

# Inventering av vård och stöd till personer med samsjuklighet i Västra Götaland

Fil.dr Lisbeth Lindahl  
Fil.dr Jenny Rangmar

Fil.dr Maria Klamas  
Fil.dr Marie Wilhsson

2021





Göteborgsregionen (GR) består av 13 kommuner som har valt att jobba tillsammans. Vi driver utvecklingsprojekt, har myndighetsuppdrag, forskar, ordnar utbildningar och är storstadsregionens röst i Västsverige, bland mycket annat. I våra nätverk träffas politiker och tjänstepersoner för att utbyta erfarenheter, bolla idéer och besluta om gemensamma satsningar. Allt för att regionens en miljon invånare ska få ett så bra liv som möjligt.

Göteborgsregionen 2021  
FoU i Väst  
Box 5073, 402 22 Göteborg  
[gr@goteborgsregionen.se](mailto:gr@goteborgsregionen.se)  
[www.goteborgsregionen.se](http://www.goteborgsregionen.se)

---

Rapporten har tagits fram av FoU i Väst, Göteborgsregionen (GR), i samarbete med Högskolan i Skövde och Fyrbodals kommunalförbund.

# Innehåll

Förkortningar och begrepp.....	3
Sammanfattning.....	5
Inledning .....	7
Bakgrund.....	8
Förekomst .....	8
Ansvarsfördelning och organisering.....	8
Samverkan .....	10
Nationell utredning .....	10
God och nära vård .....	11
Styrande dokument .....	12
Inventeringsuppdraget .....	12
Syfte .....	13
Metod.....	14
Genomförande.....	14
Datainsamling .....	15
Deltagare.....	16
Analys.....	17
Resultat .....	18
Vård och stöd för personer med samsjuklighet .....	18
Verksamheter och insatser.....	18
Vilka insatser ges?.....	20
Psykologiska insatser.....	23
Psykosociala insatser.....	24
Sociala insatser .....	26
Praktiska och kompensatoriska insatser .....	28
Samverkansinsatser och verktyg .....	30
Skillnader mellan olika delar av länet.....	32
Vad ligger till grund för val av stöd och insats eller metod? .....	34
Evidens och riktlinjer .....	37
Beskrivna effekter.....	37
Tillgänglighet och efterfrågan .....	40
Sammanfattning av resultat.....	44
Diskussion.....	46
Referenser .....	50
Bilaga 1. Länsdelar i Västra Götaland.....	52

## Förkortningar och begrepp

<b>ACT</b>	Assertive Community Treatment. Samordning av vård och stödsatser i möjligaste mån utförda i personens hemmiljö.
<b>ASI</b>	Addiction Severity Index. Standardiserad bedömningsmetod i intervjuform.
<b>BmSS</b>	Bostad med Särskild Service. Boende med stöd och hjälp i vardagen.
<b>BUP</b>	Barn- och ungdomspsykiatri
<b>CM</b>	Case Management/Manager. En resursperson som har det yttersta samordnaransvaret för en individ.
<b>COPE</b>	Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure. Samtidig behandling av PTSD och beroendesjukdom med förlängd exponering.
<b>CRA</b>	Community Reinforcement Approach. Praktisk terapi för återfallsprevention.
<b>DALY</b>	Disability adjusted life years. Funktionsjusterade levnadsår. Mått på den tid man förlorar på grund av för tidig död eller tillstånd med ohälsa.
<b>DBT</b>	Dialektisk beteendeterapi
<b>ESL</b>	Ett Självständigt Liv. Socialpedagogisk behandlingsmodell.
<b>FACT</b>	Flexibel ACT
<b>HSV</b>	Hemsjukvård
<b>IPS</b>	Individual Placement and Support. Hjälper individer till ett avlönat arbete.
<b>KBT</b>	Kognitiv beteendeterapi
<b>LARO</b>	Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende kombinerar läkemedelsbehandling med psykologisk behandling, psykosocial behandling eller psykosocialt stöd.
<b>LPT</b>	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
<b>LSS</b>	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
<b>LUS</b>	Lagen (2017:162) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
<b>LVM</b>	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
<b>LVU</b>	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
<b>MET</b>	Motivational Enhancement Therapy. Metod för att frambringa snabb, internt motiverad förändring hos personer.
<b>NU-sjukvården</b>	En del av Västra Götalandsregionen och består av Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus.
<b>NPF</b>	Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar
<b>NÄL</b>	Norra Älvsborgs Länssjukhus

Inventering av vård och stöd för personer med samsjuklighet

<b>PEER support</b>	Personer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa arbetar som utbildad stödperson.
<b>Previct</b>	Digital återfallsprevention
<b>Psykoedukation</b>	Pedagogisk ansats som används inom KBT.
<b>QOL</b>	Quality of life. Mått på en persons livskvalitet.
<b>R-ACT</b>	Resursgrupp-ACT. Resursgrupp kring individen som samordnar stödåtgärder enligt ACT.
<b>SIA</b>	Stöd i Arbete. Stöd på arbetsplatser för att fler ska komma i arbete.
<b>SIP</b>	Samordnad individuell plan. Upprättas när kommunen och regionen bedömer att insatser behöver samordnas.
<b>SKR</b>	Sveriges kommuner och regioner, en medlems- och arbetsgivarorganisation för landets alla kommuner och regioner.
<b>Samverkan</b>	Används här som ett paraplybegrepp som inkluderar olika begrepp som samarbete, koordination med mera.
<b>SU</b>	Sahlgrenska Universitetssjukhuset
<b>SÅS</b>	Södra Älvsborgs sjukhus
<b>Västra Götaland (VG)</b>	Avser här det geografiska området Västra Götalands län
<b>VGR</b>	Västra Götalandsregionen är den organisation som ansvarar för samhällets offentligt finansierade hälso- och sjukvård, kollektivtrafik med mera i Västra Götalands län. Länet har 1 735 879 invånare.
<b>VästKom</b>	VästKom, arbetar på uppdrag av de fyra kommunalförbunden i Västra Götaland: Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund, Fyrbodals kommunalförbund, Göteborgsregionens kommunalförbund och Skaraborgs kommunalförbund.
<b>VUP</b>	Vuxenpsykiatri

# Sammanfattning

Bakgrunden till inventeringen är överenskommelsen mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna i Västra Götaland (VG) om samverkan kring personer med samsjuklighet (VGR & Västkom, 2020) och Läns gemensamt inriktningsdokument för organiserat integrerat arbete för personer med psykisk ohälsa, missbruk och beroende (2020). Utifrån dessa styrdokument identifierade VästKom och Kunskapsstöd för psykisk hälsa, VGR, ett behov av att genomföra en inventering av vilka insatser som erbjuds vuxna personer med samsjuklighet i Västra Götaland. FoU i Väst fick i uppdrag att genomföra inventeringen.

Målgruppen för dessa insatser är personer med samsjuklighet, vilket är en heterogen grupp med skilda behov av vård och stöd (Socialstyrelsen, 2019). Målgruppen har ofta sammansatta behov av både medicinska och sociala insatser vilket vanligtvis kräver en samverkan mellan kommun och region. Personer med samsjuklighet kommer även att beröras av den pågående övergången till ”god och nära vård” (SOU 2021:6) inom hälso- och sjukvårdsområdet, vars syfte är att öka samverkan utifrån individens behov samt att göra vården mer tillgänglig.

Syftet med inventeringen var att beskriva vård- och stödinsatser som ges till personer med samsjuklighet i Västra Götaland, att beskriva på vilken grund dessa insatser ges samt om det finns skillnader i insatser inom länet.

Inventeringen har genomförts i samverkan mellan olika kommunala FoU-miljöer, CERA, representanter från de fyra kommunalförbunden i länet samt Kunskapsstöd psykisk hälsa och Beroendekliniken vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Datainsamlingen bygger på fyra workshoppar (n = 50), intervjuer (n = 9) samt en webbenkät (n = 69). Dessutom genomfördes informationssökning på kommunala och regionala webbsidor. Materialet från workshopparna och intervjuerna analyserades enligt tematisk analys medan enkätdata analyserades med hjälp av deskriptiv statistik.

Resultatet beskriver sex teman för insatser, metoder och verktyg: medicinska och omvårdnadsinsatser; psykologiska insatser; psykopedagogiska och stödjande insatser; sociala insatser; praktiska och kompensatoriska insatser samt samverkansinsatser.

En analys av skillnader mellan vilka insatser som erbjuds i de olika länsdelarna<sup>1</sup> visar att det finns ett mer utvecklat och differentierat stöd i Göteborgsregionen. Detta gäller främst integrerade verksamheter, samverkansinsatser samt insatser som specifikt riktar sig till målgruppen.

Svaren på vad som ligger till grund för val av stöd, insatser och metoder vittnar om den komplexa beslutssituation som råder i praktiken. Tillgången till insatser upplevdes påverka vilka insatser och metoder som ges. Vidare framkom det att

---

<sup>1</sup> Med länsdelar menas här: Göteborgsregionen, Boråsregionen, Skaraborg och Fyrbodal utifrån kommunalförbundsindelningen inom Västra Götalands län.

val av stöd, insats och metod ofta tas utifrån det professionella perspektivet i stället för utifrån ett patient- eller brukarperspektiv. Resultatet vittnar om bristande kännedom om vilka insatser, metoder och verktyg som finns samt vilka effekter som påvisats för målgruppen. Resultatet från webbenkäterna visar att deltagarna upplever bristande tillgänglighet och kontinuitet i de insatser som ges. Insatserna för målgruppen bör också i högre grad anpassas för att möta ungdomars behov.

# Inledning

Den här rapporten redovisar resultatet från ett uppdrag från kommunernas länsgemensamma samverkansaktör med fokus på välfärd och regional utveckling VästKom, och Västra Götalandsregionen (Kunskapsstöd för Psykisk Hälsa). Det övergripande syftet med uppdraget var att med en inventering beskriva vård- och stödinsatser som ges till personer med samsjuklighet i Västra Götaland. Bakgrunden till uppdraget var ett behov av att skapa en tydligare och gemensam bild av utbudet av insatser för målgruppen, det vill säga personer med missbruk/beroende eller psykisk ohälsa, i länet. Västra Götalands län är stort och spänner över 49 kommuner, fem sjukhusområden och ett stort antal vårdcentraler, vilket försvårar överblicken. Ett mål med den här rapporten är att den ska bidra till en bättre överblick.

Uppdraget har genomförts av Lisbeth Lindahl och Jenny Rangmar vid FoU i Väst, Göteborgsregionen, Marie Wilhsson vid Högskolan i Skövde och Maria Klamas vid FoU Socialtjänst Fyrbodals kommunalförbund. Rapporten ger en ögonblicksbild av vilka verksamheter och insatser samt uppfattningar knutna till området samsjuklighet som kunde fångas vid tidpunkten för projektet. Den är tänkt att fungera som ett underlag för framtida kunskaps- och verksamhetsutveckling och är därför relativt detaljerad på sina ställen. Undersökningen har vissa begränsningar. Den avgränsades till de insatser som ges av kommun och sjukvård. Det finns insatser som ges av fler aktörer såsom personligt ombud, god man, Kriminalvården, Frivården, Tandvården och organisationer inom civilsamhället som inte har inkluderats, efter en överenskommelse med uppdragsgivarna. Primärvården har inte heller inkluderats på grund av att målgruppen definierades som den grupp som har behov av insatser från både psykiatri och socialtjänst. I framtida undersökningar vore primärvården viktig att ha med eftersom de också möter målgruppen.

Detta breda uppdrag krävde ytterligare avgränsningar för att projektet skulle bli möjligt att genomföra utifrån givna resurser<sup>2</sup>. Uppdragsgivaren hade definierat uppdraget som en inventering och inte en kartläggning eftersom en kartläggning ger intrycket av att vara heltäckande, vilket inte var möjligt att genomföra med den budget som fanns.

Rapporten inleds med en bakgrund där gruppen personer med samsjuklighet sätts i ett sammanhang, med en beskrivning av hur problematiken ser ut, dess omfattning, och det ansvar som huvudmännen har för att tillgodose målgruppens behov. Därefter följer ett kapitel om hur inventeringen har genomförts. I den tredje delen presenteras resultatet med slutsatser och en diskussion av resultatet.

---

<sup>2</sup> För att kunna genomföra inventeringen utan åldersavgränsningar har medel även tillskjutits från FoU i Väst, Göteborgsregionen.



## Bakgrund

För att ringa in vilken målgrupp inventeringen har kretsat kring krävdes en definition av begreppet samsjuklighet. Med samsjuklighet menas i det här sammanhanget personer som samtidigt antingen har ett beroende<sup>3</sup> och annan psykiatrisk diagnos enligt bedömning av sjukvården, eller som har en samsjuklighet i form av missbruk och psykisk funktionsnedsättning enligt bedömning gjord av socialtjänsten.

## Förekomst

Personer med samsjuklighet utgör en heterogen grupp med skilda behov av vård och stöd, beroende på vilken substans det rör sig om, beroendets eller missbrukets omfattning och grad av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2019). Det är därför svårt att ange hur stor gruppen personer med samsjuklighet är. Kriterierna för vilka som inkluderas i den här gruppen skiljer sig åt mellan olika undersökningar, vilket gör siffrorna osäkra. I en del undersökningar inkluderas enbart personer som har flera diagnoser samtidigt vid en bestämd tidpunkt, medan andra undersökningar inkluderar personer som har haft två eller flera sjukdomstillstånd någon gång i livet (Socialstyrelsen, 2019). En kartläggning av förekomst av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik gjordes år 2019 och ger en fingervisning om omfattning. Kartläggningen bygger på inrapporterade diagnoser till Socialstyrelsens patientregister under 2017 och visar att drygt femtiotusen personer hade vårdats i slutenvård för intag av beroendeframkallande substanser under det året<sup>4</sup>. Av dessa hade drygt 50 procent av männen och drygt 60 procent av kvinnorna även vårdats för psykiatrisk problematik under perioden 2016–2018 (Socialstyrelsen, 2019). I patientregistret registreras inte de som vårdas i primärvård vilket betyder att gruppen personer med samsjuklighet sannolikt är större än vad denna kartläggning visar.

## Ansvarsfördelning och organisering

Kommunerna och regionerna har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med samsjuklighet utifrån sina respektive ansvarsområden. Personer med samsjuklighet har ofta sammansatta behov och kan behöva samtida medicinska och sociala insatser. Därför behövs ofta både kommunala och regionala insatser för att tillgodose de behoven. Kommuner och sjukvården arbetar utifrån olika lagstiftning. Förutom lagarna som beskrivs nedan finns även en tvångslagstiftning som används i de fall som frivilliga insatser inte bedöms vara tillräckliga: lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) som kan användas av psykiatrin, och lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) som kan användas av socialtjänsten.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS, 2017:30), innebär begreppet hälso- och sjukvård åtgärder som förebygger, utreder och behandlar sjukdomar och skador. I

---

<sup>3</sup> Begreppet beroende används i den senaste versionen av den diagnostiska manual som ofta används inom psykiatrin (DSM-V). DSM-V står för Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Femte versionen och används internationellt. Manualen ges ut av APA (American Psychological Association).

<sup>4</sup> Personer över 10 år inkluderades.

praktiken är hälso- och sjukvården uppdelad i en somatisk och en psykiatrisk vård. Vården ges i form av slutenvård, det vill säga som inläggningar på vårdavdelning, eller som öppenvård det vill säga utredning och behandling vid mottagningar som patienten besöker<sup>5</sup>. För den målgrupp som berörs av den här rapporten är det den psykiatriska vården som avses. Beroende är en psykiatrisk diagnos<sup>6</sup> vid sidan av andra psykiatriska diagnoser. För personer med lättare psykisk ohälsa är det primärvården som är ansvarig vårdgivare medan personer med allvarigare psykisk ohälsa kan få vård på specialistnivå dit psykiatrin hör. Hur ansvarsfördelningen ser ut mellan primärvården och specialistpsykiatrin i Västra Götaland beskrivs i en Regional medicinsk riktlinje (RMR). I de flesta sjukhusområden i länet ingår beroendevården i den allmänna psykiatrin, medan det finns en subspecialisering för beroendevård vid Sahlgrenska Universitetskliniken (SU) vilken är en del av specialistpsykiatrin.

Kommunen har ansvar för att bidra med sociala insatser och under särskilda förutsättningar vård till målgruppen. Dessa insatser ges framför allt utifrån socialtjänstlagen, SoL (SFS, 2001:453) men även utifrån HSL vid behov av hälso- och sjukvårdsinsatser från den kommunala hemsjukvården<sup>7</sup>. I den kommunala hälso- och sjukvården finns bland annat sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Enligt SoL har kommunen ansvar för att varje enskild person får det stöd och den vård som hen behöver för att komma ifrån ett missbruk (5 kap. 9 § SoL). Det innebär också ibland att kommunen ger personen stöd att få stöd och vård som andra tillhandahåller eller ansvarar för. Hur socialtjänsten är organiserad skiljer sig åt mellan olika kommuner. Förvaltningarna kan dessutom ha olika namn. Individ- och familjeomsorgen, ofta kallad IFO, är en del av socialtjänsten. Den del som kallas socialpsykiatri<sup>8</sup> ryms ibland inom IFO och ibland inom funktionsstödsförvaltningen. I några kommuner är socialtjänsten indelad i flera förvaltningar och organisationer, där det finns en långtgående specialisering, medan det i andra kommuner finns en samlad socialtjänst. Den grupp som är över 65 år som tillhör målgruppen hör ofta hemma i äldreomsorgen eller en vård- och omsorgsförvaltning medan den grupp som är under 18 år kan höra hemma inom en barn- och unga-förvaltning.

Socialtjänsten erbjuder både förebyggande och främjande insatser, till exempel i form av rådgivning, stödsamtal och sociala stödinsatser som inbegriper boende, boendestöd, sysselsättning och försörjning. Socialtjänsten har även ansvar för att erbjuda stöd till barn, anhöriga och närstående. I fråga om ansvaret för vård och stöd till personer med samsjuklighet framgår det av både socialtjänstlagen (5 kap. 8 § SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (7 och 8 § HSL) att kommuner och region har ett gemensamt ansvar för den här gruppen och ska planera sin verksamhet i samverkan med utgångspunkt i målgruppens behov. Behandling och stödinsatser bör dessutom ske samtidigt och i samordnade former (Danermark & Kullberg, 1999, Drake m fl. 2006. Västkom & Västra Götalandsregionen, 2020). Det kan till exempel vara

<sup>5</sup> Det finns även blandformer av öppen- och slutenvård.

<sup>6</sup> Enligt ICD-10, som är det diagnosystem som främst används inom hälso- och sjukvården.

<sup>7</sup> I de fall det rör sig om långvariga behov och om patienten inte kan ta sig till vårdcentral.

<sup>8</sup> Stödinsatser enligt SoL och HSL som ges till personer med psykisk funktionsnedsättning t.ex. boenden, boendestöd, sysselsättning, kontaktpersonsverksamhet och hälso- och sjukvård via kommunen.

psykosociala insatser. De utgår från individens psykologiska och sociala situation och insatser integreras på olika sätt för att leda till förändring till det bättre för den som behöver det.

## Samverkan

I takt med att välfärden har utvecklats och blivit mer heterogen har samverkan mellan olika aktörer blivit allt viktigare (Danermark & Kullberg, 2006). Det finns dock ingen enhetlig definition av begreppet samverkan (Jenssen & Kuosmanen, 2008). Många forskare låter i stället begreppet som samverkan, samarbete eller samsyn ha ett innehåll som bäst passar det aktuella ändamålet. Att det saknas en enhetlighet i språkbruket har förmodligen att göra med att forskning om samverkan inbegriper många områden och handlar om komplexa fenomen. I den här rapporten används begreppet samverkan som ett paraplybegrepp som inkluderar andra samverkansbegrepp såsom samarbete, koordination med flera.

Berggren (1982) har föreslagit en modell för att beskriva graden av närhet och intensitet i samverkan mellan organisationer. Enligt den kallas den lägsta graden av samverkan för *kollaboration*. Begreppet avser samarbete mellan personal som arbetar med integrerade arbetssätt runt en och samma person i avgränsade frågor. Nästa nivå kallas *koordination* eller *samordning*, vilken handlar om att ömsesidigt bidra med kompletterande insatser för att uppnå ett gemensamt resultat. Den tredje nivån kallas för *konsultation*, vilken utgörs av tillfälliga insatser hos en annan organisation, medan den fjärde nivån är den mest intensiva formen av samverkan som kallas för *integration* eller *sammansmältning*. Vid integration blir de flesta eller alla uppgifter gemensamma i en organisation. Kritik mot den här modellen är att den enbart beskriver samverkan mellan professionella aktörer (Willumsen, 2007; Jensen & Kuosmanen, 2008), och missar därmed det viktiga samarbetet med brukaren/patienten.

Eftersom personer med samsjuklighet ofta har sammansatta behov med insatser från både kommun och region krävs en samverkan mellan aktörerna. Samverkan behövs även mellan organisationer och personal med samma huvudman, i och med att välfärdssektorn idag kännetecknas av fragmentering och specialisering (Danermark & Kullberg, 2006). Om samverkan fallerar ökar risken för att personer med samsjuklighet inte får de insatser de behöver utan ”hamnar mellan stolarna”. Den metaforen används för att beskriva organisatoriska mellanrum inom och mellan olika organisationer. Mellanrummet kan uppstå när samordning av aktiviteter inte fungerar för att en organisations ansvar, befogenheter och kompetens tar slut utan att någon annan organisation tar vid (Tyrstrup, 2014).

## Nationell utredning

Regeringen tog initiativ till en nationell utredning som påbörjades sommaren 2020 (Dir. 2020:68) med Anders Printz som särskild utredare. Syftet med den var att arbeta fram förslag till hur samordnade insatser av vård, behandling och stöd kan säkerställas för personer med samsjuklighet. Den nationella utredningen pågick

parallellt med den inventering som beskrivs här och ett visst samarbete har ägt rum mellan dessa uppdrag. Eftersom den här rapporten publicerades innan den nationella utredningen var färdig sammanfattas här de preliminära förslag som den hade i september 2021.

- Tydliggörande av regionernas och kommuners uppdrag så att regionernas hälso- och sjukvård ansvarar för behandling av skadligt bruk och beroende, medan kommunernas socialtjänst fokuserar på sitt kärnuppdrag som är att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet samt att frigöra och utveckla resurser.
- En skyldighet för regionerna att inom ramen för lag om sprututbyte bedriva lågtröskelverksamheter med samlade skadereducerande och hälsofrämjande insatser som riktar sig till personer som använder narkotika.
- En skyldighet för regionernas hälso- och sjukvård att samordna behandling av skadligt bruk och beroende med behandling av övriga psykiatriska diagnoser, så att personer med skadligt bruk och beroende inte utesluts från nödvändiga insatser.
- En skyldighet för regionerna att ansvara för hälso- och sjukvården när en person är placerad på ett hem för vård och boende som kopplas till betalningsansvar.
- En skyldighet för regioner och kommuner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Syftet är att tillgodose behoven hos personer som på grund av nedsatt psykisk funktionsförmåga har behov av insatser från socialtjänst och hälso- och sjukvård samtidigt, och där det under en längre tid är nödvändigt med särskild samordning för att insatserna ska kunna genomföras.
- Att begreppet missbruk utgår i hälso- och sjukvårds- och socialtjänstlagstiftningen och ersätts av begreppen skadligt bruk och beroende.

## God och nära vård

Personer med samsjuklighet kommer att beröras av den övergång inom hälso- och sjukvårdsområdet som pågår och som benämns ”god och nära vård” (SOU 2021:6). Det arbetssättet syftar till att öka samverkan utifrån individens behov samt att göra vården mer tillgänglig genom bland annat geografisk närhet.

Tillgänglighetsaspekterna innefattar även öppethållandetider, jourtjänstgöring, förekomsten av köer, fysisk tillgänglighet eller anpassad information. Det handlar även om möjligheter att välja kommunikationskanaler som till exempel telefon eller digitala möten. Omställningen av hälso- och sjukvården ska leda till att patienter får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Syftet med satsningen på nära vård är att minska risken för att personer med komplexa vård- och omsorgsbehov hamnar på sjukhus, akutmottagningar och slutenvård i onödan. Personer med samsjuklighet är som tidigare nämnts ingen homogen grupp, vilket innebär att de insatser som erbjuds bör utgå från en dialog med den enskilda patienten eller brukaren.

## Styrande dokument

Det finns en överenskommelse mellan Västra Götalandsregionen (VGR) och de 49 kommunerna i Västra Götaland (VG) om en samverkan kring personer med samsjuklighet som finns nedskrivna i "Handlingsplan psykisk hälsa" (VGR & Västkom, 2020). Där har VGR, de 49 kommunerna i Västra Götaland, VästKom och Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Västra Götaland och Göteborg formulerat en gemensam struktur för sitt arbete på strategisk övergripande nivå med personer med samsjuklighet. För vuxna gäller mål 4.2, som säger att "Personer med missbruk, psykisk ohälsa och/eller komplex problematik ska få integrerade insatser" och mål 2.2, som handlar om att "Förebygga och uppmärksamma bruk av alkohol och narkotika bland unga". Ett annat styrande dokument som berör vård och stöd som ges till personer med samsjuklighet är Läns-gemensamt inriktningsdokument för organiserat integrerat arbete för personer med psykisk ohälsa, missbruk och beroende (2020). Detta dokument handlar om att samarbete ska utgå från att målgruppens behov är av sådan karaktär att det krävs att olika vård- och stödgivare samverkar interprofessionellt och att "integrerat arbete behöver organiseras för att säkra hållbar verksamhet och utveckling".

## Inventeringsuppdraget

Med dessa styrande dokument och överenskommelser som bakgrund identifierade VästKom och Kunskapsstöd för psykisk hälsa, Västra Götalandsregionen, behovet av en inventering av vilka insatser som erbjuds vuxna personer med samsjuklighet i Västra Götaland. De gav FoU i Väst i uppdrag att genomföra den. FoU i Väst var redan då i inledningsskedet av ett annat projekt som också handlade om att undersöka vård och stöd som ges till personer med samsjuklighet. Det projektet integrerades med det projekt som beskrivs här, i syfte att bredda inventeringen till att omfatta personer i alla åldrar.

Det fanns också en önskan från uppdragsgivarna att projektet skulle genomföras i samverkan mellan de kommunala FoU-miljöerna i länet. Därför gick en förfrågan om ett forskarsamarbete ut till dessa. Två intresseanmälningar kom in, en från Fyrbodals och en från Skaraborgs kommunalförbund (Högskolan i Skövde), vilka kontrakterades som samarbetspartners. Tillsammans bildade dessa forskare en arbetsgrupp som är författare till denna rapport där fil dr Lisbeth Lindahl och fil dr Jenny Rangmar, båda forskare vid FoU i Väst, har haft övergripande ansvar för undersökningen. Vi har genomfört datainsamling och analys och författat stora delar av rapporten. Fil dr Maria Klamas, utvecklingsledare och vetenskaplig ledare FoU Socialtjänst vid Fyrbodals kommunalförbund och fil dr Marie Wilhsson, universitetslektor vid Högskolan Skövde, har deltagit i analysarbetet, författat delar av rapporten, samt kritiskt granskat och lämnat synpunkter på hela texten.

## Syfte

Syftet med inventeringen var att beskriva vård- och stödinsatser som ges till personer med samsjuklighet i Västra Götaland. Mer specifikt syftade projektet till att besvara nedanstående frågeställningar.

## Frågeställningar

1. Vilken vård och vilket stöd erbjuds personer med samsjuklighet i Västra Götaland?
2. Finns det skillnader i vilka vård- och stödinsatser som erbjuds mellan olika delar av länet?
3. I vilken utsträckning vilar vården och stödet som erbjuds på vetenskap och beprövad erfarenhet, det vill säga evidens?
4. I vilken utsträckning svarar vården och stödet mot lagstiftning, nationella och regionala riktlinjer och andra policydokument?
5. Vilka effekter på hälsa och välbefinnande finns beskrivna för vården och stödet som erbjuds målgruppen?
6. Hur ser efterfrågan och tillgängligheten på vården och stödet ut?

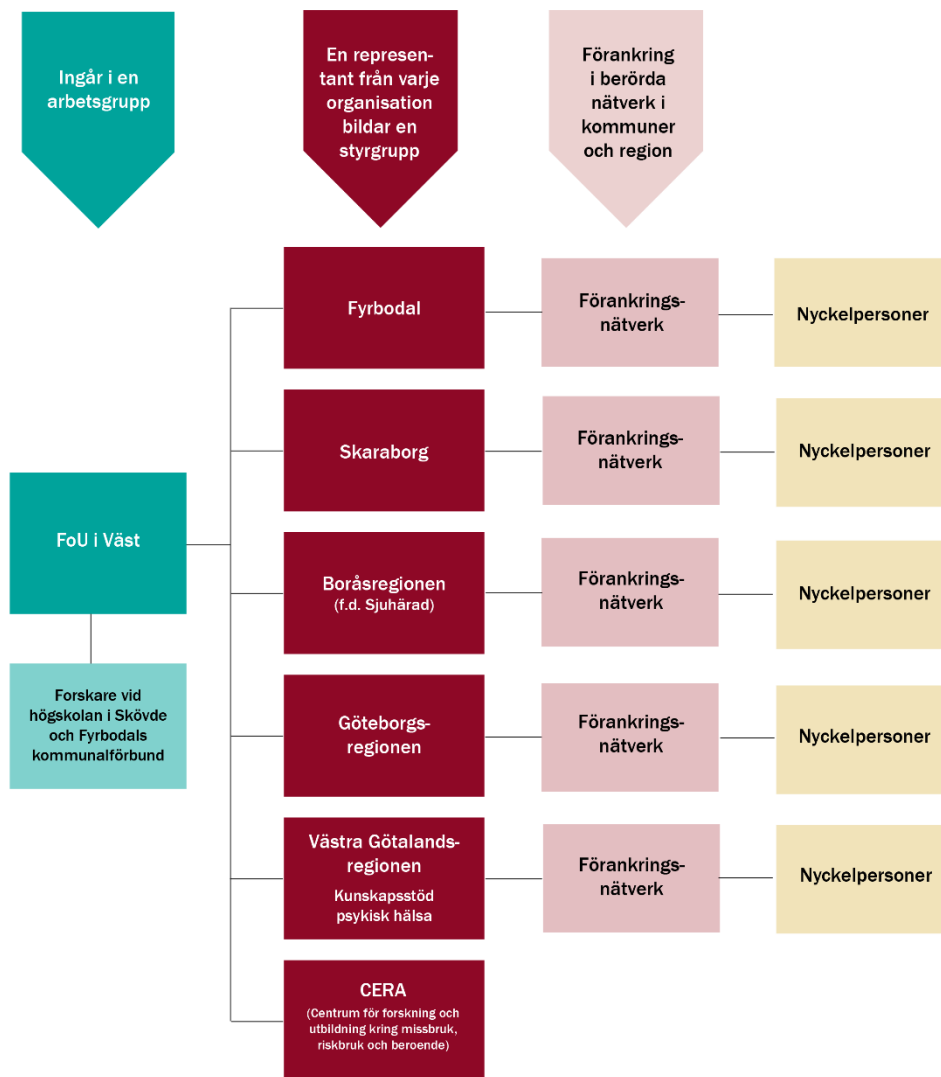
I uppdraget ingick även att ge underlag till frågan om det finns insatser som behöver fasas ut.

# Metod

## Genomförande

Projektet startade med en dialog med uppdragsgivarna, de andra kommunala FoU-miljöerna och CERA<sup>9</sup> under sommaren och tidig höst 2020. För att skapa en förankring i kommunala och regionala verksamheter i länet bildades en styrgrupp bestående av representanter från de fyra kommunalförbunden i länet samt Kunskapsstöd psykisk hälsa och Beroendekliniken i VGR. Styrgruppen hjälpte till med att avgränsa projektet, att definiera begreppet samsjuklighet och att förankra projektet i chefsnätverk och motsvarande för rekrytering av personer som kunde medverka som informanter i inventeringen. Som framgår av figur 1 nedan var det ett stort antal aktörer som deltog i det här projektet.

**Figur 1. Aktörer som har samarbetat och bidragit till den här inventeringen av vård och stöd som ges till personer med samsjuklighet i Västra Götaland**



<sup>9</sup> Centrum för forskning och utbildning kring missbruk, riskbruk och beroende, Göteborgs universitet.

Styrgruppen träffades vid ett flertal möten under hösten 2020 och var behjälplig i diskussioner kring avgränsningar av projektet. Målgruppen för inventeringen bestämdes i dialog med styrgruppen till att omfatta insatser som riktar sig till: ”Personer med en samsjuklighet i form av beroende och annan psykiatrisk diagnos enligt bedömning av sjukvården, eller som har en samsjuklighet i form av missbruk och psykisk funktionsnedsättning enligt bedömning gjord av socialtjänsten”. Styrgruppen bidrog även till beslutet om att inventeringen skulle inkludera insatser riktade till personer i alla åldrar.

Efter ett antal informations- och förankringsmöten med berörda nätverk, CERA och Regionalt Processteam Beroende under hösten 2020 var det tänkt att datainsamlingen skulle starta i januari 2021. Den försenades dock på grund av att den nationella utredningen<sup>10</sup> skulle genomföra en enkätundersökning vid samma tidpunkt, vilket vi bedömde kunde öka risken för sammanblandning mellan de två undersökningarna. För att inventeringsprojektet som beskrivs här inte skulle konkurrera om samma målgrupp som den nationella utredningen, fördes en dialog med ansvariga för den nationella utredningen.

Vi kunde därefter konstatera att projekten skulle gå att genomföra parallellt eftersom de hade delvis olika syften och undersökningsfokus. Vi kom överens om att samarbeta genom att dela med oss av insamlad relevant information till varandra och flyttade fram datainsamlingen inom ramen för inventeringen för att inte konkurrera med den nationella utredningen.

## Datainsamling

Datainsamlingen har genomförts med hjälp av workshoppar, telefonintervjuer, en webbenkät samt informationssökning på kommunala och regionala webbsidor. På grund av att smittspridningen av Covid-19 var relativt hög vid denna tid, genomfördes workshopparna digitalt i stället för fysiskt. Efter att ha erhållit namn och kontaktuppgifter på nyckelpersoner skickades en förfrågan om vilka tider som deltagarna kunde medverka i en delregional workshop (fyra sådana genomfördes i länet). Olika tider erbjöds med hjälp av en ”doodle”, som är ett onlinekalenderverktyg för tidshantering och koordinering av möten. Som steg två valdes det datum ut där flest personer kunde delta. Den nationella utredningen bjöds även in till att närvara vid workshopparna. Västra Götalands län är som tidigare nämnts stor och spänner över många kommuner och sjukvårdsområden. För att göra arbetet mer hanterligt delades länet upp i fyra länsdelar som är synonyma med indelningen i de fyra kommunalförbunden i länet: Boråsregionen, Fyrbodalen, Göteborgsregionen och Skaraborg (se bilaga 1). En tanke med detta var att kunna genomföra workshoppar med deltagare som representerade olika delar av länet.

---

<sup>10</sup> <https://www.regeringen.se/49dc19/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/fokhalsa-och-sjukvard/samordnade-insatser-vid-samsjuklighet-i-form-av-missbruk-och-beroende-och-annan-psykiatrisk-diagnos-eller-narliggande-tillstand.pdf>



## Deltagare

Styrgruppens medlemmar deltog själva i workshopparna, och de bidrog även genom att förmedla namn och kontaktuppgifter till de nyckelpersoner som vi bjöd in till workshopparna. Nyckelpersonerna har sin förankring i olika chefsnätverk och samverkansnätverk knutna till de fyra kommunalförbunden i länet och de nätverk och samverkansplattformar som finns knutna till Kunskapsstöd för psykisk hälsa i VGR. De är personer från både kommunala verksamheter och VGR som har god kännedom om vilka vård- och stödsatser som målgruppen erbjuds i respektive del av länet. De nyckelpersoner som deltog i datainsamlingen är till exempel enhetschefer, verksamhetsutvecklare, socialsekreterare eller boendestödjare.

## Workshoppar med nyckelpersonerna

Fyra workshoppar genomfördes med deltagare som arbetar i Västra Götalands länsdelar Boråsregionen, Fyrbodal, Göteborgsregionen och Skaraborg<sup>11</sup>. Syftet med workshopparna var att beskriva vård och stöd som ges till målgruppen utifrån följande frågor: Vilka verksamheter och insatser finns och vad saknas? Vad ligger till grund för valet av insatser? Vidare syftade de till att föreslå hur vården och stödet till målgruppen borde se ut. Workshopparna genomfördes på Teams och pågick i tre timmar inklusive kortare pauser. För att underlätta datainsamling och dokumentation användes digitala anslagstavlor, så kallade Padlets<sup>12</sup>. Workshopparna var upplagda med både helgrupps- och smågruppsdiskussioner för att bidra till dialog och de leddes av Jenny Rangmar och Lisbeth Lindahl. Vid workshoppen i Göteborgsregionen var det så många deltagare anmälda att vi behövde ytterligare en person för att främja smågruppsdiskussionerna. Därför medverkade även Marie Wilhsson vid det tillfället.

Workshopparna dokumenterades genom filmad inspelning efter godkännande från deltagarna och via den automatiska dokumentation som görs av informationen på Padlet.

I workshopparna deltog totalt 50 personer, varav 41 från kommuner eller kommunalförbund och 9 från VGR. I workshoppen med Boråsregionen deltog 11 personer som representerade Herrljunga, Mark, Svenljunga, Ulricehamn, Vårgårda, Boråsregionens kommunalförbund och Södra Älvsborgs sjukhus. I workshoppen med Fyrbodal deltog 9 personer vilka representerade Tanum, Trollhättan, Uddevalla, Åmål och Norra Älvsborgs Länssjukhus. I workshoppen i Göteborgsregionen medverkade 30 personer som representerade Göteborg, Mölndal, Härryda, Kungälv, Ale, Göteborgsregionen och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Slutligen deltog 16 personer i workshoppen med representanter från Skaraborg, vilka representerade Grästorps, Gullspång, Hjo, Lidköping, Skövde, Töreboda, Vara och Skaraborgs kommunalförbund. Vid två av workshopparna var en representant från

---

<sup>11</sup> De fyra delregionerna är uppdelade utifrån vilka kommuner som tillhör respektive kommunalförbund. Dessa överlappar inte helt med de sjukhusområden som finns i VGR, men nyckelpersonerna bjöds in till workshop i det geografiska område som de arbetar i.

<sup>12</sup> <https://sv.padlet.com/>

Regeringskansliet med och vid ett tillfälle även en representant från Sveriges kommuner och regioner (SKR).

## **Intervjuer**

För att komplettera informationen från workshopparna genomförde vi intervjuer med representanter från kommuner och sjukvårdsområden som inte kunde medverka vid workshopparna. Syftet med dessa intervjuer var att få information om kommunal verksamhet med fokus på barn och unga samt information om sjukvårdsområden där vi hade bristfällig information. Vi genomförde ytterligare en intervju för att fördjupa informationen om kommunens samtalsbehandling. Dessutom genomförde vi en intervju med en representant för brukarorganisationer för att belysa frågan om hur tillgängligheten till vård och stöd upplevs av personer med samsjuklighet. Totalt genomförde vi nio intervjuer (digitalt eller på telefon).

## **Enkät**

Vi använde en webbenkät för att belysa frågor om vad som ligger till grund för de insatser som ges, effekter av insatser, samt om tillgängligheten till insatser. Enkäten innehöll 15 frågor med både färdiga och öppna svarsalternativ. Sex frågor innehöll bakgrundsfrågor om yrkesroll, organisationstillhörighet med mera. Sju frågor handlade om kännedom om effekter av insatser till målgruppen, önskemål om uppföljning av insatser, tveksamhet till insatser, upplevelse av hur utbudet av insatser matchar behoven, avsaknad av insatser, bristande tillgänglighet till insatser, samt en fråga på slutet med möjlighet till kommentarer.

Vi skickade enkäten till 104 personer vars kontaktuppgifter vi hade fått av styrgruppens medlemmar och våra uppdragsgivare. Några av dem hade medverkat i någon av workshopparna medan andra inte hade det. Efter två påminnelser hade 69 personer besvarat enkäten (66 %) och av dem representerade 83 procent kommunal verksamhet.

## **Analys**

Vi analyserade det insamlade kvantitativa materialet analyserades och presenterar det här i rapporten som deskriptiv statistik. Materialet från workshopparna analyserade vi med hjälp av en tematisk analys. De teman som framträdde presenteras i resultatdelen under beskrivande rubriker.

# Resultat

## Vård och stöd för personer med samsjuklighet

Svaren på frågorna i workshopparna avser såväl regionens som kommunernas olika verksamheter och insatser för personer med samsjuklighet. Vad som beskrivs som verksamhet respektive insats kan definieras och förstås på lite olika sätt beroende på vilken huvudman som är ansvarig.

När regionens verksamheter beskrivs är det på en övergripande nivå, som organisatoriska delar såsom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Inom dessa verksamheter finns det i Västra Götaland flera öppenvårdsmottagningar och vårdavdelningar, men de insatser som ges och metoder som används, beskrivs inte utifrån enskilda mottagningar eller avdelningar utan ifrån den organisatoriska kategoriseringen.

Kommunernas verksamheter beskrivs inte utifrån samma organisatoriska nivå, utan på en mer konkret nivå. Man skulle kunna göra beskrivningen på samma nivå som för regionen, och då skulle den i huvudsak beskriva två verksamheter: "individ och familjeomsorg" respektive "funktionsstöd/stöd och service". Men den nivån ger för lite information om vilka insatser som ges. Av det skälet beskrivs kommunernas verksamheter på en mer konkret nivå, till exempel med insatser som boendestöd och sysselsättning.

Regionen erbjuder i huvudsak medicinska, omvårdnads-, rehabiliterings- och psykologiska insatser till personer med samsjuklighet. Kommunerna erbjuder en bredare palett av insatser som inkluderar rådgivande och stödjande samtal, boende, aktiviteter och sysselsättning. Några av dessa insatser är lagstadgade medan andra är frivilliga åtaganden för kommunen. Kommunala insatser som inte är biståndsbedömda kallas ofta serviceinsatser. Innan en person kan få en biståndsbedömd insats gör en socialsekreterare eller biståndshandläggare en behovsbedömning genom utredning.

## Verksamheter och insatser

Det här avsnittet presenterar inventeringen av verksamheter och insatser. Med verksamheter menas organisationer, enheter och team som arbetar med personer med samsjuklighet. Med insatser menas åtgärder av olika slag, det vill säga vad en enskild person får eller deltar i.

### Verksamheter

Personer med samsjuklighet får hjälp från olika verksamheter i kommunal och regional regi. Det finns även verksamheter som är samorganiserade över huvudmannagränserna, till exempel genom en gemensam finansiering eller lokalisering.

### **Regionens verksamheter**

VGR erbjuder sjukvårdsinsatser som är indelade på två vårdnivåer: primärvårdsnivå respektive specialistnivå. Personer med samsjuklighet kan ha kontakt med båda nivåerna samtidigt, men i den här inventeringen inkluderades inte primärvården<sup>13</sup>. Eftersom den här inventeringen rör den vård som ges vid psykisk ohälsa är det psykiatrin som avses med specialistvård. Psykiatrin är indelad i en övergripande organisation för vuxenpsykiatri (VUP) och en för barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Åldersgränsen för BUP är formellt sett 18 år. Den psykiatriska vården är dessutom indelad i öppen och sluten vård. Det finns även blandformer där en patient exempelvis kan gå på dagvård eller ha permission från en avdelning som tillhör slutenvården. Psykiatrin i VGR är knuten till fem sjukhusområden, vilka inte överensstämmer helt med de geografiska gränserna för de fyra kommunalförbund som finns i länet. Länsdelarna beskrivs närmare i bilaga 1.

Beroendevården är organiserad på olika sätt vid de olika sjukhusområdena. Sahlgrenska Universitetssjukhuset skiljer ut sig genom att ha en specialiserad verksamhet inom psykiatrin som är inriktad mot beroende – Beroendekliniken. I de andra delarna av länet får personer med samsjuklighet som regel specialistvård från allmänpsykiatrin. En annan skillnad mellan länsdelarna är att BUP i Skaraborg inte har några egna slutenvårdsplatser.

### **Kommunala verksamheter**

De kommunala verksamheterna som riktar sig till personer med samsjuklighet finns inom socialtjänsten och kommunal hälso- och sjukvård. I mindre kommuner kan dessa tjänster ges vid en generell socialtjänstförvaltning, men i de flesta kommuner är socialtjänsten indelad i olika förvaltningar för individ- och familjeomsorg (IFO), funktionsstöd samt vård- och omsorg/äldreomsorg. I större kommuner är verksamheten inom IFO mer diversifierad och kan vara indelad i en vuxenenhet, en enhet för ekonomiskt bistånd, en för barn och unga med mera. Den verksamhet som arbetar med personer med psykisk funktionsnedsättning och missbruk i kommunen kallas ofta för socialpsykiatri.

De kommunala verksamheterna som möter målgruppen består av boenden, behandlingsteam, öppenvård, verksamheter för boendestöd och daglig sysselsättning, daglig verksamhet och sysselsättningsverksamhet som är inriktad på den reguljära arbetsmarknaden med mera.

### **Samorganiserade verksamheter**

I tabellen nedan beskrivs samorganiserade mottagningar och team som arbetar med målgruppen. Med samorganiserade menas här att dessa mottagningar och team arbetar med insatser från både kommun och region. Sex samorganiserade verksamheter identifierades: socialpsykiatrisk mottagning, ACT-team, samverkansteam för vuxna, samverkansteam för barn och unga, Mini-Maria, samt

---

<sup>13</sup> Beslut om att exkludera primärvården i inventeringen fattades i dialog med styrgruppen utifrån att den målgrupp som ansågs viktigast att fokusera på var personer med behov av både psykiatri och socialtjänst.

mobila fältteam. Sammanställningen visar att det finns fler samorganiserade verksamheter i Göteborgsregionen jämfört med i de andra länsdelarna.

**Tabell 1.** En bock i rutan betyder att den samorganiserade verksamheten finns i den delen av Västra Götaland och arbetar med personer med samsjuklighet

	Boråsregionen	Fyrbodal	Göteborgsregionen	Skaraborg
Socialpsykiatrisk mottagning/team		✓	✓	
FINSAM-verksamheter <sup>14</sup>	✓	✓	✓	✓
ACT-team			✓	
Mobilt team <sup>15</sup>			✓	
Samverkansteam, vuxna			✓	✓
Samverkansteam, unga			✓	✓
Mini Maria, unga	✓		✓	

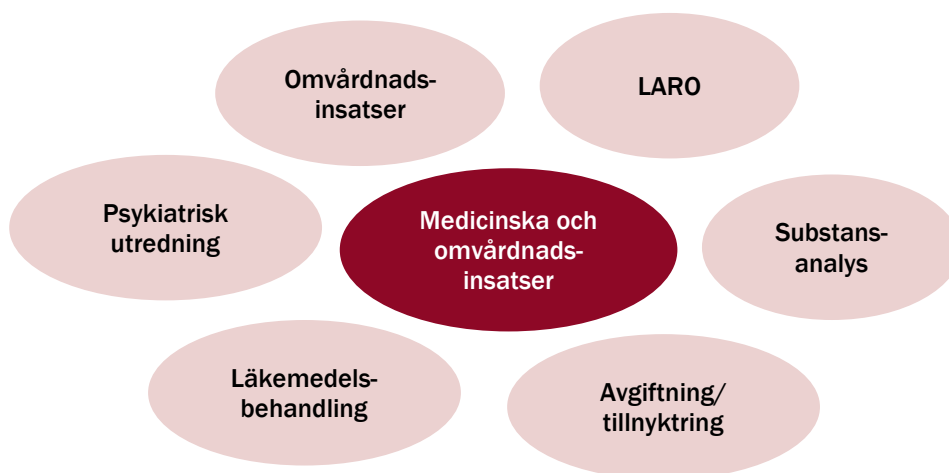
## Vilka insatser ges?

I det här avsnittet beskrivs insatser, metoder och verktyg som personer med samsjuklighet erbjuds i Västra Götaland. Insatserna är indelade och beskrivna under sex rubriker: medicinska och omvårdnadsinsatser, psykologiska, psykopedagogiska och stödjande, sociala, praktiska och kompensatoriska samt samverkansinsatser. De sex rubrikerna beskriver insatser som ges i Västra Götaland och i redovisningen som följer nedan är de inte uppdelade efter vilken huvudman som erbjuder dem.

<sup>14</sup> I Västra Götaland finns sedan i januari 2021 nio samordningsförbund som omfattar 49 av regionens kommuner. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, kommunerna och Västra Götalandsregionen samverkar för att rehabilitera människor och hitta åtgärder för att förebygga ohälsa och utestängning från arbetsmarknaden.

<sup>15</sup> I GR: Mobila fältteamet med personal från bägge huvudmän, spänner över tre kommuner: Göteborg, Mölndal, Öckerö.

## Medicinska- och omvårdnadsinsatser



Figur 2 visar de medicinska- och omvårdnadsinsatser som ges i Västra Götaland

De medicinska- och omvårdnadsinsatserna ges främst av personal som är anställd av VGR, men även av personal inom kommunal hälso- och sjukvård. Det finns tillgång till psykiatrisk utredning i samtliga delar av länet. Utredningar genomförs framför allt inom öppenvårdspsykiatri<sup>16</sup> som vid vissa sjukhus är indelad utifrån diagnosgrupper såsom psykos, affektiva sjukdomar, bipolaritet och beroende till exempel. Det är framför allt Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) som har en hög grad av specialisering av den psykiatriska vården.

I workshopparna lyftes svårigheter fram kring möjligheten att diagnosticera personer med ett pågående missbruk/beroende och att det krävs minst tre månaders drogfrihet för att kunna påbörja en utredning till exempel utifrån frågeställningen neuropsykiatrisk diagnos. Mer om detta finns beskrivet i avsnittet om tillgänglighet. Samverkan kring dessa utredningar genomförs ibland i samverkan med socialtjänsten. Detta sker till exempel vid BUP i Fyrbodalsområdet.

Det finns möjlighet till avgiftning för vuxna i alla delar av länet men BUP har ingen egen avgiftningsverksamhet utan samarbetar med SU vid behov av denna insats. När det gäller vuxna menar deltagare i workshopen i Fyrbodal att behandlingstiden är för kort för personer som behöver avgiftning. I Skaraborg lyfte deltagarna upp att avgiftning finns som insats inom både öppen- och slutenvården. I workshopen med Fyrbodal framkom det att det saknas en tillnyktringsenhet i länet<sup>17</sup>, vilket hade funnits fram till år 2019.

<sup>16</sup> Ibland genomförs psykiatriska utredningar av externa vårdgivare. Det krävs remiss för att få en utredning. Remittenten är ofta en läkare i primärvården men remiss kan även skrivas av annan organisation, annan yrkesgrupp eller av patienten själv (egenremiss).

<sup>17</sup> Den var kopplad till SU men tvingades stänga av främst ekonomiska skäl.

Läkemedelsassisterad behandling vid opioid-beroende (LARO) finns i alla länsdelar men genomförs vid specialistenheter på SU och SÄS till skillnad från vid ordinarie VUP på de andra sjukhusen, vilket kan påverka behandlingen<sup>18</sup>.

I alla delar av Västra Götaland erbjuds läkemedelsbehandling till vuxna personer med samsjuklighet. Detta erbjuds av både primär- och specialistsjukvården beroende på vilken vårdnivå patienten tillhör. Läkemedelsbehandling ges däremot inte till barn med beroendeproblematik, och därför erbjuds det inte på BUP.

Substansanalys, alltså drogtester, görs i alla delar av länet, främst inom psykiatrin men det kan även förekomma i socialtjänsten (t ex i Uddevalla och Tanum). I workshopen med deltagare från Skaraborg nämndes det att det finns ett särskilt servicecenter för substansanalys i deras länsdel. Målgruppen kan även få omvårdnadsinsatser av sjuksköterska som kan vara anställd i hemsjukvården eller psykiatri.

**Tabell 2. En bock i rutan visar medicinska- och omvårdnadsinsatser som ges till personer med samsjuklighet i respektive del i Västra Götaland. Vuxenpsykiatri förkortas VUP, Barn- och ungdomspsykiatri BUP och hemsjukvård HSV**

Område	Borås-regionen	Fyrbodalen	Göteborgs-regionen	Skaraborg
Psykiatrisk utredning – diagnos	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP*: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓
Avgiftning**	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓
Tillnyktringsenhet				
LARO (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende)	VUP: ✓	VUP: ✓	VUP: ✓	VUP: ✓
Läkemedelsbehandling	VUP: ✓ BUP:	VUP: ✓ BUP:	VUP: ✓ BUP:	VUP: ✓ BUP:
Substansanalys (drogtester)	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓ Socialtjänsten: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓
Omvårdnadsinsatser	VUP: ✓ HSV: ✓	VUP: ✓ HSV: ✓	VUP: ✓ HSV: ✓	VUP: ✓ HSV: ✓

\*) Behandlar inte patienter med pågående missbruk. Utredning kan ske i samarbete med socialtjänsten.

\*\*) För BUP finns en regional enhet vid SU för personer <21 år.

<sup>18</sup> När den här rapporten skrivs har vi fått kännedom om att LARO-verksamheten har tvingats stoppa sin intagning: <https://www.dn.se/sverige/lakare-larmar-om-bristfallig-beroendevard-folk-kommer-att-do/>

## Psykologiska insatser



Figur 3 visar psykologiska insatser som ges i Västra Götaland

De psykologiska insatserna till personer med samsjuklighet ges främst av personal anställd av VGR och består av psykologisk utredning, behandling och återfallsprevention. Med psykologisk utredning avses till exempel neuropsykiatrisk utredning och personlighetsutredning. Det var främst de neuropsykiatriska utredningarna som lyftes fram i workshopparna. I tabellen nedan specificeras det i några fall vilken organisation som erbjuder en specifik metod om detta framkom i datainsamlingen med hjälp av workshoppar och intervjuer.

De behandlingsinriktningar som togs upp var psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT-kompetens kan även finnas hos personal som arbetar i kommunen. Dialektisk beteendeterapi (DBT) som bygger på KBT finns i alla länsdelar, men det är oklart om det finns både för barn och unga och vuxna i alla länsdelar.

Specifika metoder för motivationsarbetet nämndes också i workshopparna såsom Motiverande samtal (MI) och Motivational Enhancement Therapy (MET). MI används i alla fyra delar av länet, medan MET inte har fått lika stor utbredning. Eftersom det är vanligt att målgruppen har varit med om trauman nämndes även metoder för traumaterapi i workshopparna. Traumabehandling är något som erbjuds i alla länsdelar. En metod som lämpar sig särskilt bra för personer med samsjuklighet är COPE som står för Concurrent Treatment of PTSD and Substance Use Disorders Using Prolonged Exposure. Metoden bygger på kognitiv beteendeterapi och används av BUP i Boråsregionen, VUP i Fyrbodalen och Beroendekliniken i Göteborgsregionen. Återfallsprevention är något som vuxenpsykiatri arbetar med, men inte BUP. Hur personalen arbetar med återfallsprevention skiljer sig dock åt mellan olika verksamheter. Det finns ett särskilt program för återfallsprevention som kan användas<sup>19</sup>, men personal kan även arbeta med det som ett inslag inom ramen för ordinarie behandling.

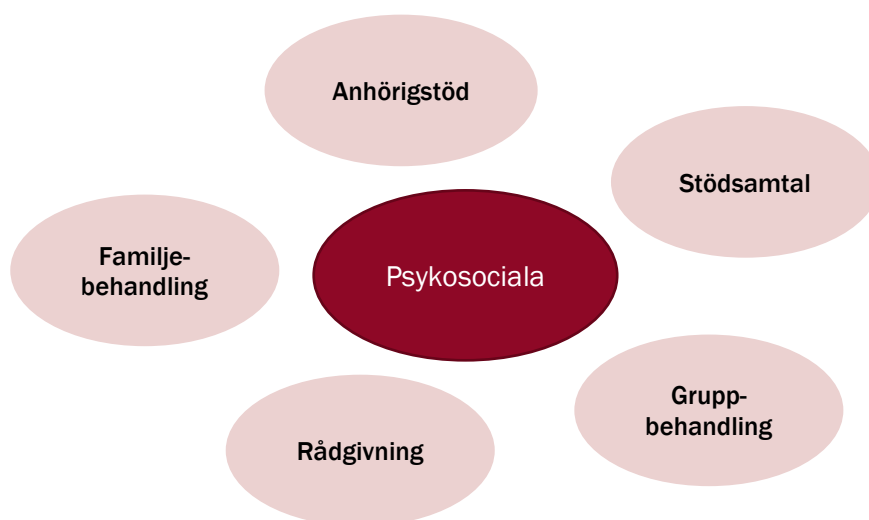
<sup>19</sup> [www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/aterfallsprevention/](http://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/aterfallsprevention/)



Tabell 3. Bock i rutan avser att den psykologiska behandlingsinsatsen finns och ges till personer med samsjuklighet i den delen av Västra Götaland

	Boråsregionen	Fyrbodalsregionen	Göteborgsregionen	Skaraborg
Psykologisk utredning – diagnos	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓
Psykodynamisk terapi (PDT)	✓	✓	✓	✓
Dialektisk beteendeterapi (DBT)	✓	✓	✓	✓
MET (Motivational Enhancement Therapy)			✓	✓
Traumaterapi (COPE)	✓	✓	✓	✓
Återfallsprevention	VUP: ✓ BUP:	VUP: ✓ BUP:	VUP: ✓ BUP:	VUP: ✓ BUP:

## Psykosociala insatser



Figur 4 visar psykosociala insatser som ges i Västra Götaland

Psykosociala insatser ges främst av kommunen men även av VGR. I alla delar av länet finns det kommunala mottagningar som erbjuder rådgivning och stödjande samtal, även om det inte finns i alla kommuner. Intrycket är att den typen av mottagningar finns i de större kommunerna. I Uddevalla nämns samtalsmottagningen Kompassen och att denna insats ges både som biståndsbedömd insats och serviceinsats. I Göteborg finns det många kommunala verksamheter som erbjuder samtal, till exempel Respons alkoholrådgivning och Behandlingsgruppen för drogproblem. Personalen som möter målgruppen använder olika metoder såsom motiverande samtal (MI), ESL (Ett Självständigt Liv), ett återhämtningsinriktat arbetssätt, Previct,

med mera. Kommentarererna till dessa metoder var att MI används både inom kommunen och inom vuxenpsykiatri. ESL verkar enbart användas inom kommunal vård, liksom ett återhämtningssätt förhållningssätt.

Psykoedukation eller utbildning erbjuds både av psykiatri och inom kommunala verksamheter. Det kan göras inom ramen för KBT eller för att erbjuda mer kunskaper om en diagnos med mera. Stödande och pedagogiska insatser ges inte enbart som individuella samtal utan även i form av gruppverksamhet på sina ställen. Exempelvis erbjuds personer med ADHD gruppsamtal. I Göteborgs- och Skaraborgsregionen finns detta både inom BUP och VUP, medan det är oklart om det finns för både ungdomar och vuxna i de andra delarna av länet.

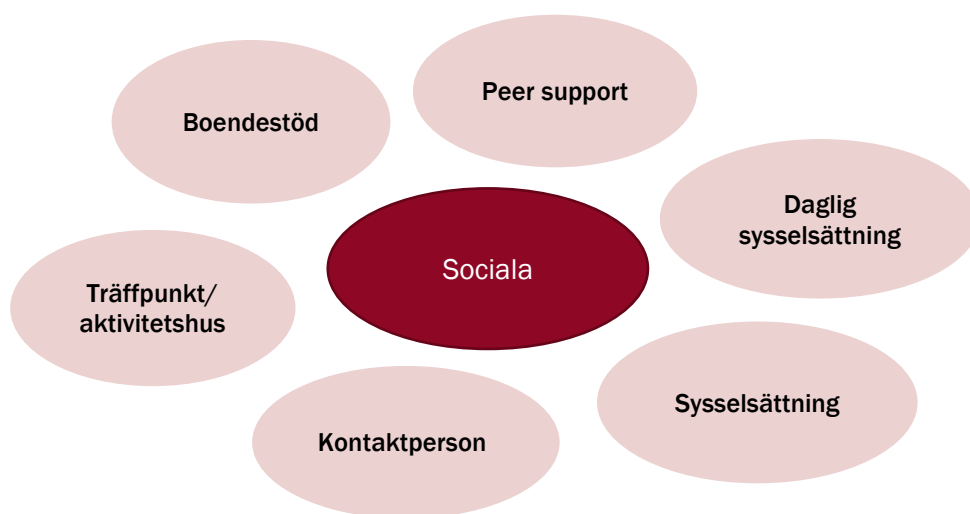
Anhöriga erbjuds stödsamtal av både kommunen och regionen, men anhörigstödet är mer utbrett inom kommunal verksamhet där det finns särskild verksamhet som arbetar specifikt med detta<sup>20</sup>. Det finns anhörigstödare i de flesta kommuner, men det verkar skilja sig åt hur de arbetar och om det finns anhörigstöd riktat specifikt till målgruppens närstående.

**Tabell 4. En bock i rutan visar psykosociala insatser som ges personer med samsjuklighet och närstående i respektive del i Västra Götaland**

	Boråsregionen	Fyrbodalsregionen	Göteborgsregionen	Skaraborg
Kommunal öppenvårdsbehandling, råd och stöd	✓	✓	✓	✓
Utbildning/psykoedukation	✓	✓	✓	✓
ADHD-gruppsamtal	VUP: ✓ BUP:	VUP: ✓ BUP:	VUP: ✓ BUP: ✓	VUP: ✓ BUP: ✓
Återhämtningssätt förhållningssätt			✓	
Anhörigstöd	✓	✓	✓	✓

<sup>20</sup> <https://anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorigstod/>

## Sociala insatser



Figur 5 visar sociala insatser som ges i Västra Götaland

Sociala insatserna bidrar till att möta behov av gemenskap, aktivitet och delaktighet. Boendestödjare är personal som stödjer individer i det dagliga livet. Till exempel kan enskilda personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med samsjuklighet få sådant stöd. Arbetet utgår från en individuell bedömning av individens behov där stödet bygger på delaktighet från den enskilda individen. Det finns boendestöd inriktat mot personer med psykisk funktionsnedsättning i hela länet. I Trollhättan finns det boendestöd dygnet runt. I Göteborgsregionen finns även boendestödsverksamhet som är specifikt inriktad mot personer med missbruk eller samsjuklighet i tre kommuner: Partille, Mölndal och Härryda.

Det finns en roll som kallas för *PEER support*<sup>21</sup>. En PEER support har egen erfarenhet av psykisk ohälsa och i uppdrag att stötta enskilda personer att komma i gång med aktiviteter. Denna insats finns oftast inom psykiatrin men kan även finnas i kommunal regi. Det finns PEER support i psykiatrin i Boråsregionen, Fyrbodalsregionen och Göteborgsregionen, Göteborgs stad men inte i Skaraborg.

Målgruppen kan även få stöd av en kontaktperson, vilket är en kommunal insats enligt SoL. Kontaktpersonen fungerar som en vän eller medmänniska för personer som har svårt att utveckla vänskapsrelationer på grund av sin funktionsnedsättning. Denna roll arvoderas och kommunen har ett ansvar för att bedöma lämpligheten hos kontaktpersoner. I några kommuner finns det särskilda kontaktpersoner för personer med psykisk ohälsa inklusive dem med samsjuklighet.

Kommunen erbjuder även insatser i form av daglig sysselsättning och daglig verksamhet. Daglig verksamhet är en insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Arbetsuppgifterna på den dagliga verksamheten är

21 <https://nsph.se/sa-har-paverkar-vi/projekt/peer-support/>

anpassade efter individens intressen, behov och förutsättningar. Den som inte har rätt till daglig verksamhet enligt LSS kan ha rätt till daglig sysselsättning enligt socialtjänstlagen (SoL), till exempel personer med psykisk funktionsnedsättning. Innehållet i dessa insatser varierar mycket, men tanken är att de ska vara ett alternativ till studier eller arbete. Förutom särskilt anpassade insatser för sysselsättning, erbjuder kommunerna även sysselsättningsstimulerande insatser via sina arbetsmarknadsenheter för personer som befinner sig närmare ordinarie arbetsmarknad. IPS (Individuell Placering och Stöd) nämns som en metod som används.

Ovanstående exempel på insatser är lagstadgade och finns därmed i alla länsdelar, men det förekommer även sociala insatser som inte är det, såsom daglig sysselsättning utifrån SoL, träffpunkter/aktivitetshus<sup>22</sup>. Detta är platser för social samvaro och aktivitet som kan bedrivas i kommunal regi och av ideell sektor. Baserat på informationen som samlades in i workshopparna verkar denna typ av verksamhet som bedrivs i kommunal regi endast finnas i några kommuner i Göteborgsregionen.

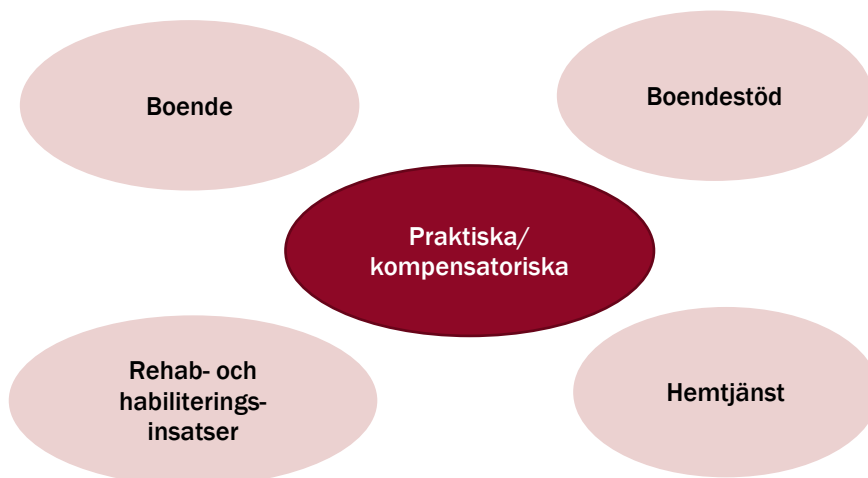
**Tabell 5. Bock i rutan avser att sociala insatser ges personer med samsjuklighet i den delen av Västra Götaland**

	Boråsregionen	Fyrbodalen	Göteborgsregionen	Skaraborg
Boendestöd	✓	✓	✓	✓
Peer support*	✓	✓	✓	
Kontaktperson	✓	✓	✓	✓
Träffpunkt/Aktivitetshus			✓	✓
Daglig sysselsättning/ verksamhet	✓	✓	✓	✓
Sysselsättning (insatser mot ordinarie arbetsmarknad)	✓	✓	✓	✓

\*) En person som stöttar den enskilda att komma i gång med aktiviteter.

<sup>22</sup> <https://goteborg.se/wps/portal/start/funktionsnedsattning/psykisk-funktionsnedsattning/aktiviteter-aktivitetshus/>

## Praktiska och kompensatoriska insatser



Figur 6 visar praktiska och kompensatoriska insatser som ges i Västra Götaland

Kommunen har ansvar för att dess invånare ska ha någonstans att bo. Bland personer med samsjuklighet finns de som har svårt att efterfråga en bostad på den ordinarie bostadsmarknaden. Kommunen har därför olika former av boendelösningar (se tabell 8 nedan). De bostäder som erbjuds kan i praktiken utgöras av lägenheter i ordinärt bostadsbestånd eller i särskilda bostäder. De boendeformer som beskrevs i workshopparna var socialt stödboende, akutboende, korttidsboende, lågtröskelboenden, träningslägenhet och andrahandskontrakt.

Många kommuner har boenden som är särskilt inriktade mot personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk/beroende. Det finns dessutom boenden för olika åldersgrupper, till exempel ungdomar och äldre över 65 år. I Göteborg finns till exempel ett särskilt boende för äldre personer med missbruks- och psykosocial problematik och ett boende som är reserverat för kvinnor. Bostad med Särskild Service (BmSS) kan ges utifrån både LSS- och SoL-beslut. Det var flera kommuner som nämnde att de tillämpar en boendekedja där bostaden anpassas efter den enskildas förmåga att klara av att bo i ett ordinärt boende<sup>23</sup>. Modellen Bostad först används som innebär att hemlösa personer omedelbart ska erbjudas en permanent bostad, utan att krav ställs på att de ska vara "redo för att bo"<sup>24</sup>.

För att klara av aktiviteter i det dagliga livet kan målgruppen få hjälp av personal i hemtjänsten eller av boendestödjare. Därför finns boendestöd med på två ställen i det här avsnittet – både som en social insats och som en praktisk/kompensatorisk insats.

<sup>23</sup> Kommunen kan arbeta med "sociala kontrakt", att erbjuda uthyrning av lägenheter i andra hand till personer som inte kan få ett förstahandskontrakt på ordinarie bostadsmarknad.

<sup>24</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/bostad-forst/>

I en del kommuner arbetar hemtjänsten och boendestödjare sida vid sida där vissa arbetsuppgifter genomförs av hemtjänsten till exempel medicinutdelning<sup>25</sup>, hjälp med städning, tvätt med mera. Gränserna för dessa två yrkesroller skiljer sig åt mellan olika kommuner men en skiljelinje är att boendestödjare oftare utgår från principen ”hjälp till självhjälp”.

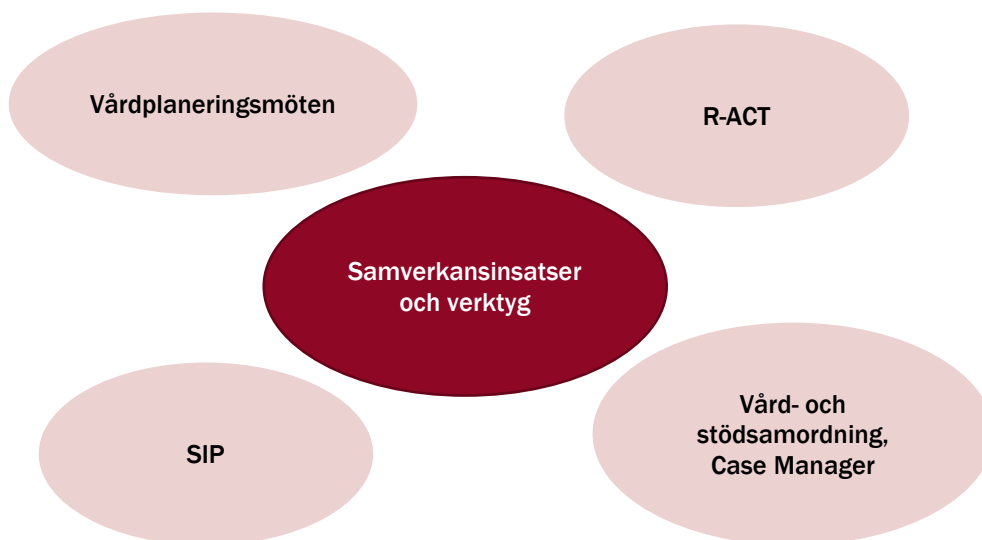
För att utreda vad en person klarar eller inte i sin vardag kan en funktionsbedömning behövas. Funktionsbedömningar görs av arbetsterapeut eller fysioterapeut. De kan vara anställda inom såväl hemsjukvård som psykiatri. De rehabiliteringsinsatser som ges kan fungera kompensatoriskt i syfte att kompensera för försämrad funktionsförmåga eller för att stötta den enskilda att träna upp och förbättra sin funktion.

**Tabell 6. Bock i rutan visar praktiska och kompensatoriska insatser för personer med samsjuklighet som ges i den delen av Västra Götaland**

	Boråsregionen	Fyrbodal	Göteborgsregionen	Skaraborg
Boende	√	√	√	√
Boendestöd	√	√	√	√
Hemtjänst	√	√	√	√
Funktionsbedömningar	√	√	√	√
Rehabiliterings- och Habiliteringsinsatser	√	√	√	√

<sup>25</sup> Delegering från legitimerad sjuksköterska i kommunal hemsjukvård.

## Samverkansinsatser och verktyg



Figur 7 visar samverkansinsatser och verktyg som används i Västra Götaland

Deltagarna i workshopparna gav exempel på samverkansinsatser i form av olika möten och arbetssätt. Flera deltagare nämnde spontant Samordnad Individuell Plan (SIP) som är ett verktyg som är tänkt att förbättra samverkan mellan socialtjänst och sjukvården. SIP kan även göras ihop med andra aktörer såsom Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, gode män med flera. En SIP ska alltid upprättas tillsammans med den person som berörs av den om hen har behov av samordnade insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta krav<sup>26</sup> finns numera inskrivet i LUS (lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård), SoL och HSL. Vårdplaneringsmöten nämndes också som ett verktyg för att skapa koordinerade insatser mellan olika aktörer. En vårdplanering ska genomföras i samband med utskrivning från slutenvårdsvistelse i psykiatri. 2018 trädde en ny lag i kraft om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (Lag 2017:612) som ersatte betalningsansvarslagen. Som ett stöd för kommunikationen mellan slutenvård, primärvård och kommun finns ett verktyg i Västragötalandsregionen som heter SAMSA<sup>27</sup>.

Vård- och stödsamordning är en strukturerad samverkansmodell<sup>28</sup> för personer med behov av samordnade insatser från två eller flera huvudmän. Modellen bygger på att den person som berörs har en utsedd vård- och stödsamordnare från kommunen och

26 <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientinflytande/samordnadindividuelltplansip.samordnadindividuelltplan.html>

27 <https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/it/it-system/samsa---samordnad-varld--och-omsorgsplanering/>

28 <https://www.vardsamverkan.se/organisation/delregionaltvardsamverkan/kommun-och-sjukvard---samverkan-i-goteborgsomradet/omraden-for-samverkan/varld--och-stodsamordning/>

en från sjukvården som håller ihop och koordinerar insatserna så att hen inte ska hamna i kläm mellan organisationer och falla mellan stolarna. Denna modell används i Göteborgsregionen. I Boråsregionen kommenterade deltagarna i workshoppen att de erbjuder vård- och stödsamordning med hjälp av SIP och SAMSA. Modellen är en utveckling av case management<sup>29</sup> som utvecklades för personer med allvarlig psykisk funktionsnedsättning redan på 1970-talet. Ibland används begreppet Case Manager i stället för vård- och stödsamordnare.

Resursgrupp – Assertive Community Treatment (R-ACT) används endast i Göteborgsregionen. Det är en modell för samordning av vården för personer inom psykiatrin med stora vårdbehov. Modellen liknar vård- och stödsamordning men inkluderar även arbete med en resursgrupp som alltid består av den person som behöver vård och stöd, ansvarig läkare och en Case Manager. Förutom dessa nyckelpersoner kan den enskilda även bjuda in andra som hen vill ska ingå i gruppen till exempel närstående och myndighetsrepresentanter.

Nätverksmöten liknar R-ACT eftersom dessa handlar om möten där nätverket runt en person som är i behov av hjälp träffas för att planera vård- och stödinsatser. Till nätverksmötet kan både professionella och privatpersoner bjudas in som är viktiga i personens liv. För barn och unga kan det röra sig om föräldrar, socialtjänsten, BUP-anställda, skolpersonal och andra närstående. Nätverksmöten används i Borås- och Göteborgsregionen och i Skaraborg, men det är oklart om det finns i Fyrbodal. Begreppet nätverksmöte är oklart, vilket har fått några deltagare att kommentera vad de menade. Ett exempel var Samverkan Barn och Unga-team, så kallade SAMBU-team.

IPS (Individual Placement and Support) är en modell för arbetslivsinriktad rehabilitering<sup>30</sup> inriktad mot personer med missbruk, beroende eller psykiska funktionsnedsättningar. Modellen är en standardiserad och manualbaserad form av individanpassat stöd till arbete som bygger på samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvården, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Utgångspunkten är att den enskilde ska vara delaktig i valet av arbetsplats och få ett avlönat arbete med tillgång till kontinuerligt stöd och service. IPS används i Borås- och Göteborgsregionen. I Borås kommenterar deltagare att modellen används för professionella möten. I Göteborgsregionen nämns SIA (Stöd i Arbete) i Mölndal.

---

<sup>29</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/case-management/>

<sup>30</sup> <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/missbruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-missbruk-och-beroende/sociala-stodinsatser/>



Tabell 7. Bock i rutan avser att samverkansinsatser och verktyg för vård och stöd till personer med samsjuklighet används i den delen av Västra Götaland

	Boråsregionen	Fyrbodalen	Göteborgsregionen	Skaraborg
SIP	✓	✓	✓	✓
Vårdplaneringsmöten	✓	✓	✓	✓
Vård- och stödsamordning (Case management)			✓	
R-ACT			✓	
Nätverksmöten	✓		✓	✓
IPS	✓		✓	

## Skillnader mellan olika delar av länet

Baserat på inventeringen framkom det skillnader mellan insatser i de olika delarna av länet. Intrycket är att det finns ett mer utvecklat och differentierat stöd i Göteborgsregionen när det gäller användningen av vissa metoder och insatser. Det visar sig främst i fråga om psykopedagogiska, sociala och samverkansinsatser. Exempel på detta är att det enbart är här som man har utvecklat ett särskilt boendestöd för målgruppen. I Göteborgsregionen finns även fler sociala insatser till målgruppen som bygger på ett frivilligt åtagande från kommunens sida. Exempel på det är träffpunkter och aktivitetshus för personer med psykisk ohälsa. Inom Göteborgsregionen finns även ett större utbud av boendelösningar, till exempel med boende för kvinnor. Förutom de skillnader som kan noteras mellan länsdelarna finns det även skillnader mellan kommunerna inom respektive del av länet.

De samverkansinsatser som är lagstadgade finns i alla länsdelar men de som är frivilliga åtaganden finns i större utsträckning i Göteborgsregionen. Skaraborgsregionen utmärker sig också genom att ha anammat MET och vård- och stödsamordning.

## Önskad vård och stöd

### Boråsregionen

Sammanställningen från svaren i workshoppen i Boråsregionen visar att de önskar att det fanns integrerade team bestående av läkare, psykologer, andra behandlare och boendestödjare som arbetar inom kommunen och psykiatri. Sådana team kan ha ett helhetsperspektiv och särskiljer inte missbruksproblematiken från den psykiska hälsan utan beaktar hela individen. De kan skapa förutsättningar för en meningsfull vardag och till exempel erbjuda daglig sysselsättning. Teamet skulle till exempel kunna använda sig av Case Management för att öka brukarens/patientens inflytande och delaktighet. Individens delaktighet och inflytandet skulle också öka om hen själv får avgöra när hen anser sig vara i behov av psykiatrisk slutenvård och att det då inte krävs en längre period av drogfrihet för att få det. Vidare visade sammanställningen från svaren i workshoppen att kontinuiteten är en viktig del i arbetet med personer

med samsjuklighet. Ett exempel på det kan vara att en handläggare inom kommunen är ansvarig för såväl ekonomiskt bistånd som andra insatser som individen bedöms vara i behov av. Detta skulle underlätta eftersom individers svårigheter och behov ofta är komplexa, vilket medför att de ibland har flera olika diagnoser och behov av stöd från olika enheter och verksamheter.

Det kom också fram önskemål om att det borde vara *en* huvudman för att det tydligt visar vem som har det huvudsakliga ansvaret för individen. Utgångspunkten och det centrala bör alltid vara individens behov av vård och omsorg, och att det är det som avgör vad individen ska erbjudas. Ekonomin får inte i för stor utsträckning vara i fokus.

### **Fyrbodal**

Sammanställningen från svaren i workshoppen i Fyrbodal visar att integrerade verksamheter med delat huvudmannskap mellan kommun och region skulle kunna vara en del i att skapa goda förutsättningar för individer med samsjuklighet. Kommunen ansågs ha en större kompetens för att möta individens behov av omvårdnad och psykosociala insatser i vardagen och att regionen bidrar med medicinsk kunskap och behandling. Behovet och betydelsen av att tydliggöra ansvarsfrågan och skapa samsyn kring det samlade ansvaret ansågs angeläget. Vidare beskrevs betydelsen av att skapa goda förutsättningar för att möta individens behov. Samarbete med kriminalvården bör ses som en naturlig del och man bör inkludera evidensbaserad behandling, tillgång till läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (LARO), samt tillgång till Mini Maria och en tillnyktringsenhet. Utgångspunkten för samarbetet bör utgå från individens bästa: att man involverar individen och ger behandlaren mandat att anpassa insatser utifrån individens behov.

### **Göteborgsregionen**

Sammanställningen från svaren i workshoppen i Göteborgsregionen visar att kommun och region bör arbeta utifrån personcentrerad vård. Individens behov är centralt och det kräver att verksamheterna bör höja sin kompetens, öka tillgängligheten, vara mer flexibel och anpassad efter individens behov och möjliggöra en ökad delaktighet för brukaren/patienten. Till viss del behövs ett ändrat synsätt och bemötande gentemot individer med samsjuklighet, där en viktig del handlar om att se beroendet som en sjukdom.

Delaktigheten kan öka genom att individen själv formulerar sitt behov av vård och insatser och sysselsättning samt ges möjlighet till att själv initiera till egen inläggning. Individens behov bör styra och inte ekonomin. Enligt deltagarna finns i den bästa av världar mer, och välfungerande, samverkan mellan kommun och region. Detta för att undvika att individen skickas vidare mellan, och ibland även inom, respektive verksamhet. Det vore önskvärt att individen får uppleva sömlösa övergångar. Vidare lyftes även betydelsen av att samordnad individuell planering (SIP) används som den är tänkt. Ytterligare förslag som lyftes var betydelsen av att ha medicinsk kompetens inom kommunen och kompetens inom socialt arbete inom regionen, samlokalisering,

lågtröskelverksamheter, one stop shop<sup>31</sup> och att man blir bättre på att utnyttja resurser som erbjuds av civilsamhället.

### **Skaraborg**

Sammanställningen från svaren i workshoppen i Skaraborg synliggör betydelsen av närhet och tillgänglighet. Det kan handla om att kommun och region bedriver sina verksamheter lokalt i de olika kommunerna och att personalen från de olika huvudmännen sitter i samma hus och ingår i mindre tvärprofessionella eller integrerade team. Team som arbetar tillsammans och har kännedom om varje individs situation och behov skulle innebära att tillgängligheten ökar för individen. Det skulle också ge en väg in, så att det inte krävs flera olika kontakter och så att väntetiden mellan insatser från kommun och region minskar. Förslag på metoder som ansågs relevanta att arbeta utifrån var Case Management, ACT och R-ACT.

## **Vad ligger till grund för val av stöd och insats eller metod?**

### **Boråsregionen**

Sammanställningen av svaren i workshoppen i Boråsregionen visar att man vet att personer med samsjuklighet är en grupp som kräver mycket motivationsarbete. Det framhålls att klientens motivation är avgörande och det är viktigt att insatsen leder till att det blir bättre för patienten/brukaren.

Vilket stöd, insats eller metod som används beror på individens problematik, ålder och hur länge missbruket har pågått, men valet baseras även på individens egna önskemål. Även om flera svar anger att det är individens behov som styr så framkommer det också att val av stöd, insats eller metod även grundar sig i tillgången till resurser och vad som finns tillgängligt i kommunen. I vissa fall beror det också på vem som jobbar för tillfället, det vill säga den individuella kompetensen som finns i personalgruppen.

Hur man rent konkret går till väga vid val av stöd och insats eller metod beskrivs på olika sätt. Det kan handla om kartläggningar, att beskriva en tänkt vårdkedja eller att göra konsekvensanalyser för att beskriva ett framtida skeende till exempel. Det finns olika verktyg och metoder som anges såsom Community Reinforcement Approach (CRA), återfallsprevention, ACT, Flexibel ACT, FACT eller kartläggningar genom att använda intervjuformulär som till exempel Addiction Severity Index (ASI). Deltagarna menade att de insatser som erbjuds fungerar för målgruppen, men menade också att de inte kände till vilken evidens som fanns för att använda dessa.

Något som lyfts som särskilt avgörande för den här målgruppen är närhet, handläggning och verkställighet eftersom det är en målgrupp som ofta finns kvar inom socialtjänsten under lång tid. En annan del som lyfts som en grund i att fatta beslut om stöd, insats eller metod är samverkan med psykiatrin. Man ser det som en gemensam process att utreda inför en insats.

---

<sup>31</sup> Författarna tolkade det som ett uttryck för integrerade, samlokaliserade verksamheter

## **Fyrbodal**

Sammanställningen av svaren i workshopen i Fyrbodal visar att en faktor som påverkar val av stöd, insats eller metod är samhällets syn på målgruppen. De fördomar och stigma som är relaterade till personer med samsjuklighet i vårt samhälle får betydelse för vad man väljer att ge för typ av stöd. Ett annat synsätt som lyfts fram som grund för val och beslut är diskussioner om ”straff och konsekvens” kontra ”vård och stöd”.

Utöver det lyfter man från Fyrbodals sida precis som i övriga workshoppar att resurser ibland är en bakomliggande faktor för de val av stöd, insatser och metoder som görs. Det framkommer att just det som rör resurser och vilken kompetens som finns kan vara grundande för beslut hos båda huvudmännen, såväl hos regionens öppen- och slutenvård som hos kommunen. Man lyfter fram att eftersom det är en så svår och utmanande målgrupp är det flera aspekter än individens behov som spelar in. Det kan till exempel handla om vad verksamheterna ”klarar av”. En sista aspekt som påtalas är vikten av relationsarbetet. Det beskrivs utifrån ”att få individernas förtroende” och att man måste ha jobbat sig till detta förtroende för att kunna sätta in en lämplig insats.

## **Göteborgsregionen**

Sammanställningen av svaren i workshopen i Göteborgsregionen visar att individen och dess behov är viktiga för val av stöd, insatser och metoder, till exempel genom att ange grundtanken ”vem är expert på sitt liv?”. Men även om man utgår från individens behov och vad denne vill ha och anser sig behöva är det inte självklart att individen kommer att få just det, eftersom det ytterst hänger på i vilken mån det stödet eller den insatsen finns att tillgå. Ett exempel kan vara bostadslöshet som man anger ger en grundläggande otrygghet, men att bostad inte alltid finns tillgänglig för individen.

En annan aspekt som påverkar val av stöd, insatser och metoder är de professionellas utbildning och erfarenhet av samsjuklighet. Det är viktigt med en kontinuerlig och långsiktig insats och att anpassa insatserna efter den enskildes behov.

Sammanställningen av svaren i workshopen visar även att beslut fattas utifrån hur samarbetet ser ut mellan huvudmännen. En metod som lyftes fram som grundar sig på individens behov av stöd och återhämtning är individuell placering och stöd (IPS).

## **Skaraborg**

Sammanställningen av svaren i workshopen i Skaraborg visar att det finns olika grunder för val av stöd, insats och metod. En utgångspunkt som anges är att man anpassar sitt beslut utifrån vad som finns i kommunen, eftersom allt inte finns i alla kommuner. Det är alltså inte samma utbud för brukare/patienter i Skaraborgs olika kommuner. På så sätt blir det stöd, den insats eller metod som används inte alltid direkt relaterad till individens behov utan till tillgängliga insatser.

Sammanställningen från svaren i workshopen visar även att personal och

professionella gör sina val utifrån vad de har kännedom om när det gäller utbud av stöd, insats och metod. Det framkom att personal ibland förstår att de inte känner till allt som finns tillgängligt för personer med samsjuklighet, inte ens inom sin egen kommun. Val av stöd, insats och metod är således inte direkt relaterat till individens behov eller baserat på vad som anses vara effektivt för målgruppen, utan snarare utifrån vilka metoder som är tillgängliga och som personalen har kännedom om. Det finns dock även svar som anger att grunden för val är baserade på de nationella riktlinjerna som finns i ”ryggmärgen” hos de professioner som möter målgruppen.

Det finns mer eller mindre formaliserade sätt att utröna vilket behov individen har och vilket stöd, insats eller metod som då är mest lämpad. Flera svar anger att kartläggningar, utredningar och bedömningar är det som ligger till grund för de beslut som fattas. Lokal samordnad individuell plan (LSIP), SIP och R-ACT är verktyg som används för att undersöka vilka behov individen har och vad som är bästa stöd, insats eller metod för att tillgodose dem. Dessa verktyg bygger på samverkan kring och med den enskilda personen samt ger en struktur för frågeställningar som syftar till att fånga individens behov. I workshoppen framkom också att behovskonferenser används där olika professioner samlas för att lyfta enskildas behov och diskutera hur dessa ska tillgodoses på bästa sätt. Det framgår dock inte hur strukturen ser ut kring dessa behovskonferenser. Ett annat, till synes mindre formaliserat sätt som anges är att samtal förs med den enskilda själv om vad den personen önskar, eller som i vissa fall där val av stöd, insats eller metod baseras på information från andra som mött personen.

Det finns verksamheter i Skaraborg som anger att de använder sig av uppföljningar för att få en uppfattning om vad som fungerar och inte. Utifrån resultatet av uppföljningen kan man vid behov förändra stöd, insats eller metod. Exempelvis anges SUREG<sup>32</sup> som ett verktyg som används för uppföljning, som också gör det möjligt att sammanställa uppgifter på grupp nivå.

Vissa svar är specifikt riktade mot gruppen barn och unga med samsjuklighet. Exempelvis anges att en enkät används för att mäta barnets eller den unges upplevelse av stödets effekt. Mätningar görs före, under och efter insats och resultatet för dessa mätningar ligger till grund för fortsatt stöd. Regelbundna uppföljningar, med återkommande utredningar, är också ett sätt som anges där man kan se i vilken mån det pågående stödet fungerar eller om förändringar behöver göras. Så kallade ”överlämningsmöten”, där behandlare och föräldrar samtalar och identifierar behov hos den unge för att få en grund för beslut om stöd, insats eller metod nämns också. Ett annat sätt är att arbeta med en så kallade målgruppsinventering. En målgruppsinventering ger en sammanhangsbild som visar vad man systematiskt behöver jobba med för barn och unga.

---

<sup>32</sup> Verktyg för systematisk uppföljning tillgängliga på Socialstyrelsens utbildningsportal.

## Evidens och riktlinjer

Svaren på vad som ligger till grund för val av stöd, insatser och metoder vittnar om den komplexa beslutssituation som råder i praktiken. Frågorna i inventeringen handlade om i vilken utsträckning som vården och stödet vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet, och i vilken utsträckning som vården och stödet svarar mot lagstiftning, nationella och regionala riktlinjer och andra policydokument.

Utifrån de svar som framkom i workshopparna märks tydligt att grunden för valet av insatser är och bör vara individens behov, och att detta bör styra professionens val av stöd, insatser och metoder. Nuvarande vård och stöd har sin grund i lagstiftning, nationella och regionala riktlinjer, och andra policydokument. Samtidigt lyfter man fram att det i många fall snarare är tillgången till olika former av stöd, insatser och metoder i praktiken som avgör vad som de facto kommer att erbjudas. Det kan också handla om vilken kompetens som de professionella har och i vissa fall är valen personbundna, det vill säga att de val som görs beror på vilken personal den enskilda möter. Även möjlighet till samverkan påverkas av vilka insatser som väljs. Några menar att valet av stöd, insatser och metoder utgår mer från vad som finns att erbjuda än från de faktiska behoven.

Deltagarna beskriver även att de olika verktyg som används för att kartlägga, utreda och följa upp, påverkar val av stöd, insatser och metoder i mötet med personer med samsjuklighet. Verktygen påverkar bilden av individens behov och vad som fungerar och inte. Utöver dessa verktyg framkom det att relationen mellan individen och den professionella är avgörande för att välja insatser som kan bidra till förändring. I detta ligger givetvis den del, som flera lyfter fram, som handlar om motivation och motivationsarbete.

De professionellas erfarenhet av målgruppen lyfts också fram som en grund för val av stöd, insats och metod. Det är med andra ord även praxiskunskap som påverkar, där tidigare erfarenheter av vad som har fungerat respektive inte fungerat för andra influerar beslut om insatser. Det finns även de som menar att det, trots praktisk erfarenhet och kunskap, är oklart i vilken mån det som görs är evidensbaserat eller inte.

## Beskrivna effekter

Två frågeställningar i den här inventeringen besvarades med hjälp av webbenkät. Vi skickade enkäten till 104 personer och den besvarades av totalt 69 personer (svarsfrekvens 66%) som arbetar med personer med samsjuklighet i Västra Götaland eller i en roll med ansvar för detta område. Av dem som besvarade enkäten var 17 procent anställda av VGR<sup>33</sup>. De flesta (83 %) var anställda i någon kommun i Västra Götaland, drygt hälften (57 %) inom IFO och det näst vanligaste (15 %) var att arbeta inom en Funktionshinder-förvaltning. Av de 69 personer som besvarade enkäten arbetar hälften

---

<sup>33</sup> Tolv procent av dem som fick enkäten var anställda i VGR. Skillnaderna mellan region- och kommunanställda kan delvis förklaras av att Västra Götalands län består av 49 kommuner. Antalet organisatoriska enheter, som vi kunde rikta oss till, är alltså betydligt större på den kommunala sidan än på den regionala sidan (VGR).

med vuxna och andra hälften med barn och unga. Ungefär halva gruppen hade chefsroller, resten av gruppen hade andra roller som exempelvis socialsekreterare eller utvecklingsledare. I tabellerna redovisas svaren i procent.

## Frågor besvarade genom enkät

I enkäten ingick tre frågor som handlar om vilka effekter som finns beskrivna för vården och stödet som erbjuds målgruppen. Frågorna i enkäten var:

1. Känner du till några uppföljningar eller studier som beskriver effekter av de insatser som ges till personer med samsjuklighet av *kommuner*?
2. Känner du till några uppföljningar eller studier som beskriver effekter av de insatser som ges till personer med samsjuklighet av *regional verksamhet*?
3. Känner du till några uppföljningar eller studier som beskriver effekter av de insatser som ges till personer med samsjuklighet i *samverkan* mellan huvudmännen?

Vi ställde även en fråga för att ringa in vilka effekter som inte finns beskrivna och som de tycker borde undersökas.

4. Har du något förslag på vilken/vilka vård- eller stödinsatser som borde följas upp?

På samtliga frågor ombads deltagarna att ge exempel på det deras svar åsyftade. På fråga 1–3 var det minst 70 procent som svarade nej och på fråga 4 gav knappt 50 procent förslag på vilka vård- och stödinsatser som bör följas upp.

**Tabell 8** visar fördelning av svaren på frågan 1. Känner du till några uppföljningar eller studier som beskriver effekter av de insatser som ges till personer med samsjuklighet av kommuner? Svaren anges i procent.

	Ja	Nej
%	27	73

Exempel som nämndes var:

- I arbetet med metoden IPS görs metodtrogenhetsmätningar som visar effekt av metoden
- ASI används/kan användas i uppföljning av samsjuklighet där man kan avläsa effekter av insatsen inom olika livsområden.
- I Nationella Riktlinjer anges de studier som används som underlag för en rekommendation.
- Evidens kring Resursgrupps-ACT, integrerat arbetssätt och Case Management.
- Samordnade insatser, ofta i samarbete med sjukvård till exempel Kikkert M, Goudriaan A, De Waal M, et al. J Subst Abuse Treat 2018; 95:35–42.

Tabell 9 visar fördelning av svaren på frågan 2. Känner du till några uppföljningar eller studier som beskriver effekter av de insatser som ges till personer med samsjuklighet av regional verksamhet? Svaren anges i procent.

	Ja	Nej
%	23	77

Exempel som nämndes var:

- Tänk om vi hade pratat med varandra (Skaraborg).
- Utveckling i region Halland gällande samsjuklighet och uppstart av integrerad mottagning i Kungsbacka.
- I Nationella Riktlinjer anges de studier som används som underlag för rekommendation.
- Exempel på en översiktsartikel: Murthy, P, Mahadevan, J, Chand, PK. Treatment of substance use disorders with co-occurring severe mental health disorders (SVI). Current Opinion in Psychiatry: July 2019 - Volume 32 - Issue 4 - p 293-299 (Review).

Tabell 10 visar fördelning av svaren på frågan 3. Känner du till några uppföljningar eller studier som beskriver effekter av de insatser som ges till personer med samsjuklighet i samverkan mellan huvudmännen? Svaren anges i procent.

	Ja	Nej
%	26	74

Exempel som nämndes var

- Finns studier på Bostad-först-modellen och effekter av betydelse och trygghet för personer med samsjuklighet att ha en egen bostad.
- I de nationella riktlinjerna anges de studier som används som underlag för en rekommendation.
- Samsjuklighetsutredningen.
- Missbruksutredningen visade att samtidiga parallella insatser ger bevisad effekt för personer med missbruk och psykisk ohälsa.
- Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk och beroende beskriver vikten av samverkan mellan olika huvudmän och behovet av integrerad behandlingsmodell för målgruppen.



Tabell 11 visar fördelning av svaren på frågan 4. Har du något förslag på vilken/vilka vård- eller stödinsatser som borde följas upp? Svaren anges i procent.

	Ja	Nej
%	23	77

Exempel som nämndes var:

- SIP-möten, främst mellan kommun och öppenspsykiatri
- Hur används vårdplaner
- Mini-Maria
- ACT Göteborg
- Vård- och stödsamordning
- Integrerade insatser
- Hur ser fungerande samverkan mellan kommun och region ut?
- Delat beslutsfattande
- Gränsdragning inom tvångsvården
- Effekter av LVM
- BUP bedömningsamtal
- Hur kan individens vilja till förändring bäst stödjas
- Medicinering och vardagsstöd för personer i aktivt missbruk
- Vilka insatser fungerar bäst för målgruppen: interna öppenvårdsinsatser eller externa placeringar?
- Olika typer av boenden
- Betydelsen av att bo i drogfri miljö efter nyligen avslutad nedtrappning/utsättning av droger och läkemedel.
- IPS för personer med missbruk/beroende  
Individens möjlighet att komma i arbete
- Betydelsen av tillgång till arbete/sysselsättning för att varaktigt upprätthålla ett liv utan substansmissbruk.
- New public management-perspektivet för den här målgruppen
- Betydelse av varaktigt stöd till patientgruppen för QOL, Quality of life, och undvikande av DALY, Funktionsjusterade levnadsår (engelska disability adjusted life years).
- Personligt ombud/god man/förvaltares roll

## Tillgänglighet och efterfrågan

I enkäten ställdes även frågor som handlar om hur efterfrågan och tillgängligheten till vården och stödet ser ut. Frågorna i enkäten var:

6. Hur upplever du att utbudet av vård- och stödinsatser för målgruppen matchar behoven i det geografiska område som du verkar i?

7. Saknas det vård- och/eller stödinsatser för målgruppen i det område du verkar i?

8. Finns det vård- och stödinsatser som du upplever som otillgängliga för målgruppen trots att dessa finns i området?

Även här ombads respondenterna att ge exempel på det deras svar åsyftade. På fråga 6 svarade drygt 70 procent att utbudet inte matchar behoven som finns. På fråga 7 svarade 75 procent att det saknas vård- och/eller stödinsatser för målgruppen. På fråga 8 svarade 55 procent att trots att det finns vård- och stödinsatser upplevs dessa som otillgängliga. Se vidare svar i tabell 6–8 och i tillhörande punktlister.

**Tabell 12** visar fördelning av svaren på fråga 6. Hur upplever du att utbudet av vård- och stödinsatser för målgruppen matchar behoven i det geografiska område som du verkar i? Svaren anges i procent.

	Mycket bra	Bra	Inte så bra	Inte alls bra	Vet inte
%	1	15	49	22	13

**Tabell 13** visar fördelning av svaren på fråga 7. Saknas det vård- och/eller stödinsatser för målgruppen i det område du verkar i? Svaren anges i procent

	Ja	Nej	Vet inte
%	75	7	17

Exempel på insatser som man uppfattade saknades var:

- Öppenvård psykiatri
- Uppsökande verksamheter
- Sysselsättningsverksamheter
- En närliggande beroendemottagning
- Lågtröskelverksamhet, samarbete mellan psykiatri och kommun vid missbruk
- Bostad först
- Boenden
- Träningslägenheter
- Samverkan mellan kommun och öppenvård
- Integrerade verksamheter
- Samorganiserade verksamheter
- Samordnade insatser
- Vård- o stödsamordning
- Sammanhållen insatsprocess för målgruppen.
- Boendestöd
- Rehabiliteringsinsatser
- Insatser från BUP

- Mobila insatser inom sjukvården
- Insatser finns men personer i målgruppen har svårt att få tillgång till vård.
- Mängden är otillräcklig på alla håll
- Kontinuerliga uppföljningar

Tabell 14 visar fördelning av svaren på fråga 8. Finns det vård- och stödinsatser som du upplever som otillgängliga för målgruppen trots att dessa finns i området? Svaren anges i procent

	Ja	Nej	Vet inte
%	55	3	42

Exempel som nämndes var:

- Lång väntetid i vården
- Alla verksamheter och insatser som kräver total nykterhet
- Behandling på hemmaplan
- NPF-utredningar, de kräver drogfrihet vilket kommunen inte har kunskap och resurser om vid samsjuklighet
- Boendestöd
- Aktivitetshuset
- Personer skickas ofta mellan Vuxenpsykiatri och Närhälsan
- Stödinsatser/utredning av föräldrafunktionen för nyblivna föräldrar
- Begränsat antal vårdplatser gör att vårdtiderna inte är individanpassade
- Kraven på individen för att få inläggande vård är väldigt höga
- Arbetsträningsmöjligheter inom Vuxenenheten
- Samverkan och rehabiliteringsinsatser för gruppen
- När det behövs placeringar finns inga möjligheter att samverka om det
- Svåra och komplicerade processer för den enskilde för att få stöd. Handlar om öppettider, telefontider, remissförfarande och utredningar
- Vissa utredningar och boendeförändringar
- Utredning via psykiatri
- Psykiatrins mottagning ligger en bra bit bort från våra klienter
- BUP
- Få i målgruppen får psykologkontakt när klienter upplever behov av det

### Brukarperspektiv på tillgänglighet

En intervju genomfördes med en företrädare för en brukarförening med insyn i hur brukare och patienter med samsjuklighet ser på tillgängligheten till vård och stöd i Västra Götaland.

I intervjun framfördes att dessa personer ibland upplever svårigheter som beror på att de regionala och kommunala organisationerna inte samarbetar. Det kan till exempel handla om att viktig information inte lämnas ut till den som behöver den. Det kan försvåra situationen för en person som är skör och mår dåligt eftersom det ställer krav på att den enskilda själv måste ta ansvar för informationsöverlämningen. Ofta hör det till tillståndet samsjuklighet att detta är svårt. Den intervjuade företrädaren menade att patienter och brukare bör slippa ta det ansvaret och i stället ska kunna lita på att personalen som de möter hjälper till med det. Att om personal med olika huvudmän behöver kommunicera med varandra bör det vara deras ansvar och inget de kan överlåta till patienten/brukaren.

Vidare ansåg brukarföreträdaren att tillgängligheten till regionens och kommunens sjukvård för patienten/brukaren också påverkas av om det finns tillgång till avgiftningsavdelning eller avgiftningsenhet som erbjuder akut hjälp. På orter där detta saknas kan den enskilda uppleva att det inte finns någonstans att ta vägen vid en akutsituation. Det behöver också finnas lågröskelverksamheter som inte ställer krav på drogfrihet för att fler patienter/brukare ska kunna ta del av stödinsatser. Kravet på drogfrihet som finns på vissa ställen gör att hjälpen uppfattas som otillgänglig för många, vilket illustrerades med citatet: *"Man måste vara frisk för att få vård"*.

Till sist framförde företrädaren att de här upplevelserna av otillgänglighet även till viss del gäller för barn och ungdomar med samsjuklighet. Denna målgrupp kan ha kännedom om att det finns vård och stöd, men upplever ofta att den är till för någon annan. Vidare påpekade företrädaren att barn och ungdomar har ett skydd i att de går i skolan och att personalen där har skyldighet att göra en orosanmälan om de misstänker att en minderårig far illa. Det gör att denna åldersgrupp redan tidigt kan identifieras och få stöd till skillnad från vuxna som i högre grad förväntas ta ansvar själva.

## Sammanfattning av resultat

Den inventering av insatser som genomfördes i det här projektet visar att det finns många generella insatser som målgruppen kan ta del av. Men många av dessa utgår från en behovsbedömning, vilket gör att den enskilde inte alltid kan välja insatser. Detta gäller både på det kommunala området och på sjukvårdsområdet. Endast ett fåtal av insatserna ges i nära samverkan över organisationsgränser. Det framkom i inventeringen att det skulle behövas fler eftersom personer med samsjuklighet ofta har behov av insatser från flera organisationer. Brist på aktörer som hjälper enskilda att hålla ihop sin vård och stöd samt brist på helhetsperspektiv återkom som kommentarer genom hela inventeringen.

Vad som också framkom av inventeringen är att det är sällsynt med verksamheter och insatser som är specifikt inriktade på målgruppen med samsjuklighet, även om det finns några exempel på det.

Jämförelsen av verksamheter och insatser i de olika delarna av Västra Götaland visar att det finns ett bredare utbud av vård- och stödinsatser för målgruppen i Göteborgsregionen jämfört med i de andra länsdelarna. Här finns även fler verksamheter och insatser som ges i nära samverkan (integrerat) över huvudmannagränserna. Det framkom också att det finns ett bredare utbud av insatser i större kommuner jämfört med i mindre.

De önskemål som deltagarna i workshopparna uttryckte, skilde sig något åt mellan länsdelarna. Boråsregionen önskade integrerade team för ett bättre helhetsperspektiv där olika professioner arbetar nära varandra. De vill använda Case Management samt ge större inflytande till den enskilde (brukaren/patienten). De önskade även att kommunen skulle organisera sitt stöd så att den enskilde slapp koordinera hjälpinsatserna själv – att i stället en kontaktperson skulle hålla ihop olika insatser. De förordade att en huvudman skulle bli ansvarig för insatserna för målgruppen i syfte att skapa en tydlig ansvarsfördelning. Även i Fyrbodalen önskades en tydlig ansvarsfördelning. Dessutom önskades ett bättre samarbete med kriminalvården, användning av LARO och en etablering av Mini-Maria. Deltagarna här önskade även att behandlare skulle få ett tydligare mandat, samt att mer evidensbaserade insatser skulle användas. Skaraborgsdeltagarna framhöll betydelsen av närhet och tillgänglighet, integrerade team och att det borde finnas ”en väg in” (i vården och socialtjänsten). Vidare önskades Case Management, ACT och R-ACT. Göteborgsregionens deltagare lyfte fram behovet av en mer personcentrerad vård samt ökad tillgänglighet och flexibilitet utifrån den enskildes behov. Vidare att den enskilde som berörs av insatserna bör få ett ökat inflytande över den vård och stöd som hen får. De ansåg att de professionella behöver ha ett annat förhållningssätt till målgruppen och att det behövs en ökad kompetens inom området. Avslutningsvis önskades en samlokaliserad lågtröskelverksamhet med både medicinsk och social kompetens.

Några frågor undersöktes med hjälp av en webbenkät. På frågan om vad som ligger till grund för de insatser som ges framkom många olika svar. Svaren handlar om att val av insatser görs på basis av utredningar och bedömningar som görs i anslutning till SIP, behovskonferenser och utifrån den kompetens och resurser som finns att tillgå hos vårdgivaren/kommunen. Ibland är det tillfälligheter som styr, till exempel att valet av insats påverkas av vem den enskilde råkar möta i vården eller socialtjänsten. Fördomsfulla attityder till målgruppen kan även påverka valet av insatser.

På frågan om vad som ligger bakom val av insatser fick vi varierande svar, dessa upplevs baseras på både riktlinjer, vilka insatser som finns tillgängliga och kännedom om insatser. Det upplevs dock oklart vilken evidens olika insatser har. På frågorna om vilka effekter av insatser de känner till, svarade flertalet (drygt 70 %) att de inte kände till några studier eller uppföljningar som beskrev effekter av kommunala, regionala eller samorganiserade insatser. Cirka hälften av respondenterna (48 %) hade förslag på insatser som de ville skulle följas upp. Många förslag handlar om insatser eller verktyg för samverkan, men även andra insatser som ges av en enskild organisation nämndes.

En majoritet av dem som besvarade webbenkäten (70 %) ansåg att utbudet av insatser för målgruppen inte matchar deras behov. Detta ligger i linje med den beskrivning som en företrädare för en brukarorganisation gjorde i en intervju. Det som lyftes fram i intervjun handlar om bristande samverkan över huvudmannagränserna, orimliga krav på vad enskilda personer ska klara av att koordinera med avseende på vård- och stödinsatser, avsaknad av avgiftsverksamhet och att det saknas lågröskelverksamheter där målgruppen känner sig välkommen trots att man inte är drogfri. När det gäller barn och ungdomar lyfts skolan upp som en skyddsfaktor, eftersom skolpersonalen kan identifiera barn som löper risk att fara illa. Men intervjupersonen tog också upp att barn och unga inte känner sig hemma i de verksamheter som vänder sig till vuxna.

## Diskussion

Det övergripande syftet med det här projektet var att beskriva vård- och stödinsatser som ges till personer med samsjuklighet i Västra Götaland. Uppdraget var brett definierat och krävde avgränsningar för att det skulle kunna genomföras inom ramen för de förutsättningar i tid och resurser som fanns. Dessa avgränsningar gjordes löpande under projektets gång och i samråd med uppdragsgivare och styrgrupp. Informationen som presenteras här baseras på de kunskaper om vård, stöd och insatser till målgruppen som deltagarna i inventeringen hade. Fler datakällor och kompletterande metoder för datainsamling hade behövts för att inventeringen skulle bli mer heltäckande. Förhoppningen är ändå att rapporten kan vara användbar som ett underlag för specifikt riktade undersökningar och utvecklingsarbeten framöver.

Den information som har erhållits inom ramen för projektet var beroende av delaktighet från representanter från både regionen och kommunerna i länet. Vi kan konstatera att merparten av deltagarna hade sin anställning i kommunala organisationer och en mindre andel i regionala, trots det omfattande förankringsarbete som genomfördes initialt i projektet. För att väga upp detta har vi genomfört kompletterande intervjuer och avstämning med representanter ifrån regionen. Det bör dock nämnas att det finns en viktig skillnad mellan Västra Götalandsregionen som sjukvårdshuvudman och de 49 kommunerna i länet, då varje kommun har sitt eget beslutsmandat enligt det kommunala självstyret. Med detta i åtanke kan det vara rimligt att fler kommunala representanter deltog i inventeringen.

Den bild som framkommit genom inventeringen är att det finns många olika insatser, metoder och verktyg som målgruppen potentiellt sett kan få tillgång till. Paradoxalt nog tecknar deltagarna i inventeringen i stället en problembild som kännetecknas av bristande tillgänglighet och kontinuitet. Praktiska och administrativa hinder framförs ofta som anledning till denna situation. Det framkommer också att det finns en ojämn fördelning av integrerade verksamheter och insatser till målgruppen inom länet. Detta avser både insatser till ungdomar och vuxna och innebär att det finns en diskrepans mellan målsättningen om integrerade insatser i Handlingsplan psykisk hälsa<sup>34</sup> och det utbud som beskrivs.

Informanterna i den här inventeringen är personer som i sin arbetsvardag träffar människor med stora behov av insatser som, av olika skäl, inte alltid kan tillgodoses. Det finns anledning att reflektera över hur detta påverkat de bilder de velat förmedla då de, i denna undersökning, fått frågor om sitt arbete och om möjligheterna att ge stöd och vård till utsatta människor. Resultaten i inventeringen kan delvis ha en grund i att den i sig kunnat utgöra en kanal för att framföra en frustration man upplever i sitt arbete. Detta kan i så fall också ses som ett resultat i sig och emotsäger inte att det finns en stor diskrepans mellan utbud och efterfrågan/behov och att det finns behov av mer fördjupad kunskap.

---

<sup>34</sup> Se t ex mål 4.2 som föreskriver att ”personer med missbruk, psykisk ohälsa och/eller komplex problematik ska få integrerade insatser”.

Personer med samsjuklighet är, som tidigare nämnts, en heterogen grupp. Individernas problem och svårigheter skiljer sig åt på flera sätt. Kriterierna för vilka som inkluderas i den här gruppen skiljer sig åt, vilket gör det svårt att göra studier om, och uppskattningar av, hur vanligt förekommande det är med samsjuklighet (Socialstyrelsen, 2019). Samtidigt diskuteras gruppen ofta som om deras behov var relativt likartade och som att insatser och stödformer kan antas passa alla i målgruppen. Gruppen personer med samsjuklighet är ibland också föremål för vad som ibland kallas ”huvudmanna-diskussioner”. De utmärks av frågor om var, vad och i vilken organisation dessa personer ska få det stöd och den vård och omsorg som de behöver. Ibland lyfter man ekonomi som skäl till huvudmanna-diskussioner, ibland pågående drogberoende eller missbruk, ibland brister i informationsöverföring eller problem med kommunikationen då huvudmännen har ”olika språk”. I denna inventering lyfts dessa delar som faktiska problem och risker. Som förslag på lösning lyfts värdet av helhetsperspektiv, att se varje människa och att utgå från de individuella behoven då bedömning och val av insats görs. Om individen och dess funktionalitet och behov är utgångspunkt, inte diagnoser, ekonomi eller organisatoriska gränser, kan man bättre utvärdera vilka livsområden som individen behöver stöd med. Individer inom gruppen personer med samsjuklighet, har också olika svårighetsgrad på sina problem. Det gör att planering av vård och stöd kan behöva göras i form av stegvis vård för att möta varje individs behov.

Något som tydligt framkom i den här inventeringen var att personer med samsjuklighet som får insatser från flera huvudmän inte bör förväntas ta ansvar för att information om dem själva och deras behov når rätt personer. Personal bör så långt det är möjligt ta ansvar för att kommunicera den informationen med varandra. Även om informationsöverföringen hindras av lagar och regler kring sekretess, kan detta hinder överkommas om brukaren/patienten ger sitt samtycke till att sekretessen hävs<sup>35</sup>.

Det framkom också tydligt i den här inventeringen hur krav på drogfrihet under en specifik tid för att ha rätt till stöd ofta upplevs som ett hinder. Många upplever det som en hög tröskel som gör att individer står utan stöd eller vård under en längre tid, vilket i sig kan medföra ett ökat behov av stöd. Bestämmelsen om drogfrihet regleras i Västra Götaland till exempel i *Riktlinje för utredning vid misstanke om ADHD hos vuxna med beroendetillstånd* (Västra Götalandsregionen, 2020). Anledningen till att kravet på drogfrihet rekommenderas är att många droger ger effekter som liknar ADHD-symtom. Det medför risk för överdiagnostik samtidigt som det vid undermålig kartläggning finns risk att uppfatta egentliga funktionsnedsättningar som följd av missbruk och då riskeras i stället underdiagnostik. För de individer som behöver bli drogfria behövs insatser som kan ges under tiden innan de får tillgång till utredning, vård och stöd för sina sammansatta behov.

Inventeringen synliggjorde även vad de professionella upplever att de saknar, sådant som de skulle behöva för att kunna erbjuda bättre vård, stöd och omsorg för personer

---

<sup>35</sup> <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/samordning-av-stod-till-barn-med-funktionsnedsattning/samtycke/>



med samsjuklighet. Förslagen som presenterades i resultatdelen i den här rapporten kommer alltså från den personal som jobbar närmast klienterna och patienterna. Deras önskemål och förslag kan fungera som underlag vid framtida förändring och utveckling av verksamheterna. I samband med de diskussionerna kom ofta de ekonomiska förutsättningarna upp som viktiga begränsande omständigheter.

Inventeringen visade att flera professionella saknar integrerade team och case management. Socialstyrelsen (2017) lyfter betydelsen av att använda metoden case management för personer med samsjuklighet i syfte att samordna deras vård- och stödinsatser. Kartläggningen av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik (2019) visar att metoden inte används i särskilt stor utsträckning trots att den har vetenskapligt stöd och rekommenderas starkt i de nationella riktlinjerna. Vidare visar kartläggningen och även Samordnad utveckling för god och nära vård (2017:01) betydelsen av samverkan och att vård- och stödinsatser som ges av olika aktörer behöver individanpassas och utgå från ett personcentrerat arbetssätt med beredskap och förståelse för målgruppens behov. Resultatet av inventeringen ger en komplex bild av vad besluten om vilken vård och vilket stöd som ska ges, vilar på. Några menar att besluten baseras på individens behov, medan andra är mer självkritiska och beskriver att insatserna snarare beror på vad som finns tillgängligt och vilka insatser som personalen har kännedom om. Vid beslut bör personal utgå från insatser som har evidens för målgruppen. För att arbeta med en evidensbaserad praktik bör den professionella utgå från bästa tillgänglig kunskap och den enskildes situation, erfarenheter och önskemål vid beslut om insatser<sup>36</sup>.

Enkätundersökningen visade att cirka 70 procent inte känner till effektstudier av olika insatser. Detta behöver inte betyda att det helt saknas kunskaper om insatsernas betydelse för målgruppen. Frågan i enkäten visar att många inte kan namnge specifika studier eller resultat som visar effekter på målgruppen av användning av specifika metoder. Det kan betyda att det saknas sådana studier eller att de är okända för dem som verkar inom det här fältet.

Samtidigt är det cirka en fjärdedel av respondenterna som uppger att de känner till effektstudier av olika slag. Om en fjärdedel av personalen har en mer fördjupad kunskap om fungerande metoder är det inte osannolikt att denna kunskap också påverkar hur arbetet utförs – även av dem som inte kan namnge enskilda studier. Här skulle mer fördjupade studier och analyser behövas göras för att komma närmare svaret på i vilken grad arbetet utförs med grund i evidensbaserade metoder. Den här inventeringen har satt ljuset på att det finns behov av kunskaper om effekter av olika vård- och stödinsatser till personer med samsjuklighet.

I uppdraget ingick även att ge underlag till en bedömning av om det finns insatser som behöver fasas ut. Den frågan kan dock inte besvaras på ett enkelt sätt. Det är inte tydligt om några insatser behöver fasas ut eller vilka det i så fall skulle vara. Underlag

---

<sup>36</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbete-evidensbaserat/>

för sådana bedömningar skulle kunna skapas genom systematiska uppföljningar av de insatser som ges.

Slutligen vill vi framhålla att även om den här rapporten presenterar resultat från en inventering av insatser till personer med samsjuklighet ger den inte en komplett bild. Vår förhoppning är ändå att den kan fungera som underlag för utvecklingsarbeten inom området, tillsammans med resultaten från den nationella utredningen (Dir. 2020:68) där förslag presenteras över hur personer med samsjuklighet bättre ska erbjudas samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (femte upplagan).
- Berggren, B. (1982). *Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning och konkurrens om makt och ansvar*, Spri-rapport 121:107.
- Danermark, B., & Kullberg, C. (1999). *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Drake, R. E., Mercer- McFadden, C., Meuser, K.T., McHugo, G.J. & Bond, G.R. (2006). Samordnad behandling av psykisk sjukdom och missbruk hos personer med dubbeldiagnos. En forskningsöversikt. I: Kim T. Meuser (Red.) *Dubbel diagnos. Allvarlig psykisk sjukdom och missbruk (21)*. Karlskrona: Stiftelsen Ett helt liv.
- Jensen, C. & Kuosmanen (2008). *Streta emot eller sträva tillsammans? Om samverkan, brukarmedverkan och komplexitet i Miltonprojekten i Västra Götalands län*. Göteborg: FoU i Väst, Rapport 5:2008.
- Kunskapsguiden. (u.å.). *Behandling och stödinsatser vid missbruk och beroende*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/missbruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-missbruk-och-beroende/behandling-vid-samsjuklighet/>
- Regeringen. (2020). *Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2020/06/dir.-202068/>
- Regeringen. (2020). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2021–2022*. <https://www.regeringen.se/overenskommelser-och-avtal/2020/12/overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-insatser-inom-området-psykisk-halsa-och-suicidprevention-20212022/>
- Regeringen. (2020). *Kommittedirektiv, Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*. <https://www.regeringen.se/49dc19/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/fokhalsa-och-sjukvard/samordnade-insatser-vid-samsjuklighet-i-form-av-missbruk-och-beroende-och-annan-psykiatrisk-diagnos-eller-narliggande-tillstand.pdf>
- Regeringen. (2021). *God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa*. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2021/01/sou-20216/>
- SFS 2001:43. *Socialtjänstlag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453\\_sfs-2001-453](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453)

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Socialstyrelsen (2013). *Att ge ordet och lämna plats: vägledning om brukarinflytande inom socialtjänst, psykiatri och missbruks- och beroendevård*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2013-5-5.pdf>

Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende: stöd för styrning och ledning*: Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/missbruk-och-beroende/>

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>

Sjuksköterskeförening [SweNurse]. (2017). *Svensk Sjuksköterskeförenings Strategi: Jämlik vård och hälsa*. <https://www.swenurse.se/publikationer/jamlik-var-d-och-halsa>

Sveriges kommuner och regioner. (2021). *Överenskommelse, psykisk hälsa*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/psykiskhalsa/overenskom-melsepsykiskhalsa.234.html>

Tyrstrup, M. (2014). *I välfärdsproduktionens gränsland. Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Uppdrag välfärd. Entreprenörskapsforum – Fores – Leading Health Care.

Västra Götalandsregionen & Västkom. (2020). *Länsgemensamt inriktningsdokument för regionen och kommunerna i Västra Götaland. Organiserat integrerat arbete för personer med psykisk ohälsa, missbruk och beroende*. <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2021/02/Handlingsplan-psykisk-h%C3%A4lsa-V%C3%A4stra-G%C3%B6taland-2018-2022.pdf>.

Västra Götalandsregionen. (2020). *Riktlinje för utredning vid misstanke om ADHD hos vuxna med beroendetillstånd*. <https://alfresco-offentlig.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/29883/Utre-dning%20vid%20misstanke%20om%20ADHD%20hos%20vuxna%20med%20beroendetillst%c3%a5nd.pdf?a=false&guest=true>

Willumsen, E. (2007). *Interpersonell samverkan och brukarmedverkan kring utsatta barn*. I B. Axelsson, S. Bihari Axelsson, *Folkhälsa i samverkan. Mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization. (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision*, 2nd ed. World Health Organization.

# Bilaga 1. Länsdelar i Västra Götaland

Tabellen nedan visar Länsdelarna i Västra Götaland och hur relationen ser ut mellan kommunalförbund, kommuner, sjukvårdsområden och primärvårdsförvaltningar.

Del av Västra Götaland	Kommunal-förbund	Kommun	Sjukvårdsområde	Primärvårds-förvaltning
Boråsregionen	Sjuhärads kommunalförbund	Bollebygd Borås Herrljunga Mark Svenljunga Tranemo Ulricehamn Varberg Vårgårda	Södra Älvsborgs sjukhus: SÄS Borås SÄS Skene	Borås
Fyrbodal	Fyrbodals kommunalförbund	Bengtsfors Dals-Ed Färgelanda Lysekil Mellerud Munkedal Orust Sotenäs Strömstad Tanum Trollhättan Uddevalla Vänersborg Åmål	NU-sjukvården; Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) i Trollhättan och Uddevalla sjukhus. Brinkåsen (psykiatri)	Fyrbodal
Göteborgs-regionen	Göteborgsregionens kommunalförbund	Ale Alingsås Göteborg Härryda Kungsbacka <sup>37</sup> Kungälv Lerum Lilla Edet Mölnadal Partille Stenungsund Tjörn Öckerö	Sahlgrenska Universitets-sjukhuset; SU Högsbo Mölnads sjukhus SU Sahlgrenska Östra Sjukhuset Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus Sjukhusen i Väster (SIV) Alingsås lasarett Angeredes När-sjukhus Frölunda Specialist-sjukhus Kungälv sjukhus	Södra Bohuslän: Ale Härryda Mölnadal Partille Stenungsund Tjörn Öckerö Södra Älvsborg; Alingsås Lerum

<sup>37</sup> Kungsbacka kommun ingår i Göteborgsregionen, men tillhör Hallandsregionen och inte Västra Götalandsregionen.

Inventering av vård och stöd för personer med samsjuklighet

Skaraborg	Skaraborgs kommunalförbund	Essunga Falköping Grästorp Gullspång Götene Hjo Karlsborg Lidköping Mariestad Skara Skövde Tibro Tidaholm Töreboda Vara	Skaraborgs sjukhus; Kärnsjukhuset i Skövde Sjukhuset i Falköping Sjukhuset i Lidköping Sjukhuset i Mariestad	Skaraborg
-----------	----------------------------	---	--	-----------