gällande FACT så som formalisering av samverkan gällande FACT-team, finansiering samt metodtrogenhet.

[17] För mer information se https://www.storsthlm.se/samverkansomraden/god-och-nara-vard-och-omsorg/vard-och-omsorg-i-samverkan/barn-unga/fact-unga

Digitala arbetssätt gällande vissa vårdinsatser på stödboenden

I intervjuerna har vissa utmaningar lyfts gällande hälso- och sjukvårdsinsatser på stödboenden, där ett exempel rör delegering av läkemedelshantering. Av intervjumaterialet framgår att det måste finnas en samverkan och ett samarbete mellan region och kommun kring exempelvis delegering av läkemedelshantering för personal på stöd- och akutboenden, men att så inte alltid är fallet. Ett förslag som har lyfts för att åtgärda problemet avseende delegering (och troligtvis andra eventuella frågor) är att implementera digitala arbetssätt, där hälso- och sjukvårdspersonal kan utfärda delegeringar, konsultera personal på stödboenden samt övervaka viss administration och utlämning av läkemedel via digitala kanaler.

Förslag på arbetssätt och uppdrag som enbart rör hälso- och sjukvården

Två förslag på uppdrag och arbetssätt som återkommande har lyfts i intervjuerna och som rör hälso- och sjukvård är dels en ökad mobilitet inom beroendevården, dels stärkta övergångar från BUP till vuxenpsykiatrin.

Behovet av stärkta övergångar från BUP till vuxenpsykiatrin har lyfts i vissa intervjuer. Det gäller främst för de patienter som är svårast sjuka, som fyller 18 och har kontakt med BUP intensiv öppenvård, Maria ungdom samt kontakt med kommunen. Här finns ett behov av en tätare samverkan och mer handpåläggning från vuxenpsykiatrin för att minska riskerna för att patienter faller mellan stolarna. Vissa nämner även att BUP, vuxenpsykiatrin och socialtjänsten bör arbeta mer förberedande tillsammans inför att patienter med komplexa behov fyller 18 år. Detta för att skapa mjukare övergångar till vuxenpsykiatrin och vuxenverksamheter inom socialtjänsten, och bättre möte unga vuxnas behov.

Med ökad mobilitet inom beroendevården avses att beroendevården behöver arbeta mer uppsökande och vara mer lättillgänglig för målgruppen. Som goda exempel nämns sprututbytesbussen och mobila team inom vuxenpsykiatrin. Flera framhäver att de patienter med mest komplexa behov kan tendera att utebli från bokade besök på mottagningar, varav beroendevården behöver säkerställa att den målgruppen ändå får tillgång till hälso- och sjukvård genom exempelvis mobil verksamhet.

Förslag på arbetssätt och uppdrag som enbart rör socialtjänsten

Bostad först nämns som en framgångsfaktor bland de kommuner som arbetar utifrån modellen. Möjligheten till ett fast boende och stöd av en boendestödjare eller case manager skapar, enligt de intervjuade, betydligt bättre förutsättningar för såväl återhämtning som att ta itu med problem som rör psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende. Därtill beskriver de intervjuade i vilka kommuner man arbetar med Bostad först att majoriteten av de som beviljats boende via Bostad först klarar av att bo kvar i sina boenden.

Vidare lyfter flera vikten av att få med ekonomiskt bistånd i det interna samverkansarbetet gällande stöd för målgruppen personer med samsjuklighet. Flera av de intervjuade ser ett behov av mer individanpassade krav gällande ekonomiskt bistånd för målgruppen personer med samsjuklighet och andra grupper med komplexa och omfattande behov. Ett gott exempel som lyfts i sammanhanget är den s.k. förenklande handläggningen som arbetats fram inom ramen för projektet avseende processkarta för samordnad planering för personer med komplex samsjuklighet. Den förenklande handläggningen innebär en utökad flexibilitet, bland annat genom att patienter och brukare inte behöver redovisa vissa kvitton eller lämna in vissa intyg för att få ta del av biståndet. Vissa av de intervjuade menar att man bör arbeta vidare med arbetssättet förenklad handläggning gällande ekonomiskt bistånd och att det

också bör spridas till fler kommuner. Därtill lyfter flera även vikten av att ekonomiskt bistånd ingår i samverkansstrukturer med regionen och internt inom socialtjänsten gällande stödinsatser för personer med samsjuklighet.

Förslag på åtgärdsplan

Förslag på åtgärdsplan redovisas nedan. De två prioriterade förslagen på åtgärder är framtagna utifrån den analys som projektgruppen har gjort med utgångspunkt i förstudiens insamlade underlag. Inom ramen för analysarbetet och sammanställningen av förslagen har vi haft som utgångspunkt att åtgärdsförslagen ska utgöra långsiktigt hållbara inriktningar för samverkan, samt att nuvarande samverkansarbete och insatser som görs i länet ska tas tillvara och koordineras i högre utsträckning.

Förslagen på åtgärder tydliggör riktningen för hur Region Stockholm och länets kommuner bör organisera och utveckla samverkan kring vuxna och unga vuxna med samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser framgent. Förslagen utgör inga färdiga lösningar, utan beskriver snarare riktningen för *vad* regionen och kommunerna i länet gemensamt bör arbeta vidare med gällande samverkan kring vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. I ett nästa steg behöver förslagens exakta utformning tydliggöras samt hur implementeringen av förslagen ska gå till.

Förslagen ska inte heller betraktas som ömsesidigt uteslutande, utan utgör två möjliga alternativ på åtgärder gällande organiseringen av samverkan kring vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

Förslag 1. Gemensam vård- och stödprocess

Ett av förstudiens förslag på åtgärd är att samverkan kring vuxna och unga vuxna med samsjuklighet bör organiseras i form av en gemensam vård- och stödprocess. I den gemensamma vård- och stödprocessen ska respektive huvudman precisera sitt åtagande där syftet är att gemensamt ta fram och tydliggöra en process för såväl patienten/brukaren som för samverkansparterna. Syftet med den gemensamma vård- och stödprocessen är att skapa en samordnad vård- och stödprocess för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. I den gemensamma vård- och stödprocessen ska det tydligt framgå vilket stöd den enskilde kan få från respektive aktör samt hur samordningen av vård- och stödinsatser ska gå till. Den gemensamma vård- och stödprocessen behöver sedan löpande följas upp och revideras utifrån de behov och utvecklingsområden som identifieras under arbetets gång. Det är dels av särskild stor vikt för att säkerställa att arbetet med en gemensam vård- och stödprocess inte stagnerar. Dels att samverkansparterna arbetar aktivt för att skapa så goda förutsättningar som möjligt för ett samordnat vård- och stöd till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

En arbetsgrupp med företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst bör tillsättas för att arbeta vidare med vilka insatser och arbetssätt som ska ingå i en gemensam vård- och stödprocess samt definiera vård- och stödprocessens målgrupp. De hälso- och sjukvårdsaktörer som har identifierats i förstudien i arbetet med personer med samsjuklighet består av psykiatrin, BUP, beroendevården, primärvård, habilitering samt rättspsykiatri. Motsvarande verksamheter inom socialtjänsten är missbruk och beroende, boende, ekonomiskt bistånd samt socialpsykiatri. Därtill kan givetvis ytterligare vårdaktörer eller verksamheter inom socialtjänsten tillkomma i arbetet. Ett viktigt resultat och medskick från förstudien är dock att arbetet med personer med samsjuklighet behöver präglas av långsiktighet och flexibilitet. I arbetet med framtagandet av en gemensam vård- och stödprocess för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet bör även lärdomar och erfarenheter från projektet avseende processkarta för samordnad planering av personer med komplex samsjuklighet tas tillvara. Därtill är ytterligare ett medskick att arbetsgruppen, vid

framtagandet av en gemensam vård- och stödprocess, tar fram indikatorer och målsättningar för arbetet samt att uppföljningen av en gemensam vård- och stödprocess planeras i ett tidigt skede under arbetets gång.

Implementeringen av en gemensam vård- och stödprocess skulle inledningsvis kunna organiseras utifrån valbara överenskommelser. Idag finns valbara överenskommelser mellan region och kommuner gällande familjecentraler, där barnmorskemottagningar och barnavårdscentraler kan ansöka om valbart uppdrag familjecentral.[18]

Valbara överenskommelser innebär att vårdgivare och kommuner tecknar valbara samverkansöverenskommelser där bland annat syfte, åtagande, medverkande parter, avtalstid, målgrupp, styrning och samordning, åtagande, mål och uppföljning, struktur för samverkan, informationsöverföring och sekretess, ekonomi samt andra avtalsvillkor bör ingå. De valbara överenskommelserna skulle med fördel kunna tecknas av vårdgivare och kommuner som är belägna i samma geografiska område för att underlätta samverkan och utgå från lokala behov, men det bör inte vara ett krav för att kunna teckna valbara överenskommelser.

Vi föreslår att arbetet med en gemensam vård- och stödprocess, och möjligen valbara överenskommelser, bör genomföras i form av en pilot. Detta för att kunna utvärdera och utveckla organiseringen och arbetssättet innan det eventuellt skalas upp och sprids. Ambitionen är dock på sikt att gemensamma vård- och stödprocesser ska spridas i hela länet och att modellen även ska bidra till det länsövergripande arbetet med tillgång till jämlik vård.

För att säkerställa att en gemensam vård- och stödprocess är väl etablerad och efterlevs, krävs en systematisk informationsspridning samt kunskapshöjande insatser. Med hänsyn till att de gemensamma vård- och stödprocesserna kontinuerligt ska följas upp, utvärderas och vid behov revideras, bör revideringsprocessen vara effektiv och inte vara alltför omfattande eller tidskrävande.

Vidare ser vi att förslaget med en gemensam vård- och stödprocess kan innebära vissa merkostnader i form av att personal från hälso- och sjukvård och socialtjänst dels behöver avsätta tid för att arbeta med framtagandet av vård- och stödprocesser, dels löpande följa upp och revidera arbetet utifrån de utvecklingsbehov som identifieras. För att säkerställa hållbarhet i arbetet är det viktigt att arbetet med exempelvis framtagande av vård- och stödprocesser och uppföljning ges utrymme i form av tid och resurser, samt att det tydligt framgår av den valbara överenskommelsen vad som ska följas upp och mätas samt när.

Fördelar med förslaget

De potentiella fördelarna med förslaget om en gemensam vård- och stödprocess är att de bygger på befintlig verksamhet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det finns idag mycket vård- och stödinsatser för målgruppen vuxna och unga vuxna med samsjuklighet i länet. Bristerna som har identifierats i förstudien gäller främst samordning och samsyn kring ens egen och olika vårdgrannars roll och ansvar avseende vård och stöd för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Vi menar att en gemensam vård- och stödprocess kan skapa goda förutsättningar för en bättre samordning och samsyn kring vård- och stödinsatser för målgruppen samt tydliggöra vilka målsättningarna bör vara för det integrerade arbetet.

[18] För mer information se https://vardgivarguiden.se/avtal/avtalsomrade/lov-vardval-stockholm/familjecentral/

Således innebär förslaget med en gemensam vård- och stödprocess att man inte bygger upp nya parallella verksamheter som riskerar att skapa nya eventuella stuprör inom vård- och omsorgssystemet. För målgruppen är de potentiella fördelarna med förslaget att vård och stöd samordnas; att det blir tydligt vilken vård och hjälp som erbjuds; att patienten/brukaren får ett långvarigt samordnat stöd samt att man ”får in en fot” i hälso- och sjukvården och socialtjänsten som kan lotsa en vidare vid behov.

Fördelarna med att strukturera en gemensam vård- och stödprocess i form av valbara överenskommelser är att de möjliggör ett stegvis införande och skapar mer lokalt förankrade ramar för samverkansarbetet. Därtill tydliggör de valbara överenskommelserna vad respektive part åtar sig samt övergripande målsättningar för arbetet med en gemensam vård- och stödprocess samt hur dessa bör följas upp. Dessa aspekter har även lyfts som potentiella fördelar med förslaget under såväl intervjuerna som workshoppar, inte minst vad gäller tydliggörandet av respektive parts åtagande, syfte och målsättningar.

Risker med förslaget

Eventuella risker med förslaget avseende en gemensam vård- och stödprocess är att den kan tänkas bli generisk för de kommuner som medverkar i framtagandet av en gemensam vård- och stödprocess. Detta då förslaget utgår från att flera kommuner i ett visst geografiskt område kommer överens med relevanta vårdgivare om en gemensamma vård- och stödprocess. Således kan kommunernas socialtjänster behöva komma överens om en grund vad gäller socialtjänstens insatser inom ramen för en gemensamma vård- och stödprocess, vilket kan innebära att specifika lokala behov inte tydliggörs i en gemensam vård- och stödprocess. Dock kan förslaget sättas i relation till att inte ändra någonting utifrån nuvarande samverkan, varpå förslaget med en gemensam vård- och stödprocess kan ses som ett steg på vägen mot en utvecklad strategisk och operativ samordning av vård och stöd för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet.

Ytterligare en risk med förslaget med en gemensam vård- och stödprocess är att den inte utformas med utgångspunkt i målgruppens behov, utan snarare utifrån vilka insatser som medverkande verksamheter erbjuder idag.

En annan utmaning med förslaget är ifall någon av medverkande parter i en valbar överenskommelse inte uppfyller sina åtaganden och/eller att den gemensamma vård- och stödprocessen inte blir tillräckligt känd. För att säkerställa att parterna uppfyller sina åtaganden bör medverkande parter ha rätt att kunna begära omförhandling av den valbara överenskommelsen i det fall någon parts förutsättningar att uppfylla överenskommelsen ändras i betydande omfattning. Därtill bör uppföljningsarbetet av en gemensam vård- och stödprocess även syfta till att identifiera eventuella brister i åtaganden eller samverkan, varpå medverkande parter har möjlighet att revidera eller utveckla eventuella brister löpande i processen. Ansvar för hantering av eventuella brister i åtaganden eller samverkan bör i första hand göras med utgångspunkt i medverkande parters olika ansvarsområden och genom dialog.

Förslag 2. Gemensamma mottagningar/verksamheter inom delregionala kluster

Förstudiens andra prioriterade förslag utgår från att skapa gemensamma mottagningar eller verksamheter organiserade inom s.k. delregionala kluster. Intentionen med gemensamma mottagningar/verksamheter är att säkerställa samordning och en ökad tillgänglighet för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Vidare bör arbetet på

mottagningarna/verksamheterna utgå från integrerade och evidensbaserade arbetssätt samt utgöra en ingång till ordinarie vård- och omsorgssystem.

Förstudien föreslår att de gemensamma mottagningarna/verksamheterna bör struktureras utifrån länets geografi och omfatta ett visst upptagningsområde. Exakt var och hur många delregionala kluster som bör skapas behöver undersökas vidare, förslagsvis med utgångspunkt i lokala behov samt fördjupade analyser av var vuxna och unga vuxna med samsjuklighet befinner sig geografiskt samt utifrån var de söker vård och stöd.

Inom ramen för de delregionala klustren bör man sedan samla vissa verksamheter i form av en gemensam mottagning/verksamhet, där hälso- och sjukvårdsaktörer och kommunernas socialtjänster i upptagningsområdet samverkar. Det behöver inte nödvändigtvis vara att samtliga verksamheter som bör ingå i den gemensamma mottagningen/verksamheten ska vara samlokaliserade på en mottagning, utan lokala behov och förutsättningar bör styra i vilken grad man till exempel samlokaliserar olika verksamheter. Utgångspunkten för de gemensamma mottagningarna/verksamheterna är att de ska drivas i form av ett utökat uppdrag till respektive verksamhet.

Vilka verksamheter som ska ingå eller knytas till en gemensam mottagning eller verksamhet bör även analyseras utifrån lokala behov. Det övergripande syftet med de gemensamma mottagningarna/verksamheterna bör dock vara att samordna vård- och stödinsatser och erbjuda patienter och brukare vård och stöd utifrån ett helhetsperspektiv som bygger på den enskildes behov och förutsättningar. Därtill bör de gemensamma mottagningarna/verksamheterna även arbeta utifrån målsättningen att främja patientens eller brukarens egenmakt samt vägleda och stötta patienten/brukaren i kontakten med det reguljära vård- och omsorgssystemet.

Vidare ser vi att en arbetsgrupp med företrädare för hälso- och sjukvård och socialtjänst bör tillsättas för att arbeta vidare med vilka parter som bör ingå i- eller knytas till de gemensamma mottagningarna/verksamheterna, vad som ska erbjudas inom de gemensamma mottagningarna/verksamheterna, hur arbetet bör gå till och samordnas, vilken målgrupp mottagningarna bör vända sig till samt andra relevanta frågeställningar och avgränsningar, till exempel gällande åldrar. Ett resultat och medskick från förstudien är dock att det bör finnas ett tydligt fokus på tillgänglighet genom att det ska vara lätt för målgruppen att söka och erhålla vård och stöd på mottagningen/verksamheten. Därtill är ytterligare ett medskick att hälso- och sjukvård och socialtjänst, inom ramen för gemensamma mottagningar/verksamheter, även bör arbeta med skadereducerande insatser samt arbeta mobilt/uppsökande gentemot målgruppen.

De delregionala klustren och gemensamma mottagningarna/verksamheterna behöver formaliseras i form av avtal eller överenskommelser mellan region och kommuner. Exakt hur dessa avtal eller överenskommelser ska utföras behöver utredas vidare, b.la. med utgångspunkt i vad de ska omfatta, vilken målgrupp de berör, vårdkonsumtion och stödbehov inom målgruppen, avgränsningar gällande geografiska upptagningsområden, finansiering samt andra relevanta frågeställningar.

Vidare ser vi att förslaget till viss del tangerar hur hälso-och sjukvård och socialtjänst samverkar i andra delar av landet, i andra nordiska länder samt i Storbritannien. I Region Skåne arbetar man exempelvis med gemensamma FACT-team och i Oslo har man en gemensam mottagning för personer över 18 med beroendeproblematik och psykiatrisk eller somatisk samsjuklighet. Beroende på om förslaget arbetas vidare med, kan det vara aktuellt

att göra omvärldsanalyser för att samla in inspel och erfarenheter från olika verksamheter som är utformade och arbetar på liknande sätt.

Fördelar med förslaget

En tydlig fördel med förslaget gällande gemensamma mottagningar/verksamheter är att det kan tänkas underlätta för målgruppen att det finns en tydlig plats dit de kan vända sig för få sammanhållen vård och stöd. Vården och stödet bör utformas och samordnas utifrån varje individs enskilda behov, förutsättningar och mål.

Ytterligare en fördel med förslaget är att en gemensam mottagning/verksamhet kan tänkas utgöra en nod i samverkan med andra aktörer och myndigheter, varpå mottagningen kan samordna dialoger och stötta målgruppen i kontakten med andra aktörer och myndigheter.

En annan fördel är att gemensamma mottagningar/verksamheter kan tänkas skapa förutsättningar för personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst att kompetensutvecklas inom vård och stöd för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Det kan i sin tur skapa förutsättningar för att såväl regionen som kommunerna i de delregionala klustren får en samlad kompetens kring vård och stöd för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet, vilket i förlängningen kan spridas till andra vårdaktörer och socialtjänster i länet.

Vi tror även att förslaget med gemensamma mottagningar/verksamheter kan vara kostnadseffektivt totalt sett. Detta då välfungerande mottagningar/verksamheter torde leda till en ökad kostnadseffektivitet i form av minskade ledtider gällande koordinering av insatser, att personer inte ”faller mellan stolarna” i lika hög utsträckning samt att patienter och brukare får tillgång till den vård och det stöd de behöver, vilket i förlängningen kan leda till ökad hälsa och välbefinnande samt ett minskat behov av vård och stöd.

Risker med förslaget

De risker vi ser med förslaget om delregionala kluster och gemensamma mottagningar/verksamheter är att det kan tänkas vara kostnadsdrivande att bedriva. Därtill tänker vi oss att de gemensamma mottagningarna/verksamheterna kommer bedriva viss oplanerad verksamhet utifrån fokus på tillgänglighet för målgruppen, vilket i jämförelse med en planerad verksamhet kan tänkas innebära högre kostnader. Däremot, som nämns ovan, tror vi att de gemensamma mottagningar/verksamheter i delregionala kluster kan vara samhällsekonomiskt motiverade på längre sikt.

En annan risk med delregionala kluster är att de geografiska upptagningsområdena kan bli stora, vilket kan medföra stora avstånd för målgruppen att ta sig till mottagningen och riskerar att bli utan vård och stöd. Det innebär även längre avstånd för personalen att arbeta mobilt/uppsökande.

Vidare är en risk med förslaget att man, genom att utveckla nya verksamheter eller mottagningar, skapar nya ”stuprör” i vård- och omsorgssystemet. En påföljd av det kan tänkas vara att övriga vårdgivare och stödverksamheter inom ordinarie system hänvisar patienter och brukare till de gemensamma mottagningarna/verksamheterna i för hög utsträckning, alternativt att man höjer trösklarna för patienter och brukare att ta del av vård och stöd inom det ordinarie vård- och omsorgssystemet. Om beslut fattas att förslaget med delregionala kluster och gemensamma mottagningar/verksamheter ska arbetas vidare med

behövs ett fortsatt arbete med att förankra och säkerställa tydliga övergångar och gränsdragningar gentemot övriga vårdaktörer och verksamheter inom socialtjänsten.

En delregional indelning innebär att flera kommuner ingår i ett visst geografiskt upptagningsområde, vilket kräver god planering och samverkan mellan kommunerna och regionen för att likställa gemensamma insatser så långt som möjligt.

Slutsatser och medskick kring ytterligare utvecklingsområden

Förstudien visar att det finns ett stort behov av en stärkt och mer strukturerad samverkan mellan Region Stockholm och länets kommuner avseende vård och stöd till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Det insamlade materialet har tydliggjort både befintliga styrkor och betydande utmaningar i det nuvarande samverkansarbetet. De insikter och perspektiv som framkommit utgör en grund för fortsatt utvecklingsarbete och strategiska beslut inom området.

Förstudien har främst fokuserat på samverkan mellan regionen och kommunerna avseende samordnade insatser för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Samtidigt har det framkommit att det finns utmaningar i den interna samverkan inom hälso- och sjukvården, till exempel mellan psykiatrin och beroendevården samt inom socialtjänsten mellan olika verksamheter, som exempelvis missbruks- och beroendeverksamheter och ekonomiskt bistånd. Den interna samverkan inom dessa områden är viktiga för båda huvudmännen att vidareutveckla för att samverkan över huvudmannagränserna ska fungera så effektivt som möjligt, samt för att vården och stödet ska fungera så optimalt som möjligt för dess målgrupper.

Vidare har förstudien enbart fokuserat på samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser. Ett tydligt resultat i förstudien är dock att samverkan med den somatiska vården och inte minst primärvården behöver stärkas för målgruppen personer med samsjuklighet. Personer med samsjuklighet har ofta en nedsatt fysisk hälsa och kunskapen om- och omhändertagande av personer med samsjuklighet beskrivs generellt sett som låg och bristfällig inom primärvården. Dock finns exempel där man har en god samverkan med primärvården i länet, exempelvis i form av lokala överenskommelser och i de lokala samråd där GSA finns representerade. Däremot behöver samverkan kring personer med samsjuklighet stärkas och systematiseras mellan psykiatri, beroendevård och primärvård i högre grad.

För närvarande pågår flera utvecklingsarbeten nationellt och regionalt, utöver samsjuklighetsdelegationens arbete, som även har bäring på samverkan kring personer med samsjuklighet. Två exempel är den pågående omställningen till den nya socialtjänstlagen samt omställningen till en god och nära vård. Här ser vi, likt flera av de intervjuade, att samverkansarbetet avseende personer med samsjuklighet tydligt bör ta avstamp i dessa pågående utvecklings- och omställningsarbeten. Det kan i sin tur bidra till att skapa möjligheter att testa nya samverkansformer och arbetssätt gällande vård och stöd för personer med samsjuklighet, i synnerhet kopplat till socialtjänstens pågående omställning mot ett mer förebyggande och uppsökande arbetssätt.

Förstudiens syfte har varit att undersöka samverkan mellan region och kommuner i Stockholms län avseende vård och stöd för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Vi har dock ställt frågan om intervjupersonernas generella inställning till en ändring av huvudmannaskapet till att regionerna ska ansvara för all vård och behandling av skadligt bruk och beroende, i enlighet med samsjuklighetsutrednigens förslag. Förstudien har däremot inte omfattat en kartläggning och analys av vilka konsekvenser en eventuell förändring av huvudmannaskapet för behandling och vård av skadligt bruk och beroende skulle medföra för Region Stockholm och länets kommuner. Vissa aspekter, såsom en sammanslagning av tvångsvårdslagstiftningarna LVM och LPT, har berörts översiktligt i

några av intervjuerna. Således finns behov av fördjupade utredningar för att klargöra vilka konsekvenser samsjuklighetsutredningens förslag om ändrat huvudmannaskap och ett inkluderande av LVM i LPT kan få för Region Stockholm och kommunerna i länet, givet att dessa förslag realiseras.

Till sist vill vi även understryka vikten av att regionen och kommunerna i länet, oberoende av åtgärdsförslagen, arbetar mer strukturerat med kvalitetsuppföljning av de insatser som riktar sig till personer med samsjuklighet och som sker i samverkan. Det finns idag stora brister vad gäller uppföljningsarbetet av insatser som sker i samverkan, såväl på strategisk som operativ nivå gällande vård och stöd för vuxna och unga vuxna med samsjuklighet. Det primära syftet med uppföljningarna bör dels vara att säkerställa att de insatser som ges i samverkan till vuxna och unga vuxna med samsjuklighet är ändamålsenliga och har positiv effekt för individens hälsa, funktion och välmående, dels möjliggöra att samverkansarbetet utvecklas. För att få till ett välfungerande och långsiktigt uppföljningsarbete krävs dels en tydlig styrning mot att uppföljningsarbete ska prioriteras, dels tydliga mål och indikatorer, rutiner för uppföljning, ansvarsfördelning, tillgång till relevant och tillförlitliga data samt möjlighet till återkoppling och att resultaten aktivt används som underlag för förbättringsarbete och inte enbart kontroll.

Medskick i korthet

Nedan sammanställer vi i korthet förstudiens medskick kring ytterligare identifierade utvecklingsområden som rör samverkan:

- **En förbättrad intern samverkan inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården** är en förutsättning för att samverkan över huvudmannagränserna ska fungera effektivt och för att vård och stöd ska fungera optimalt för målgrupperna.

- **Samverkan mellan psykiatri, beroendevård och primärvård behöver utvecklas, systematiseras och följas upp** i större utsträckning för att bättre stödja personer med samsjuklighet.

- **Samverkansarbetet kring personer med samsjuklighet bör integreras med och ta avstamp i pågående nationella och regionala utvecklingsarbeten**, såsom omställningen till den nya socialtjänstlagen och övergången till en god och nära vård, för att möjliggöra testning och implementering av nya samverkansformer och arbetssätt.

- **Det krävs fördjupade utredningar om vilka påföljder samsjuklighetsutredningens förslag kan få i praktiken för Region Stockholm och Stockholms läns kommuner**, exempelvis gällande frågan om huvudmannaskap och inkluderandet av LVM i LPT.

- **Ett arbete för att få till en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation samt rutiner för informationsöverföring och samtycke behöver påbörjas** för att förstudiens åtgärdsförslag ska fungera optimalt på längre sikt.

- **En knäckfråga som rör båda åtgärdsförslagen är när en patient/brukare är färdigbehandlad och hur olika insatsers effekter ska utvärderas**.

- **Regionen och kommunerna bör, oavsett åtgärdsförslagen, prioritera ett mer strukturerat kvalitetsuppföljningsarbete av insatser som sker i samverkan för personer med samsjuklighet**. Med tydlig styrning, gemensamma mål och indikatorer, rutiner för uppföljning, tydlig ansvarsfördelning och återkoppling som grund för kontinuerlig förbättring gällande samverkan.

Referenser

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. *Folkhälsokollen*. (2022). https://www.folkhalsokollen.se/

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. *VAL-databaserna – Region Stockholm*. (2025). https://www.folkhalsokollen.se/datakallor/val-databaserna/

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Perspectives on drugs: comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. (2016) https://www.euda.europa.eu/publications/pods/comorbidity-substance-use-mental-health_en

Socialstyrelsen. *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. (2019). https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-11-6481.pdf

Socialstyrelsen. *Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar: Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar*. (2021). https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-4-7277.pdf

Socialstyrelsen. *Nationell utvärdering – vård och stöd vid skadligt bruk och beroende*. (2024). https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2024-6-9057.pdf

Socialstyrelsen. *Vård efter behov? Om vård- och omsorgsinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende*. (2024). https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-5-9075.pdf

SOU 2021:93. *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*: *delbetänkande*.

SOU 2023:5. *Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja: slutbetänkande*.

Storsthlm. *FACT Unga*. (2025). https://www.storsthlm.se/samverkansomraden/god-och-nara-vard-och-omsorg/vard-och-omsorg-i-samverkan/barn-unga/fact-unga

Storsthlm. *Psykisk ohälsa och beroende*. (2025). https://www.storsthlm.se/natverk-och-forum/arbetsgrupper/samradsgrupper/psykisk-ohalsa-och-beroende/

Storsthlm och Region Stockholm. *Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län 2024 – 2030*. (2023). handlingsplan-för-god-och-nära-vård-och-omsorg-i-stockholms-län-2024-2030.pdf

Storsthlm och Region Stockholm. *Huvudöverenskommelse om länsövergripande samverkan kring hälsa, vård och omsorg: Överenskommelse mellan kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm*. (2021).

https://www.storsthlm.se/media/3ymp3mot/huvud%C3%B6verenskommelse-h%C3%A4lsa-v%C3%A5rd-och-omsorg-%C3%B6verenskommelse.pdf

Storsthlm och Region Stockholm. *Samverkan kring personer med missbruk/beroende: Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län*. (2016). https://www.storsthlm.se/media/ubzlg3t0/personer-med-missbruk-och-beroende-%C3%B6verenskommelse.pdf

Sveriges Kommuner och Regioner. *Överenskommelse om psykisk hälsa och suicidprevention 2024*. (2023). https://skr.se/download/18.30c6c28518c8adb1e6ec8ee/1703237010763/Overenskommelse-insatser-psykisk-halsa-suicidprevention-2024.pdf

Vårdgivarguiden. *Familjecentral – valbart uppdrag*. (2025). https://vardgivarguiden.se/avtal/avtalsomrade/lov-vardval-stockholm/familjecentral/

Vårdgivarguiden. *Lifecare SP*. (2025). https://vardgivarguiden.se/it-stod/e-tjanster-och-system/lifecare-sp/

Vårdgivarguiden. *Samordnad individuell plan*. (2025). https://vardgivarguiden.se/avtal/samverkansomraden/samordnad-individuell-plan/

Bilaga 1

Vuxna och unga vuxna med samsjuklighet i Stockholms län

För att få en bild av förekomsten av samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser i Stockholms län har vi erhållit data från Beroendecentrum Stockholm samt avdelningen för kunskapsutveckling på hälso- och sjukvårdsförvaltningen (Region Stockholm). Data begärdes ut under hösten 2024 och avser året 2023. Dataunderlaget är hämtat från VAL-databaserna[19] och visar dels hur många i Stockholms län som år 2023 hade en beroendediagnos från primärvården eller beroendevården samt andra psykiatriska diagnoser, dels hur många som år 2023 hade en diagnos från psykiatrin och som samtidigt hade en beroendediagnos eller ett skadligt bruk.

Statistiken omfattar enbart personer med samsjuklighet som har diagnostiserats inom primärvården, psykiatrin och beroendevården (i egen regi och i privat regi) i Region Stockholm. Således täcks inte förekomsten av personer med samsjuklighet som endast erhållit stöd via kommunernas socialtjänst eller personer med samsjuklighet som är folkbokförda i Stockholms län men som erhållit vård i andra regioner in i statistiken. Därtill täcks inte alla privata vårdgivare in i statistiken, som exempelvis vissa privata digitala vårdgivare. Således utgör statistiken ett estimat och redovisar därmed inte exakta siffror.

Förekomsten av skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser

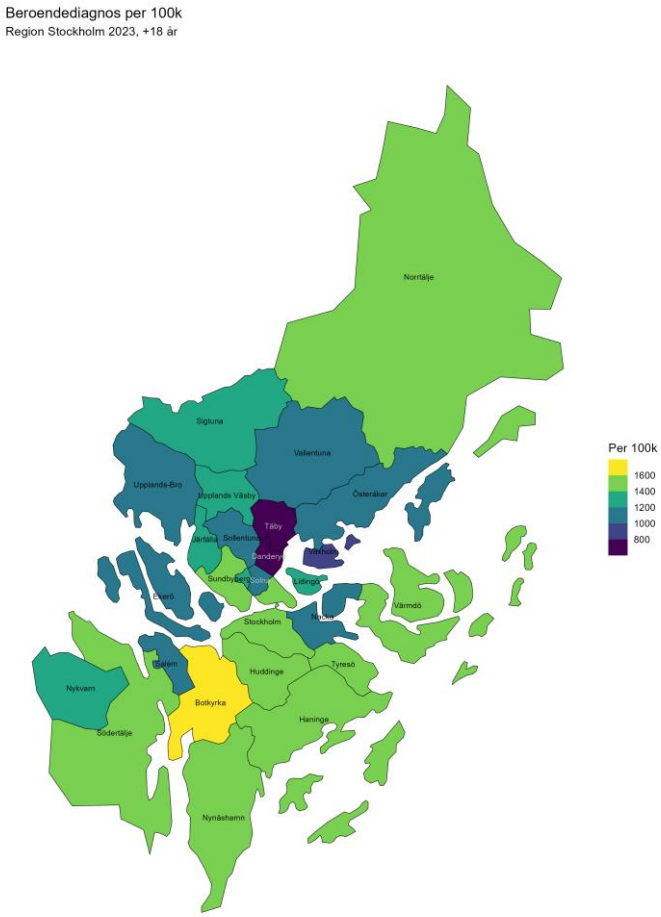
År 2023 var totalt 27 083 personer diagnostiserade med en beroendediagnos (ICD F10-F19) i Stockholms län.[20] Befolkningen i Stockholms län uppgick i december 2023 till 1 932 962 invånare. Andelen med en beroendediagnos i Stockholms län uppgick således till 1,4 procent år 2023.

I kartan nedan illustreras i vilka kommuner patienterna med beroendediagnos var folkbokförda 2023.

[19] VAL-databaserna är en uppsättning administrativa sjukvårdsdatabaser inom Region Stockholm. Databaserna innehåller avidentifierade data för hantering av ersättning till vårdgivare och av invånarnas val av vårdgivare. De används också för uppföljning och analys av hälso- och sjukvården i länet och invånarnas sjukvårdskontakter. För mer information se https://www.folkhalsokollen.se/datakallor/val-databaserna/

[20] Data avser inrapporterade diagnoser i VAL-databasen från specialistvård och primärvård från Region Stockholm och Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON).

Illustration 2. Karta över beroendediagnos och folkbokföring per 100k +18 år, Stockholms län 2023. Källa: Beroendecentrum Stockholm



Som framgår av kartan var flest patienter med beroendediagnos folkbokförda i kommunerna i de södra, östra och centrala delarna av länet samt i Norrtälje kommun 2023. I Botkyrka kommun var 1,6 procent av patienterna med beroendediagnos folkbokförda 2023. Lägst andel patienter med beroendediagnos var folkbokförda i Täby och Danderyds kommuner.

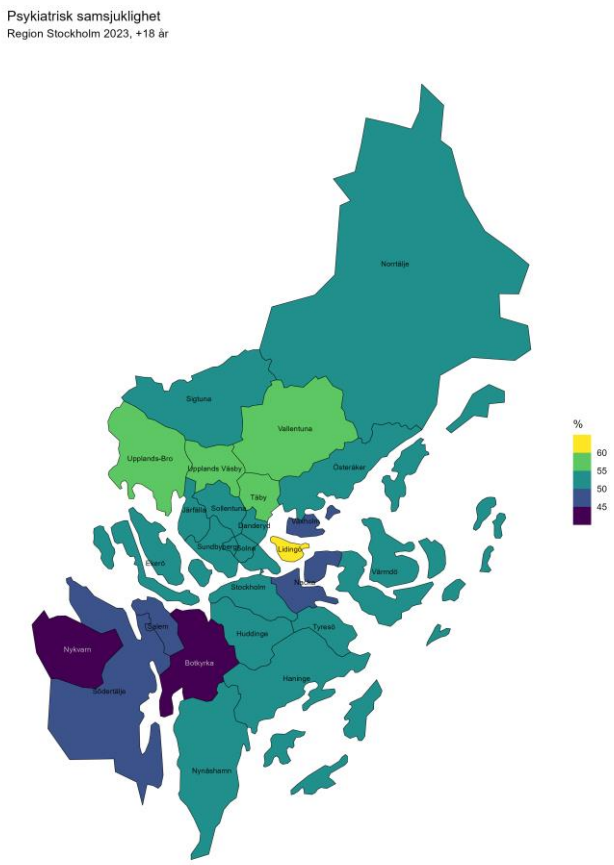
Fördelningen av var patienter med beroendediagnos var folkbokförda 2023 överensstämmer i viss mån med hur den generella folkhälsan tar sig uttryck i länet utifrån vissa folkhälsoparametrar, såsom socioekonomi (utbildning, sysselsättning och inkomst) samt vissa skillnader i levnadsvanor samt indikatorer som rör sociala relationer, trygghet och demokrati.[21]

Av de 27 083 personer som diagnostiserats med en beroendediagnos hade 14 179 en annan psykiatrisk diagnos år 2023. Andelen patienter med beroendediagnos och annan psykiatrisk samsjuklighet uppgick därmed till ca 52 procent.

I kartan nedan illustreras även var patienterna med beroendediagnos och annan psykiatrisk samsjuklighet var folkbokförda år 2023.

[21] Folkhälsokollen. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm. 2022. https://www.folkhalsokollen.se/

Illustration 3. Karta över psykiatrisk samsjuklighet bland patienter med beroendediagnos och folkbokföring +18, Stockholms län 2023. Källa: Beroendecentrum Stockholm



Bland de med beroendediagnos och annan psykiatrisk samsjuklighet var högst andel folkbokförda i Lidingö kommun samt i kommunerna i de nordvästra delarna av länet (mellan 55 – 60 procent). Lägst andel med beroendediagnos och psykiatrisk samsjuklighet var folkbokförda i de sydvästra delarna av länet samt i Nacka och Vaxholm år 2023 (mellan 45 – 50 procent).

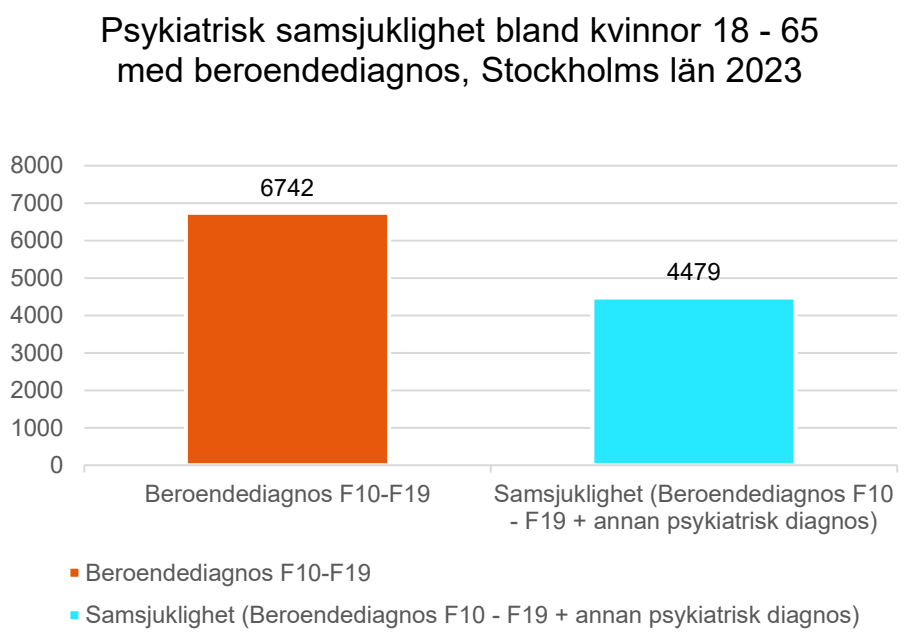
Som framgår av bild 1. *Karta över beroendediagnos och folkbokföring per 100k +18 år, Stockholms län 2023* var flest patienter med beroendediagnos bland annat folkbokförda i kommunerna i de södra delarna av länet. I bilden ovan framgår att den psykiatriska samsjukligheten bland de patienter med beroendediagnos som var skrivna i exempelvis Botkyrka, Södertälje och Nykvarn, där en högre andel patienter med beroendediagnos var skrivna 2023, var lägre i jämförelse med andra kommuner i länet. Att den psykiatriska samsjukligheten var lägre i dessa kommuner 2023 kan tänkas bero på flera saker, som exempelvis närhet till psykiatrisk vård. För att få svar på varför den psykiatriska samsjukligheten är lägre eller högre i vissa kommuner krävs dock ytterligare efterforskning.

Bland patienterna med beroendediagnos var de vanligast förekommande psykiatriska samsjuklighetsdiagnoserna ångestsyndrom (ICD 10 F41) följt av hyperaktivitetsstörningar (ICD 10 F90). Därtill var även depression (F32) samt anpassningsstörningar och reaktion på svår stress (F43) vanligt förekommande psykiatriska diagnoser bland patienter med beroendediagnos år 2023.

Fördelningen bland kvinnor och män med beroendediagnos och annan psykiatrisk samsjuklighet skiljde sig år 2023 genom att andelen kvinnor med psykiatrisk samsjuklighet var högre än andelen män med psykiatrisk samsjuklighet samt att det var fler män totalt sett som hade en beroendediagnos i jämförelse med kvinnor år 2023.

I diagrammet nedan visas fördelningen bland kvinnor i åldrarna 18–65 med beroendediagnos och annan psykiatrisk samsjuklighet i Stockholms län, år 2023:

Diagram 1. Antal kvinnor med beroendediagnos och psykiatrisk samsjuklighet 18–65, Stockholms län 2023



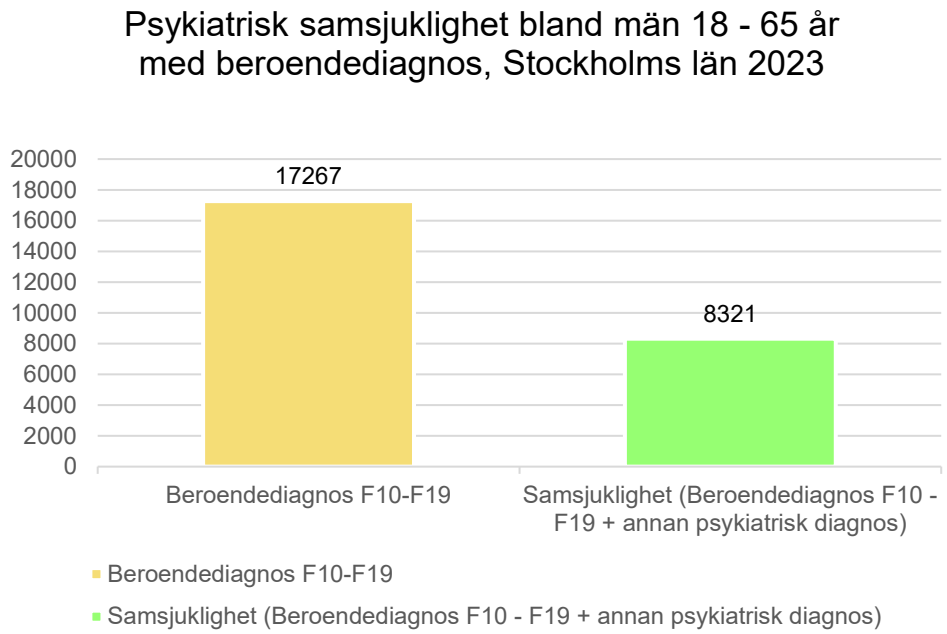
År 2023 hade 6742 kvinnor i åldrarna 18 – 65 en beroendediagnos i Stockholms län. Av dessa hade 4479 kvinnor, utöver beroendediagnos, även en annan psykiatrisk diagnos. Andelen kvinnor (18–65) med samsjuklighet i form av beroendediagnos och annan psykiatrisk diagnos uppgick därmed till ca 66 procent.

Därtill fanns även skillnader mellan olika åldersgrupper. Bland kvinnor i åldrarna 18–25 hade 658 en beroendediagnos 2023. Av de hade 532 kvinnor även en annan psykiatrisk diagnos. Andelen kvinnor i åldersgruppen 18–25 med samsjuklighet i form av beroendediagnos och annan psykiatrisk diagnos var således ca 81 procent år 2023.

Att den psykiatriska samsjukligheten är vanligare bland kvinnor med beroendeproblematik i jämförelse med män nämns även i Socialstyrelsens rapport *Vård efter behov? Om vård- och omsorgsinsatser till flickor och kvinnor med skadligt bruk och beroende* (2024) där det bland annat framgår att såväl svenska som internationella studier pekar på detta förhållande.

Bland män med beroendediagnos var andelen med psykiatrisk samsjuklighet lägre. Däremot var det fler män totalt sett som hade en beroendediagnos och en psykiatrisk samsjuklighet år 2023:

Diagram 2. Antal män med beroendediagnos och psykiatrisk samsjuklighet 18–65, Stockholms län 2023



År 2023 hade 17 267 män (18 – 65) en beroendediagnos i Stockholms län, varav 8321 av de hade en psykiatrisk samsjuklighet. Andelen män med beroendediagnos och psykiatrisk samsjuklighet var därmed ca 48 procent 2023.

I Socialstyrelsens nationella utvärdering av vård och stöd vid skadligt bruk och beroende[22] lyfts bland annat att det generellt sett är vanligare att män och pojkar använder och har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol och andra droger i jämförelse med kvinnor. Däremot varierar könsskillnaderna mellan olika substanser och tenderar att vara mindre bland yngre åldrar.

Förekomsten av psykiatriska diagnoser och samtidigt beroende eller skadligt bruk

I det följande presenteras data avseende patienter i åldrarna 18–64 med diagnos från psykiatrin och samtidig beroendediagnos eller skadligt bruk från år 2023 i Region Stockholm. Data har erhållits från avdelningen för kunskapsutveckling på hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm. Uttaget av data omfattar både psykiatri som drivs i regionens regi samt i privat regi. Därtill omfattar uttaget av data både psykiatrisk öppen- och slutenvård från år 2023.[23]

Totalt sett hade 108 458 personer en psykiatrisk diagnos från regionägd eller privat psykiatri i Stockholms län år 2023. Befolkningen i Stockholms län uppgick i december 2023 till 1 932

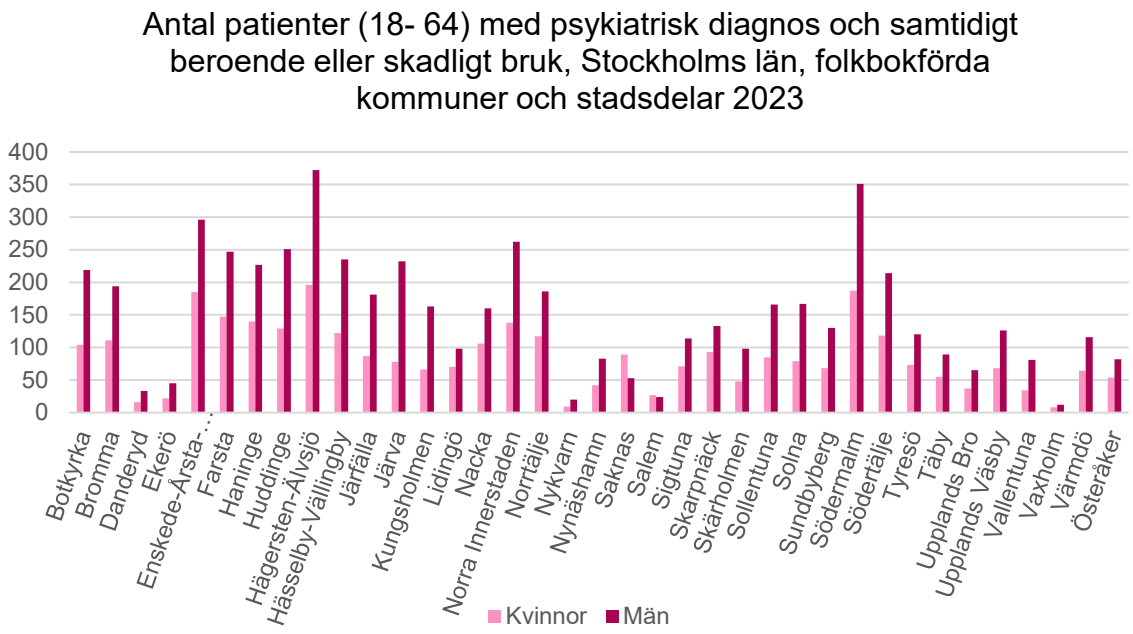
[22] Socialstyrelsen. (2024). *Nationell utvärdering – vård och stöd vid skadligt bruk och beroende*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2024-6-9057.pdf

[23] Data avser inrapporterade diagnoser i VAL-databasen från psykiatrin i egen regi och upphandlad regi från Region Stockholm samt Kommunalförbundet sjukvård och omsorg i Norrtälje (KSON).

962 invånare. Andelen med en psykiatrisk diagnos från psykiatrin i Region Stockholm uppgick således till 5,6 procent år 2023.

Samsjukligheten i form av skadligt bruk och beroende bland patienter med en psykiatrisk diagnos (ICD 10 F10 – F19) var år 2023 ca 8,6 procent. I tabellen nedan illustreras var patienterna med en psykiatrisk diagnos och samsjuklighet i form av beroende och skadligt bruk var folkbokförda, uppdelat på kön 2023.

Diagram 3. Antal patienter med psykiatrisk diagnos och samsjuklighet i form av beroende och skadligt bruk, folkbokföring kommuner och stadsdelar 2023, Stockholms län.



Som framgår av diagrammet var flest patienter med en psykiatrisk diagnos och samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende folkbokförda i Enskede-Årsta-Vantör, Farsta, Huddinge, Hägersten-Älvsjö, Norra innerstaden samt Södermalm år 2023.

Av diagrammet framgår även att det är fler män än kvinnor totalt sett som har en samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende. Däremot fanns vissa könsskillnader i antal med psykiatrisk diagnos och samsjuklighet i form av beroende eller skadligt bruk mellan olika åldersgrupper. Till exempel var fördelningen av samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende mer jämn mellan könen i åldersgruppen 18 – 24 år 2023.

I tabellen nedan illustreras könsfördelningen avseende totalt antal kvinnor och män (18 – 64) med psykiatrisk diagnos och samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende i Stockholms län, år 2023:

Diagram 4. Totalt antal kvinnor och män med psykiatrisk diagnos och samsjuklighet i form av beroende och skadligt bruk, Stockholms län, 2023.

