

# Förstudie samsjuklighetsutredningen

Fastställd av Beställare  
Framtagen av Uppdragsledare  
Datum 2024-03-20  
Ärendenr SON 2023/528  
HSN 2023/998

Version [1.0]

## Förstudie samsjuklighetsutredningen

### Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Bakgrund</b> .....	<b>3</b>
2.1 Syfte.....	3
2.2 Mål.....	3
2.3 Metod.....	4
<b>3. Resultat</b> .....	<b>5</b>
3.1 All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård. ....	5
3.2 Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd. ....	9
3.3 Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet. ....	10
3.4 Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten. ....	11
3.5 Regioners hälso- och sjukvårdsansvar ska gälla för alla som är placerade utanför egna hemmet...15	15
3.6 En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst. ....	16
3.7 Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet .....17	17
3.8 Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivs tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.....17	17
3.9 Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga. ....	18
3.10 En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. ....	19
3.11 Styrning och ledning.....	20
3.12 Ekonomi.....	22
3.13 Lokaler.....	23

3.14 Personal .....	24
<b>4. Bedömning .....</b>	<b>25</b>
<b>5. Överlämning .....</b>	<b>26</b>
<b>6. Bilaga .....</b>	<b>26</b>
<b>7. Underskrift .....</b>	<b>26</b>

## Sammanfattning

Denna förstudie avser den nationella utredningen *Från delar till helhet*, även kallad samsjuklighetsutredningen. Samsjuklighetsutredningen är en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Utredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, även för individer utan samsjuklighet och i alla åldrar. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende.

Det förändrade huvudmannskapet innebär att socialtjänstens uppdrag renodlas och får ett tydligare fokus på förebyggande insatser och socialt stöd gällande boende, sysselsättning, försörjning och socialt nätverk. Socialtjänsten har också kvar det yttersta ansvaret för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden. Samsjuklighetsutredningen beskriver en omfattande reform bestående av tio bärande delar. Resultatet i denna förstudie presenteras utifrån dessa tio delar.

Samsjuklighetsutredningen har lämnat sitt slutbetänkande. Utredningen föreslår att reformen ska genomföras stegvis under en femårsperiod. Det finns ännu inte något tydligt tidsperspektiv för processen, men SKR rekommenderar att kommuner och regioner påbörjar arbetet omgående.

Denna förstudie syftade till att göra en analys av hur nuläget i Region Gotland förhåller sig till förslagen i utredningen. Ett mål i denna förstudie var att lämna ett förslag på ledningsstruktur och organisation för den omställningsprocess som förväntas pågå under fem år från beslut. Ledning och styrning kommer att utgå från den befintliga samverkansstrukturen samt en förstärkning av den sk SLIT-gruppen (samordnad ledning integrerade team). På den politiska nivån finns redan idag ett samarbete mellan de två berörda nämnderna i form av gemensamma arbetsutskott.

Ett annat mål med denna förstudie var att ta fram en övergripande plan för genomförandet med fokus på prioriteringar i ett inledande skede.

Förstudien inleddes med en workshop bestående av chefer för berörda verksamheter, förtroendevalda samt representanter från en brukarorganisation. Sedan hölls ytterligare workshops utifrån olika teman där chefer och medarbetare från berörda verksamheter fick möjlighet att mötas över förvaltningsgränserna och formulera viktiga utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med redan idag. Dessa utvecklingsområden presenteras under respektive del.

Vi har redan idag mycket insatser att erbjuda målgruppen. Det är dock fragmentiserat, vilket ställer höga krav på att vi även innan beslut fattas i samsjuklighetsutredningen kan öka samverkan och jobba mer personcentrerat. Idag är det svårt för individen att veta vilka verksamheter som erbjuder vad. Den största utmaningen för Region Gotland som identifierats i denna förstudie är lokalfrågan. Det handlar för socialförvaltningen främst om utveckling av nya boendeformer och för hälso- och sjukvårdsförvaltningen behov av ökat antal slutenvårdsplatser. Därför föreslås att en särskild förstudie görs gällande lokalfrågan.

## 2. Bakgrund

Regeringen beslutade den 17 juni 2020 att uppdra åt den särskilde utredaren Anders Printz att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

Uppdraget delredovisades den 30 november 2021 i delbetänkandet *Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93)* Ett slutbetänkande lämnades den 31 januari 2023 i form av den nationella utredningen *Från delar till helhet - Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)*

Från början föreslogs förslagen träda ikraft i januari 2026 förutsatt att erforderliga beslut fattas under 2024. Denna tidsplan ser inte ut att hålla. Utredningen föreslår att reformen ska genomföras stegvis under en femårsperiod och SKR rekommenderar att kommuner och regioner påbörjar arbetet omgående. Utredningen föreslår att region och kommuner ska tillsätta en gemensam ledningsstruktur för genomförandet.

Utredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende.

Det förändrade huvudmannaskapet innebär att socialtjänstens uppdrag renodlas och får ett tydligare fokus på förebyggande insatser och socialt stöd gällande boende, sysselsättning, försörjning och socialt nätverk. Socialtjänsten har fortsatt det yttersta ansvaret för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Reformen består av tio bärande delar. I denna slutrapport redovisas respektive del under rubriken resultat tillsammans med en nulägesbild och förslag på utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med oberoende när det blir beslut i samsjuklighetsutredningen.

### 2.1 Syfte

Syftet med uppdraget var att göra en analys av hur nuläget förhåller sig till förslagen i samsjuklighetsutredningen när det gäller ekonomiska resurser, lokaler, personal, kompetens m m samt lämna förslag på hur Region Gotland behöver förbereda sig och skapa förutsättningar inför eventuellt beslut.

### 2.2 Mål

- Mål för uppdraget var inventering, kartläggning och analys av Region Gotlands nuvarande insatser i förhållande till utredningens tio förslag och intention.
- Målet för uppdraget var också att lämna ett förslag på ledningsstruktur och organisation för den omställningsprocess som förväntas pågå under fem år

- Mål för uppdraget var också att ta fram en övergripande plan för hur genomförandet ska gå till med fokus på prioriteringar i ett inledande skede.
- Målet med uppdraget var att analysen ska kunna fungera som underlag till kommande budgetberedningar med fokus på ekonomiska resurser, lokaler, personal och kompetens.

### 2.3 Metod

Då utredningen är mycket omfattande och det är så oklart när beslut om reformen kommer att fattas, har inte alla delar behandlats lika ingående. Denna förstudie har främst fokuserat på de delar där det är möjligt att påbörja ett utvecklingsarbete och där vi inte är beroende av t ex föreslagna lagändringar.

Med detta som utgångspunkt har ett antal workshops genomförts. Deltagarna i dessa workshops har hjälpt till att beskriva nuläget samt prioritera de viktigaste utvecklingsområdena. Dessa workshops har haft olika teman och till stor del olika deltagare. De olika temana har varit t ex lokaler, samverkan mellan psykiatri och socialtjänst, barn och unga, socialtjänstens uppdrag samt vård och stödverksamhet. Förutom dessa workshops har möten hållits gällande styrning och ledning, ekonomi, primärvård samt sprututbytesverksamheten

Ett brukarråd för beroendefrågor startade 7 februari 2024. Det andra mötet hålls 6 mars. Då brukarrådet är så nytt har de inte kunnat komma med inspel under förstudien. De har börjat få information om vad samsjuklighetsutredningen innehåller. Tanken är sedan att brukarrådet ska finnas med i utvecklingsarbetet och omställningen på olika sätt.

Styrgrupp för förstudien har bestått av primärvårdschef, chef individ- och familjeomsorgen och verksamhetsområdeschef psykiatri

### 2.4 Principer för uppdraget

Samsjuklighetsutredningen har konkretiserat de målbilder som är viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. Dessa målbilder bör vara vägledande i detta uppdrag och i kommande beslut på området.

Tidig hjälp för psykisk ohälsa och skadligt bruk.	Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.
Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.	Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.
Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.	En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.
Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.	En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.
Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.	Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.

### 3. Resultat

#### 3.1 All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.

##### Utredningens förslag

Utredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ensamt får ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende och att det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen. Förslaget är inte avgränsat till personer med samsjuklighet, utan omfattar alla med skadligt bruk eller beroende, i alla åldersgrupper.

Med behandling avses åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Exempel på behandling är läkemedelsbehandling, medicinteknisk behandling, funktions- och aktivitetsträning, manuell behandling, psykologisk och psykosocial behandling och förebyggande behandling.

Regionerna har redan i dag ett ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende, men utredningen föreslår att detta ansvar förtydligas. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende, oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder. Skadligt bruk och beroende är tillstånd som kan diagnosticeras enligt vedertagna medicinska diagnossystem och som kan behandlas med metoder som utvecklats och utvärderats utifrån dessa diagnostiska kriterier. Liksom flera andra sådana tillstånd kan de i många fall behandlas med såväl läkemedel som psykologiska och psykosociala behandlingsmetoder.

*Stegvis vård* handlar om att anpassa behandlingens intensitet efter patientens behov av vård. Stegvis vård innefattar alla nivåer: förebyggande och främjande, egenvård, råd, stöd och behandling. Samsjuklighetsutredningen gör bedömningen att en sådan struktur för stegvis vård särskilt behöver beskriva omhändertagandet vid skadligt bruk och beroende, och att både primärvården och den specialiserade psykiatriska vården i större utsträckning behöver uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk och beroende hos de patienter de möter. Det är viktigt att betona samarbete och kontinuitet i vården vid organiseringen av stegvis vård. Genom att säkerställa att olika vårdnivåer samarbetar och kommunicerar effektivt kan en person med skadligt bruk och beroende få en sömlös och samordnad vårdupplevelse.

##### Primärvård

Primärvården ska svara för behovet av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvården ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Primärvården är en viktig del av vården utifrån sitt helhetsperspektiv och möjligheten till en kontinuitet i kontakten. Primärvården kan spela en viktig roll vid skadligt bruk och

beroende genom att möta en stor del av befolkningen samt finnas tillgänglig nära geografiskt. Primärvården kan upplevas som en mindre stigmatiserande ingång och en fast vårdkontakt som man har förtroende för kan göra det lättare att våga ta upp svåra frågor

Socialstyrelsens utvärderingar visar att mindre än en procent av primärvårdens patienter har uppmärksammats som riskkonsumenter, och att mindre än en halv procent har fått en åtgärd för att minska sin alkoholkonsumtion. Detta trots att 16 procent av den vuxna befolkningen uppger sig ha ett riskbruk av alkohol i den nationella enkätundersökningen *Hälsa på lika villkor*.

### **Nulägesbild Region Gotland**

Idag ligger det mesta av de psykosociala behandlingsinsatserna inom socialtjänsten. Det finns samverkan mellan vårdcentralerna och Alkohol- och drogrådgivningen redan idag, främst på individnivå. Det finns anledning att titta på hur samverkan redan nu kan intensifieras och verksamheterna närma sig varandra på ett mer systematiskt sätt.

Samsjuklighetsutredningens förslag innebär inte direkt nya åtaganden för primärvården, utan mer ett förtydligande av uppdraget. Intentionerna i samsjuklighetsutredningen går väl i linje med den fokusförflyttning som pågår i arbetet med god och nära vård. Förslagen är också väl synkade med det vård och insatsprogram som finns för missbruk och beroende inom regionernas kunskapsstyrning. Inom primärvården på Gotland pågår ett arbete med att implementera utbildningspaketet STEP-UP, där alkohol har en särskild modul.

#### **Utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med i primärvården redan idag:**

- Strukturerad samverkan ADR-Primärvården
- Ökad screening i primärvården
- Mer aktivt stödja med läkemedel vid alkoholberoende
- Stegvis vård – Vad är primärvårdsnivå?
- Arbete med fast vårdkontakt
- Utbildning i beroende. Behövs mer än Step-up?
- Arbeta för sömlösa övergångar

### **Specialiserad beroendevård**

En viktig del av den stegvisa vården är specialiserad beroendevård, som kan vara en del av den psykiatriska vården eller en egen organisation. Inom ramen för den specialiserade beroendevården erbjuds utredningar samt farmakologiska, psykologiska och psykosociala behandlingar som kräver specialistkunskap. Idag finns kunskapen om psykosocial behandling främst inom socialtjänsten och att det kommer att behövas en överföring av kompetens till hälso- och sjukvården. Den specialiserade beroendevården måste också kunna bedriva LARO-behandling (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende)

Utöver att stå för den specialiserade vården vid skadligt bruk och beroende så behöver också de delar av den psykiatriska vården som inte i första hand arbetar med detta bli bättre på att uppmärksamma skadligt bruk och beroende hos sina patienter. Studier har visat att

omkring 20–30 procent av patienterna inom psykiatrins öppenvård har ett riskbruk av alkohol. Att detta inte uppmärksammas tillräckligt bekräftas av en studie som visar att många psykiatriska kliniker inte regelmässigt genomför screening eller följer upp alkoholvanor.

I det ansvar vi föreslår att regionerna ska få ingår vård på alla nivåer. Det innebär att det behöver finnas heldygnsvård som har möjlighet att ta emot personer med skadligt bruk och beroende. Det kan vara inom ramen för den specialiserade beroendevården eller i den psykiatriska heldygnsvården. Uppdragen när det gäller abstinensbehandling och annan behandling behöver vara tydligt beskrivna. Beroende av uppdragets utformning kan regionen behöva se över vilka resurser som avsätts till heldygnsinsatser. Det är också nödvändigt med rutiner som beskriver övergången mellan heldygnsvård och öppenvård.

### **Nulägesbild Region Gotland**

Som beskrevs tidigare finns idag majoriteten av de psykosociala behandlingsinsatserna inom socialtjänsten.

Under flera år har det funnits ett nära samarbete mellan vuxenpsykiatri och beroendeenhetens vuxengrupp. Det har varit socialsekreterare fysiskt på plats flera dagar i veckan. Förra året inleddes ett nytt samarbete mellan beroendeenhetens vuxengrupp (BVG) och beroendemottagningen. En behandlare från socialtjänsten erbjuder på plats på beroendemottagningen psykosociala stödinsatser till dem som är inskrivna i LARO och inte har andra insatser genom IFO. Det är en öppen insats som omfattar planeringsstöd, motiverande samtal samt hjälp att lotsa till andra insatser och instanser.

Vi har idag inom vuxenpsykiatri en beroendemottagning som främst hanterar den behandling som finns runt LARO. Vi behöver på sikt utveckla och bredda den specialiserade beroendevården. En målgrupp som ofta kan behöva specialiserad beroendevård är t ex personer med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och samtidigt beroende av alkohol och/eller narkotika.

Arbete pågår för att hitta nya konstruktiva samverkansformer mellan primärvård och psykiatri. Fokus i den dialogen har främst varit andra patientgrupper. Viktigt att även ha fokus på denna patientgrupp för att hitta samverkan mellan de olika vårdnivåerna samt hitta en struktur för den stegvisa vården för denna målgrupp.

### **Utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med inom vuxenpsykiatri redan idag**

- Rutiner/systematik med screening för upptäckt av skadligt bruk och beroende samt tydliga processer vad som blir nästa steg vid upptäckt.
- Utveckla/utöka beroendemottagningens uppdrag till att ta emot andra beroendepatienter, utöver LARO.
- Arbete med interna processer gällande behandling på rätt mottagning. På gång med arbetsgrupp mellan öppenvården och beroendemottagningen.
- Utveckla arbetet med SIP
- Skapa rutiner för stärkt stöd vid nedtrappning av bensodiazepiner. Kombinera läkemedelsbehandling med psykologisk/psykosocial behandling

- Utveckla nya samverkansformer mellan MiniMaria och vuxenpsykiatrin. Arbeta gemensamt och personcentrerat i patientärenden. T ex använda samma läkare, psykolog m m.

## Barn och unga

En stor del av insatserna vid alkohol- och narkotikaproblem hos barn och unga sker i dag inom socialtjänsten. Utredningen gör bedömningen att tillgången till rekommenderade evidensbaserade behandlingsinsatser inom socialtjänsten är begränsad.

I dagsläget erbjuder inte heller regionerna de rekommenderade behandlingsmetoderna i någon större utsträckning. Det finns också uppgifter som tyder på att ungas problem med alkohol och narkotika inte i tillräcklig utsträckning uppmärksammas inom den psykiatriska vården. Utredningen gör ändå bedömningen att regionernas hälso- och sjukvård har bättre förutsättningar att kunna erbjuda evidensbaserad behandling även för barn och unga.

Utredningen beskriver att regionerna behöver besluta om gemensamma strukturer för omhändertagande av skadligt bruk och beroende tillsammans med kommunerna, utifrån socialtjänstens övergripande ansvar för trygga och goda uppväxtförhållanden och sambandet mellan ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning och sociala problem. Socialtjänsten kommer även fortsättningsvis vara den huvudsakliga aktören för ungdomar med svåra familjeproblem, problematisk skolgång och kriminalitet, och ha ett fortsatt ansvar för att placera barn och unga utanför det egna hemmet enligt såväl socialtjänstlagen (SoL) som Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Det är viktigt att tydliggöra hur hälso- och sjukvården ska stödja socialtjänsten, exempelvis genom utredningar, diagnostik och adekvat medicinsk behandling. I dag upplever socialtjänsten ofta att man inte får det stöd som behövs i sådana situationer.

Andelen unga med samsjuklighet är stor. Ett sätt att möta barn och ungas behov av tidiga tvärprofessionella insatser vid skadligt bruk eller beroende, och att uppmärksamma, utreda och åtgärda både medicinska och sociala problem, är integrerade verksamheter där personal från hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar tillsammans, som t ex MiniMaria-mottagningar.

För barn och unga är skola, elevhälsa, ungdomsmottagningar, annan primärvård och socialtjänst viktiga aktörer i det förebyggande arbetet och arbetet med tidiga insatser. I vissa fall krävs också samarbete med polis och andra rättsvårdande myndigheter.

## Nulägesbild Region Gotland

Det finns en lång och framgångsrik tradition inom Region Gotland av att samverka över förvaltningsgränserna när det gäller barn och unga. Ett resultat av detta är t ex att Region Gotland har en väletablerad MiniMaria-mottagning sedan 2014. Det kommer att underlätta för Region Gotland i arbetet med barn och unga med skadligt bruk eller beroende.

MiniMaria blir det naturliga navet i den struktur som utredningen föreslår ska byggas upp mellan hälso- och sjukvården och socialtjänst.

När det gäller barn och unga är det främjande och förebyggande arbetet kanske särskilt viktigt. Det hänger mycket ihop med det främjande och förebyggande ANDTS-arbetet där även skolan är en mycket viktig aktör. I början av mars avslutas en utredning gällande



ANDTS-områdets ledning och styrning inom Region Gotland. En tydligare styrning och ledning är en förutsättning för att kunna mobilisera ANDTS-arbetet och få kraft i genomförandet på området.

Vid den workshop som genomfördes gällande barn och unga, framfördes uppfattning att vi idag inte är tillräckligt bra på att upptäcka dessa ungdomar i tid.

#### **Utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med redan idag**

- Gemensam strategi och samverkan i det förebyggande arbetet
- Ökad kunskap och kompetens om ANDTS hos medarbetare och föräldrar
- Behov av en röd tråd i ANDTS-arbetet i Region Gotland
- Fler verksamheter som träffar barn och unga som har systematisk screening eller andra system för tidig upptäckt
- Utveckla mer personcentrerade arbetssätt. Tänka person istället för verksamhet
- Arbeta med gemensamma processer och strukturerad samverkan i komplexa ärenden

### **3.2 Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.**

#### **Utredningens förslag**

Utredningen föreslår att det tydliggörs att vården vid skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård. Med samordning menas koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet. För personer med samsjuklighet är det viktigt med samordnad utredning och behandling, och resurser och insatser för att utreda och behandla skadligt bruk eller beroende behöver koordineras med resurser och insatser för att utreda och behandla andra psykiatriska tillstånd. Det kan till exempel ske genom samordning mellan olika verksamheter, eller genom samordnade team inom en verksamhet.

Utredningens förslag att samla allt ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende hos regionernas hälso- och sjukvård förbättrar sannolikt förutsättningarna för en samordning av behandlingen av skadligt bruk och beroende med behandlingen av andra psykiatriska tillstånd. Det delade ansvaret för behandling av skadligt bruk och beroende kan i dag ofta leda till att personer med samsjuklighet inte får insatser för de olika tillstånden parallellt.

Ett verktyg som lämpar sig väl när det gäller att samordna insatser som en individ har behov av är SIP, samordnad individuell plan. När det gäller personer med en psykisk sjukdom med samtidigt beroende bör man som huvudregel utgå ifrån att en plan behövs för att deras behov ska tillgodoses. Det finns vetenskapligt stöd för att behandling för beroende och annan psykiatrisk diagnos bör ges samtidigt. Resultatet har visat sig bli bättre om alla livsområden blir föremål för vård, stöd och behandling samtidigt jämfört med att hälso och sjukvård ges i väntan på socialtjänstinsatser eller vice versa.

#### **Nulägesbild Region Gotland**

Innan denna reform är fullt genomförd och vi har kvar behandlingsinsatserna i olika organisationer ställer det höga krav på samverkan, att vi arbetar mer personcentrerat och att verksamheterna tillsammans möter individernas behov.

En fast kontakt inom vård och omsorg ska bidra till god samordning. Det centrala är att stödja patienten, se till att planering och överenskommelser mellan patienten och vården är tydlig och att patienten är införstådd med vad detta innebär. De fasta kontakterna inom vård och omsorg är fast läkarkontakt, fast vårdkontakt och fast omsorgskontakt. Tillsammans utgör de infrastrukturen för personcentrerat arbete. En ny riktlinje har tagits fram och fastslagits i hälso- och sjukvårdsförvaltningen och socialförvaltningen. Viktigt för denna målgrupp att denna riktlinje implementeras gällande alla vårdnivåer och alla åldrar

När det gäller användandet av SIP har det framkommit på flera workshops att medarbetarna känner sig osäkra i SIP-processen. Det var länge sedan Region Gotland genomförde utbildningsinsatser gällande SIP. Det har i närtid varit en SIP-utbildning främst för de som möter äldre. Det planeras också för utbildning och omtag när det gäller SIP för barn och unga. Individer med samsjuklighet har stort behov av den samordning som SIP kan innebära och där vi har mycket stor potential att utveckla det arbetet.

På vuxenpsykiatri har man anställt en legitimerad psykolog med erfarenhet av arbete med beroendepatienter. Psykologen har haft i uppdrag att inventera, utveckla och pröva psykologiska behandlingsinsatser för patienter med substitutionsbehandling och psykiatrisk samsjuklighet. Detta har lett till ökad grad av tvärprofessionellt samarbete för patienter med beroendetillstånd och psykiatrisk samsjuklighet, t ex gemensamma konferenser och konkret samarbete kring patienter.

Idag bedrivs abstinensvården i samarbete mellan socialtjänsten och psykiatri. Det finns tre abstinensvårdsplatser som ligger i direkt anslutning till socialförvaltningens korttidsboende. Abstinensvården inleds alltid på psykiatriska kliniken. En abstinensvårdsplats föregås av en planering och ett samarbete mellan handläggare inom beroendeenheten (BVG), psykiatriska kliniken och samordnare för beroendeenhetens boende.

#### **Utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med redan idag**

- Implementera ny riktlinje för fasta vård- och omsorgskontakter
- Gemensam utbildningsinsats SIP för målgruppen

### **3.3 Sprututbyte ska utvecklas till lågröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.**

#### **Utredningens förslag**

Utredaren gör bedömningen att sprututbytesverksamheterna når personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika bättre än övrig hälso- och sjukvård. Detta är av stor vikt eftersom målgruppen har väsentligt sämre hälsa än befolkningen i övrigt och en hög överdödlighet. Utredningen föreslår därför att sprututbytesverksamheter måste erbjudas av alla regioner och att de utvecklas till lågröskelverksamheter som främjar psykisk och fysisk hälsa.

Utvecklingen till lågtröskelverksamheter är något som verksamheterna själva i hög grad redan påbörjat och därför är förutsättningarna goda att det ska kunna utvecklas ytterligare. Med lågtröskelverksamheter avser utredningen i det här sammanhanget en verksamhet som erbjuder viss somatisk vård och behandling samt hälsofrämjande rådgivning.

### **Nuläge Region Gotland**

Vi har en sprututbytesverksamhet på Gotland sedan 2018. Verksamheten är placerad på psykiatrin. Majoriteten av patienterna på sprututbytet har amfetamin som huvuddrog. Sprututbytet har öppet fem timmar i veckan, två eftermiddagar i veckan. På sprututbytet arbetar 20 % sjuksköterska och 20 % undersköterska. Ansvarig läkare finns på infektionsmottagningen.

Vintern 2022/2023 genomförde Brukarkraft en s k brukarrevision på sprututbytesmottagningen. Utvecklingsområden som identifierades och är relevanta i denna förstudie:

*Tillgänglighet* - Patienterna har önskemål om utökade öppettider, möjlighet att nå sprututbytet via telefon, på dagtid utanför öppettiderna samt önskemål om utökad tillgänglighet på landsbygden alternativt möjlighet till sprututbyte t ex via posten.

*Mottagningens placering* - En stor del av patienterna önskar att bytet skulle flytta så att LARO och Psykiatrin inte ligger i samma byggnad. Någon uttrycker att man känner en skam och är rädd att bli sedd när man besöker mottagningen. Att det ibland har varit samma personal skapar otrygghet när det gäller sekretessen.

Lokalisering av sprututbytet är en prioriterad fråga. När man tittar på lokalisering kan det även vara intressant att titta på var sprututbytet organisatoriskt ska ligga. När verksamheten ska utvecklas till en lågtröskelverksamhet och erbjuda viss vård, kan t ex primärvården vara ett intressant alternativ. Distriktsläkare och annan personal i primärvården skulle ha mycket att erbjuda denna målgrupp och kunna verka förebyggande för målgruppens hälsa.

#### **Utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med redan idag:**

- Titta på alternativa lösningar för sprututbytets placering
- Utforska mer flexibla lösningar för sprututbyte
- Utökad samverkan mellan sprututbyte och socialtjänst
- Utökad samverkan mellan sprututbyte primärvård
- Erbjudna kuratorsstöd för målgruppen

**3.4 Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten.**

#### **Utredningens förslag**

### **Socialtjänstens uppdrag inriktas på fyra områden**

Socialtjänstens uppdrag när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende ska enligt utredningens förslag kvarstå och förtydligas på fyra huvudsakliga områden.

När det gäller det första och sista ansvarsområdet föreslår utredningen inga ändringar i lagstiftningen, men för område 2 och 3 föreslår utredningen att socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende förtydligas

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

Fokus för socialtjänstens insatser ska vara på att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet, samt att frigöra och utveckla resurser. Det innebär en perspektivförskjutning, där socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende inriktas på det vi menar är socialtjänstens kärnuppdrag och särskilda kompetens. Även om långt ifrån alla med skadligt bruk eller beroende har sociala problem så finns det en förhållandevis stor grupp där socialtjänstens stöd och hjälp kan vara helt avgörande.

### **Nulägesbild Region Gotland**

Vid den workshop som hade fokus på socialtjänstens uppdrag arbetade vi utifrån fyra områden: förebyggande arbete, boende, sysselsättning och anhöriga.

#### *Förebyggande arbete*

Socialtjänstlagen har specifika bestämmelser om att förebygga och motverka missbruk. Detta bland annat genom att sprida kunskap om skadeverkningar av missbruk och om de hjälpmöjligheter som finns, genom information och uppsökande verksamhet. Information om socialtjänsten och olika insatser samt sprida kunskap om skadligt bruk och beroende görs idag av t ex MiniMaria och barn och familj. Inte lika vanligt förekommande på vuxensidan. På denna workshop identifieras bl a behovet av ett sammanhållet förebyggande ANDTS- arbete och mer uppsökande insatser, även när det gäller vuxna. Enligt utredningen *Framtidens socialtjänst* indikerar tillgängliga uppgifter att förebyggande arbete generellt utgör en liten del av socialtjänstens verksamhet. Socialtjänsten är framför allt organiserad för att handlägga ärenden när problem redan uppstått. Det saknas samlade uppgifter som belyser socialtjänstens förebyggande arbete. I nya socialtjänstlagen anges att socialtjänsten ska ha ett tydligare förebyggande perspektiv. Ännu oklart vad det innebär. Socialförvaltningen följer detta. Man har från regeringskansliet kommunicerat att nya socialtjänstlagen kommer att hanteras före samsjuklighetsutredningen

#### *Boende*

När det gäller boende så rekommenderas de två modellerna *bostad först* och *vårdkedja för boende*. Individ och familjeomsorgen( IFO) inom socialförvaltningen har i många år arbetat med att få till en fungerande boendekedja. Målgruppen för beroendeenhetens boendeformer är personer från 18 år som har ett alkohol- och/eller drogberoende ibland i

kombination med spel om pengar. Beroendeenheten erbjuder korttidsboenden, träningslägenheter och lägenheter med andrahandskontrakt. Samtliga boendeformer beviljas som bistånd och är förenade med särskilda villkor och regler som att samtliga boendeformer ska vara alkohol- och drogfria.

Socialförvaltningen har i utredning (SON 2022/125) visat på att det finns behov av att inrätta ett lågtröskelboende i form av stödboende. Socialnämnden fattade 2022-12-08 beslut om äskande till budgetberedningen. Medel för inrättande av stödboende har inte prioriterats. Bristen på lägenheter gör också att boendekedjan inte fungerar och brukare blir kvar längre tid än vad som kan avses med ett korttidsboende.

I Regeringens strategi för att motverka hemlöshet framgår att metoden bostad först bör införas nationellt. Socialstyrelsen stödjer kommunerna i arbetet med modellen bostad först. För att fler kommuner ska kunna implementera och använda modellen har socialstyrelsen tagit fram kunskapsstödande material samt stöttar ekonomiskt med statsbidrag till kommuner som vill stärka sitt arbete med bostad först.

Socialförvaltningen har via en motion utrett förutsättningarna för att införa modellen bostad först i arbetet mot hemlöshet inom Region Gotland. Införande av Bostad först kräver ett omfattande förarbete och att många parter är involverade. Införande av modellen Bostad först inom Region Gotland kräver en regionövergripande utredning och dialog kring tillgång till bostäder på Gotland, samverkan med fastighetsägare och andra aktörer såsom t ex arbetsmarknad och hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har utifrån forskning, rapporter och intervjuer av kommuner med erfarenhet av att arbeta utifrån metoden bostad först identifierat ett antal framgångsfaktorer. De lyfter t ex tillgång till lägenheter och långsiktigt stöd från beslutsfattare och regionledning som viktiga förutsättningar.

### *Sysselsättning*

När det gäller arbete och sysselsättning har vi inom Region Gotland en särskild avdelning inom UAF, arbetsliv och etablering. Avdelningen har under flera år arbetat upp en värdefull kompetens på området samt relevanta samverkansytor med t ex Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Region Gotland som öns största arbetsgivare och inte minst näringslivet på Gotland. Det finns redan idag samverkan mellan olika enheter inom IFO och avdelningen arbetsliv och etablering, där man t ex identifierat individer med skadligt bruk och beroende som en prioriterad målgrupp att samverka kring. Socialtjänstens förtydligade uppdrag när det gäller arbete och sysselsättning kommer innebära behov av att hitta nya former för samverkan runt denna målgrupp. Socialtjänsten kommer på detta område få en tydlig beställarroll och avdelningen arbetsliv och etablering kommer att stå för utförandet

När det gäller sysselsättning rekommenderas i nationella riktlinjer *arbetsförberedande träningsmodeller* och arbetslivsinriktad rehabilitering i form av *IPS-modellen*.

Arbetsförberedande träningsmodeller arbetar man med redan idag inom avdelningen arbetsliv och etablering. När det gäller IPS-modellen har det under en längre tid pågått en dialog mellan berörda förvaltningar om att prova metod och samverkansmodell i en pilot. Under 2024 har det beslutats att genomföra en pilot med IPS för denna målgrupp i samverkan mellan IFO, psykiatri samt arbetsliv och etablering.

I mars 2024 anordnade Finsam en BIP - workshop för alla Finsams parter. BIP- projektet (Beskæftigelses Indikator Projektet) i Danmark är internationellt sett den största studien som har tittat på vilka faktorer som stöttar individer till arbete. Den gemensamma nämnaren för indikatorerna är att de går att påverka med olika insatser. En insats kan bidra till att individen förbättrar sig på en eller fler av indikatorerna och alltså har större möjlighet att närma sig arbete. BIP-studien visar att handläggarna är centrala och direkt kan påverka individens chans att få ett arbete.

### *Anhöriga*

Lagstiftningen ser idag olika ut för hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten när det gäller ansvar för stöd till anhöriga. Socialtjänsten har enligt lagstiftningen ett tydligare ansvar att ge anhörigstöd än vad hälso-och sjukvården har.

Region Gotland har ett utvecklat anhörigstöd för målgruppen. För just anhöriga till denna målgrupp är det familjestödsenheten, MiniMaria och Alkohol- och drogrådgivningen som erbjuder insatser. Utifrån handlingsplan psykisk hälsa har under 2023 pågått ett arbete med att samordna insatser för anhöriga inom socialförvaltningen, bl a har man samordnat information på 1177 och gotland.se. I år arbetar de vidare med att ta fram digitalt informationsmaterial om sina verksamheter samt information till vårdgrannar om hur det är att vara anhöriga och hur det påverkar hälsan. Det är viktigt att t ex hälso- och sjukvården identifierar anhöriga så att de kan erbjudas rätt stöd.

### **Utvecklingsområden utifrån socialtjänstens uppdrag som vi kan börja arbeta redan idag:**

#### **Förebyggande arbete:**

- Utbildning om risk och skyddsfaktorer
- Utbildning om riskbruk/skadligt bruk/beroende för Regionen Gotlands medarbetare och chefer
- Samordnat uppdrag med ett övergripande ansvar för de förebyggande insatserna för att få till en röd tråd.

#### **Sysselsättning:**

- Arbetsgivarperspektivet – Skapa fler arbetsmöjligheter i Region Gotland
- Öka kunskap om BIP- Krav och förutsättningar/samsyn/parallella insatser
- Implementera IPS-metoden för denna målgrupp

#### **Boende:**

- Utveckla formerna för ett sammanhållet boendestöd i nära samverkan
- En boendeform där personer får vara med pågående skadligt bruk/beroende
- Utveckla familjehemsinsatser för målgruppen.

#### **Anhöriga:**

- Fler verksamheter som kan identifiera anhöriga till personer med skadligt bruk/beroende
- Utbildning om anhöriga och deras situation och behov. Sambandet med ohälsa .
- Utbilda yrkesverksamma som möter barn om hur de är att vara barn i en familj där någon vuxen har ett beroende.
- Lättillgänglig digital information, kunskap och egenvårdsråd om och till anhöriga

- Barn som anhöriga – fråga, informera om beroende och ge barnet stöd

### 3.5 Regioners hälso- och sjukvårdsansvar ska gälla för alla som är placerade utanför egna hemmet

#### Utredningens förslag

Socialtjänsten ska fortsatt ha ansvar för placering på hem för vård eller boende (HVB) och familjehem både för barn och för vuxna. Regionen ska dock ansvara för hälso- och sjukvårdsinsatserna även vid placering utanför hemmet. Detta för att få till en sammanhållen vårdkedja. En reglering av ansvaret för hälso- och sjukvårdsinsatser vid placering utanför hemmet är viktig för att säkerställa att barn och vuxna som är placerade får tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver under placeringen, och för att planering, genomförande och uppföljning av den vård de får ska vara av god kvalitet. Ansvaret kan innebära att regionen själv erbjuder insatserna. Om placeringen är i en annan region kan insatserna i stället erbjudas av denna region, mot ersättning från hemmaregionen inom ramen för riksavtalet för utomlänsvård. Regionen kan även ersätta kommunen för kostnaden för hälso- och sjukvårdsinsatser som genomförs av HVB-hemmet, alternativt själv upprätta avtal om hälso- och sjukvårdsinsatser med HVB-hemmet, givet att det är anmält som vårdgivare till IVO.

Vårt förslag att regionernas hälso- och sjukvård får ansvar för all behandling av skadligt bruk och beroende kommer att innebära att heldygnsbehandling för sådana tillstånd kommer att ske inom psykiatrisk slutenvård oftare än i dag.

#### Nuläge Region Gotland

Detta område har inte behandlats specifikt i denna förstudie

I yttrande i samband med delbetänkandet framförde Region Gotland följande

*I de flesta fall finns inte någon erfarenhet hos kommunerna och regionerna av att samarbeta kring placeringar på HVB. Regionerna har liten erfarenhet av att upphandla HVB och det finns även frågetecken kring vilken kvalitet hälso- och sjukvårdsinsatserna håller på HVB. Det är två olika synsätt som ska mötas. Det finns stora risker för att konflikter kan uppstå, åtminstone inledningsvis, vilket kan drabba individen. Vem har tolkningsföreträde om man har olika uppfattningar kring individens behov? Då Gotland är en liten region kommer möjligheterna att driva HVB i egen regi vara små. Placeringar på HVB kommer även fortsättningsvis i huvudsak behöva ske utanför regionen, vilket kommer att innebära att Region Gotland i mindre utsträckning än andra regioner kommer att kunna använda hälso- och sjukvårdslösningar i den egna regionen.*

Socialförvaltningen, Region Gotland gör inga egna ramavtalsupphandlingar. SKR erbjuder genom dotterbolaget Adda (f. d. SKL Kommentus) både nationella ramavtal för HVB-hem och stödboende som kommuner kan använda sig av. Det är rimligt att tro att SKR kommer att fortsätta vara ett stöd för både kommuner och regioner när det gäller upphandling utifrån samsjuklighetsutredningens

**Utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med redan idag:**

- Utveckla familjehemsinsatser på Gotland för målgruppen

**3.6 En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.**

**Utredningens förslag**

Utredningen föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Verksamheten ska ha en gemensam ledning och styrning.

Det första kriteriet för att tillhöra målgruppen är behovet av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser. I många fall kommer det vara personer som har eller har haft sådana insatser, men där målen med insatserna inte uppnåtts eller där insatsen har avbrutits. I andra fall är det personer som inte tidigare har haft sådana insatser men har behov av det. Det andra kriteriet anger att verksamheten vänder sig till personer som har en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

Det handlar om individer som inte tar emot insatser i ordinarie strukturer, där ofta många insatser i öppen och slutenvård prövats och där samordningsverktyg som SIP eller fast vårdkontakt inte är tillräckligt. Verksamheten ska regleras i en ny särskild lag.

Summan har beräknats till ett högre belopp än vad som motsvarar storleken på målgruppen för verksamheten så som vi beräknade den i delbetänkandet. Regioner och kommuner kan därför använda medlen för att utöka målgruppen i den samordnade vård- och stödverksamheten eller för andra former av mellan huvudmännen integrerade verksamheter för personer med skadligt bruk eller beroende och annat psykiatriskt tillstånd.

**Nuläge Region Gotland**

Flera års erfarenhet av samverkan och integrerade arbetssätt mellan psykiatri och socialtjänstens beroendeenhet, se tidigare avsnitt

**Utvecklingsområden som vi kan börja jobba med redan nu:**

- Arbeta mer uppsökande
- Utöka beroendemottagningens uppdrag
- Närmare samverkan mellan primärvård och sprututbyte
- Utveckla samverkan mellan boendestöd OOF och psykiatri
- Utveckla arbetet med SIP för målgruppen
- Utveckla samverkan mellan myndighetsavdelningen, BVG och psykiatri.



- Arbeta för tidig gemensam samordning
- Arbeta mer personcentrerat
- Kompetenshöjande insatser gällande målgruppens behov

### 3.7 Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet

#### Utredningens förslag

Personliga ombud inrättades som en del av psykiatrireformen 1995.

Verksamheten med personligt ombud (PO) riktar sig till personer som är 18 år eller äldre, som har psykiska funktionsnedsättningar och betydande och väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på olika livsområden. Verksamheten med personligt ombud syftar till att den enskilde ska:

- ha bättre möjligheter att påverka sin livssituation och vara delaktig i samhället,
- ha möjlighet att leva ett mer självständigt liv och få bättre livssituation och,
- ges möjligt att få tillgång till samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor samt rättshjälp. Rådgivning och annat stöd utifrån sina egna önskemål och behov.

Utredningen tydliggör att personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk eller beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud om övriga förutsättningar är uppfyllda.

År 2022 hade 239 kommuner (83 procent) sådan verksamhet och det fanns totalt 315 ombud, räknat i heltidstjänster. Verksamheterna finansieras delvis med riktade statsbidrag som fördelas av Socialstyrelsen i samverkan med länsstyrelserna, och delvis av kommunerna själva.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag gjort en kartläggning och analys av systemet med personligt ombud. Kartläggningen, som publicerades 2023, visar att de personer som fått stöd från ett personligt ombud haft stor nytta av insatsen, och de har bland annat fått hjälp med att rädda sin ekonomiska situation och avvärja vräkningshot. De har också fått hjälp i kontakter med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, psykiatrin och socialtjänsten. Klienterna har alltså fått hjälp att tillgodogöra sig samhällets stöd. Flera vittnar också om att deras psykiska tillstånd blivit mycket bättre.

#### Nuläge Region Gotland

Region Gotland är en av de kommuner som inte har någon verksamhet för personliga ombud. Region Gotland har tidigare haft det, i socialförvaltningens regi. I januari 2016 fattades beslut om att verksamheten skulle läggas ned, då verksamheten gick med underskott och antalet individer aktuella för personligt ombud var förhållandevis lågt.

Detta område har inte hanterats specifikt i denna förstudie, då vi avvaktar eventuella förändringar i lagstiftningen.

### **3.8 Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.**

#### **Utredningens förslag**

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Delar av uppdraget föreslås genomföras tillsammans med Socialstyrelsen. Programmet ska genomföras i samverkan med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för delaktighet samt i samarbete med berörda patient, brukar- och anhörigorganisationer. Utredningen lämnar ett förslag om ett nationellt program för ökat kollektivt inflytande för och minskad stigmatisering av personer med samsjuklighet.

Kunskapen om metoder och arbetssätt som stärker den enskildes inflytande över vård- och stödinsatser behöver öka samt implementeras i högre utsträckning. Det behövs strukturer för systematiskt brukarinflytande. Verksamheterna behöver pröva olika former av inflytande och utvärdera insatserna tillsammans med de som varit delaktiga. Det behöver vara klart vad inflytandet syftar till, på vilka nivåer det ska ske och hur det ska genomföras.

#### **Nuläge i Region Gotland**

Detta förslag rör främst åtaganden på nationell nivå. Dock pekar utredningen på vikten av att i regioner och kommuner utveckla arbetet med brukarinflytande.

På beroendområdet har vintern 2022/2023 genomförts fyra brukarrevisioner med stöd av organisationen Brukarkraft.

7 februari 2024 startade Region Gotland ett förvaltningsöverskridande brukarråd för beroendefrågor. I rådet ingår både representanter från brukarorganisationer och individer som rekryterats direkt från berörda verksamheter. Syftet med ett brukarråd är att skapa mer inflytande på individ-, verksamhets- och systemnivå inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det ska bidra till ökad kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet utifrån patientens/brukarens perspektiv.

En fråga som är viktig när det gäller brukarmedverkan, främst på verksamhets- och systemnivå är frågan om ekonomisk ersättning. Utredning i frågan genomfördes under 2019-2020. Utredningens slutsatser förankrades i KLG med resultatet att varje nämnd fortsättningsvis får hantera den själv men stöd finns i det material kvalitetsnätverket tog fram. Utmaning i frågan är att det inte finns särskilt avsatta budgetmedel, vare sig på förvaltningarna eller centralt.

#### **Utvecklingsområden som vi kan börja med redan idag:**

- Utveckla arbetet med brukarrådet och använda rådet på verksamhets- och systemnivå
- Fortsätta prova fler metoder för brukarmedverkan på beroendområdet både på individnivå och verksamhetsnivå.
- Hitta en form för ersättning som fungerar och är lika för båda förvaltningarna.

### **3.9 Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.**

#### **Utredningens förslag**

En viktig del av kunskapsstyrning och en evidensbaserad praktik är uppföljning. För enskilda personer med samsjuklighet är det viktigt att vården och omsorgen följer upp att de får de insatser de behöver och vad insatserna får för resultat. Uppföljning på individnivå är också en förutsättning för att kunna sammanställa uppgifter på gruppnivå, som sedan kan användas i verksamhetsuppföljning och i nationell uppföljning. Det behövs en samlad uppföljning på nationell nivå. Dagens uppföljning av vården och omsorgen för personer med samsjuklighet har stora brister och saknar de mest grundläggande uppgifter som behövs för att beskriva vården på nationell nivå. Det går inte att säga hur många personer som får insatser, vilka insatser som erbjuds eller vad insatserna har för resultat. Förutsättningarna skiljer sig delvis åt när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men sammantaget saknas det förutsättningar för att ge en samlad bild av innehållet i och resultatet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för personer med samsjuklighet.

Socialstyrelsens förslag om ett utvidgat nationellt patientregister som inkluderar primärvården, och utredningen Framtidens socialtjänsts förslag om en ny lag om socialtjänstregister bör genomföras, för att förbättra förutsättningarna för uppföljning på nationell nivå.

Uppföljningen behöver inkludera det patienter och brukare tycker är viktigt. Regeringen bör därför ge i uppdrag åt lämplig myndighet att utforma ett system för uppföljning som bygger på de målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet.

### **3.10 En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.**

#### **Utredningens förslag**

Tvångsvården ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja. Vården som ges till personer med skadligt bruk och beroende behöver vara samordnad och ha så få övergångar mellan huvudmän som möjligt. I dag ges tvångsvården på statliga institutioner på uppdrag av socialtjänsten. Utredningen gör bedömningen att eftervården brister och att samarbete med psykiatri oftast saknas helt.

Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska enligt utredningens förslag ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. Det innebär att LVM upphör och att Statens institutionsstyrelse inte längre ska ha uppdraget att bedriva tvångsvård för vuxna personer med skadligt bruk eller beroende.

Flera sammanställningar av forskning visar att tvångsvård i sig är av underordnad betydelse och endast har en kortsiktig och begränsad funktion. Framgångsfaktorer handlar snarare om behandlingsinsatser som matchar individens behov, bemötande, välfungerande behandlingsallianser, interaktion med nätverk, en fungerande eftervård och tillgång till

frivilliga behandlingsinsatser. Tvångsvården bör således vara en så liten del av vårdkedjan som möjligt och insatser innan och efter tvångsvården behöver få ökat fokus. Utredningen lämnar förslag om att socialtjänsten aktivt ska arbeta för att en patient som vårdats enligt LPT och LRV efter vårdtiden får bostad, sysselsättning, arbete, eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Socialnämnden kan i och med detta komma att behöva utveckla nya boendeinsatser och sysselsättningsformer och andra typer av insatser för att fullgöra sitt ansvar

I socialtjänstlagen införs en ny bestämmelse att socialnämnden ska anmäla till regionens hälso- och sjukvård om de får kännedom om en person där det finns skäl原因 anledning att anta att det finns ett behov av sluten psykiatrisk vård och den enskilde motsätter sig att frivilligt söka sådan vård.

I slutbetänkandet föreslås även att regionerna ska ha huvudansvar för tillnyktring Personer som omhändertags med stöd av LOB befinner sig i en mycket utsatt situation och det kan finnas allvarliga hälsofaror med tillståndet. Varje år är det flera personer som dör i arresten. Trots lagstiftarens avsikt tillnyktrar ca 70% i arresten. Det är inte lämpligt att det är polisen som får avgöra när ett tillstånd är så allvarligt att det kräver läkarvård, eftersom myndigheten saknar den medicinska kompetensen för det uppdraget.

### **Nulägesbild Region Gotland**

Detta område har inte hanterats specifikt i denna förstudie förutom lokalfrågan, se avsnitt lokaler.

Under 2022 var det 7 individer som omhändertogs och placerades enligt LVM. Antalet vårddyggn 2022 var 818. Under 2023 var det 9 individer och sammanlagt 1684 vårddyggn. Den stora skillnaden i antalet vårddyggn förklaras bl a av att ett par beslut om LVM fattades sent år 2022, så majoriteten av vårddyggnen hamnade på 2023 års statistik.

När det gäller tillnyktring har vi enligt polisens statistik en bättre situation än nationellt och närmast det omvända förhållandet. På Gotland är det snarare ca 70% som av polisen överlämnas till annan vård, vanligtvis till akutmottagningen på sjukhuset. Utredningen föreslår ett förtydligande av att regionernas hälso- och sjukvård är huvudregel om inte ordning eller säkerhet kräver att polis tar personen i förvar.

### **3.11 Styrning och ledning**

Reformen ställer stora krav på samarbete och gemensamt ansvarstagande mellan regioner och kommuner.

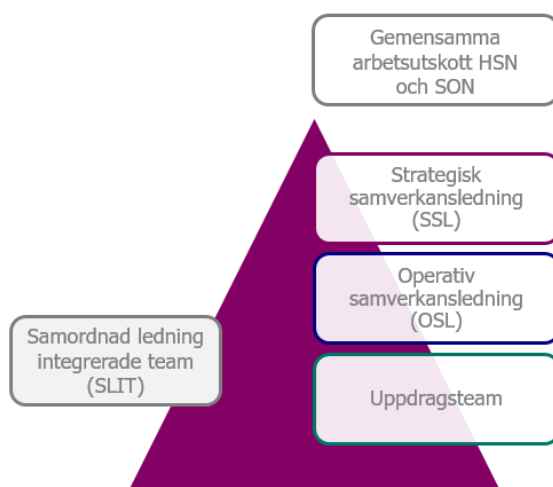
Utredningen bedömer att det behöver finnas en gemensam ledningsstruktur som dels koordinerar genomförandet och säkerställer ett gemensamt ansvarstagande över huvudmannagränserna, dels verkar för att erforderliga beslut fattas i respektive region och kommun.

Ledningsstrukturen kan vara en integrerad del av redan befintliga funktioner som även hanterar andra frågor.

- Lämpligt att på ledningsnivå samordna och integrera med omställningen mot en god och nära vård och en tillgänglig och förebyggande socialtjänst
- Strukturen ska vara på plats första året
- Behöver ske en kulturförändring i styrning och ledning gnm ökad brukarmedverkan och att tillvarata medarbetarnas engagemang

### Region Gotlands ledningsstruktur för omställningen

Förvaltningscheferna har tillsammans med styrgruppen beslutat om en ledningsstruktur som kan hantera de frågor som rör omställningen. Vi utgår då från befintliga strukturer för samverkan.



Figur 1 Ledningsstruktur för omställningen

Samverkansstrukturen styrs av en *strategisk samverkansledning* som består av förvaltningscheferna från hälso- och sjukvårdsförvaltningen, socialförvaltningen och utbildning- och arbetslivsförvaltningen. Den strategiska samverkansledningen ska på förvaltningsöverskridande nivå skapa förutsättningar för god dialog, samverkan, kunskapsutveckling och samsyn inom områden där förvaltningarna har gemensamma beröringspunkter. Den strategiska samverkansledningen fattar beslut om uppdragsdirektiv och godkänner slutrapporter.

*Operativ samverkansledning* ersätter till viss del tidigare samverkansforum barn och unga samt vuxna och äldre. Operativ samverkansledning består av nästa nivå chefer, utsedda av förvaltningscheferna och berörda av pågående uppdrag. Operativ samverkansledning prioriterar och omsätter identifierade samarbetsområden till uppdrag med tydliga uppdragsdirektiv som beslutas i den strategiska samverkansledningen. Den operativa samverkansledningen ska ge förutsättningar för genomförande av uppdrag, utse ändamålsenliga uppdragsteam samt stödja uppdragledarna.

Rapportering till politiken sker i ordinarie strukturer och för gemensamma frågor finns *gemensamt arbetsutskott* för de båda nämnderna SON och HSN.

*Uppdragsteam* skapas för att ta sig an ett eller flera uppdrag under ledning av samverkansledarna eller annan utsedd. Teamet avslutas när uppdrag är klart. Har ansvar för själva genomförandet av uppdraget.

#### *Samordnad ledning integrerade team (SLIT)*

För att på en övergripande nivå följa upp och hålla ihop integrerade team, möts samordnad ledning och styrning för integrerade team regelbundet. SLIT består av avdelningschef IFO och verksamhetsområdeschef psykiatri samt berörda enhetschefer. I samband med denna omställning utökas denna grupp med primärvårdschef och vid behov även andra berörda chefer.

Denna modell för styrning och ledning kan börja gälla redan nu. Styrning och ledning kan prioritera och göra en plan utifrån de utvecklingsområden som identifierats. Vid beslut i samsjuklighetsutredningen arbeta kan sedan styrning och ledning börja arbeta utifrån den tidsplan som presenteras i slutbetänkandet, se bilaga.

### 3.12 Ekonomi

I utredningen har målgruppens behov varit i fokus. Utredningen föreslår tre olika verktyg för att hantera de ekonomiska konsekvenserna av reformen: *Skattväxling* eller motsvarande från kommun till region med anledning av förslaget att regionen ska ansvara för all behandling vid skadligt bruk och beroende, *stimulansmedel* för genomförande av reformen samt *statsbidrag* för nya åtaganden, enligt den s k finansieringsprincipen. De förslag som räknas som nya åtaganden är:

- Den nya vård och stödverksamheten
- Psykiatrisk tvångsvård enligt LPT ersätter LVM
- Obligatoriskt bedriva sprutbytesverksamheter
- Avskaffande av patientavgifter för deltagare i den samordnade vård- och stödverksamheten
- Omhändertagande av berusade personer, LOB

Även om kommunerna och regionerna fullt ut ska kompenseras ekonomiskt för nya åtaganden medför reformen ekonomiska konsekvenser på andra sätt. De nya vårdplatserna ska bemannas och tillgången till ändamålsenliga lokaler är en fråga som kan påverka möjligheten att bedriva psykiatrisk heldygnsvård i den utsträckning som förslagen medför. I utredningen konstateras att både kompetensförsörjning och lokalförsörjningsfrågan redan idag är en stor utmaning och att dessa förslag bara har en marginell påverkan på helheten.

I denna förstudie har ett stort antal utvecklingsområden identifierats som inte medför direkta kostnader, utan handlar om rutiner, arbetssätt och samverkan och kan i bästa fall vara resursbesparande. Redan idag finns riktade läns gemensamma stimulansmedel psykisk hälsa för att utveckla insatser som går i linje med samsjuklighetsutredningens förslag.

De områden som enligt denna förstudie ser ut att få stora ekonomiska konsekvenser för Region Gotland är behovet av kompletteringar i boendekedjan inom socialförvaltningen och behovet av ökat antal slutenvårdsplatser inom psykiatrin. Dessa områden kommer till största del inte att finansieras via stimulansmedel eller utökade statsbidrag. Utan tillskott av

budgetmedel kommer förvaltningarna inte ha möjlighet att genomföra dessa investeringar, vilka är en förutsättning för att kunna leva upp till utredningens förslag

I det förslag på tidsplan som presenteras i slutbetänkandet föreslås att region och kommun samma år som beslut fattas (år 1), tillsammans identifierar de resurser som ska föras över från kommunen till regionen inom ramen för en skatteväxling eller på annat sätt. Det kan handla om överföring av personal, verksamheter och budgetmedel. I Region Gotlands fall kommer det inte att handla om skatteväxling utan om en budgetöverföring från socialnämnden till hälso- och sjukvårdsnämnden. I dialog med förvaltningarnas ekonomichefer anser de tidsplanen som föreslås i utredningen vara rimlig. Det viktigaste är att budgetmedel synkar med ikraftträdandet och eventuell överföring av verksamheter, personal o s v.

### 3.13 Lokaler

#### Om förslaget

Betänkandet i sin helhet medför ett ökat ansvar för hälso- och sjukvården men även en rejäl ambitionsökning i hela omhändertagandet av målgruppen och en perspektivförskjutning för socialtjänsten. Förslagen kommer att innebära behov av helt nya lokaler för vissa verksamheter som t ex den nya vård- och stödverksamheten, utvecklingen av sprututbytesverksamheten, men också behov av nya boendeformer för målgruppen. Det kommer också att behövas fler slutenvårdsplatser inom psykiatri. Utredningen gör bedömningen att antalet slutenvårdsdygn kommer att öka med 7 %, bl a beroende av att:

- personer som i nuvarande system skulle ha fått vård enligt LVM får psykiatrisk slutenvård i stället med utredningens förslag, men kortare tid.
- vissa personer som i dag inte vårdas i den psykiatriska slutenvården kommer att göra det enligt våra förslag men då med mycket korta tider.
- personer som redan i dag tvångsvårdas enligt LPT kan få sin vårdtid i slutenvård förlängd med några dagar.

I utredningen lyfter man oro från verksamhetschefer runt om i landet, att utredningens förslag ytterligare skulle försvåra en redan ansträngd lokalfråga. Utredningen konstaterar att det kan vara så, men att stora utmaningar kring vårdbyggnader finns oavsett utredningens förslag och att de behöver lösas. Det är en fråga som kräver ett helhetsgrepp och utredaren menar att de förslag de lämnar påverkar lokalfrågan endast i liten grad.

#### Nulägesbild Region Gotland

Förändringar i uppdraget innebär förändringar gällande lokaler. De tydligaste lokalbehoven utifrån utredningens förslag är:

- Ökat antal slutenvårdsplatser
- Ny samordnad vård- och stödverksamhet
- Sprututbytet har behov av en mer ändamålsenlig lokal
- Förstärkning av socialförvaltningens boendekedja

Det kommer även finnas behov av att anpassa befintliga lokaler inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst för att bättre matcha olika målgruppers behov utifrån förvaltningarnas nya ansvarsområden.

Lokalfrågan är det som förvaltningarna ser som en av de största utmaningarna. De delar den farhåga som framkommer i utredningen kring att besluten i denna reform riskerar att ytterligare försvåra en redan ansträngd lokalsituation. Utredningen hanterar inte frågan om medel till investeringar som kan bli nödvändiga när det gäller lokalfrågan, utan det kommer vara en fråga för Region Gotland att lösa. Vissa driftskostnader för lokaler kan finnas med i några av utredningens beräkningar.

När det gäller slutenvårdsplatser innebär förslagen i samsjuklighetsutredningen att det i Region Gotland tippas över till att bli en mycket stor lokalfråga som kräver ett politiskt inriktningsbeslut. I dagsläget finns inte utrymme för en ökad beläggning inom psykiatri. Det finns inte heller några tillgängliga lokaler att starta ny verksamhet i. I nuläget ser vi inte lösningen för att utöka psykiatriens slutenvårdsplatser. Det behöver utredas och kan få stora konsekvenser. Lokalfrågor i den här storleken har vanligtvis processer på 10-15 år. Utredningen föreslår två år mellan beslut och verkställighet.

Även i primärvården råder brist på lokaler. En förstudie kring primärvårdens lokaler är initierad och man behöver ta med sig konsekvenser av det här förslaget in i den förstudien.

Det är viktigt att Region Gotland påbörjar arbetet med lokalfrågan i ett tidigt skede och att förvaltningarna hanterar lokalförsörjningsfrågan som en helhet utifrån förändringar i uppdrag.

Det finns behov av en gemensam förstudie för att se över hur vi bäst löser denna lokalförsörjningsfråga. För hälso- och sjukvården kommer det ökade behovet av slutenvårdsplatsen vara den stora utmaningen och för socialförvaltningen är det främst behovet av nya boendeformer.

Då lokalfrågor ofta är en lång process kan man i en förstudie också behöva se över hur man vid ett eventuellt beslut i samsjuklighetsutredningen löser behovet i väntan på en mer permanent lösning.

De förändrade lokalbehoven utifrån samsjuklighetsutredningens förslag är övergripande beskrivna i den regionala lokalbehovsplanen, vilken är politiskt beslutad.

### 3.14 Personal

#### Om förslaget

Regionerna behöver planera för att ta ett samlat behandlingsansvar för skadligt bruk och beroende inklusive psykosociala behandlingsinsatser. Kunskapen om psykosocial behandling finns idag främst inom socialtjänsten och det kommer att behövas en överföring av kompetens till hälso- och sjukvården.

Förslagen i utredningen kommer att öka antalet patienter som vårdas i den psykiatriska heldygnsvården och därmed behovet av hälso- och sjukvårdspersonal. Det är en utmaning då regionerna redan har svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens.



I utredningen görs bedömningen att dessa förslag inte på ett avgörande sätt påverkar den utmaningen som gäller all vård och omsorg.

För att hantera kompetensförsörjningen kan regionerna behöva utvidga kompetenserna i teamet kring patienten och att medarbetare kan sökas i flera personalkategorier. Till exempel finns det medarbetare i socialtjänsten med kunskap om psykosociala behandlingsmetoder som kan arbeta tillsammans med legitimerade yrkesgrupper i patientens vårdprocess. Det är särskilt angeläget eftersom regionerna ofta saknar kompetens om vissa behandlingsmetoder med god evidens, exempelvis tolvstegsbehandling.

Det är yrkesgrupper som kan komplettera sjuksköterskor och skötare och bidra till att utveckla kompetensen om skadligt bruk och beroende inom hälso- och sjukvården

### **Nulägesbild Region Gotland**

Idag finns inom socialförvaltningen välfungerande verksamheter för målgruppen som bland annat Alkohol- och drogrådgivningen och delar av MiniMaria. Förvaltningarna känner en viss oro för att kompetens ska gå förlorad i övergången.

Det kommer att behöva vara ett nära samarbete mellan förvaltningarna för att kompetensen på bästa sätt ska tas till vara. Det behövs en god planering och tajming för att det ska bli bra för både personer med skadligt bruk och beroende och berörd personal

Då det är så oklart när beslut kommer att fattas beslutade man i styrgruppen att avvakta frågan kring kompetens och eventuell överflyttning av personal eller verksamhet i denna förstudie. Detta blir framåt en fråga för den gemensamma ledningsstrukturen att göra en plan så att en eventuell övergång blir så smidig som möjligt.

I utredningen rekommenderas att regionerna år 1 inventerar vilka behandlingsmetoder som behöver förstärkas. Ett särskilt fokus bör vara på sådana psykosociala behandlingsmetoder som rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer och som i dag erbjuds främst i kommunerna. Regionerna inventerar i samråd med kommunerna sina behov av medarbetare med olika kompetenser samt skaffar sig kunskap om tillgången till dessa exempelvis inom socialtjänsten.

I denna förstudie finns flera förslag på ökad samverkan mellan verksamheter. Ökad samverkan över förvaltningsgränserna och mer integrerade arbetssätt kommer göra att man lär känna varandras förvaltningar och kultur, vilket förhoppningsvis kan hjälpa till att hitta smarta lösningar och minska steget inför framtida förändringar.

## **4. Bedömning**

De workshops som hållits i anslutning till denna förstudie har bidragit till ökad kunskap och samsyn. Intresset och engagemanget har varit stort bland chefer och medarbetare. Det finns anledning att efter denna förstudie fortsätta samla medarbetare över förvaltningsgränserna för fortsatt lärande och för att gemensamt ta sig an de identifierade utvecklingsområdena.

Positivt att vi landat i en struktur för ledning och styrning som gör att vi kan påbörja denna process redan nu. Detta ger en stabilitet i omställningen och ger förutsättningar för en samlad prioritering.

Vi kan sammantaget erbjuda ett stort antal insatser för målgruppen. Insatserna är dock fragmentiserade och uppdelade på flera olika verksamheter i två olika förvaltningar

Denna förstudie har resulterat i ett stort antal utvecklingsområden som vi kan börja arbeta med redan nu. Många av utvecklingsområden är inte särskilt resurskrävande utan handlar om samverkan, rutiner och arbetssätt. Andra områden handlar om kunskaphöjande insatser, vilket är viktigt t ex för tidig upptäckt. Tidig upptäckt har identifierats som ett område där flera verksamheter behöver utveckla mer systematiska arbetssätt både när det gäller barn och vuxna.

Något som komplicerar processen är att vi inte har något tidsperspektivet för eventuellt beslut i samsjuklighetsutredningen. Innan beslut om eventuellt förändrat huvudmannaskap som samlar ansvaret för all behandling hos hälso- och sjukvården, ställer det höga krav på samverkan för att vi ska kunna arbeta i linje med de intentioner som finns i utredningen och de målbilder som tagits fram. Då insatserna är fragmentiserade behöver vi arbeta än mer personcentrerat med denna målgrupp. Individer med stora behov ska inte behöva orientera sig i vår organisation utan vi behöver hitta nya arbetssätt samt använda de verktyg som finns för samverkan.

Ett område som behöver utredas vidare är den komplexa lokalfrågan, där en särskild förstudie föreslås.

## 5. Överlämning

- Förstudien överlämnas till uppdragsgivare och styrgrupp för att sedan godkännas i samverkansledning 240320
- Vissa utvecklingsområden kan förvaltningarna hantera och prioritera själva, som utveckling av interna rutiner och arbetssätt.
- Majoriteten av utvecklingsområden bör hanteras och prioriteras gemensamt i den förstärkta SLIT-gruppen
- Mer komplexa utvecklingsområden och processer bör prioriteras och formuleras i uppdrag kring inom ramen för samverkansstrukturen
- Det finns behov av en särskild förstudie när det gäller den omfattande lokalfrågan

## 6. Bilaga

Samsjuklighetsutredningens föreslagna tidsplan för genomförandet

## 7. Underskrift

Beslut om att godkänna uppdragsrapport.

Datum *2024-03-20*

Underskrift Beställare

---

Marica Gardell, socialdirektör

---

Marie Loob, hälso- och sjukvårdsdirektör