GÖTEBORGS REGIONEN

Skadligt bruk och beroende: Klienter och stödinsatser

Inventering i Göteborgsregionens medlemskommuner inför samsjuklighetsreformen, del 1 av 2

Anjelica Hammersjö
Helena Håkansson

Oktober 2026





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 2026
FoU i Väst
Box 5073, 402 22 Göteborg
gr@goteborgsregionen.se
www.goteborgsregionen.se
Text: Anjelica Hammersjö
Helena Håkansson
Framsidesbild: Mostphotos

GÖTEBORGS REGIONEN

Förord

Den 1 januari 2028 träder den så kallade samsjuklighetsreformen i kraft. Reformen innebär stora förändringar för samhällets stöd till personer med ett skadligt bruk eller beroende, och en förändrad ansvarsfördelning mellan kommun och region.

Den 20 mars 2026 beslutade Göteborgsregionens socialchefsnätverk om att göra två kommungemensamma inventeringar inför samsjuklighetsreformen. Den rapport du just börjat läsa redovisar resultatet av den första inventeringen.

Genom inventeringen har Göteborgsregionens medlemskommuner försökt uppskatta ungefär hur många personer med ett skadligt bruk eller beroende som i dag har ett pågående ärende inom socialtjänsten, ungefär hur många av dessa som har kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende samt hur många som kan tänkas ha behov av kontakt med regionen eller samordning mellan kommun och regionen. Inventeringen undersöker också frågan om sociala stödinsatser; i vilken grad kommunerna i dag kan bevilja ett antal rekommenderade stödinsatser för personer med skadligt bruk eller beroende och hur planerna ser ut för att eventuellt utveckla stödinsatserna inför reformen.

Inventeringen har omfattat myndighetsenheter inom vuxen, unga vuxna, barn och unga, funktionsstöd, äldreomsorg och ekonomiskt bistånd, och har genom detta berört klienter i alla åldrar som socialtjänsten möter. Det ger en bredare bild av omfattningen av bedömda behov än om inventeringen enbart hade vänt sig till de enheter som arbetar direkt med skadligt bruk och beroende.

Sammantaget ger rapporten en nulägesbild inför reformen. Målsättningen är att kommunerna ska kunna använda underlaget för planering av sina insatser för målgruppen och i dialog med regionen om framtida behov av samordning.

Ansvariga för inventeringen på Göteborgsregionen (GR) har varit Anjelica Hammersjö och Helena Håkansson på FoU i Väst, med stöd av Frida Cissig och Lisa Ruuth som sakkunniga i frågor som rör samsjuklighetsreformen och skadligt bruk och beroende. På kommunnivå har inventeringen samordnats av kontaktpersoner som utsetts av socialcheferna i respektive kommun.

Göteborg, oktober 2026

Jenny Rehnman
FoU-chef
Göteborgsregionen, FoU i Väst

Innehåll

Sammanfattning 4
Begreppsdefinitioner utifrån samsjuklighetsutredningen 7
Skadligt bruk och beroende 7
Samsjuklighet 7
Bakgrund 8
Individer med skadligt bruk eller beroende 8
Stöd och behandling för skadligt bruk eller beroende 9
Behandlings- och stödinsatser i denna inventering 10
Om inventeringen 14
Inventering av klienter och stödinsatser 14
Resultat: Klientinventering 21
Klientinventering på enhetsnivå 21
Klienter med skadligt bruk eller beroende 21
Beslut om behandlingsinsatser 31
Resultat: sociala stödinsatser 34
Anhörigstöd 35
Individanpassat stöd till arbete (IPS) 36
Arbetsförberedande träningsmodeller 37
Boendestöd 38
Bostad först 39
Case management 40
Utveckling av befintliga stödinsatser 40
Nya sociala stödinsatser 42
Sammanfattande slutsatser 43
Referenser 48

Sammanfattning

Den 1 januari 2028 träder samsjuklighetsreformen i kraft. Reformen innebär bland annat att all vård och behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård. Samtidigt förtydligas kommunernas ansvar för sociala stödinsatser. Socialcheferna i Göteborgsregionens 13 medlemskommuner har beslutat att kommunerna ska göra två gemensamma inventeringar inför reformen. Denna rapport redovisar resultatet av den första inventeringen.

Syftet med den här inventeringen har varit att göra en övergripande uppskattning dels av hur många personer med skadligt bruk eller beroende som har pågående ärenden hos socialtjänsten, dels av målgruppens behov av insatser från regionen och kommunens sociala stödinsatser. De frågor inventeringen har försökt svara på är:

- Ungefär hur många individer med ett känt skadligt bruk eller beroende har ett pågående ärende inom socialtjänsten? Hur bedömer kommunerna tillgången till och behovet av kontakt med regionen för dessa individer?
- Hur många individer hade ett kommunalt beslut om behandlingsinsatser för sitt skadliga bruk eller beroende under 2025?
- Vilka rekommenderade sociala stödinsatser erbjuder kommunerna i dag till personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga?
- Planerar kommunerna att utveckla sina befintliga sociala stödinsatser för personer med skadligt bruk eller beroende, eller införa nya? Om ja, vilka?

Så gjordes inventeringen

Inventeringen baseras på två enkäter som skickades ut mellan den 15 juni och 31 augusti 2026: En enkät på enhetsnivå och en enkät på kommunövergripande nivå. På kommunnivå har inventeringen samordnats av utsedda kontaktpersoner. Enkäten på enhetsnivå har distribuerats genom en länk som kontaktpersonerna skickat vidare.

- **Enkäten på enhetsnivå** riktade sig till myndighetsenheter inom vuxen, unga vuxna, barn och unga, funktionsstöd, äldreomsorg och ekonomiskt bistånd. Enkäten innehöll frågor om antalet klienter med ett skadligt bruk eller beroende och deras behov av vårdkontakter, samt frågor om ett antal stödinsatser till målgruppen. Klienterna har inventerats utifrån handläggarnas kännedom om skadligt bruk och beroende och uppskattningar av klienternas behov.
- **Enkäten på kommunövergripande nivå** riktade sig till kommunernas kontaktpersoner och innehöll frågor om vissa kommunala behandlingsinsatser, anhörigstöd och utveckling av sociala stödinsatser. Enkäten har besvarats med hjälp av verksamhetsdata och genom kontaktpersonernas kännedom om planerade förändringar.

Ambitionen har varit att göra en uppskattning av antalet unika klienter med ett skadligt bruk eller beroende. För att undvika dubbelregistreringar har inventeringen

av klienter på enhetsnivå därför utgått från ett rangordningssystem, vilket beskrivs närmare i kapitlet Om inventeringen.

Inventeringen har omfattat myndighetsenheter inom vuxen, unga vuxna, barn och unga, funktionsstöd, äldreomsorg och ekonomiskt bistånd, och har därmed berört klienter i alla åldrar som socialtjänsten möter. Att alla verksamhetsområden har ingått ger en bredare bild av omfattningen av behoven än om inventeringen enbart hade vänt sig till de enheter som arbetar direkt med skadligt bruk och beroende. Enkäterna har också haft en hög svarsfrekvens: På kommunnivå har samtliga kommuner svarat och på enhetsnivå har 164 av 168 enheter svarat (98 procent).

Resultat

I enkäten på enhetsnivå har drygt 70 000 klienter inventerats. Av dessa uppskattas cirka 3 800 personer ha ett skadligt bruk eller beroende, vilket motsvarar cirka 5 procent av klienterna. Runt 45 procent av klienterna som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende har utifrån handläggarnas kännedom ingen etablerad vårdkontakt för sitt skadliga bruk eller beroende men bedöms behöva det. En lika stor andel (runt 45 procent) bedöms ha en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att de bedöms vara i behov av särskild samordning utifrån den kommande lagen om samordnad vård- och stödverksamhet.

Gällande behandlingsinsatser har runt 260 vuxna personer (18 år eller äldre) varit placerade på HVB för ett skadligt bruk eller beroende under 2025. Under motsvarande period har runt 500 barn och unga (0–18 år) varit placerade på HVB, oavsett orsak till placeringen. Totalt runt 1 500 vuxna beviljades öppenvårdsinsatser för skadligt bruk eller beroende. Under 2025 har kommunerna även fattat beslut om att ansöka om vård enligt LVM 70 gånger, och har gjort runt 50 ansökningar om ansvarsförbindelser i kontraktsvård.

De stödinsatser som ingått i inventeringen erbjuds i varierande omfattning av kommunerna: Bostad först, boendestöd och anhörigstöd till vuxna anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds i samtliga 13 kommuner. Anhörigstöd till barn som är anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende erbjuds i 12 kommuner. Arbetsförberedande träningsmodeller erbjuds i 11 kommuner. Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS erbjuds i fem kommuner, och case management erbjuds i två kommuner. Vilka verksamhetsområden som kan bevilja insatserna varierar mellan kommunerna. Även om kommunerna kan bevilja stödinsatserna tycks de inte alltid beviljas till klienter med ett skadligt bruk eller beroende. Det är med andra ord en skillnad mellan förekomst och faktisk tillgång till insatserna.

Sammanfattande slutsatser

Av de inventerade individer som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende uppskattas majoriteten (cirka 90 procent) ha eller behöva ha kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende. Cirka hälften av dessa bedöms redan ha en etablerad kontakt, och den andra hälften bedöms behöva etablera en sådan kontakt.

Det är endast en mindre andel av de klienter som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende som *varken* bedöms ha eller behöva etablera en kontakt med regionen.

I och med att klienter med skadligt bruk eller beroende finns inom socialtjänstens samtliga verksamhetsområden berör reformen inte bara de verksamheter som i dag ansvarar för frågor om skadligt bruk eller beroende. Även om inte alla dessa klienter skulle vara motiverade att ta kontakt med regionen behöver det finnas fungerande strukturer för att hänvisa vidare till vård och behandling för de som vill och behöver.

Ett stort antal personer med ett skadligt bruk eller beroende får i dag behandlingsinsatser av kommunen. När det kommer till öppenvårdsinsatser är det inte möjligt utifrån denna inventering att veta hur stor andel av insatserna som är renodlad behandling, och i sådana fall vilken typ av behandling. Det är en fråga som kommer att undersökas närmare i en kommande inventering i Göteborgsregionen.

När det kommer till sociala stödinsatser visar inventeringen att de flesta kommuner har börjat utveckla eller planerar att utveckla sina sociala stödinsatser med anledning av samsjuklighetsreformen. Kommunerna har också redan i dag möjlighet att erbjuda flera av de rekommenderade sociala stödinsatser som ingått i denna inventering, men stödinsatserna tycks inte alltid nå målgruppen. Möjliga framtida utvecklingsområden är därför att följa i vilken grad insatserna beviljas till målgruppen, om det finns hinder för att bevilja insatserna, och att se över om fler verksamhetsområden ska kunna bevilja stödinsatserna.

Även om resultaten i vissa delar bygger på handläggares uppskattningar och bedömningar ger inventeringen en bild av omfattningen av skadligt bruk och beroende bland socialtjänstens klienter, bedömda vårdbehov och målgruppens tillgång till insatser. En central fråga framåt blir hur kommun och region tillsammans kan se till att den förändrade ansvarsfördelningen också leder till en mer sammanhållen vård och ett mer tillgängligt stöd för målgruppen.

Begreppsdefinitioner utifrån samsjuklighetsutredningen

Skadligt bruk och beroende

Det finns olika begrepp för att beskriva ett skadligt eller problematiskt bruk av alkohol, narkotika, andra substanser eller spel om pengar. Samsjuklighetsutredningen föreslår att *missbruk* ersätts med begreppen *bruk, skadligt bruk* eller *beroende*, i enlighet med begreppsanvändningen i nuvarande diagnossystem inom hälso- och sjukvården. Utifrån detta definierar samsjuklighetsutredningen begreppen så här:

- **Skadligt bruk** innebär ett bruk som skadar hälsan, fysiskt eller psykiskt. Det kan inkludera försämrad omdömesförmåga eller dysfunktionellt beteende, som kan leda till funktionsnedsättning eller ha negativa konsekvenser på mellanmänskliga relationer.
- **Beroende** har sex kriterier, varav tre ska vara uppfyllda för att få diagnosen: 1) stark längtan efter drogen, 2) svårighet att kontrollera intaget, 3) fortsatt användning trots skadliga effekter, 4) prioritering av droganvändning är högre än andra aktiviteter och förpliktelser, 5) ökad tolerans, 6) fysiska abstinenssymtom.
- **Spelberoende** innebär ”frekventa och upprepade spelepisoder som dominerar patientens liv på bekostnad av sociala, arbetsmässiga eller familjemässiga förpliktelser”.

Bruk definieras inte närmare i samsjuklighetsutredningen, men är ett begrepp som beskriver användning/konsumtion.

Även om begreppen definieras i relation till diagnossystem innebär det inte att socialtjänsten ska utreda eller ställa diagnoser. Begreppen ska ses som *juridiska begrepp*, på motsvarande sätt som exempelvis ”autism” används i LSS (lag 1993:387 om stöd och service till vissa funktionshindrade), utan att socialtjänsten har utrett eller ställt diagnosen.

Samsjuklighet

Samsjuklighetsutredningens uppdrag var att föreslå hur man kan säkerställa samordnade insatser för personer med ”*samsjuklighet* i form av *missbruk och beroende* och *annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd*”. I utredningen definieras begreppen så här:

- **Samsjuklighet** innebär att ha flera diagnoser samtidigt.
- **Psykiatrisk diagnos** innebär i samsjuklighetsutredningen de diagnoser som klassificerats som psykiatriska diagnoser enligt diagnossystemen ICD och DSM, exempelvis psykotiska sjukdomar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller personlighetsstörningar.
- **Närliggande tillstånd** är tillstånd som innebär allvarlig psykisk ohälsa men inte uppfyller kraven på en diagnos i enlighet med ICD eller DSM.

Utredningen berör alltså personer med skadligt bruk eller beroende samtidigt med andra psykiatriska diagnoser eller närliggande tillstånd, men omfattar inte somatisk (kroppslig/fysisk) samsjuklighet.

Bakgrund

Samsjuklighetsreformen innebär stora förändringar i kommunens arbete med stöd och behandling för personer med ett skadligt bruk eller beroende. I detta kapitel beskrivs de insatser som berörs i denna inventering och hur de påverkas av reformen.

Den 1 januari 2028 träder den så kallade samsjuklighetsreformen i kraft. Reformen innebär stora förändringar för samhällets stöd till personer med ett skadligt bruk eller beroende, och en förändrad ansvarsfördelning mellan kommun och region.

Samsjuklighetsreformen innebär bland annat att all vård och behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård, på alla vårdnivåer och för alla åldrar. För kommunernas del innebär det att man inte längre ska bedriva eventuell vård och behandling av skadligt bruk och beroende. Samtidigt förtydligas kommunernas befintliga ansvar för sociala stödinsatser till målgruppen: uppsökande och förebyggande arbete, socialt stöd (som försörjning, boende och sysselsättning), stöd till anhöriga och insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden (SOU 2023:5). Det innebär att det krävs förberedelser inom både kommun och region.

En del i samsjuklighetsreformen är även införandet av lag (2026:1306) om *samordnad vård- och stödverksamhet*, som träder i kraft den 1 januari 2028. Enligt den nya lagen ska kommunerna och regionen erbjuda samordnade socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser till personer som har särskilda behov av sådana insatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning.

Hur socialtjänstens kontakt med personer med ett skadligt bruk eller beroende påverkas av samsjuklighetsreformen skiljer sig åt beroende på kontakternas syfte och innehåll. Skillnaden skulle kunna illustreras med hjälp av nedanstående tabell:

Tabell 1: Socialtjänstens kontakt med individer med skadligt bruk eller beroende

Typ av kontakt	Förändring genom samsjuklighetsreformen
Behandling för skadligt bruk eller beroende	Ansvaret övergår till regionens hälso- och sjukvård.
Sociala stödinsatser	Kommunernas ansvar kvarstår och förtydligas.
Kontakt i andra frågor, som inte direkt rör skadligt bruk eller beroende	Kommunernas ansvar kvarstår. Om individen även behöver behandling för sitt skadliga bruk eller beroende behöver man etablera samarbete med regionen.

Individer med skadligt bruk eller beroende

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) uppskattade 2025 att drygt 10 procent av vuxna i Sverige (18–84 år) uppfyllde kriterierna för minst milt alkoholberoende, 1,2 procent uppfyllde kriterierna för minst milt narkotikaberoende och cirka 6 procent uppskattades ha någon grad av spelproblem eller risk för

spelproblem (CAN, 2026). Den 31 december 2025 bodde 845 257 personer i åldrarna 18–84 år i någon av Göteborgsregionens 13 medlemskommuner, enligt data från SCB. Om andelarna i CAN:s undersökning skulle vara direkt överförbara på kommunernas befolkning skulle 84 526 personer ha någon grad av alkoholberoende, 10 143 personer ha någon grad av narkotikaberoende och 50 715 personer skulle ha någon grad av spelproblem eller risk för spelproblem.

Alla personer med ett skadligt bruk eller beroende i befolkningen har inte kontakt med socialtjänsten. Bland de som har kontakt behöver det skadliga bruket eller beroendet inte vara känt, eller vara orsaken till kontakten. Genom att undersöka socialtjänstens klienter blir det möjligt att få kunskap om behov som bredare befolkningsstudier inte fångar, som bedömda behov av vårdkontakter och behov av samordning mellan kommun och region.

Klienter med skadligt bruk eller beroende inom socialtjänsten

Det finns ingen nationell uppskattning av hur många av socialtjänstens klienter som har ett skadligt bruk eller beroende. Socialtjänsten har i dag inte nationella registerdata på motsvarande sätt som regionens hälso- och sjukvård. I socialtjänstens lokala verksamhetssystem registreras ofta bara en aktualiseringsorsak (orsak till kontakten), även om individen har flera problem eller behov. Det begränsar möjligheterna att använda verksamhetsdata för att ta reda på hur många klienter som har ett skadligt bruk eller beroende. Även detta skiljer sig från hälso- och sjukvården som kan registrera flera diagnoskoder även om personen söker för ett specifikt besvär.

Nationella uppskattningar av antalet personer med ett skadligt bruk eller beroende som möter socialtjänsten utgår generellt från hur många personer som fått vissa behandlingsinsatser (exempelvis Socialstyrelsens Öppna jämförelser). Sådana uppgifter är viktiga, men kan inte användas för att beräkna det totala antalet klienter inom socialtjänsten som har ett skadligt bruk eller beroende. Vissa individer kan ha fått flera insatser, och många har sannolikt inte fått någon insats specifikt för sitt skadliga bruk eller beroende.

Det finns skattningar av förekomst eller omfattning av skadligt bruk eller beroende bland klienter inom avgränsade delar av socialtjänsten, och för avgränsade klientgrupper (se ex. Nilsson, 2023). Dessa skattningar gäller dock så avgränsade grupper att de inte kan användas för att få en helhetsbild av hela socialtjänsten.

Stöd och behandling för skadligt bruk eller beroende

Kommunerna har traditionellt erbjudit både behandling och socialt stöd till klienter med ett skadligt bruk eller beroende. Gränsdragningen mellan behandling och stöd är viktig i samsjuklighetsreformen, eftersom ansvaret tydligt delas upp mellan kommun och region. Det har däremot inte varit självklart hur gränsdragningen ska se ut.

Särskilt behandling är viktigt att definiera, eftersom det är något som kommunen helt ska sluta göra. De senaste decennierna har dock Socialstyrelsen lyft att många olika typer av insatser beskrivs som behandling, och att det finns behov av tydligare avgränsningar, definitioner och kriterier för vad som kan klassas som behandling. Socialstyrelsen har också vid ett par tillfällen föreslagit definitioner och kriterier för

att avgöra om något är behandling (se Socialstyrelsen, 2000; Socialstyrelsen, 2006). De nuvarande nationella riktlinjerna för vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende innehåller däremot ingen generell definition av vare sig behandling eller stöd, utan använder begreppen enbart för att kategorisera de insatser som rekommenderas för målgruppen (se Socialstyrelsen, 2019).

Inför samssjuklighetreformen har Socialstyrelsen fått uppdraget att ta fram ett kunskapsstöd kring vilka insatser som bör definieras som behandling respektive stöd för personer med skadligt bruk eller beroende (Regeringen, 2026). Hösten 2026 kom skriften ”Vad bör räknas som behandling respektive stöd?”, som innehöll följande övergripande definitioner av behandling respektive stöd (Socialstyrelsen, 2026):

> Med **behandling** avses en åtgärd som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd.
>
> Med **sociala stödinsatser** avses försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang.

Skriften skiljer vidare mellan psykologisk och psykosocial behandling, där det förstnämnda syftar till att påverka tankar, känslor och beteenden genom evidensbaserade psykoterapeutiska metoder medan den sistnämnda fokuserar på den sociala situationen och sammanhanget och kan innefatta information, rådgivning, hänvisning och kontakter med närstående. Skriften ger också exempel på stöd och behandling, i form av de rekommenderade insatser som finns listade i de nationella riktlinjerna från 2019 (se Socialstyrelsen, 2019; Socialstyrelsen, 2026).

Behandlings- och stödinsatser i denna inventering

Inventeringen ställer frågor om ett antal vanliga behandlings- och stödinsatser som socialtjänsten erbjuder till individer med ett skadligt bruk eller beroende. Inventeringen gjordes innan Socialstyrelsen publicerade sitt ovan nämnda kunskapsstöd om stöd och behandling, och därför inkluderades inga mer specifika typer av behandling – dessa ingår i stället i nästa del av inventeringen. Urvalet i denna inventering baseras på Socialtjänstens nationella riktlinjer (2019) samt etablerade organisationsformer för vård och behandling inom socialtjänsten.

Nedan följer en övergripande beskrivning av de insatser som ingår i denna inventering, samt hur insatserna påverkas av samsjuklighetsreformen.

Behandlingsinsatser i inventeringen

Inventeringen omfattar fyra typer av behandlingsinsatser: öppenvårdsinsatser, HVB (hem för vård och boende), LVM och kontraktsvård.

Öppenvårdsinsatser för skadligt bruk eller beroende

Öppenvård (eller öppna insatser) brukar inom socialtjänsten användas som samlingsnamn för frivilliga insatser som ges till individer medan de bor kvar hemma, till exempel stöd, behandling eller förebyggande insatser riktade till individer eller grupper (Lagrådsremiss, 2024). Öppenvård inom socialtjänsten har ingen entydig definition eller innehåll, och kan innefatta allt från strukturerad behandling till arbetsträning, sysselsättning och mötesplatser (SOU 2004:3). I den nuvarande

socialtjänstlagen har begreppet öppna insatser tagits bort, eftersom det inte finns ”skäl att reglera en ospecificerad grupp av insatser” (Lagrådsremiss, 2024).

I och med samsjuklighetsreformen övergår ansvaret för all behandling av skadligt bruk eller beroende till regionen, även behandling som sker i form av öppenvård. Alla öppenvårdsinsatser är dock inte nödvändigtvis behandling.

HVB (hem för vård och boende)

HVB (hem för vård och boende) är en verksamhet som bedriver vård eller behandling på ett boende. Vissa HVB bedriver behandling för barn, ungdomar, vuxna eller familjer med ett behandlingsbehov inom socialtjänstens ansvarsområde. Andra HVB bedriver inte behandling utan ger i stället omvårdnad och stöd. Vården på HVB utgår från en vårdplan och uppdrag för varje enskild person (Kunskapsguiden, 2025).

I och med samsjuklighetsreformen får regionerna ett förtydligat ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB. Regionens ansvar gäller unga som placeras på HVB oavsett placeringsorsak, och vuxna som placeras på HVB på grund av skadligt bruk eller beroende. Kommunen ska underrätta regionen när ett barn eller vuxen placeras på HVB och kalla till en individuell planering.

Vård enligt LVM

LVM står för *Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall*. LVM är en tvångslagstiftning, där en person med skadligt bruk eller beroende får vård utan att själv samtycka till vården. För ett beslut enligt LVM krävs att personen har ett omfattande skadligt bruk eller beroende, vägrar gå med på vård frivilligt och är en fara antingen för sig själv eller närstående. Om förvaltningsrätten beslutar om LVM-vård får personen vård på ett LVM-hem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) eller på ett sjukhus (Sveriges Domstolar, 2025). Så snart den intagnes tillstånd tillåter ska vården dock övergå i öppnare former.

Samsjuklighetsutredningen har föreslagit att LVM ska upphöra och att Statens institutionsstyrelse inte längre ska bedriva tvångsvård för vuxna med skadligt bruk eller beroende. Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska i stället ges enligt LPT – lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, på sjukvårdsinrättningar som drivs av regionen (SOU 2023:5). Detta förslag är fortfarande under utredning och ingår inte i propositionen som ligger till grund för samsjuklighetsutredningen; ”En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd” (Prop. 2025/26:251).

Kontraktsvård

Kontraktsvård innebär att en person döms till behandling och övervakning i stället för fängelse. Ett av villkoren för att kunna dömas till kontraktsvård är att brottet är kopplat till det som kräver behandling, exempelvis ett skadligt bruk eller beroende. Behandlingen kan till exempel genomföras på ett behandlingshem, i familjehem eller i öppenvård. Kriminalvården betalar för den dömdes behandling fram till dagen för beräknad villkorlig frigivning. Efter det datumet behöver socialtjänsten utfärda en så kallad ansvarsförbindelse för att finansiera resten av behandlingen (Kriminalvården, 2026a).

Även kontraktsvård påverkas av samsjuklighetsreformens delade ansvarsfördelning mellan kommun och region. När det kommer till kontraktsvård har det dock tillkommit ytterligare lagstiftning: I augusti 2026 beslutade riksdagen om ett nytt straffrättsligt påföljdssystem (Sveriges riksdag, 2026). Beslutet innebär bland annat att kontraktsvård försvinner ur påföljdssystemet. De personer som i dag skulle ha fått kontraktsvård bör enligt propositionen i stället dömas till fängelse. Vård och behandling ska i stället tillgodoses genom Kriminalvårdens behandlingsprogram, eller genom en frigivningsförberedande åtgärd när minst halva strafftiden har avtjänats (Prop. 2025/26:297, s 157–163). Det är inte beslutat när lagändringarna träder i kraft (Sveriges riksdag, 2026) och det är inte säkert att Kriminalvården kommer att hinna överta ansvaret innan samsjuklighetsreformen träder i kraft. Det betyder att kontraktsvård fortsatt är en fråga som kommun och region behöver förhålla sig till.

Sociala stödinsatser i inventeringen

I och med samsjuklighetsreformen förtydligas kommunernas ansvar för sociala stödinsatser till målgruppen. Samsjuklighetsutredningen föreslår ett stegvis införande av reformen: Inför att reformen träder i kraft ska kommunerna *inventera utvecklingsbehov* när det gäller sociala stödinsatser och *vidta åtgärder* för att möta utvecklingsbehoven. När reformen trätt i kraft ska kommunerna fortsätta att vidta åtgärder för att möta utvecklingsbehoven och *utveckla nya arbetssätt* när det gäller boende och andra sociala stödinsatser (SOU 2023:5).

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer rekommenderas ett antal sociala stödinsatser som personer med skadligt bruk *kan* eller *bör* erbjudas. Det handlar om Boendestöd, Vårdkedja, Bostad först, Arbetsförberedande träningsmodeller samt Individual placement and support (IPS). Socialstyrelsen rekommenderar också två former av case management (Individuell case management i form av Strengths model och case management i form av integrerade eller samverkande team) samt tre typer av anhörigstöd (Al- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram, Coping skills training samt CRAFT) (Socialstyrelsen, 2019).

I denna inventering ställs frågor om ett urval av de rekommenderade stödinsatserna: Boendestöd, Bostad först, Arbetsförberedande träningsmodeller samt Individual placement and support (IPS). Gällande case management och anhörigstöd ställs frågor på en generell nivå, snarare än om specifika modeller. Inventeringen har inte undersökt förekomst av Vårdkedja då det är en modell som utgår från samverkan med regionen.

Insatserna som ingår i inventeringen beskrivs kortfattat nedan, medan de insatser som exkluderats finns beskrivna mer utförligt i Socialstyrelsens riktlinjer för vård och stöd vid skadligt bruk och beroende (se Socialstyrelsen, 2019).

Boendestöd

Boendestöd är ett individanpassat stöd för att stödja personer att hantera saker som är relaterade till boendet, till exempel för att förhindra vräkningar och stödja möjligheten att bo kvar. Boendestödet kan innefatta både praktiskt och socialt stöd

för att stärka förmågan att klara av vardagen i bostaden och samhället (Socialstyrelsen, 2019).

Bostad först

Bostad först är en modell där personer i hemlöshet först får en bostad i det ordinarie bostadsbeståndet, och sedan fortsatt stöd och vård. Det ställs inga krav på nykterhet eller att delta i behandling (Socialstyrelsen, 2019).

Arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS

IPS (Individual placement and support) är en form av arbetslivsinriktad rehabilitering. Genom modellen får personer som vill arbeta direkt hjälp att skaffa ett arbete med lön på en vanlig arbetsplats, och får löpande individanpassat stöd genom till exempel en jobbcoach, arbetsplatsförlagd handledning eller mentorprogram. Målet är en anställning på den reguljära arbetsmarknaden (Socialstyrelsen, 2019).

Arbetsförberedande träningsmodeller

Arbetsförberedande träningsmodeller innebär arbetslivsinriktad rehabilitering som syftar till att öka deltagarnas anställningsbarhet genom att förmedla kunskap och färdigheter som behövs för att kunna anställas i ett visst yrke eller en viss bransch. Utöver detta kan deltagaren även få andra typer av stöd, till exempel strategier för att söka jobb. Genom modellerna introduceras personen gradvis till arbetsmarknaden (till skillnad från IPS där personen får arbete direkt) (Socialstyrelsen, 2019).

Case management

Case management är ett samlingsnamn för modeller som syftar till att samordna vård- och stödåtgärder för personer med skadligt bruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Stödet och behandlingen är individanpassat och pågår så lång tid det bedöms nödvändigt. Modellerna skiljer sig åt utifrån kontaktens intensitet, graden av samordning och roller (Socialstyrelsen, 2019).

Stöd till anhöriga

Enligt socialtjänstlagen ska socialnämnden erbjuda stöd till personer som stödjer eller vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller har en funktionsnedsättning (SoL 2025:400), vilket inkluderar anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende. Den 1 juli 2026 stärktes stödet till anhöriga genom förändringar i flera lagar. En av ändringarna i socialtjänstlagen var att kommunen ska erbjuda en stödkontakt till anhöriga, en annan ändring var ett förtydligat ansvar för stöd till barn vars närstående har vård- eller stödbehov (Lag 2026:673).

Om inventeringen

Inventeringen är en del i Göteborgsregionens medlemskommuners förberedelser inför samsjuklighetsreformen. Inventeringen baseras på två enkäter: En enkät till alla enheter inom de myndighetsutövande delarna av socialtjänsten och en enkät med kommunövergripande frågor.

Inventering av klienter och stödinsatser

Inventeringen baseras på två underlag: en enkät på **enhetsnivå** till myndighetsutövande enheter inom funktionsstöd, äldreomsorg och övrig socialtjänst samt en enkät på **kommunövergripande** nivå. Enkäterna har varit digitala och gjorts med enkätverktyget Esmaker. Inventeringen genomfördes mellan den 15 juni och 31 augusti 2026, med förlängning till den 4 september för vissa kommuner.

Inventeringen har samordnats av Göteborgsregionen (GR), under projektledning av FoU i Väst, Göteborgsregionens forsknings- och utvecklingsenhet. I varje kommun har inventeringen samordnats av en eller flera **kontaktpersoner**. Genomförandet och frågorna har utformats i dialog med kontaktpersonerna för att säkerställa relevansen, tydligheten och förutsättningarna för att besvara inventeringen.

Syfte och frågor

Syftet med inventeringen har varit att göra en övergripande uppskattning av dels hur många personer med skadligt bruk eller beroende som har pågående ärenden hos socialtjänsten, dels av deras behov av insatser från regionen och sociala stödinsatser från kommunen. De frågor inventeringen har försökt svara på är:

- Ungefär hur många individer med ett känt skadligt bruk eller beroende har ett pågående ärende inom socialtjänsten? Hur bedömer kommunerna tillgången till och behovet av kontakt med regionen för dessa individer?
- Hur många individer hade ett kommunalt beslut om behandlingsinsatser för sitt skadliga bruk eller beroende under 2025?
- Vilka rekommenderade sociala stödinsatser erbjuder kommunerna i dag till personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga?
- Planerar kommunerna att utveckla sina befintliga sociala stödinsatser för personer med skadligt bruk eller beroende, eller införa nya? Om ja, vilka?

Inventering på kommunövergripande nivå

Enkäten på kommunövergripande nivå handlade om volymer av klienter som fått ett kommunalt beslut om vissa typer av **behandlingsinsatser** under 2025, planer på **utveckling och införande av sociala stödinsatser** i och med reformen samt om kommunen erbjuder **anhörigstöd** till vuxna respektive barn.

De behandlingsinsatser som omfattas är HVB, LVM, öppenvårdsinsatser samt ansvarsförbindelser i kontraktsvård. Insatserna inkluderades eftersom de tydligt påverkas av den förändrade ansvarsfördelningen mellan kommun och region. Frågor

om mer specifika behandlingsinsatser inkluderades inte eftersom kommunerna vid tiden för inventeringen inväntade Socialstyrelsens kunskapsstöd kring stöd respektive behandling. Göteborgsregionens kommande inventering inför samsjuklighetsreformen (del 2 av inventeringen) riktar sig till utförarverksamheter inom socialtjänsten och fokuserar mer på specifika behandlingsinsatser.

Övergripande frågor om utveckling och införande av sociala stödinsatser inkluderades utifrån att kommunerna inför och i och med reformen behöver inventera utvecklingsbehov, möta utvecklingsbehoven och utveckla nya arbetssätt (SOU 2023:5).

Frågor om anhörigstöd inkluderades utifrån kommunernas förtydligade ansvar för anhörigstöd, där särskilt ansvaret för stöd till barn förtydligats (Lag 2026:673). Att erbjuda anhörigstöd är en rekommendation i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende, men där rekommenderas tre specifika metoder för anhörigstöd varav ingen av metoderna riktar sig specifikt till barn. I denna inventering var fokus i stället att undersöka förekomst av anhörigstöd, med särskilt fokus på stöd till barn som anhöriga.

Den kommunövergripande enkäten skickades till kommunernas kontaktpersoner som besvarat enkäten utifrån verksamhetsdata samt kännedom om planerade förändringar. Samtliga 13 kommuner besvarade enkäten.

Inventering på enhetsnivå

Enkäten som riktade sig till enheter fokuserade på **klienter med ett skadligt bruk eller beroende**, förekomst och behov av **vårdkontakter** samt vilka **rekommenderade stödinsatser** enheten kunde bevilja och i vilken grad dessa hade beviljats till personer med skadligt bruk eller beroende. Kommunernas kontaktpersoner distribuerade underlag i form av informationsbrev, en ifyllbar stödmall[1] och enkätlänkar till samtliga berörda enheter.

Inför inventeringen på enhetsnivå lämnade kontaktpersonerna i respektive kommun in listor över vilka enheter i kommunen som berördes av inventeringen, för att löpande kunna följa vilka enheter som svarat samt svarsfrekvens per kommun och verksamhetsområde. Kontaktpersonerna hade löpande dialog med FoU i Väst om svarsfrekvens bland enheter i den egna kommunen, påminde enheterna vid behov och/eller stöttade enheterna i att genomföra inventeringen.

Inventering av klienter

Handläggare inventerade sina klienter med ett känt skadligt bruk eller beroende med hjälp av stödmallen, som utformats i dialog med kommunernas kontaktpersoner. I stödmallen inventerades klienterna enligt principen en individ – en rad. Stödmallen innehöll instruktioner och definitioner kring skadligt bruk eller beroende och särskild samordning (se bilaga). Handläggarna instruerades att utgå från minnet eller akter

[1] Stödmallen tillhandahölls även i pdf för utskrift. Kontaktpersonen i respektive kommun valde vilken eller vilka mallar som skulle användas i kommunen. De flesta använde Excelmallen.

för att svara på frågorna, att svara utifrån vad de hade kännedom om och att inte gissa. Stödmallen innehöll inga frågor om identifierande uppgifter på individnivå, däremot fanns en bakgrundsfråga om kön.

För att undersöka **förekomst och behov av vårdkontakter** ställdes två frågor i inventeringen: ”Hur många av dessa klienter har en etablerad kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende?” och ”Hur många av dessa klienter saknar en etablerad kontakt med regionen för skadligt bruk eller beroende men bedöms behöva detta?”. Med en etablerad kontakt menas att klienten har en pågående kontakt med vården kring sitt skadliga bruk eller beroende.

För att få en **uppskattning** av behovet av **särskild samordning** ställdes frågan ”Hur många av dessa klienter bedöms ha en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att de har behov av särskild samordning med regionen?”. I inventeringen förtydligades att frågan om särskild samordning är kopplad till den kommande lagen om samordnad vård- och stödverksamhet, som ska bedrivas gemensamt av kommunerna och regionen. Lagförslaget beskrevs kort och avslutades med ”En klient kan tänkas ha behov av särskild samordning om hen har haft långvarig kontakt med socialtjänsten (minst ett år) och inte kunnat tillgodogöra sig insatser trots försök med SIP (samordnad individuell plan).”

Frågan om etablerad kontakt med regionen utgår från handläggarens kännedom om kontakter. Frågan om hur många som *inte* har en etablerad kontakt men behöver det samt frågan om särskild samordning utgår från handläggarens bedömning av klientens behov. Båda dessa kan skilja sig från klientens faktiska situation och klientens egen bedömning av sina behov. Gällande särskild samordning är det också viktigt att notera att lagen gäller en bredare målgrupp än enbart personer med skadligt bruk eller beroende. Det innebär att inventeringen inte ger en heltäckande bild av klienterna i socialtjänsten och deras behov av särskild samordning.

Rangordningssystem för att undvika dubbelregistreringar

För att undvika dubbelregistrering i inventeringen av klienter användes ett rangordningssystem, inspirerat av ett upplägg som använts i Göteborgs Stad för att kartlägga klienter inom mer än ett verksamhetsområde. Rangordningssystemet beskrevs i informationsbrev och stödmallar:

> För att undvika att samma individer registreras flera gånger:
>
> 1: Övrigt bistånd IFO (vuxen, unga vuxna, BoU) svarar för samtliga ärenden
>
> 2: Funktionsstöd svarar för ärenden som inte är aktuella inom övrigt bistånd IFO
>
> 3: Äldreomsorg svarar för ärenden som inte är aktuella inom övrigt bistånd IFO eller funktionsstöd
>
> 4: Ekonomiskt bistånd svarar för ärenden som inte är aktuella i någon annan del av socialtjänsten

Handläggarna utgick från egen kännedom om vilka övriga kontakter individen hade inom socialtjänsten. Det fanns inget krav på att via personnummer dela uppgifter mellan förvaltningar. Detta innebär att det sannolikt finns vissa dubbelregistreringar

av individer – däremot är risken mindre än om inventeringen inte hade haft ett rangordningssystem.

Rangordningssystemet för att undvika dubbelregistreringar innebär att det endast är verksamheterna inom övrigt bistånd IFO som har gjort en uppskattning av hur många klienter med ett skadligt bruk eller beroende de har totalt. Övriga verksamhetsområden har endast räknat med en del av sina klienter, vilket innebär att de sannolikt har kontakt med fler klienter med ett skadligt bruk eller beroende än vad som framgår i inventeringen. Rangordningssystemet gällde enbart handläggarnas inventering av sina klienter, frågorna om stödinsatser besvarades av alla enheter.

Inventering av stödinsatser

Frågorna om vilka rekommenderade stödinsatser enheten kunde bevilja och i vilken grad dessa hade beviljats till personer med skadligt bruk eller beroende under 2025 besvarades av alla enheter. De stödinsatser som inventerades var: arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS (Individual placement and support), arbetsförberedande träningsmodeller (ex. yrkesträning, jobbsökarstrategier), boendestöd (individanpassat stöd), Bostad först och case management.

Enheterna fick först ange vilka av insatserna de kunde bevilja. De enheter som angett att de kunde bevilja någon av insatserna fick sedan göra en uppskattning av hur många personer med skadligt bruk eller beroende som beviljats dessa insatser under 2025. Drygt hälften av enheterna som svarade på dessa frågor angav att antalet var uppskattningar, varför antal personer som fått tillgång till stödinsatser ska tolkas ungefärligt.

Socialtjänsten erbjuder ett stort antal stödinsatser och det har inte varit möjligt eller relevant inom denna inventering att inventera alla. Inventeringen har utgått från stödinsatser som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid skadligt bruk eller beroende, med vissa justeringar. Insatsen vårdkedja har exkluderats, eftersom den kräver att socialtjänsten och hälso- och sjukvården samordnar och integrerar boendeinsatser och vård- och behandlingsinsatser (se Socialstyrelsen, 2019). Frågor om case management har ställts på en generell nivå, utifrån erfarenheten att verksamheten inte alltid vet vilken typ av case management de erbjuder.

Besvarande av enkäten på enhetsnivå

En person på varje enhet räknade ihop svaren för hela enheten och skickade in detta tillsammans med övergripande information om enheten i form av kommun, förvaltning, enhetens namn, totalt antal klienter på enheten, antal handläggare och frågor om stödinsatser via en digital enkätlänk.

Svarsfrekvens

Totalt berördes 168 myndighetsenheter av inventeringen och av dem skickade 164 enheter in sina resultat, vilket ger en mycket hög svarsfrekvens (97,6 procent). Inventeringen saknar dock uppgifter från totalt fyra enheter: två inom äldreomsorg

och två inom barn och unga. Dessa har tillsammans 2 482 klienter, vilket innebär ett bortfall på ungefär 4 procent sett till antalet klienter som hade kunnat ingå.

Tabell 2: Antal berörda enheter, svarsfrekvens samt totalt antal klienter

Kommun	Antal berörda enheter	Antal svar	Svarsfrekvens i procent	Antal klienter
Ale	5	4	80	*1 903**
Alingsås	7	7	100	3 511
Göteborg	102	102	100	43 547
Härryda	6	6	100	2 221
Kungsbacka	6	6	100	5 064
Kungälv	9	7	78	*1769**
Lerum	6	6	100	2 544
Lilla Edet	6	5	83	*320**
Mölndal	7	7	100	4 299
Partille	5	5	100	2 503
Stenungsund	4	4	100	798
Tjörn	4	4	100	996
Öckerö	1	1	100	746
HELA GR	168	164	98	70 221

* I dessa kommuner har inte alla enheter deltagit i inventeringen. I Lilla Edet finns ytterligare 562 klienter inom äldreomsorgen, i Kungälv 1 642 klienter i äldreomsorgen och 110 klienter vid en enhet för barn och unga, i Ale finns ytterligare 168 klienter vid en enhet för barn och unga. Då dessa inte deltagit i inventeringen har de inte inkluderats i resultatet.

Analys av insamlat material

Sammanställning av resultat och beskrivande analyser har gjorts med hjälp av Excel och statistikprogrammet SPSS. De inkomna svaren från enheterna har kontrollerats för uppenbara fel (exempelvis om det totala antalet klienter på enheten och det uppskattade antalet klienter med skadligt bruk är lika många). Detta har i sådana fall reviderats i efterhand genom att kommunens kontaktperson ombetts kontakta den aktuella enheten för korrekta siffror. Analyser har gjorts utifrån verksamhetsområde, kommun samt för Göteborgsregionen som helhet. Då Kungsbacka ingår i Region Halland har analyser också gjorts för Göteborgsregionen exklusive Kungsbacka.

I september 2026 samlades kommunernas kontaktpersoner på en gemensam analysträff för att diskutera inventeringens genomförande, resultat och användbarhet utifrån ett första utkast av denna rapport. Återkopplingen från analysträffen har använts i tolkningen av resultatet och färdigställandet av rapporten.

Sociala stödinsatser: Jämförelse med nationell statistik

För vissa av frågorna om rekommenderade sociala stödinsatser finns motsvarande frågor i Socialstyrelsens Öppna jämförelser. I dessa fall kompletteras enheternas svar

med informationen från Öppna jämförelser. I Öppna jämförelser 2025 finns svar för 12 av 13 kommuner, svar saknas för Ale kommun.

Tabell 3: Rekommenderade stödinsatser i respektive uppföljning

<table>
<tr><th>Rekommenderade sociala stödinsatser</th><th>Fråga i öppna jämförelser?</th><th>Fråga i denna inventering?</th></tr>
<tr><td>Boendestöd</td><td>Ja</td><td>Ja</td></tr>
<tr><td>Vårdkedja</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>Bostad först</td><td>Ja</td><td>Ja</td></tr>
<tr><td>Arbetsförberedande träningsmodeller</td><td>-</td><td>Ja</td></tr>
<tr><td>Individual placement and support (IPS)</td><td>Ja</td><td>Ja</td></tr>
<tr><td>Individuell case management i form av Strengths model</td><td>Ja</td><td rowspan="2">Frågar om case management</td></tr>
<tr><td>Case management i form av integrerade eller samverkande team</td><td>Ja</td></tr>
<tr><td>Al- eller Nar-anon-inspirerade stödprogram</td><td rowspan="3">Frågar om dessa specifika insatser, redovisar ”minst ett stödprogram för närstående”</td><td rowspan="3">Frågar om anhörigstöd för barn respektive vuxna</td></tr>
<tr><td>Coping skills training</td></tr>
<tr><td>CRAFT</td></tr>
</table>

Frågorna i inventeringen och i Öppna jämförelser har inte ställts på exakt samma sätt. I Öppna Jämförelser ställs frågor på kommunövergripande nivå om kommunen kan bevilja insatsen till en specifik målgrupp. Denna inventering ställer frågan på enhetsnivå om insatsen kan beviljas, med en följdfråga om hur många personer med ett skadligt bruk eller beroende som beviljats insatsen föregående år. Frågorna i denna inventering är också i vissa fall (case management och anhörigstöd) mer generella, vilket beskrivits ovan. Stödinsatsen Vårdkedja ingår varken i denna uppföljning eller i Socialstyrelsens Öppna jämförelser. Arbetsförberedande träningsmodeller ingår i denna uppföljning men inte i Öppna jämförelser.

Behandlingsinsatser: Jämförelse med nationell statistik

För frågorna som rör HVB, LVM, öppenvårdsinsatser och kontraktsvård finns nationell statistik, men skillnader i insatser, åldersspann och mätperioder begränsar möjligheterna till jämförelser med frågorna i denna inventering. Dessutom saknas vissa kommunuppgifter i den nationella statistiken.

Gällande **HVB** riktat till **barn och unga** omfattar denna inventering åldrarna 0–18 år, medan Socialstyrelsens statistik avser 0–20 år (Socialstyrelsen 2026b). HVB för barn och unga erbjuds generellt till åldrarna 0–20 år vilket motsvarar Socialstyrelsens statistik medan åldersspannet i denna inventering avsåg barn, 0–18 år. I Socialstyrelsens statistik har Göteborg ett betydligt större antal HVB-placeringar för barn och unga än i denna inventering, en skillnad som inte helt tycks kunna

förklaras av skillnaden i åldersspann. Göteborgs Stad bedömer dock att uppgifterna i denna inventering är korrekta. För **vuxna** omfattar denna inventering HVB vid skadligt bruk eller beroende för personer över 18 år, medan Socialstyrelsens statistik redovisar frivillig institutionsvård för åldrarna 21–64 år där HVB är en av flera insatser (även om det är den vanligaste) (Socialstyrelsen 2026c).

Angående **LVM** redovisar Socialstyrelsen endast statistik på läns- och nationell nivå och inte på kommunal nivå (Socialstyrelsen 2026c).

För **öppenvårdsinsatser** har Socialstyrelsen statistik om personer med individuellt behovsprövade öppna insatser per den 1 november 2025, vilket inte är direkt jämförbart med denna inventering. Uppgifter om antal öppenvårdsinsatser under hela året saknas för samtliga kommuner (Socialstyrelsen 2026c).

Nationell statistik över kommunala **ansvarsförbindelser** kring kontraktsvård saknas. Kriminalvården redovisar däremot antalet påbörjade verkställigheter av skyddstillsyn med kontraktsvård (där en ansvarsförbindelse är en förutsättning), men endast på nationell nivå, vilket begränsar möjligheterna till jämförelser (Kriminalvården, 2026b).

Etiska överväganden

Inventeringen planerades inledningsvis att baseras på individdata. Att hantera individdata om samtliga klienter inom socialtjänsten med skadligt bruk eller beroende hade inneburit ett betydligt mer omfattande projekt, där en etikprövning hade varit nödvändig. Att endast samla in uppskattade aggregerade data innebär en mindre omfattande personuppgiftshantering, samtidigt som kommunerna fortfarande kan kommunicera volymer i dialog med regionen.

Med befintligt upplägg har Göteborgsregionen inte samlat in eller hanterat några personuppgifter som rör individer som får stöd från socialtjänsten. All data som rör individer har samlats in på aggregerad nivå (gruppnivå) och kan inte härledas till enskilda individer. Resultaten som presenteras i denna rapport kan inte kopplas till någon enskild klient inom socialtjänsten. Utifrån detta upplägg gjordes bedömningen att inventeringen inte behövde etikprövas, och att inget samtycke behövde inhämtas från berörda klienter.

Resultat: Klientinventering

Detta kapitel handlar om klienter i socialtjänsten som kan komma att beröras av den förändrade ansvarsfördelningen mellan kommun och region. Kapitlet ger en uppskattning av antalet personer med skadligt bruk eller beroende och handläggarnas bedömningar av deras behov av vård och samordning. Kapitlet avslutas med verksamheternas uppgifter om beslut och förekomst av behandlingsinsatser.

Klientinventering på enhetsnivå

Under perioden juni 2026 – augusti 2026 har **2 209 handläggare** vid **164 myndighetsenheter** inom socialtjänstens alla verksamhetsområden inventerat sina klienter. Inom enheterna fanns totalt **70 221 klienter**.

Inventeringens resultat är **uppskattningar**: Frågorna utgår från handläggarens **kännedom och bedömning** av klientens situation. Det kan skilja sig från klientens egen uppfattning av om hen har ett skadligt bruk eller beroende. Det kan också tänkas att handläggaren inte har kännedom om klientens skadliga bruk eller beroende, särskilt om kontakten med klienten rör något helt annat.

Även om en stor mängd klienter har inventerats ger inventeringen ingen helhetsbild av alla klienter med skadligt bruk eller beroende som möter socialtjänsten. Utöver att klientinventeringen utgår från handläggarnas kännedom och bedömningar så ingår endast myndighetsenheter, vilket innebär att klienter som enbart tar del av insatser utan föregående behovsprövning (IUB) inte är inkluderade.

I resultatredovisningen nedan har hänsyn tagits till regiontillhörighet för att underlätta dialoger om en förändrad ansvarsfördelning mellan kommuner och regioner. Göteborgsregionens 13 kommuner ingår i två olika regioner: Kungsbacka tillhör Region Halland medan alla andra kommuner i Göteborgsregionen ingår i Västra Götalandsregionen. Därför redovisas resultatet för Göteborgsregionen totalt, för Göteborgsregionen exklusive Kungsbacka, och på kommunnivå.

Klienter med skadligt bruk eller beroende

Av de 70 221[2] klienter som ingått i inventeringen uppskattas totalt **3 809 personer** ha ett skadligt bruk eller beroende. Det innebär att **ungefär 5 procent** av klienterna inom socialtjänstens myndighetsenheter i Göteborgsregionens medlemskommuner bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende. Även exklusive Kungsbacka (som tillhör Region Halland) är andelen ca 5 procent av det totala antalet klienter.

[2] I några kommuner har inte alla enheter deltagit i inventeringen varför de inte räknas in i totalresultatet. I Lilla Edet finns ytterligare 562 klienter inom äldreomsorgen, i Kungälv 1 642 klienter i äldreomsorgen och 110 klienter vid en enhet för barn och unga och i Ale finns ytterligare 168 klienter vid en enhet för barn och unga. Då dessa inte deltagit i inventeringen har de inte inkluderats i resultatet.

Av personerna som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende är cirka **70 procent män** och **30 procent kvinnor**. Mindre än 1 procent har ett annat kön (totalt 2 personer i inventeringen).

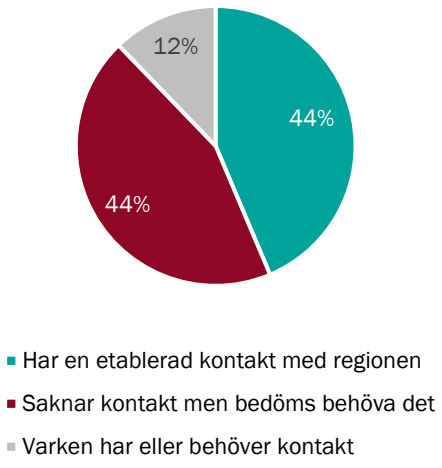
En uppskattning av åldersfördelningen har gjorts baserat på vilken målgrupp enheterna arbetar med. Det finns dock en osäkerhet i uppskattningen då 16 enheter i kartläggningen arbetar med personer både under och över 18 år. **Cirka 87 procent** av personerna som bedömts ha ett skadligt bruk eller beroende i Göteborgsregionen som helhet är vuxna (3 319 personer), **8 procent** är barn och unga (297 personer) och runt **5 procent** (193 personer) finns vid enheter som arbetar med både barn och vuxna.

Omvänt pekar resultatet på att cirka 6 procent av de vuxna klienterna i Göteborgsregionen bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende, jämfört med närmare 4 procent av gruppen barn och unga (och ca 2 procent av klienterna vid enheter som arbetar med både barn och vuxna).

Etablerad kontakt och behov av kontakt med regionen

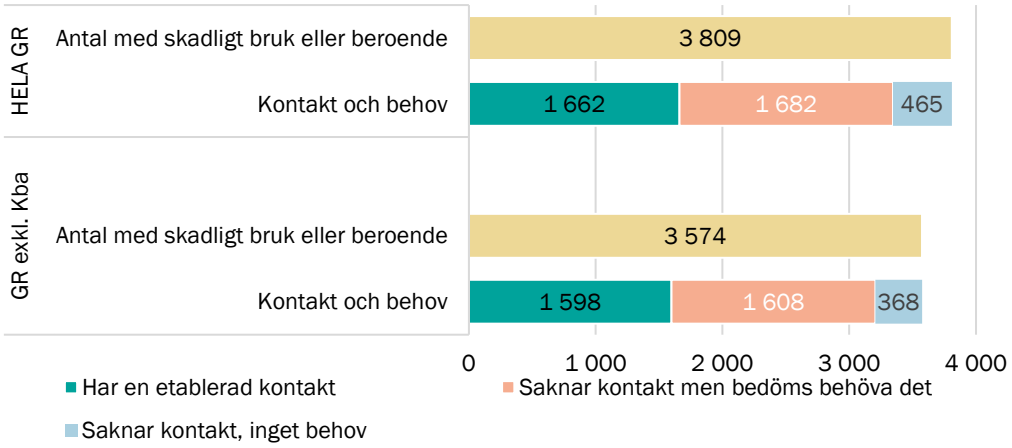
Av samtliga 3 809 personer som bedömts ha ett skadligt bruk eller beroende hade **1 662 personer** (44 procent) en **etablerad kontakt** med regionen kring sitt skadliga bruk eller beroende. **1682 personer** hade inte en etablerad vårdkontakt men bedömdes vara i **behov av det.** En mindre andel, 465 personer, hade ingen etablerad vårdkontakt och bedömdes inte heller vara i behov av det. Det innebär att av de totalt 2 147 personer som saknade etablerad kontakt bedömdes **78 procent behöva** en sådan kontakt.

Figur 1. Behov av kontakt med regionen för skadligt bruk eller beroende



Resultatet innebär att antalet klienter i socialtjänsten som bedöms ha behov av en etablerad vårdkontakt kring sitt skadliga bruk och beroende är ungefär lika många som de som redan bedöms ha en sådan. För Göteborgsregionen exklusive Kungsbacka (som ingår i Hallands län) är fördelningen ungefär densamma.

Figur 2. Etablerad kontakt med regionen och bedömt behov av det

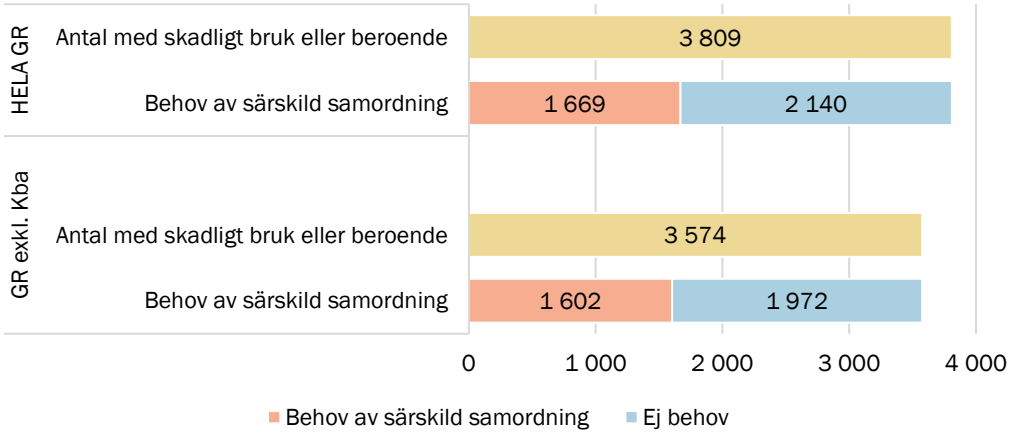


Kommentar: Diagrammet visar handläggarnas uppskattning av antal personer med skadligt bruk eller beroende samt deras uppskattning av hur många som har en etablerad kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende och hur de bedömer behovet av vårdkontakt bland dem som inte har det.

Uppskattat behov av särskild samordning

Sett till behov av särskild samordning bedöms **1 669 av personerna** med skadligt bruk eller beroende i Göteborgsregionen ha en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att de har behov av särskild samordning. Det motsvarar **ca 44 procent** av alla personer med skadligt bruk eller beroende.

Figur 3. Bedömda behov av särskild samordning



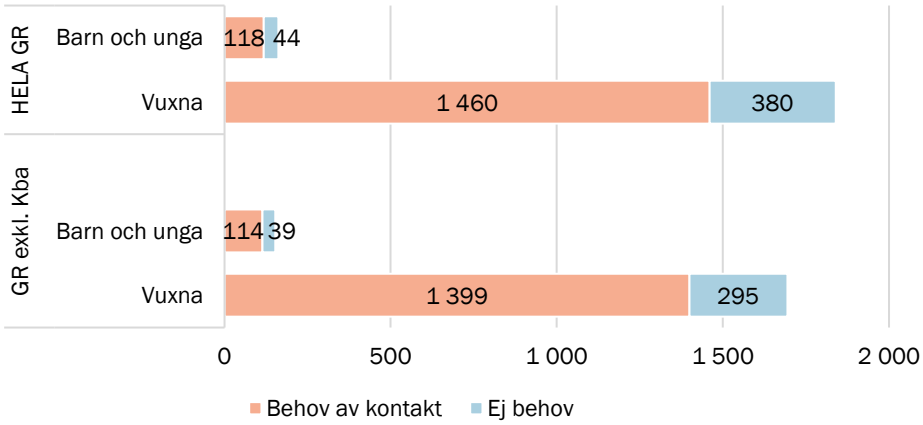
Kommentar: Diagrammet visar handläggarnas uppskattning av antal personer med skadligt bruk eller beroende samt deras bedömning av behov av särskild samordning. Frågan om särskild samordning löd: ”Hur många av dessa klienter bedöms ha en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att de har behov av särskild samordning med regionen?”.

Barn och vuxna

Det finns ingen skillnad mellan vuxna och barn/unga när det kommer till hur stor andel av klienterna som bedöms ha en etablerad kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende. I båda fallen är andelen cirka **45 procent**.

Bland de som inte har en etablerad kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende men bedöms vara i behov av det är **118 barn och unga** och **1 460 vuxna**. Ca 80 procent av de vuxna som inte har någon etablerad vårdkontakt bedöms ha behov av det. För de som är barn och unga är andelen något lägre, där bedöms 73 procent av dem som inte har en vårdkontakt vara i behov av det. Fördelningen i Göteborgsregionen exklusive Kungsbacka är liknande.

Figur 4: Bedömda behov av att etablera vårdkontakt, barn och vuxna



Av personerna som har bedömts ha behov av **särskild samordning** är **94 barn och unga** och **1 496 vuxna** i Göteborgsregionen som helhet, vilket innebär att **90 procent** av alla som bedömts ha behov av särskild samordning är **vuxna** personer. Behovet av särskild samordning bedöms också vara vanligare bland vuxna med skadligt bruk eller beroende än bland barn och unga, ca 45 procent av de vuxna bedöms ha behov av särskild samordning jämfört med 30 procent av de som är barn och unga.

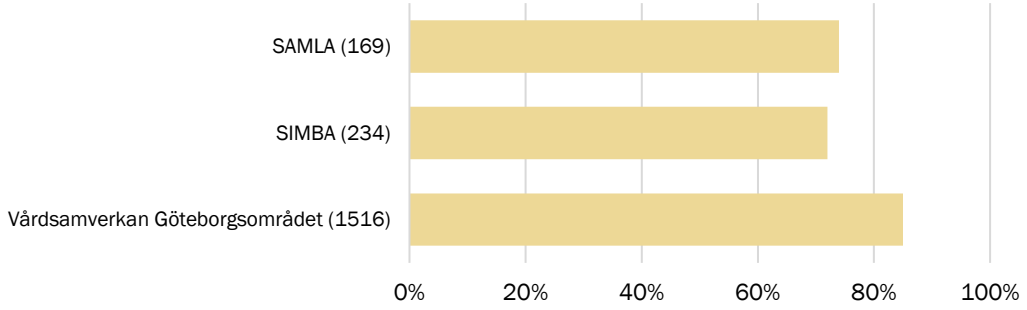
Resultat i relation till vårdsamverkansområde

Ett vårdsamverkanområde är en geografisk och organisatorisk struktur där regionen och kommunerna samverkar kring invånarnas hälsa, vård och omsorg.

Göteborgsregionens medlemskommuner tillhör fem olika vårdsamverkansområden. *Vårdsamverkan Göteborgsområdet* består av Göteborg, Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö. *SIMBA* består av Ale, Kungälv, Stenungsund och Tjörn. *SAMLA* består av Alingsås och Lerum. Lilla Edet ingår i *Vårdsamverkan Fyrbodal* tillsammans med de 14 kommunerna i Fyrbodal-området. Kungsbacka ingår inte i Västra Götalands delregionala vårdsamverkansorganisationer utan har egna lokala samverkansstrukturer med Region Halland.

Sett till andelen personer som inte har någon etablerad vårdkontakt men som bedöms ha behov av det är andelen högst i Vårdsamverkan Göteborgsområdet. Där bedöms 85 procent av de 1 516 personerna som inte har någon etablerad vårdkontakt ha behov av det. I både SIMBA och SAMLA ligger andelen på runt 70 procent.

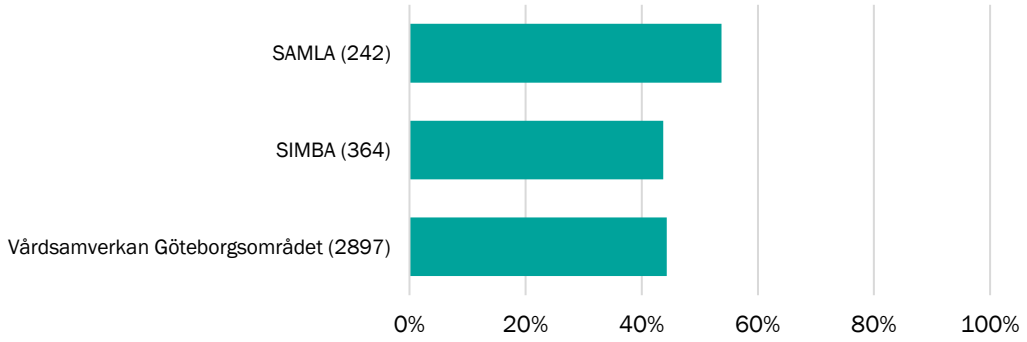
Figur 5: Andel bedömda behov av att etablera vårdkontakt per vårdsamverkansområde



Andel av de som inte har en etablerad vårdkontakt som bedöms behöva det i respektive vårdsamverkansområde. Totalt antal personer utan etablerad vårdkontakt inom parentes. Då Lilla Edet är en av 15 kommuner i ett annat vårdsamverkansområde och Kungsbacka ingår i Region Halland redovisas de enbart på kommunnivå, se s. 26–29.

Gällande behov av särskild samordning är de uppskattade behoven störst i SAMLA. Där bedöms mer än hälften (54 procent) av klienterna med skadligt bruk eller beroende ha behov av särskild samordning. I SIMBA och Vårdsamverkan Göteborgsområdet är andelen 44 procent.

Figur 6: Andel bedömda behov av särskild samordning per vårdsamverkansområde

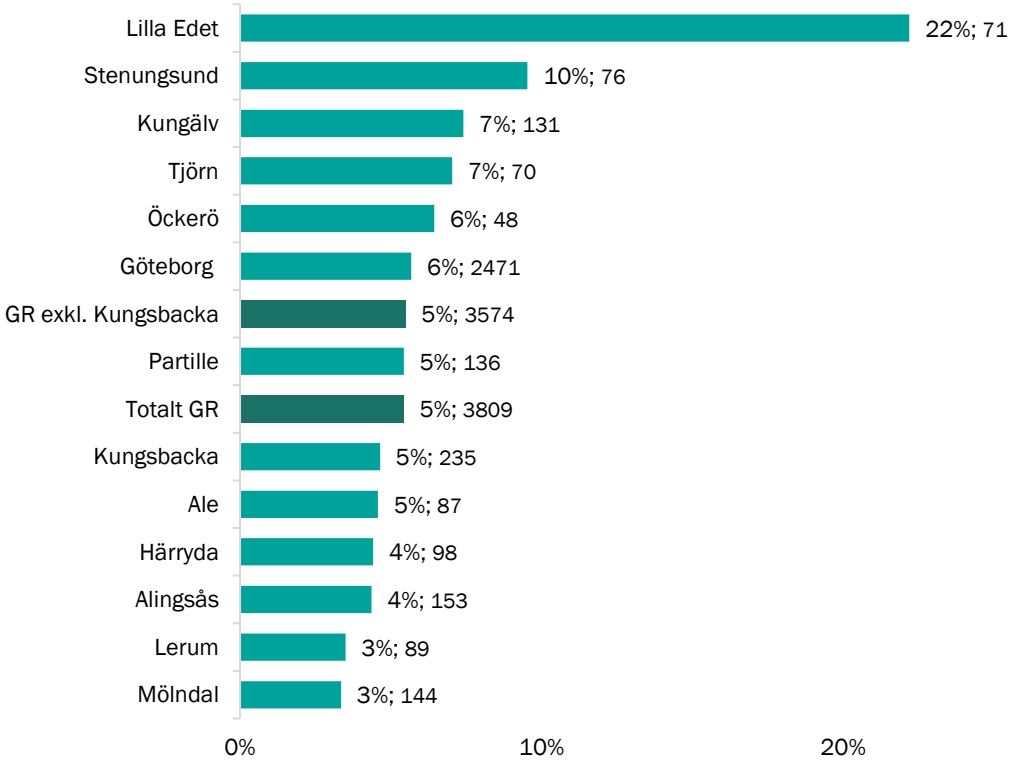


Andel av alla personer som uppskattas ha ett skadligt bruk eller beroende som bedöms ha behov av särskild samordning i relation till vårdsamverkansområde. Totalt antal personer med skadligt bruk eller beroende i parentes. Då Lilla Edet är en av 15 kommuner i ett annat vårdsamverkansområde och Kungsbacka ingår i Region Halland redovisas de enbart på kommunnivå, se s. 26–29.

Resultat på kommunnivå

Den stora majoriteten klienter som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende finns, inte överraskande, i den största kommunen Göteborg, där 2 471 klienter har bedömts ha ett skadligt bruk eller beroende. I resten av kommunerna varierar antalet mellan 48 personer i Öckerö och 235 personer i Kungsbacka.

Figur 7: Andel och antal klienter med skadligt bruk eller beroende



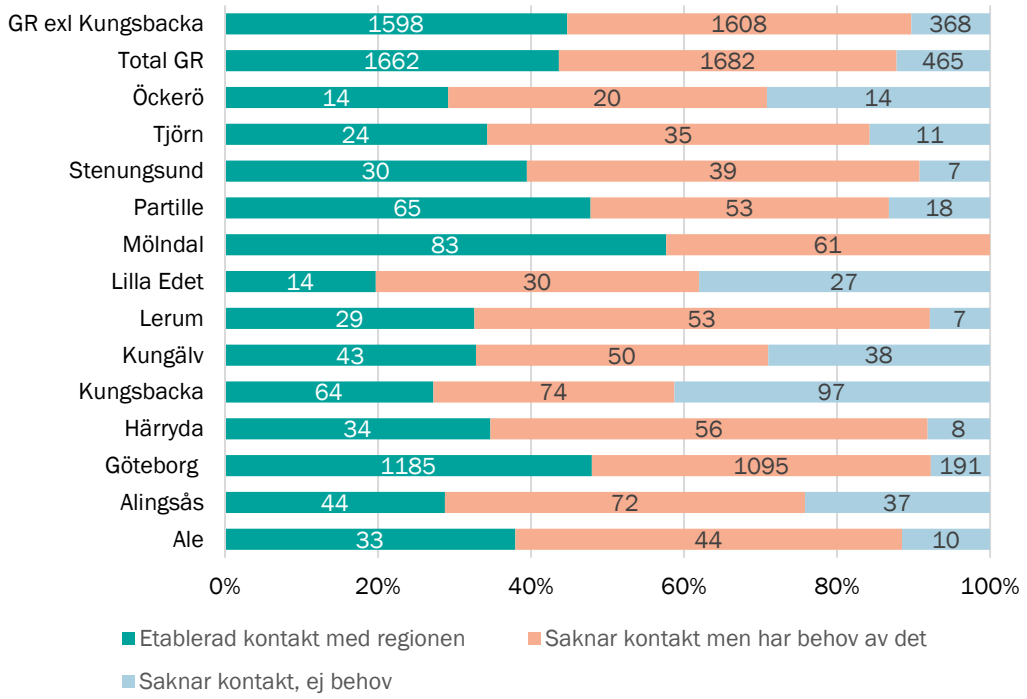
Frågan löd: ”Antal klienter på enheten som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende” och baserar sig på handläggarnas kännedom.

I relation till antal klienter i socialtjänsten som helhet har Lilla Edet och Stenungsund högst andelar klienter som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende. I Lilla Edet är det runt 20 procent av alla klienter och i Stenungsund runt 10 procent av alla klienter i socialtjänsten som bedömts ha ett skadligt bruk eller beroende. För övriga kommuner ligger siffran på mellan 5 och 10 procent.

Vårdkontakter på kommunnivå

I alla kommuner utom en är det fler personer med skadligt bruk eller beroende som inte har en kontakt med vården än som har det. I Göteborg har 1 185 av personerna med skadligt bruk eller beroende en **etablerad kontakt** med regionen kring sitt skadliga bruk och beroende medan 1 286 personer inte har det. I Lilla Edet har 14 personer en etablerad vårdkontakt medan 57 personer inte har det. Mölndal är den enda kommunen där fler personer har en kontakt än som inte har det, 83 personer har en etablerad vårdkontakt medan 61 personer inte har det. Mölndal skiljer också ut sig genom att samtliga klienter bedöms ha eller behöva kontakt med vården.

Figur 8: Antal klienter som har en etablerad kontakt med regionen samt bedömda behov av det

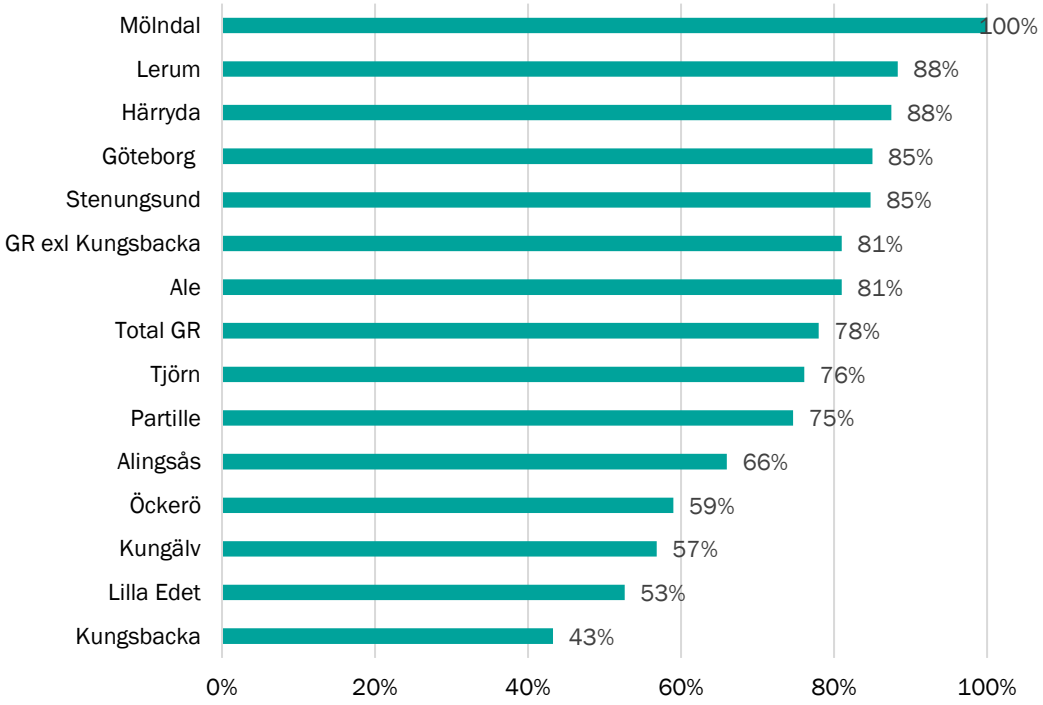


Även gällande bedömda behov av vårdkontakter bland de som inte har någon etablerad vårdkontakt i dag varierar antalet på kommunnivå. Flest personer (1 095) finns i Göteborg, i övrigt varierar det från 74 personer i Kungsbacka till 20 personer i Öckerö.

I de flesta kommunerna är det fler som bedöms ha behov av en vårdkontakt än antalet som redan har det, med undantag för Göteborg, Mölndal och Partille. I Lilla Edet är det exempelvis dubbelt så många som bedöms ha behov av en vårdkontakt jämfört med hur många som har det i dag. Detta visar på att det enligt socialtjänsten handläggare finns större behov än vad som kan vara känt av regionen.

Runt **78 procent** av de som inte har en etablerad vårdkontakt bedöms ha behov av det i Göteborgsregionen men det är stora skillnader mellan de olika kommunerna. I Mölndal bedöms **alla** 61 personer som inte har en etablerad vårdkontakt i dag vara i behov av det. I de andra kommunerna varierar det mellan 88 procent i Lerum (53 av 60 personer) till 43 procent i Kungsbacka (74 av 171 personer). Generellt sett är det dock en relativt stor andel personer som inte har någon vårdkontakt men bedöms ha behov av det. I åtta kommuner är andelen **över 70 procent.** Då inventeringen utgår från handläggarnas kännedom kan det dock vara så att en del av dessa klienter har en etablerad vårdkontakt som deras handläggare inte känner till.

Figur 9: Andel av de som inte har någon etablerad kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende som bedöms behöva det, per kommun



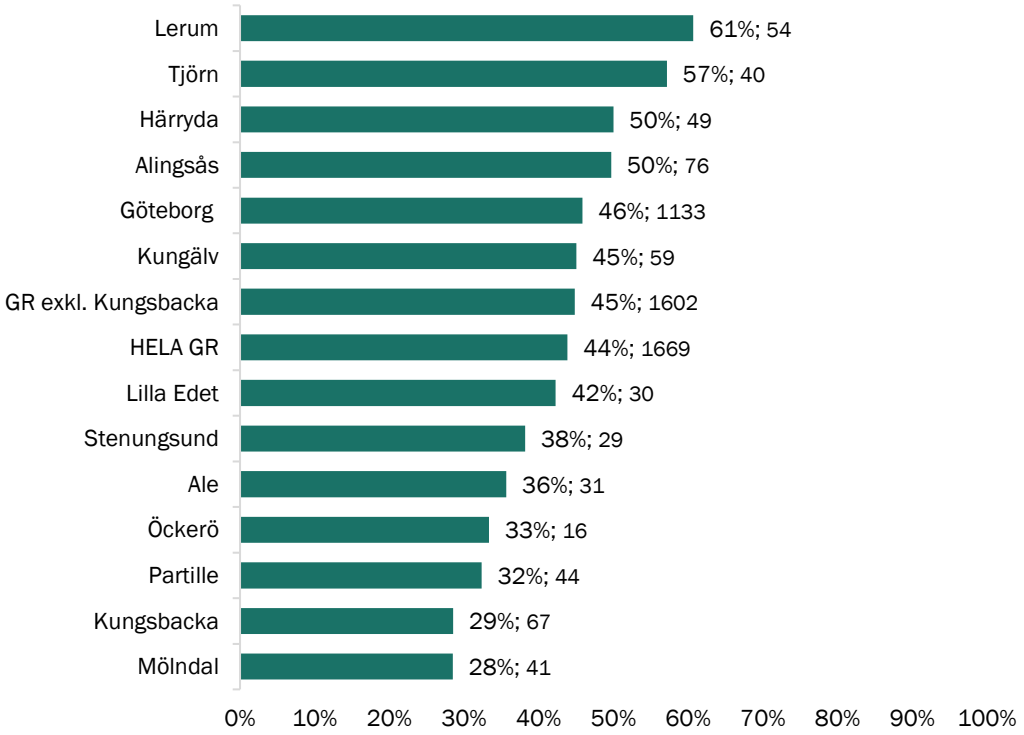
Frågan löd: ”Hur många av dessa klienter saknar en etablerad kontakt med regionen för skadligt bruk eller beroende men bedöms behöva detta?”. Andel av totalt antal som inte har en etablerad kontakt, baserat på handläggarnas kännedom.

Behov av särskild samordning på kommunnivå

Uppskattningarna av antalet personer som bedöms ha behov av särskild samordning varierar på kommunnivå. Flest personer (1 133) finns i Göteborg, i övrigt varierar det från 76 personer i Alingsås till 16 personer i Öckerö (se översiktstabell nedan för antal per kommun).

Även sett till andel personer som bedöms ha behov av särskild samordning finns det stora variationer mellan kommunerna. I Lerum och Tjörn bedöms över hälften av klienterna behöva särskild samordning, medan motsvarande andel är knappt 30 procent i Mölndal och Kungsbacka. Skillnaderna kan spegla både faktiska behov och variationer i hur begreppet har tolkats. Då denna fråga rör en helt ny lagstiftning är det troligt att svaret på frågan påverkats av kännedomen om lagstiftningen och vad den innebär. I inventeringen definierades innebörden av särskild samordning i relation till den kommande lagen, men vi kan inte veta i vilken mån detta lett till ett representativt svar.

Figur 10: Andel och antal klienter med skadligt bruk eller beroende som bedöms ha behov av särskild samordning



Frågan löd: ”Hur många av dessa klienter bedöms ha en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att de har behov av särskild samordning med regionen?”. Svaret baserar sig på handläggarnas bedömning av behovet.

Tabell 4: Översiktstabell: handläggares uppskattningar och bedömningar av behov på kommunnivå

Kommun	Antal invånare 2025	Antal klienter i social-tjänsten	Klienter med skadligt bruk eller beroende	Klienter med etablerad kontakt med regionen	Klienter utan etablerad kontakt men som bedöms behöva det	Klienter med behov av särskild samordning
Ale	32 620	1 903*	87	33	44	31
Alingsås	42 861	3 511	153	44	72	76
Göteborg	613 278	43 547	2 471	1 185	1 095	1 133
Härryda	40 011	2 221	98	34	56	49
Kungsbacka	86 332	5 064	235	64	74	67
Kungälv	50 496	1769*	131	43	50	59
Lerum	43 752	2 544	89	29	53	54
Lilla Edet	14 398	320*	71	14	30	30
Mölndal	72 128	4 299	144	83	61	41
Partille	41 164	2 503	136	65	53	44
Stenungsund	27 854	798	76	30	39	29
Tjörn	16 003	996	70	24	35	40
Öckerö	12 863	746	48	14	20	16
GR totalt	1 061 140	70 221	3 809	1 662	1 682	1 669
GR exkl. Kungsbacka	974 808	65 157	3 574	1 598	1 608	1 602

* I dessa kommuner har inte alla enheter deltagit i inventeringen. I Lilla Edet finns ytterligare 562 klienter inom äldreomsorgen, i Kungälv 1 642 klienter i äldreomsorgen och 110 klienter vid en enhet för barn och unga och i Ale finns ytterligare 168 klienter vid en enhet för barn och unga. Då dessa inte deltagit i inventeringen har de inte inkluderats i resultatet.

Några kommuner har en relativt stor andel personer som bedöms ha behov av en vårdkontakt och en stor andel personer som bedöms ha behov av särskild samordning (exempelvis Lerum och Härryda). Några kommuner har ett omvänt samband med en lägre andel personer som bedöms vara i behov av en vårdkontakt och en lägre andel som behövs vara i behov av särskild samordning (exempelvis Kungsbacka och Öckerö) men för många kommuner syns inte samma tydliga samband. I exempelvis Mölndal finns störst andel personer som bedöms vara i behov av en vårdkontakt och minst andel personer som bedöms ha behov av särskild samordning.

Resultat i relation till verksamhetsområde i socialtjänsten

Rangordningssystemet som har använts för att undvika dubbelregistreringar (se kapitlet Om inventeringen) innebär att det inte går att dra några detaljerade slutsatser på verksamhetsområdesnivå. De enda verksamheterna som inkluderat alla klienter med ett bedömt skadligt bruk eller beroende i inventeringen är vuxenenheter, enheter för unga vuxna och enheter för barn och unga.

Över hälften, runt 60 procent, av alla som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende är klienter vid enheter som arbetar med skadligt bruk och beroende. Det innebär att en **stor andel**, nästan 40 procent, finns inom andra verksamhetsområden. Detta indikerar att det finns en betydande andel personer som har ett skadligt bruk eller beroende i Göteborgsregionens kommuner som inte har kontakt med socialtjänsten primärt kring sitt skadliga bruk och beroende.

Bland klienter på vuxenenheter har 53 procent bedömts ha ett skadligt bruk eller beroende, vid enheter för unga vuxna är andelen 36 procent och vid enheter för barn och unga runt 3 procent.

Bland klienterna på vuxenenheterna bedöms ca **80 procent** av de som inte har någon kontakt med regionen ha behov av det, vid unga vuxna- respektive barn och unga-enheter är andelen runt 70 procent. Det är dock värt att notera att inom området ekonomiskt bistånd, som ligger längst ner i rangordningssystemet och bara har inkluderat klienter som inte har ett ärende någon annanstans än hos dem, bedöms ca 80 procent av de som inte har en etablerad kontakt med regionen ha behov av det.

Runt **65 procent** av alla som har bedömts ha behov av särskild samordning i Göteborgsregionen är klienter vid vuxenenheter. Bland klienter på vuxenenheter bedöms ca 45 procent av personerna med skadligt bruk eller beroende ha behov av särskild samordning, och bland klienter på unga vuxna respektive barn och unga rör det sig om runt 30 procent.

Övriga enheter har haft olika principer för inkludering beroende på var i rangordningen de befunnit sig. Det gör att det är svårt att dra några slutsatser om andelen personer med skadligt bruk eller beroende inom deras verksamhetsområden.

Beslut om behandlingsinsatser

Som en del i klientinventeringen ställdes ett antal frågor på kommunövergripande nivå, som rörde placeringar på HVB, ansökningar om vård enligt LVM, öppenvårdsinsatser samt ansvarsförbindelser i kontraktsvård under 2025. För definitioner av respektive insats, se kapitlets inledning.

Resultatet av inventeringen visar att under 2025 har:

- **259 vuxna personer** (18 år eller äldre) varit placerade på **HVB** för ett skadligt bruk eller beroende[3].
- **498 barn och unga** (0–18 år) varit placerade på **HVB**, oavsett orsak till placeringen[4].

[3] Frågan i enkäten är ställd så här: ”Hur många vuxna (18 år eller äldre) har din kommun haft placerade på HVB under 2025 för ett skadligt bruk eller beroende?”

[4] Frågan i enkäten är ställd så här: ” Hur många barn och unga (0–18 år) har din kommun haft placerade på HVB under 2025? (oavsett orsak till placeringen)”

- **1 535 vuxna** (18 år eller äldre) beviljats **öppenvårdsinsatser**[5] för skadligt bruk eller beroende.

När det kommer till öppenvård ger inventeringen inte svar på vilken typ av öppenvårdsinsatser som svaren avser, utan endast att någon öppenvårdsinsats har getts för ett skadligt bruk eller beroende.

Under 2025 har kommunerna dessutom fattat beslut om:

- **70** ansökningar om **vård enligt LVM**[6].
- **46** ansökningar om **ansvarsförbindelser i kontraktsvård**[7].

Fördelning mellan kommuner

Omfattningen av behandlingsinsatserna varierar mellan kommunerna, även i förhållande till kommunernas storlek.

Gällande **öppenvårdsinsatser** har de tre största kommunerna Göteborg, Mölndal och Kungsbacka beviljat flest öppenvårdsinsatser. Partille och Stenungsund har beviljat något fler öppenvårdsinsatser än andra kommuner i motsvarande storlek, medan Härryda har beviljat något färre öppenvårdsinsatser än andra kommuner av motsvarande storlek.

Störst antal placeringar på **HVB för vuxna** finns i Göteborg, följt av Mölndal och Kungälv. Minst antal placeringar finns i den mellanstora kommunen Härryda. Placeringar på **HVB för barn** och unga följer i stort sett kommunstorlek, där det största antalet placeringar finns i Göteborg och det minsta antalet på Öckerö. Ale har något fler placeringar än andra kommuner av motsvarande storlek

De flesta kommuner har fattat ett fåtal eller inga beslut om **vård enligt LVM** eller **ansvarsförbindelser i kontraktsvård**, där flest beslut har fattats i Göteborg. Kungälv har beslutat om något fler ansökningar om vård enligt LVM än andra kommuner av motsvarande storlek.

Sett till fördelningen av insatsformer framträder inget tydligt mönster på kommunnivå. En tänkbar relation mellan insatsformerna är att öppenvård kan bidra till att förebygga behovet av tvångsvård. I inventeringen framträder dock inget tydligt samband mellan öppenvård och LVM. Partille och Stenungsund har relativt många öppenvårdsinsatser, få HVB-placeringar, och få LVM-ansökningar. Mölndal har relativt många insatser inom både öppenvård och HVB, men få LVM-ansökningar. Kungälv utmärker sig genom färre öppenvårdsinsatser och ett relativt högt antal HVB-placeringar och LVM-ansökningar.

---

[5] Frågan i enkäten är ställd så här: ” Hur många vuxna (18 år eller äldre) har beviljats öppenvårdsinsatser för ett skadligt bruk eller beroende under 2025?” Inventeringen ger inte svar på vilken typ av öppenvårdsinsatser svaren avser, utan endast att någon öppenvårdsinsats har getts för ett skadligt bruk eller beroende.

[6] Frågan i enkäten är ställd så här: ”Hur många ansökningar om vård enligt LVM har din kommun fattat beslut om under 2025?”

[7] Frågan i enkäten är ställd så här: ”Hur många ansökningar om ansvarsförbindelser i kontraktsvård har din kommun fattat beslut om under 2025?”

Tabell 5: Översiktstabell behandlingsinsatser

Kommun	Antal invånare 2025	Klienter med bedömt skadligt bruk eller beroende	Öppen-vårds-insatser	HVB för ett skadligt bruk eller beroende (vuxna)	HVB oavsett placerings-orsak (barn)	Vård enligt LVM	Ansvars-förbindelser i kontrakts-vård
Ale	32 620	87	78	8	21	5	1
Alingsås	42 861	153	65	15	16	0	4
Göteborg	613 278	2 471	667	120	357	37	29
Härryda	40 011	98	29	1	10	2	2
Kungsbacka	86 332	235	161	17	24	3	2
Kungälv	50 496	131	57	21	16	11	1
Lerum	43 752	89	52	10	13	2	2
Lilla Edet	14 398	71	21	5	5	1	0
Mölndal	72 128	144	137	46	16	3	2
Partille	41 164	136	89	2	7	1	2
Stenungsund	27 854	76	94	4	5	1	0
Tjörn	16 003	70	48	6	5	4	0
Öckerö	12 863	48	37	4	3	0	1
GR totalt	1 061 140	3 809	1 535	259	498	70	46
GR exkl. Kungsbacka	974 808	3 574	1 374	242	474	67	44

* I dessa kommuner har inte alla enheter deltagit i inventeringen. I Lilla Edet finns ytterligare 562 klienter inom äldreomsorgen, i Kungälv 1642 klienter i äldreomsorgen och 110 klienter vid en enhet för barn och unga, i Ale finns ytterligare 168 klienter vid en enhet för barn och unga. Då dessa inte deltagit i inventeringen har de inte inkluderats i resultatet.

Resultat: sociala stödinsatser

Detta avsnitt beskriver förekomst och omfattning av rekommenderade stödinsatser för personer med skadligt bruk eller beroende. Avsnittet är främst relevant för kommunernas eget utvecklingsarbete.

I enhetsenkäten ställdes frågor om fem stödinsatser: arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS, arbetsförberedande träningsmodeller, individanpassat boendestöd, Bostad först och case management. Frågorna om stödinsatser ingick inte i rangordningssystemet utan har besvarats av alla enheter. Kommunen har bedömts ha insatsen om minst en svarande enhet angett att de kan bevilja den. För anhörigstöd till vuxna respektive barn har kommunen bedömts ha insatsen om kontaktpersonen svarat ja på frågan.

Av svaren framgår att endast en av kommunerna (Göteborg) angett att de kan bevilja samtliga stödinsatser som ingått i inventeringen. Den insats som i lägst grad tycks kunna beviljas av myndighetsenheterna är case management, följt av IPS.

Tabell 6: Sammanställning: Kommuner där minst en enhet angett att man kan bevilja insatsen, samt för anhörigstöd; om kommunen kan bevilja insatsen.

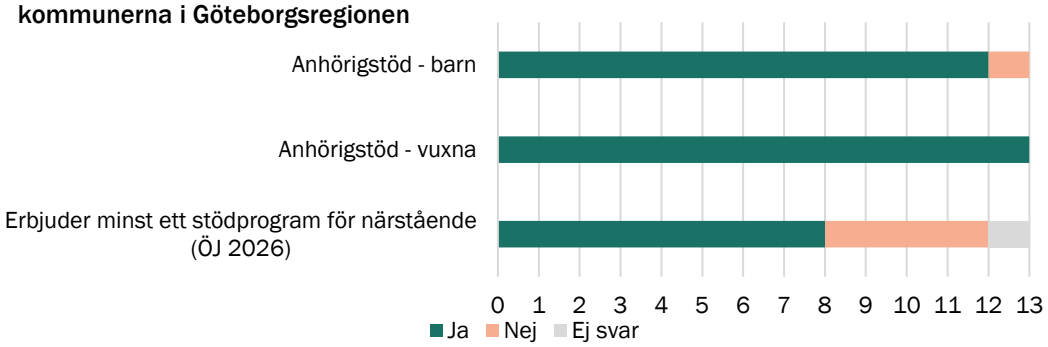
Insats / Kommun	Boende-stöd	Bostad först	Arbets-förberedande tränings-modeller*	IPS*	Case manage-ment	Anhörig-stöd barn	Anhörigstöd vuxna
Ale	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Alingsås	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Göteborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Härryda	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Kungsbacka	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Kungälv	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Lerum	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Lilla Edet	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Mölndal	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Partille	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Stenungsund	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Tjörn	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Öckerö	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja

*Både arbetsförberedande träningsmodeller och IPS kan tänkas erbjudas av kommunala arbetsmarknadsenheter. Båda insatserna kan också förekomma som insatser utan föregående behovsprövning, det vill säga även utan beslut från en myndighetsenhet.

Anhörigstöd

Samtliga 13 kommuner uppger att de erbjuder stöd till vuxna anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende, och 12 av 13 kommuner erbjuder även stöd till barn som är anhöriga till personer med skadligt bruk eller beroende. I Socialstyrelsens Öppna jämförelser anger åtta av kommunerna att de erbjuder anhörigstöd genom minst en av de modeller för anhörigstöd som Socialstyrelsen rekommenderar (Al-anon-inspirerade stödprogram, Nar-anon-inspirerade stödprogram, Coping skills training och CRAFT).

Figur 11: Förekomst av anhörigstöd till barn respektive vuxna i kommunerna i Göteborgsregionen



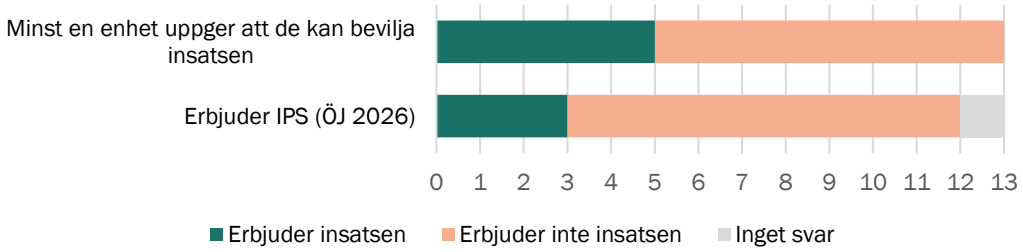
Att fler kommuner anger att de har anhörigstöd i denna inventering jämfört med Öppna jämförelser indikerar att kommunerna erbjuder anhörigstöd, men inte alltid i form av de rekommenderade modeller som Öppna jämförelser frågar efter. Detta stöds också av fritextsvaren i enkäten, som i huvudsak ger andra och mer generella exempel på anhörigstöd än de rekommenderade modellerna.

I en inventering som FoU i Väst gjorde av insatser som erbjuds till personer med skadligt bruk eller beroende utan föregående behovsprövning (IUB) var anhörigstöd den vanligaste insatsen. De flesta kommuner hade flera insatser riktade till anhöriga, och några kommuner hade flera olika insatser riktade till en viss typ av anhöriga (som barn eller unga). Tio kommuner erbjöd individuellt anhörigstöd, tio hade anhörigstöd i grupp, fyra erbjöd anhörigstöd för anhöriga till ungdomar och sex hade ett särskilt anhörigstöd för barn. En kommun hade insatser riktade till anhöriga till personer med samsjuklighet (rådgivning och stöd). Fyra kommuner angav att de erbjöd anhörigstöd i grupp enligt CRAFT-modellen utan föregående behovsprövning (Håkansson & Hammersjö, 2026).

Individanpassat stöd till arbete (IPS)

I fem av tretton kommuner anger minst en av de svarande enheterna att de kan bevilja arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS till personer med skadligt bruk eller beroende. Jämfört med Öppna jämförelser 2026[8] är det något fler kommuner som anger att de kan bevilja IPS i denna inventering. I Öppna jämförelser har enbart tre kommuner svarat att de kan bevilja IPS (Göteborg, Lilla Edet och Mölndal).

Figur 12: Antal kommuner som kan bevilja arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS (Individual placement and support)



IPS kan i vissa fall erbjudas utan föregående behovsprövning, vilket innebär att det kan finnas IPS-insatser som inte beviljats av en myndighetsenhet och därför inte har fångats upp genom inventeringen. Var i kommunen IPS erbjuds beror på hur kommunen är organiserad. I Öppna jämförelser har dock färre kommuner angett att de kan erbjuda IPS.

Målgruppens tillgång till IPS

De enheter som svarat att de kunde bevilja insatsen fick följdfrågan om hur många personer med skadligt bruk eller beroende som hade beviljats insatsen av deras enhet under 2025. Enheterna uppskattade att totalt **139 personer** med ett skadligt bruk eller beroende hade beviljats insatsen av deras enhet under 2025, varav 136 personer i Göteborg och tre personer i Lilla Edet. Övriga tre kommuner som kunde bevilja IPS uppskattade att ingen klient med ett skadligt bruk eller beroende hade beviljats insatsen under 2025. Göteborg, som i högst grad angett att man beviljat IPS, erbjuder insatsen både med och utan behovsprövning. Detta innebär att ytterligare personer kan ha fått tillgång till IPS i Göteborg utan att detta beviljats av en myndighetsenhet.

Vilka verksamhetsområden kan bevilja IPS?

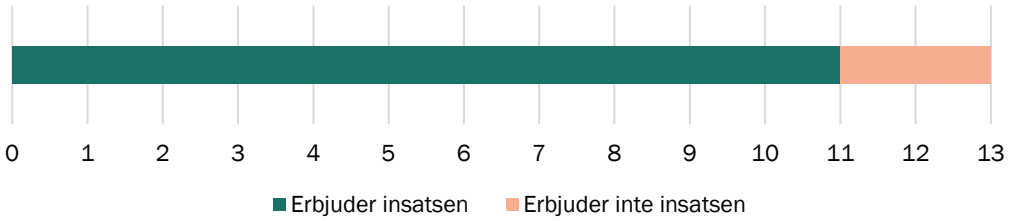
Av de totalt 20 enheter som angav av de kunde bevilja IPS fanns mer än hälften (11 enheter) inom ekonomiskt bistånd. Insatsen kunde också beviljas av vuxenenheter (3 enheter), barn och unga (2 enheter), unga vuxna (2 enheter) och funktionsstöd (2 enheter). Ingen av enheterna inom äldreomsorg kunde bevilja IPS, vilket kan tänkas bero på att IPS innebär stöd till arbete och därmed framför allt berör personer i yrkesverksam ålder.

[8] I Öppna jämförelser är frågan formulerad så här: ”Erbjuder ni den [mätdag] arbetslivsinriktad rehabilitering med Supported employment enligt IPS-modellen till personer med skadligt bruk och beroende?”

Arbetsförberedande träningsmodeller

I 11 av 13 kommuner anger minst en av de svarande enheterna att de kan bevilja arbetsförberedande träningsmodeller (ex. yrkesträning och jobbsökarstrategier). För frågan om arbetsförberedande träningsmodeller finns ingen jämförelsedata från Öppna jämförelser.

Figur 13: Antal kommuner där minst en enhet angett att de kan bevilja arbetsförberedande träningsmodeller (ex. yrkesträning, jobbsökarstrategier)



Arbetsförberedande träningsmodeller erbjuds ofta inom ramen för kommunala arbetsmarknadsenheter. Kommuner där ingen enhet har angett att de kan bevilja arbetsförberedande träningsmodeller kan med andra ord ändå tänkas erbjuda detta i sin kommun – men inte på ett sådant sätt att de enheter som ingått i inventeringen behöver fatta ett myndighetsbeslut. Insatsen kan exempelvis beslutas i någon annan del av organisationen eller erbjudas utan föregående behovsprövning.

Målgruppens tillgång till arbetsförberedande träningsmodeller

De enheter som kunde bevilja insatsen fick följdfrågan om hur många personer med skadligt bruk eller beroende som hade beviljats insatsen av deras enhet under 2025. Enheterna uppskattade att totalt **112 personer** hade beviljats detta.

Av de 11 kommuner som kunde bevilja arbetsförberedande träningsmodeller var det sju kommuner som bedömde att de hade beviljat insatsen till personer med skadligt bruk eller beroende i någon utsträckning. Den kommun som i störst utsträckning uppskattade att de beviljat insatsen var Alingsås (50 personer), följt av Göteborg (36 personer), Stenungsund (tio personer), Tjörn (sex personer), Härryda (fyra personer), Kungälv (tre personer) och Lilla Edet (tre personer). Övriga fyra kommuner uppskattade att ingen klient med ett skadligt bruk eller beroende hade beviljats arbetsförberedande träningsmodeller under 2025.

Det bör noteras att arbetsförberedande träningsmodeller inte är *en* specifik metod, utan handlar om modeller som syftar till att förmedla kunskap och färdigheter för att kunna anställas i ett visst yrke. Det innebär att svaren kan syfta på olika typer av stöd.

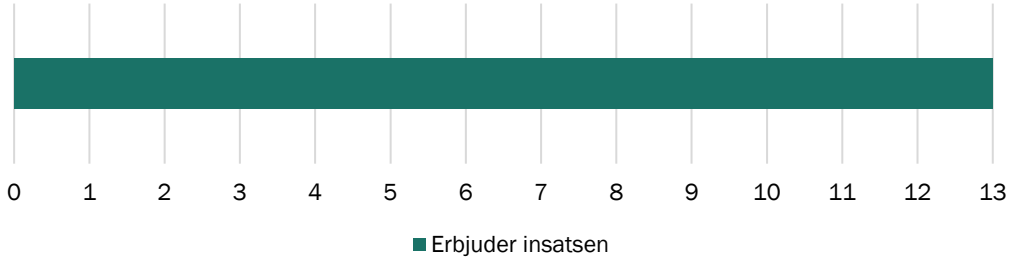
Vilka verksamhetsområden kan bevilja insatsen?

Av de 25 enheter som angett att de kan bevilja arbetsförberedande träningsmodeller finns de flesta (21 enheter) inom ekonomiskt bistånd. Det förekommer också i enstaka fall att arbetsförberedande träningsmodeller kan beviljas inom vuxen, unga vuxna, funktionsstöd eller en enhet som arbetar med flera verksamhetsområden.

Boendestöd

I samtliga 13 kommuner anger minst en enhet att de kan erbjuda boendestöd. Även om Socialstyrelsen rekommenderar boendestöd för målgruppen ingår frågan inte i Öppna jämförelser, så för denna fråga finns ingen jämförelse.

Figur 14: Antal kommuner där minst en enhet kan bevilja boendestöd (individanpassat stöd)



Målgruppens tillgång till insatsen

De enheter som kunde bevilja insatsen fick följdfrågan om hur många personer med skadligt bruk eller beroende som hade beviljats boendestöd av deras enhet under 2025. Enheterna uppskattade att totalt **645 personer** hade beviljats insatsen.

Boendestöd hade beviljats till målgruppen i någon utsträckning i samtliga kommuner förutom i Lerum. Flest uppskattades ha beviljats insatsen i Göteborg (274), följt av Ale (133), Tjörn (65), Partille (50), Kungälv (42), Stenungsund (24), Mölndal (14), Alingsås (13), Lilla Edet (12), Kungsbacka (10), Härryda (6) och Öckerö (2).

Vilka verksamhetsområden kan bevilja insatsen?

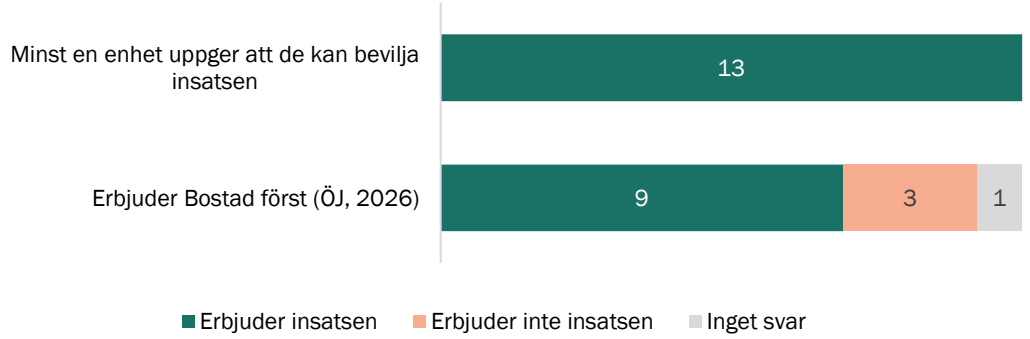
Av de 58 enheter som angett att de kunde bevilja boendestöd fanns den största andelen inom funktionsstöd (24 enheter), men boendestöd kunde också beviljas inom äldreomsorg (13 enheter), vuxen (7 enheter), barn och unga (4 enheter), ekonomiskt bistånd (en enhet) samt inom enheter som arbetade med flera verksamhetsområden (9 enheter).

Även om boendestöd tycks vara den av insatserna som i högst grad beviljas till personer med skadligt bruk eller beroende så varierar det i vilken grad insatsen beviljas. Av de totalt 58 enheter som anger att de kan bevilja insatsen har 13 enheter inte beviljat insatsen till någon person med skadligt bruk eller beroende under 2025, och ytterligare 27 enheter har beviljat insatsen till färre än 10 personer.

Bostad först

I samtliga 13 kommuner anger också minst en enhet att de kan erbjuda Bostad först. Detta skiljer sig från Öppna jämförelser 2026, där tre av kommunerna uppgett att de *inte* erbjuder Bostad först[9] (Lerum, Stenungsund och Öckerö).

Figur 15: Antal kommuner där minst en enhet kan bevilja Bostad först



En möjlig tolkning av skillnaden mellan denna inventering och Öppna jämförelser är att de enheter som angett att de kan bevilja insatsen inte har uppfattat att Bostad först är en specifik metod.

Målgruppens tillgång till insatsen

De enheter som kunde bevilja Bostad först fick följdfrågan om hur många personer med skadligt bruk eller beroende som hade beviljats insatsen av deras enhet under 2025. Enheterna uppskattade att totalt **222 personer** hade beviljats insatsen.

Tio av de 13 kommuner som kunde bevilja Bostad först uppskattade att de i någon utsträckning beviljat insatsen till personer med ett skadligt bruk eller beroende under 2025. Antalet beviljanden var störst i Göteborg (172), följt av Ale (15), Lilla Edet (9), Stenungsund (8), Kungälv (4), Tjörn (4), Kungsbacka (3), Partille (3), Härryda (2) och Mölndal (2).

Vilka verksamhetsområden kan bevilja insatsen?

Av de 41 enheter som angett att de kan bevilja insatsen finns majoriteten inom vuxen (16 enheter) och funktionsstöd (15 enheter). Det förekommer också att Bostad först beviljas av enheter för unga vuxna (2 enheter) och ekonomiskt bistånd (2 enheter) samt inom enheter som arbetar med flera verksamhetsområden (6 enheter).

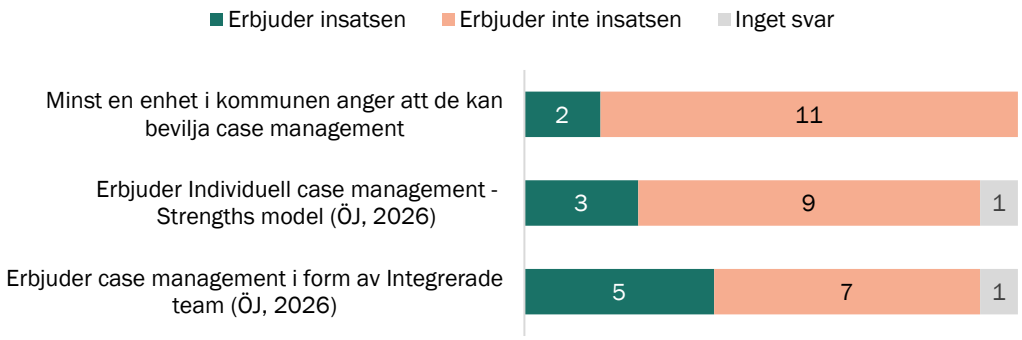
Av de 15 enheter inom funktionsstöd som angett att de kan bevilja Bostad först är det bara en som angett att de beviljat insatsen till någon med ett skadligt bruk eller beroende under 2025. Bostad först tycks framför allt beviljas inom vuxenområdet, men i olika utsträckning på olika vuxenenheter (mellan 0 och 35 gånger under 2025).

[9] Frågan i Öppna jämförelser är ställd så här: ”Erbjuder ni den [mätdag] boendeinsatsen Bostad först till personer som är hemlösa med skadligt bruk och beroende och/eller psykisk sjukdom?”

Case management

I två av de 13 kommunerna anger minst en enhet att de kan bevilja case management: Göteborg och Kungälv.

Figur 16: Antal kommuner där minst en enhet kan bevilja case management



Det är färre än antalet kommuner som uppgivit i Socialstyrelsens Öppna jämförelser 2026 att de kan erbjuda case management, antingen individuellt i form av Strengths model[10] (Kungsbacka, Kungälv och Mölndal) eller i form av integrerade team[11] (Göteborg, Kungälv, Mölndal, Partille och Tjörn). En av kommunerna (Ale) har inte svarat på frågorna i Öppna jämförelser.

Målgruppens tillgång till insatsen

De enheter som angav att de kunde bevilja case management fick följdfrågan om hur många personer med skadligt bruk eller beroende som beviljats insatsen under 2025. Enheterna uppskattade att totalt **94 personer** hade beviljats insatsen, varav samtliga i Göteborg.

Vilka verksamhetsområden kan bevilja insatsen?

Av de nio enheter som anger att de kan bevilja case management finns de flesta inom vuxen (6 enheter), men det förekommer även inom två barn och unga-enheter och en enhet inom funktionsstöd[12].

Utveckling av befintliga stödinsatser

En ytterligare fråga som väckts i och med det förtydligade ansvaret har varit om kommunerna planerat att utveckla sina sociala stödinsatser i och med reformen, en fråga som också ingått i inventeringen.

---

[10] Frågan i Öppna jämförelser är ställd så här: ”Erbjuder ni den [mätdag] insatsen Individuell case management i form av Strengths model för personer med skadligt bruk och beroende och i behov av samordning av sina vård- och stödinsatser?”

[11] Frågan i Öppna jämförelser är ställd så här: ”Erbjuder ni [mätdatum] insatsen case management i form av integrerade team till personer med skadligt bruk och beroende och/eller psykisk sjukdom?”

[12] Enheten inom funktionsstöd är i praktiken två enheter, som skickat in ett gemensamt svar på enkäten.

Den kommunövergripande enkäten visar att 11 av 13 kommuner har befintliga sociala stödinsatser som de har börjat utveckla eller bedömer att de kommer att behöva utveckla eller förbättra på grund av samsjuklighetsreformen. En av kommunerna bedömer att deras stödinsatser *inte* behöver utvecklas.

Figur 17: Bedömt behov av att utveckla/förbättra befintliga sociala stödinsatser i och med samsjuklighetsreformen



Hur utvecklas stödinsatserna?

Fem av kommunerna **planerar att utveckla** sina sociala stödinsatser. Ett par av kommunerna ger konkreta exempel på vad de planerar att utveckla, som boendestöd, anhörigstöd till vuxna och barn, och insatser för sysselsättning. Andra beskriver att det finns planer på utveckling, men vet inte i dagsläget vad eller hur.

Sex av kommunerna **har redan börjat utveckla** sina sociala stödinsatser med anledning av samsjuklighetsreformen, varav hälften uttryckligen kopplar sitt utvecklingsarbete till den nya socialtjänstlagen (2025:400) som har liknande intentioner som reformen: att arbeta med tidiga insatser, att arbeta förebyggande, att vara mer tillgängliga och att sänka trösklarna till stöd genom att erbjuda fler insatser utan föregående behovsprövning (IUB).

Exempel från de kommuner som redan börjat utveckla sina stödinsatser handlar om **boende** (utveckling av boendestödet, vräkningsförebyggande arbete och boendecoachning, införande av Bostad först), **sysselsättning** (aktivitetshus, påbörjat arbete för sysselsättning för målgruppen), **uppsökande arbete** (påbörjat fältarbete och mer uppsökande arbete i boendeteam och team för skadligt bruk och beroende), **förebyggande arbete** (förebyggandeteam eller förebyggande arbete riktat mot barn och unga), **anhörigstöd** (utvecklat anhörigstöd till vuxna och barn, föräldrastöd), införande av **stödfunktioner** till målgruppen (peer support) samt **samordning** (personligt ombud, vård- och stödsamordning). En kommun har påbörjat ett pilotprojekt mellan socialtjänst och vård och omsorg för att utveckla insatser för målgruppen. Ett par kommuner tar upp att de har eller kommer att satsa på **kompetensutveckling** inom skadligt bruk eller beroende.

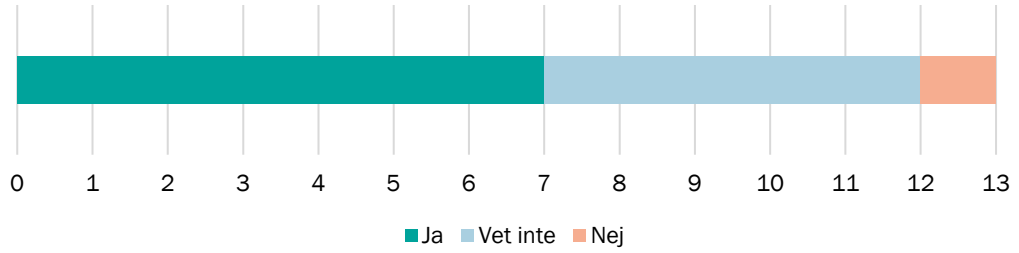
Ett par kommuner ger exempel på utveckling av stödinsatser som kan tänkas motsvara behandlingsinsatser, både enskilda samtal och gruppverksamhet.

Kommunernas svar skickades in fram till den 31 augusti 2026, men Socialstyrelsens vägledning om vad som definieras som stöd respektive behandling kom i september 2026 (se Socialstyrelsen, 2026). I den framtida utvecklingen av stödinsatser är det viktigt för kommunerna att inte vidareutveckla stödinsatser som innebär behandling för skadligt bruk eller beroende.

Nya sociala stödinsatser

Kommunernas kontaktpersoner fick även frågan om kommunerna planerar att starta upp och börja erbjuda nya typer av insatser till personer med skadligt bruk eller beroende i och med reformen. Sju av kommunerna har planer på nya insatser, fem av kommunerna vet inte ännu och en kommun kommer inte att utveckla nya insatser.

Figur 18: Planer på att starta upp och börja erbjuda nya typer av insatser till personer med skadligt bruk eller beroende i och med samsjuklighetsreformen



Bland de kommuner som planerar att utveckla nya insatser ges några exempel, som att erbjuda boendestöd som insats utan föregående behovsprövning och att satsa på mer anhörigstöd.

I vissa kommuner vet man inte ännu vilka nya insatser som kan komma att behöva utvecklas, men tror att det kan handla om fler förebyggande insatser eller eventuellt stödinsatser med beroendekompetens. Ett par kommuner angav att de inväntade Socialstyrelsens vägledning kring vad som definieras som socialt stöd och behandling innan de kunde börja se över sina insatser. Ett par kommuner nämner utökat samarbete mellan verksamhetsområden i kommunen, exempelvis utökat samarbete mellan arbetsmarknadsenheten och försörjningsstöd genom det nya aktivitetskravet[13] och utvecklat samarbete mellan socialpsykiatrin och vuxenenheten.

En av kommunerna svarar att de utforskar möjligheterna till gruppbehandling och individuellt psykosocialt stöd för vuxna som insats utan behovsprövning. Vid utvecklingen av nya stödinsatser är det viktigt att ha den nya ansvarsfördelningen mellan kommunerna och regionen i åtanke så att inte kommunerna utvecklar behandlingsinsatser som regionen ska ansvara för.

[13] Den 1 juli 2026 infördes det så kallade aktivitetskravet, som innebär att kommunerna är skyldiga att erbjuda aktiviteter för personer som får försörjningsstöd, och individerna är skyldiga att delta.

Sammanfattande slutsatser

Denna inventering har gjorts som ett led i arbetet med att stödja kommunerna i Göteborgsregionen inför den kommande samsjuklighetsreformen. Reformen träder i kraft 2028 och innebär stora förändringar för samhällets stöd till personer med ett skadligt bruk eller beroende. Regionerna kommer att få ansvar för all vård och behandling av skadligt bruk och beroende, medan kommunernas ansvar kommer att handla om sociala stödinsatser som uppsökande och förebyggande arbete, stöd till försörjning, boende och sysselsättning och stöd till anhöriga.

Syftet med inventeringen har varit att göra en övergripande uppskattning av hur många personer med skadligt bruk eller beroende som har pågående ärenden hos socialtjänsten och deras behov av insatser från regionen, liksom kommunens sociala stödinsatser för målgruppen. De frågor inventeringen har försökt svara på är:

- Ungefär hur många individer med ett känt skadligt bruk eller beroende har ett pågående ärende inom socialtjänsten? Hur bedömer kommunerna tillgången till och behovet av kontakt med regionen för dessa individer?
- Hur många individer hade ett kommunalt beslut om behandlingsinsatser för sitt skadliga bruk eller beroende under 2025?
- Vilka rekommenderade sociala stödinsatser erbjuder kommunerna i dag till personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga?
- Planerar kommunerna att utveckla sina befintliga sociala stödinsatser för personer med skadligt bruk eller beroende, eller införa nya? Om ja, vilka?

Inventeringens resultat ska ses som en nulägesbild av klienter med ett känt skadligt bruk eller beroende, bedömda behov och insatser till målgruppen. Resultaten om klienters skadliga bruk eller beroende och deras behov utgår från handläggarnas kännedom och bedömning. Resultaten som rör behandlingsinsatser utgår från verksamhetsdata.

Ambitionen är att kommunerna ska kunna använda underlaget dels för planering av sina egna insatser för målgruppen, dels i dialog med regionen om framtida behov av samordning. Resultaten bör främst ses som en fingervisning om omfattningen och fördelningen av olika insatser, snarare än som exakta förhållanden och volymer. Inventeringen har gett övergripande bild av nuläget och synliggör mönster och skillnader som kan vara relevanta i det fortsatta arbetet.

En styrka med inventeringen är att den inte har utgått från aktualiseringsorsak, det vill säga anledningen till kontakten, och inte heller begränsats till personer som i dag får en insats kopplad till skadligt bruk eller beroende. Detta är viktigt eftersom personer med ett skadligt bruk eller beroende kan söka och få kontakt med socialtjänsten av helt andra anledningar. En annan styrka med inventeringen är den höga svarsfrekvensen där nästan samtliga myndighetsenheter i Göteborgsregionens medlemskommuner har bidragit.

En osäkerhetsfaktor är att delar av inventeringen har utgått från handläggares kännedom, där antal och förekomst både kan ha överskattats och underskattats. I stödmallen för inventeringen fanns en definition av skadligt bruk eller beroende att utgå ifrån, men det är möjligt att handläggare ändå tolkat frågan på olika sätt. Handläggare som är ovana att bedöma om en person har ett skadligt bruk eller beroende kan exempelvis ha bedömt ett lättare bruk som ett skadligt bruk, men kan också ha missat personer om de inte känner igen tecken på ett skadligt bruk eller beroende och/eller inte ställt frågan. Inventeringen har inte undersökt inom vilka enheter, verksamhetsområden och kommuner man på ett mer rutinmässigt sätt ställer frågor om skadligt bruk eller beroende.

Eftersom det inte finns någon tidigare motsvarande inventering av hur stor andel av klienterna hos socialtjänstens myndighetsenheter som har ett skadligt bruk eller beroende är det svårt att bedöma om antalet är stort eller litet. Där det varit möjligt har vi försökt jämföra förekomst och omfattning av stöd- och behandlingsinsatser med nationell statistik, men då det finns skillnader i mätperiod, omfattning och åldersspann är jämförbarheten begränsad.

Många individer med ett skadligt bruk eller beroende har redan kontakt med regionens specialiserade öppenvård: enligt Socialstyrelsens statistikdatabas handlade det under 2025 om knappt 4000 personer i Göteborgsregionens medlemskommuner. Utifrån denna inventering är det inte möjligt att avgöra på vilket sätt socialtjänstens klienter och hälso- och sjukvårdens patienter överlappar.

Personer med skadligt bruk eller beroende inom socialtjänsten

Under sommaren 2026 uppskattades runt 3 800 personer med ett känt skadligt bruk eller beroende ha kontakt med socialtjänstens myndighetsenheter i Göteborgsregionens medlemskommuner, vilket motsvarar ca 5 procent av socialtjänstens klienter. Av dessa är 8 procent (cirka 300 personer) klienter vid enheter som arbetar med personer under 18 år.

Av de inventerade individerna med ett skadligt bruk eller beroende uppskattas majoriteten (cirka 90 procent) ha eller behöva ha kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende. Cirka hälften av dessa bedöms redan ha en etablerad kontakt, och den andra hälften bedöms behöva etablera en sådan kontakt. Det är endast en mindre andel av klienterna som bedöms ha ett skadligt bruk eller beroende som *inte* bedöms behöva en kontakt med regionen.

Att socialtjänstens myndighetsenheter bedömer att **1 700 personer** behöver en kontakt med regionen för sitt skadliga bruk eller beroende innebär inte att samtliga individer kommer att etablera en sådan kontakt: individen själv kanske inte håller med om att hen har behov av kontakt med vården, eller saknar motivation att skapa och upprätthålla en vårdkontakt. Det är inte heller möjligt att bedöma om och i sådana fall hur många av socialtjänstens klienter som har kontakt med vården utan att handläggaren inom myndighet känner till det.

Ungefär hälften av klienterna med skadligt bruk eller beroende, lite mindre än **1 700 personer**, bedöms vara i behov av en särskild samordning med regionen. I

stödmallen för inventering fanns en definition av vilka klienter som kan tänkas behöva särskild samordning, men då det inte är ett inarbetat begrepp än är det möjligt att det tolkas olika i olika verksamheter. Resultatet av denna inventering visar att kommunerna i nuläget bedömer att en relativt stor andel av deras klienter med ett bedömt skadligt bruk eller beroende berörs av den nya lagstiftningen. Det är dock extra svårt att veta hur tillförlitligt detta svar är då det är en ny lag som inte trätt i kraft än.

Av denna inventering framgår att klienter med ett skadligt bruk eller beroende finns inom alla socialtjänstens verksamhetsområden, varav en relativt stor andel inte har en känd kontakt med socialtjänstens vuxenenhet. Vid genomförandet av samsjuklighetsreformen är det därför viktigt att inte enbart utgå från vuxenenheternas klientgrupp. Att kunna identifiera skadligt bruk eller beroende inom alla socialtjänstens verksamhetsområden är ett viktigt första steg för socialtjänsten för att kunna erbjuda rätt stödinsatser, och för att veta i vilka fall det kan vara relevant att etablera en kontakt med regionen för vård och behandling.

Behandlingsinsatser

Under 2025 fattade kommunerna i Göteborgsregionen beslut om ett stort antal behandlingsinsatser för skadligt bruk eller beroende för vuxna klienter. Runt 1 500 personer fick någon typ av öppenvårdsinsats, cirka 260 personer var placerade på HVB för ett skadligt bruk eller beroende och kommunerna fattade beslut om cirka 70 ansökningar om vård enligt LVM. Utöver detta var cirka 500 barn och unga 0–18 år placerade på HVB, oavsett orsak till placeringen, och kommunerna gjorde runt 50 ansökningar om ansvarsförbindelser i kontraktsvård.

Då öppenvård är en relativt odefinierad term är det svårt att veta hur stor andel av de cirka 1 500 öppenvårdsinsatserna som är renodlad behandling och hur stor andel som är någon form av socialt stöd. Mer specifika frågor om vilka behandlingsinsatser som kommunerna erbjuder till målgruppen kommer att undersökas i den andra delen av denna inventering.

För övriga behandlingsinsatser som inventerats är det tydligare vilka förändringar som reformen kommer att innebära. För HVB kommer kommunen att behöva underrätta regionen vid placering och kalla till en individuell planering, vilket kräver fungerande kontaktvägar och samordning mellan kommun och region. Ansvarsförbindelser vid kontraktsvård kommer sannolikt att bli ett ansvar för både kommun och region, åtminstone under en övergångsperiod innan ett nytt straffrättsligt påföljdssystem beräknas träda i kraft. LVM föreslås upphöra helt och ersättas med LPT, men förslaget är ännu under utredning och det är inte tydligt när och hur detta kommer att genomföras.

Stödinsatser

Socialtjänsten erbjuder många olika typer av stödinsatser. Det kan vara insatser som finns i flera kommuner eller insatser som utvecklats lokalt. Det kan vara insatser som är avsedda för personer med ett skadligt bruk eller beroende, eller insatser som nyttjas av målgruppen utan att vara särskilt utformade för dem. Denna inventering

har inte haft en ambition att inventera samtliga stödinsatser utan avgränsats till ett urval av rekommenderade stödinsatser för personer med ett skadligt bruk eller beroende.

Förekomst av stödinsatser

Resultatet av inventeringen visar att samtliga inventerade stödinsatser till personer med skadligt bruk eller beroende och deras anhöriga finns i Göteborgsregionens medlemskommuner, men i varierande omfattning.

Samtliga 13 kommuner uppger att de har Bostad först, boendestöd och anhörigstöd till vuxna. Tolv kommuner har anhörigstöd till barn. Elva kommuner har arbetsförberedande träningsmodeller. Fem kommuner har arbetslivsinriktad rehabilitering i form av IPS, och två kommuner har case management. Vilka stödinsatser som erbjuds överensstämmer inte alltid med vad kommunerna uppgett till Socialstyrelsen i Öppna jämförelser. Vid analysträffen med kommunernas kontaktpersoner bedömdes uppgifterna i denna inventering dock stämma.

Målgruppens tillgång till stödinsatser

Trots att kommunerna kan bevilja många av de stödinsatser som ingått i denna inventering tycks de inte alltid vara tillgängliga i praktiken för klienter med ett skadligt bruk eller beroende. I flera fall uppskattas att ingen eller väldigt få i målgruppen ha fått insatsen under 2025. Ett sätt att göra stödinsatser tillgängliga för fler personer med ett skadligt bruk eller beroende skulle kunna vara att följa upp i vilken grad olika enheter och verksamhetsområden beviljar insatser till målgruppen – och om det finns hinder för att bevilja insatsen till fler.

Det finns en risk att inventeringen underskattar omfattningen av stödinsatser eftersom vissa insatser kan ges utanför myndighetsenheterna och utan föregående behovsprövning. Kommunernas kontaktpersoner bekräftar dock bilden av att målgruppen inte får tillgång till stödinsatser i avsedd omfattning, vilket pekar på ett fortsatt utvecklingsbehov.

Enheternas möjlighet att bevilja stödinsatser

I inventeringen framkommer att samma stödinsats kan beviljas av olika delar av socialtjänsten. Insatsen Bostad först kan exempelvis huvudsakligen beviljas av funktionsstöd och vuxenenheter, men i två kommuner kan insatsen beviljas av enheter inom ekonomiskt bistånd. En del i att göra stödinsatser tillgängliga för fler personer med ett skadligt bruk eller beroende skulle därför kunna vara att se över delegationsordningar; Vilka delar av socialtjänsten ska kunna bevilja vilka typer av stödinsatser?

Utveckling av stödinsatser

De flesta kommuner ser behov av att utveckla sina befintliga sociala stödinsatser med anledning av samsjuklighetsreformen – elva av kommunerna har börjat utveckla eller planerar att utveckla sina stödinsatser. Det handlar exempelvis om att utveckla arbetet med boende, sysselsättning, förebyggande arbete och anhörigstöd. Ett par

kommuner satsar även på kompetensutveckling för personal. Sju av kommunerna planerar också att införa nya typer av sociala stödinsatser till personer med skadligt bruk eller beroende i och med reformen. När det kommer till utveckling av stödinsatser och införande av nya stödinsatser kan kommunerna dra nytta av varandras erfarenheter.

Avslutande reflektioner

Inventeringen ger en övergripande bild av nuläget inför samsjuklighetsreformen. Resultaten pekar på ett omfattande behov av kontakt och samordning mellan socialtjänsten och regionen, samtidigt som personer med skadligt bruk eller beroende återfinns inom socialtjänstens samtliga verksamhetsområden. Reformen berör därmed inte enbart de verksamheter som i dag arbetar särskilt med målgruppen. Det behöver finnas fungerande kontaktvägar till vården inom alla verksamhetsområden.

En särskilt viktig fråga i samverkan mellan kommun och region tycks vara den kommande lagstiftningen om särskild samordning. Handläggarna i denna inventering bedömer att ett stort antal klienter har behov av särskild samordning, där det blir viktigt att reda ut hur den särskilda samordningen skiljer sig från ordinarie samordning och att ha en tydlig gemensam bild av vilka klienter som berörs.

Inventeringen visar också att kommunerna i stor utsträckning erbjuder de rekommenderade sociala stödinsatserna, men att dessa inte alltid tycks nå målgruppen. Det väcker frågor om hur insatsernas tillgänglighet kan förbättras och hur kommunernas olika verksamheter kan bidra till detta. Att många kommuner redan har påbörjat eller planerar ett utvecklingsarbete ger goda möjligheter till erfarenhetsutbyte och gemensamt lärande.

Ett stort antal personer med ett skadligt bruk eller beroende får i dag behandlingsinsatser av kommunen. De flesta insatserna för personer med skadligt bruk eller beroende i kommunerna ges i form av öppenvårdsinsatser. När det kommer till öppenvård är det inte möjligt utifrån frågorna i denna inventering att veta hur stor andel av insatserna som är renodlad behandling, och i sådana fall vilken typ av behandling. Det är en fråga som kommer att undersökas närmare i en kommande inventering i Göteborgsregionen.

Referenser

Göteborgs Stad (2026) *Socialtjänstrapport 2026 – Individ- och familjeomsorgen i Göteborgs Stad*.

Håkansson, H., och Hammersjö, A. (2026) *Kartläggning av insatser utan behovsprövning inom skadligt bruk och beroende*. Göteborgsregionen, FoU i Väst.

Kriminalvården (2026a) Kontraktsvård.
https://www.kriminalvarden.se/hakte-fangelse-och-frivard/frivard/olika-typer-av-frivard/kontraktsvard/
Senast uppdaterad: 25 augusti 2026.

Kriminalvården (2026b) KOS 2025 – Kriminalvård och statistik.

Kunskapsguiden (2025) Vård och behandling på HVB.
https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/hem-for-vard-eller-boende-hvb/yrkesintroduktion-for-personal-pa-hvb-for-barn-och-unga/vard-och-behandling-pa-hvb/
Senast granskad: 2025-03-06.

Lag (2026:1306) om samordnad vård- och stödverksamhet.

Lagrådsremiss (2024) *En förebyggande socialtjänstlag – för ökade rättigheter, skyldigheter och möjligheter*. Daterad 4 juli 2024.

Nilsson, M. B. (2023) Har problemen blivit värre? En analys av hur problem med och hjälpbehov för psykisk hälsa, alkohol- och narkotikaanvändning förändrats över tid för socialtjänstens klienter. *Socialvetenskaplig tidskrift*, *30*(1), 477–498.

Regeringen (2025) Regeringens proposition 2025/26:297 – Ett nytt straffrättsligt påföljdssystem.

Regeringen (2026) *Uppdrag till Socialstyrelsen att stödja reformen om en mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd*, Regeringsbeslut 2026-02-26, S2026/00382.

SFS (2026:673) *Lag om ändring i socialtjänstlagen (2025:400)*. Svensk författningssamling.

Socialstyrelsen (2000) *Behandling av alkoholproblem – En kunskapsöversikt*. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2006) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruksproblem. REMISSVERSION 11 APRIL 2006.

Socialstyrelsen (2019) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning.

Socialstyrelsen (2026a) *Vad bör räknas som behandling respektive stöd? En skrift för att underlätta hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens arbete med reformen om en mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk eller beroende.*

Socialstyrelsen (2026b). Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2025. Artikelnummer 2026-9-10426.
https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/statistik-om-socialtjanstinsatser-till-barn-och-unga-2025-2026-9-10426/

Socialstyrelsen (2026c) *Statistikdatabas för vuxna personer med skadligt bruk och beroende. Uppgifter för 2025.* https://sdb.socialstyrelsen.se/if_mis/val.aspx

SOU (2004:3) *Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård*. Socialdepartementet.

SOU (2023:5) *Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen.*

Sveriges Domstolar (2025) Vård av missbrukare, LVM.
https://www.domstol.se/amnen/tvangsvard/vard-av-missbrukare/vard-av-missbrukare-lvm/
Senast uppdaterad 2025-11-05

Sveriges riksdag (2026) Betänkande 2025/26: JuU48 – Ett nytt straffrättsligt påföljdssystem.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/ett-nytt-straffrattsligt-pafoljdssystem_hd01juu48/