Johanna Andersson och Lena Danielsson, projektledare

UPPDRAG PSYKISK HÄLSA
Blekinge län

Slutrapport
Stegvis omställning till samsjuklighetsreform

Rapporten är upprättad i samförstånd mellan programstyrgrupp, projektstyrgrupp och projektledare.

Verifieras genom LSVO datum 2025-02-28

Information om projektet		
Typ av projekt	Länsövergripande Projekt	
Omfattning	Resultat	Projektets slutrapport är en sammanställning av Blekinge läns nuläge i förhållande till reformens tio bärande förändringsförslag och Blekinge läns gap i relation till reformens förslag. Slutsatser och rekommendationer till nästa steg i omställningsarbetet ges.
	Tid	12 månader 20240101–20241231
	Kostnad	1 050 000 mkr
Projektdokumentation, lagringsplats	Public 360	

Innehåll

Sammanfattning 4
1. Bakgrund, uppdrag och syfte 6
1.1 Bakgrund 6
1.2 Uppdraget 6
1.3 Syfte 6
2. Metod 7
3. Fördjupad bakgrundsbeskrivning 9
3.1 Huvuddragen i samsjuklighetsreformen 9
3.2 Blekinges nuvarande organisation för samverkan 10
4. Resultat 11
4.1 Målgruppens upplevelse utifrån reformens målbilder 11
4.2 Gapet mellan reformens intentioner och Blekinges nuläge 15
4.2.1 All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård. 15
4.2.2 Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd. 20
4.2.3 Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet. 24
4.2.4 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 26
4.2.5 Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård och boende (HVB) 30
4.2.6 En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst. 32
4.2.7 Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet 35
4.2.8 Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.... 37
4.2.9 Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga 38
4.2.10 En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. 39
4.3 Ekonomibehov om förslaget verkställs 42

4.4 Lokalbehov om förslaget verkställs 43
4.5 Behov av personella resurser om förslaget verkställs 43
5. Projektets genomförande och utfall 45
6. Analys, slutsatser och vidare rekommendationer 47
6.1 Förslag på förberedelser och utveckling mot samsjuklighetsutredningens 10 bärande delar samt 10 målbilder 47
6.2 Förslag till ledningsstruktur för genomförandet av reformen 59
6.3 Förslag till struktur för att tillvarata patient-, brukar- och anhörighetsperspektivet vid genomförandet av reformen 60
6.4 Sammanfattande analys och slutord 61
Referens/källor 63
Bilaga 1: Workshopsammanställning 67
Bilaga 2: Arbetsmaterial och konklusioner utifrån intervjuer 69

Sammanfattning

Samsjuklighetsutredningen föreslår en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser riktade till personer med skadligt bruk och beroende och/eller samsjuklighet.

Samsjuklighetsutredningen 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 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 kvar det yttersta ansvaret för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Inför året 2024 beslutade Ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO) i Blekinge län att införa ett projekt med syfte att förbereda länet på samsjuklighetsutredningens förslag, vilket kommer att innebära en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Projektet syftar till att genomföra en analys av hur nuläget i Blekinge län förhåller sig till förslagen i samsjuklighetsutredningen och lämna förslag som skapar förutsättningar för att i Blekinge kunna genomföra de förändringar som samsjuklighetsutredningen föreslår. Uppdraget var därmed också att ge förslag på struktur för ledning och styrning samt för involvering av målgruppen (brukare/patienter och anhöriga) under förberedelser och genomförande. Projektet har varit avgränsat till berörda vuxna individer.

Kartläggningen har genomförts genom intervjuer med verksamheternas chefer och brukare/patienter/anhöriga och genom workshops, enkäter och datainsamling. Kartläggningen har bidragit till ökad kunskap och tydliggörande av de gap som finns för den vård och insats som bedrivs idag riktat till målgruppen i förhållande till reformens krav- och intentioner. Intresset och engagemanget har varit stort bland medarbetare och chefer i Blekinges kommuner och i Region Blekinge.

Projektledarna kan konstatera att den vård och de insatser som idag ges till personer med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet inte lever upp till reformens krav på samordning, behovsanpassning och personcentrering i tillräcklig utsträckning på gruppnivå. Däremot förkommer goda exempel på individnivå. Dessutom kan konstateras att Blekinges kommuner och region inte har de ekonomiska förutsättningarna att fortsätta ge vård och stöd till målgruppen på det sätt som sker idag. Länet har helt enkelt inte råd att låta bli att arbeta samordnat, behovsanpassat och personcentrerat till målgruppen och därmed blir nya arbetssätt nödvändiga.

I slutrapporten lämnas förslag inom 14 utvecklingsområden på hur Blekinges kommuner och region kan utveckla sina verksamheter, dels mot samsjuklighetsutredningens förslag, dels mot en mer samordnad, behovsanpassad, personcentrerad vård med hög kvalitet och som är kostnadseffektiv:

1. Förstudie primärvård - kommunalt och regional förberedelse.
2. Förstudie Uppsökande och förebyggande arbete för skadligt bruk/beroende och samsjuklighet målgrupp.
3. Förstudie Brukardrivande verksamhetsutveckling för arbete/sysselsättning.

4. Förstudie LARO- och sprututbytesverksamhet i länet.
5. Förstudie All specialiserad vård inklusive tvångsvård.
6. Förstudie Integrerad vård för samsjukliga.
7. Länsgemensamt program för anhörigstöd och delaktighet för anhöriga till personer med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet.
8. Förstudie Stegvis vård för skadligt bruk, beroende och samsjuklighet.
9. Framtagande av utbildningspaket av FOU.
10. Förstudie HVB verksamhet.
11. Förstärkning av SIP-arbetet vid skadligt bruk/beroende och samsjuklighet
12. Förstudie av screeningverktyg för tidigare upptäckt.
13. Utveckla ledningsstruktur.
14. Utveckla brukarmedverkan.

1. Bakgrund, uppdrag och syfte

1.1 Bakgrund

I juni 2020 fattade regeringen beslut om att en särskild utredare skulle tillsättas och föreslå hur samordnade insatser, när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet, det vill säga, i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

Syftet med utredningsuppdraget var att tydliggöra hur huvudmännen på bästa sätt skapar förutsättningar för att personer med samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och att dessa individer får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av.

I oktober 2021 beslutade regeringen om ett tilläggsuppdrag där utredningen även skulle lämna förslag på gemensam lagstiftning för personer som vårdas *utan samtycke* enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Utredningen lämnade sitt slutbetänkande i januari 2023,
Från delar till helhet -Tvångsvården som en del av en sammanhållen personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5).

1.2 Uppdraget

Inför året 2024 beslutade Ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO) i Blekinge län att införa ett projekt för att förbereda Blekinge län på samsjuklighetsutredningens förslag. Projektet uppdrag är presentera en nulägesbild och lämna konkreta förslag på utvecklingsområden inom länet som kan bidra till en ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering för invånare med skadligt bruk/beroende och invånare med samsjuklighet. Projektet ska vidare:

- Kartlägga målgrupp, behov och resurser som ska föras över från kommun till region.
- Kartlägga behov och förutsättningar för att inrätta en samordnad vård- och stödverksamhet.
- Ta fram förslag till en ledningsstruktur för genomförandet av reformen.
- Ta fram förslag till en struktur för att tillvarata patient- brukar- och anhörigperspektivet vid genomförande av reformen.

1.3 Syfte

Syftet med projektet är att göra en analys av hur Blekinges kommuners och Region Blekinges nuläge förhåller sig till de förslag som samsjuklighetsutredningen lämnat i sitt slutbetänkande och på så sätt ge stegvisa förslag på vidare aktiviteter som kan skapa förutsättningar för en ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering för invånare med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet som behöver vård och insatser i Blekinge.

2. Metod

Projektet har använt sig utav olika former av insamling av data för att ge svar på projektets uppdrag. Kartläggningsarbetet har bestått av kvalitativa- och kvantitativa undersökningar. Tematiska analysverktyg har använts som bearbetningsmetod.
Vid årsskiftet 2023–2024 tillsattes två projektledare tillsammans med en projektstyrgrupp och operativ arbetsgrupp. Styrgruppens medlemmar består av verksamhetschefer från kommunernas socialtjänst samt regionens specialistpsykiatri. Den operativa arbetsgruppen består i sin tur av enhetschefer/avdelningschef inom socialtjänsten, regionalprimärvård, specialistpsykiatri (Beroendeavdelning) samt regionens brukarsamordnare.
För att genomföra uppdraget beslutade projektledarna i samråd med styrgruppen att genomföra en kartläggning utifrån följande 5 steg:

1. Djupintervjuer med brukare/patienter som har egen erfarenhet av skadligt bruk/beroende och samsjuklighet eller dess anhöriga.
2. Erfarenhetsdialoger genom workshop.
3. Enkät kring samsjuklighet riktat till specifika verksamheter i kommun och region som ger vård och behandling till målgruppen med skadligt bruk/beroende eller samsjuklighet.
4. Erfarenhetsdialoger genom djupintervju med anställda inom kommun eller region på strategisk nivå.
5. Datainsamlingar från kommuner och regionen.

Djupintervjuer med brukare/patienter och anhöriga

Djupintervjuer med brukare/patient med samsjuklighet eller anhöriga till personer med samsjuklighet har under projektet genomförts av brukarrevisorer från Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). Syftet med intervjuerna var att få insikter kring vilka erfarenheter som invånare med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet idag har av de insatser som Blekinges kommuner och Region Blekinge ger samt hur vården eller insatserna möter upp till de målbilder som samsjuklighetsutredningen har tagit fram. Totalt genomfördes 11 intervjuer med brukare/patienter och anhöriga.

Erfarenhetsdialoger genom workshop

Vid två olika tillfällen arrangerades workshops tillsammans med deltagare från Blekinges kommuners verksamheter, Region Blekinges verksamheter, förtroendevalda, myndigheter, brukarorganisationer och trossamfund som på olika sätt kan komma att beröras av samsjuklighetsutredningens förslag. Syftet med dessa workshops var att tillsammans identifiera kommunernas och regionens nuläge i förhållande till de målbilder som samsjuklighetsutredningen tagit fram samt att prioritera de viktigaste utvecklingsområdena för att Blekinges kommuner och region ska kunna uppnå målbilderna. Sammanlagt deltog drygt 140 personer som bidragit till underlaget av denna slutrapport.

Enkät om samsjuklighet till berörda verksamheter

Ett inventeringsformulär skickades ut till utvalda verksamheter i kommunerna och regionen som idag erbjuder insatser till personer med samsjuklighet. Syftet med inventeringsformuläret var att kartlägga behov och förutsättningar för att inrätta en samordnad vård- och stödverksamhet i Blekinge län, inventera målgruppens livssituation och

behov och samtidigt identifiera hur stor andel medborgare som skulle vara i behov av den vård- och stödverksamhet som samsjuklighetutredningen gett förslag till. Syftet har vidare varit att identifiera vilken kompetens som en sådan verksamhet behöver utifrån målgruppens identifierade behov av vård- och stödinsatser. Drygt 410 enkätsvar har inkommit och bidragit till slutrapportens underlag.

Erfarenheter genom djupintervjuer med verksamheter på strategisk nivå

Djupintervjuer har genomförts med chefer eller liknande positioner på strategisk nivå från Blekinges kommuners och Region Blekinges verksamheter som på olika sätt kommer bli berörda av samsjuklighetsutredningens genomförande. Syftet med intervjuerna var att få insikter i verksamheternas nuläge och behov i förhållande till samsjuklighetsutredningens 10 bärande delar/förändringsförslag och vilka förändringar som regionen och kommunerna behöver göra för att lyckas genomföra samsjuklighetsutredningens förslag. Totalt intervjuades 40 personer i länets olika verksamheter inom kommunerna och regionens verksamheter.

Datainsamling

En datainsamling genomfördes där utvalda berörda verksamheter inom kommun och region i Blekinge fick besvara statistiska frågor som rörde deras befintliga verksamheter. Syftet med datainsamlingen var att kartlägga målgruppen, dess behov och de personella resurser som kommer att behöva föras över från kommun till region när reformen är beslutad. Det har funnit svårigheter att genom befintliga verksamhetssystem få tillgång till all utdata som efterfrågats. Datainsamlingens utdata rör åren 2019–2023.

3. Fördjupad bakgrundsbeskrivning

3.1 Huvuddragen i samsjuklighetsreformen

Personer med skadligt bruk och beroende och/eller samsjuklighet är en skör och utsatt grupp som har stora behov av god samordning av samhällets vård- och stödinsatser. Samsjuklighetsutredningen föreslår i sitt slutbetänkande en genomgripande reform som förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och behandling till dessa personer. Reformen ska bidra till en ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering.

Samsjuklighetsutredningen inleddes med framtagandet av 10 målbilder som ett resultat av en nationell brukar- och anhörigundersökning:

1. Tidig hjälp för psykisk ohälsa och skadligt bruk.	2. Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.
3. Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.	4. Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.
5. Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.	6. En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.
7. Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.	8. En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.
9. Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.	10. Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.

Med utgångspunkt i dessa 10 målbilder har den nationella utredaren sedan arbetat fram 10 bärande delar som samsjuklighetsreformen är tänkt att vila på:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.	2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.	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.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).	6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.	8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska

	bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.	10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för hur tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys vi presenterar i det här betänkandet.

3.2 Blekinges nuvarande organisation för samverkan

Samverkan Blekinge – ”samverkan mellan Region Blekinge och länets kommuner inom hälsa, vård och social välfärd” kallas den organisationen för samverkan mellan vård- och omsorg, hälso- och sjukvård, förskola/skola och socialtjänst i Blekinge.

Samverkan Blekinge består av flera olika grupper såsom:

- Politisk samverkan för vård och omsorg (PSVO)
- Ledningssamverkan för vård och omsorg (LSVO)
- Länsövergripande samverkansgrupper; *Att växa upp, Mitt i livet* och *Att Åldras*
- Kommunvisa samverkansgrupper, tillfälliga länsövergripande och projektgrupper.

Kopplat till Samverkan Blekinge finns även referensgrupp för patienter/brukare, forsknings- och utvecklingsavtal, samverkansavtal för hjälpmedel, regional samverkans- och stödstruktur (RSS) samt kunskapsrådet.

Som stöd för samverkan finns beredningsgrupp och stödfunktioner för FoU, e-Hälsa, hjälpmedel och folkhälsa.

4. Resultat

4.1 Målgruppens upplevelse utifrån reformens målbilder

Djupintervjuer har genomförts med brukare/patienter med samsjuklighet eller anhöriga till personer med samsjuklighet av brukarrevisorer från Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH). Syftet med intervjuerna var att få insikter kring vilka erfarenheter som brukare/patienter med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet idag har av den vård eller insats som Blekinges kommuner och Region Blekinge ger samt hur vården eller insatsen motsvarar de målbilder som samsjuklighetsutredningen har tagit fram (se 3.1). Nedan redovisas en sammanställning av de genomförda intervjuerna.

Målbild 1: Tidig hjälp för psykisk ohälsa och skadligt bruk

Av samsjuklighetsutredningen framgår att patienter med samsjuklighet och deras anhöriga har uttryckt vikten av förebyggande och tidiga insatser. Att uppmärksamma riskabelt bruk och psykisk ohälsa i primärvården och inom elevhälsan kan ha avgörande betydelse. Att ha tillgång till ungdomsmottagningar och mariamottagningar där region och kommun har ett nära och strukturerat samarbete för att tillhandahålla insatser riktade till unga med skadligt bruk och psykisk ohälsa kan också ha en viktig roll i det förebyggande arbetet.

I de patient- och brukarintervjuer som har genomförts i Blekinge framgår att information om samsjuklighet tidigt, redan i skolan upplevs som viktigt. Vårdköer, framför allt för utredningar, lyfts fram som ett hinder för den tidiga hjälpen.

”Förutom att jag nu har tvångsvård, väntar jag på en utredning sedan 2012 för ADHD. Detta har gjort att jag började missbruka.”

”Min första vårdkontakt inom psykisk hälsa fick jag som 19-åring. Då sökte jag mig till vårdcentralen med ångest. Där fick jag ingen förklaring på vad ångest var och blev hemskickad med mediciner. Första mötet med mitt missbruk sa dom att jag inte kunde få stöd förens om 2–3 veckor, så jag avgiftade mig själv för alkohol.”

Målbild 2: Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att det ska vara tydligt för allmänheten vilka aktörer och vårdnivåer som finns. Det ska vara enkelt att komma i kontakt med vården när den behövs. För att uppnå målbilden är det en fördel att aktörer i vårdsystemet har tydliga uppdrag och att organiseringen är effektiv samt har tillräckliga resurser.

I de patient- och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge efterfrågas mer tydlighet och information om var och hur man kommer i kontakt med vården. Även här framkommer långa väntetider som ett problem.

”Mycket har lagts på mig som anhörig. Jag har fått ta reda på och fråga mig runt om vilken hjälp som finns. Jag hade gärna sett att vården kommit med idéer och inte bara gett tabletter som i sig skapar ett missbruk.”

”Mer utvecklade informationskanaler, både fysiska via broschyrer och digitala genom hemsidor.”

”Väntelistan är för lång.”

Målbild 3: Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att personer med samsjuklighet önskar att få vara med och välja sina insatser. Detta förutsätter att det finns ett utbud av evidensbaserade metoder som verksamheterna kan erbjuda. Verksamheterna behöver ha förutsättningar att implementera den kunskap som finns och ha resurser att erbjuda flera evidensbaserade behandlingar.

I de patient- och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge efterfrågas främst att vård och behandling är anpassade efter den enskildes egen situation och att det ska finnas möjlighet att få vara med och välja sin vård och behandling.

"Jag sökte för olika bekymmer och ville träffa en psykolog, men då måste jag vara drogfri. Drogfri blir jag inte av ADHD-medicin. Det gjorde mig ledsen."

"Olika för alla, viktigt att det är individanpassat."

Målbild 4: Stöd och vård som hänger ihop som en helhet.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att personer med samsjuklighet önskar att vården har en helhetssyn på individen som utgår från psykiska, fysiska och sociala behov. Upplevelsen är att man skickas runt till olika verksamheter. Tillgång till multiprofessionella team med olika kompetenser som samarbetar kan enligt utredningen stärka helhetsperspektivet för vård och stöd för den enskilde.

I de patient- och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge efterfrågas samverkan mellan kommun och region för att bidra till en helhetssyn på vården som den enskilde tar del av. Att se hela individens behov lyfts fram som viktigt och något som man idag saknar av de verksamheter som ger vård och stöd till den enskilde.

"Ett samarbete med olika instanser. Vissa åkommor kan visa sig först senare och då är det viktigt att se människan som en helhet och sätta in insatserna stegvis och följa kontinuerligt över gränserna, inte enbart kommun och psykiatri utan även somatisk."

"Snabbare åtgärder och bättre samverkan mellan olika instanser som individen är kopplad till."

"Se varje individ som en helhet och börja stödja på rätt nivå, tak över huvudet, egen försörjning och hållbara sociala kontakter."

Målbild 5: Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att personer med samsjuklighet önskar att vården för skadligt bruk och beroende och psykiska sjukdomar ska behandlas samordnat. För att målbilden ska uppnås krävs att insatser för psykiatriska tillstånd integreras i högre grad än vad som görs idag.

I de patient- och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge efterfrågas att vården tar hänsyn till en helhet samt att vården inte stänger individen ute från vård.

"Hänvisa mig inte bara vidare till andra."

"Som människa i behandling känner man sig redan mindre värd och det hjälper inte till när man inte kan ta sig på aktiviteter och får stämpeln – Nu har du inte skött dig igen."

Målbild 6: Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att personer med samsjuklighet önskar att bli bemötta med samma respekt som andra patienter som har andra typer av vårdbehov. Att inte bli dömd och stämplad som en ”missbrukare” på grund av sina problem. Det kan vara av avgörande betydelse att arbeta med brukarrevisioner och att personer som får vård och behandling ibland möts av personer med egen erfarenhet för att kunna utjämna maktförhållandena i vården.

I de patient- och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge efterfrågas att personal som de möter i vården tar sig tid och lyssnar på den enskildes historia. Att bara ha någon att prata med på en vårdavdelning och som har tid att lyssna lyfts i flera fall fram som viktigt.

”Skulle vilja att någon kom och pratade med mig och förklarade vad det innebär att få en psykos.”

”Lyssna och ta er tid.”

Målbild 7: Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att personer med samsjuklighet önskar att vården tog mer hänsyn till deras egna resurser, drivkrafter och styrkor. Att få vara delaktig i sin vård är mycket viktigt. Att utveckla en personcentrerad vård lyfts fram som viktigt för att kunna uppnå målbilden.

I de patient- och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge framför flera av de intervjuade en önskar att få vara mer delaktiga i sin vård eller sitt stöd från verksamheterna.

”Upplevde att ingen lyssnade på de orsaker som var min upplevda problematik, då jag var öppen med att jag självmedicinerade.”

”Involvera mig i processen.”

Målbild 8: En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att personer med samsjuklighet önskar tillgång till basala resurser som boende och sysselsättning men även möjlighet att delta i en gemenskap och upprätthålla fungerande nätverk. Socialtjänsten behöver lägga resurser på att kunna stötta den enskilde till en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang men även att civilsamhället får förutsättningar att bedriva verksamheter som kan bidra till målbilden.

I de patient och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge efterfrågas att få stöd till bostad, sysselsättning/arbete, social gemenskap och stöd i att upprätthålla dagliga rutiner.

”Att få möjlighet att återknyta kontakterna med mina barn och barnbarn.”

”Hjälp att söka bostad.”

”Socialt stöd i min bostad för att ge mig trygghet.”

”Hjälp med ekonomin.”

”Fungerande rutiner med arbete och sociala kontakter med familj och vänner.”

"Inte bara sitta hemma sysslolös."

"Satsa på mer stöd i klientens egen bostad och hjälpa till med att skapa meningsfull tillvaro, ordna med jobb i kommunen eller liknande så att man känner sig nyttig i stället för att "låsa in och kasta nyckeln" ett halvår eller så. Man blir bara liggandes och tittar på tv och väntar på att man ska bli utsläppt och då är man direkt där man var innan man blev inlåst."

Målbild 9: En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att personer med samsjuklighet upplever att vården idag är fragmentiserad och svåröverblickad. För en person som har behov av många vårdkontakter kan det vara av stort värde att det finns en person som håller samman planeringen och genomförandet av insatserna. Vård- och stödsamordnare eller personliga ombud kan vara en lösning för målgruppen.

I de patient- och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge efterfrågas kontinuitet till personal som man möter i vården. Att det finns någon som förstår ens situation och lyssnar när behovet uppstår.

"Återfall kan ske om man inte känner att någon bryr sig."

"Att man som region och kommun behåller sin personal så att man får träffa samma personer flera gånger."

Målbild 10: Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.

Av samsjuklighetsutredningen framgår att personer med samsjuklighet önskar att bibehålla kontakten med sitt nätverk men även att ens anhöriga får tillgång till stöd och avlastning i egen process.

I de patient- och brukarintervjuer som genomförts i Blekinge efterfrågas mer delaktighet från personernas nätverk liksom mer stöd till anhöriga.

"Lyssna både på individen och anhöriga."

"Det är bra om mitt nätverk får möjlighet till stödsamtal i det akuta skedet och den förslagna processen framåt."

"Nej, jag fick inget stöd, finns det?"

"Bjud in till möten om min vård och behandling för att de på bästa sätt ska kunna stödja mig i min fortsatta vård och behandling."

"Ingen har frågat mig om mitt nätverk."

"Involvera mitt nätverk i processen!"

4.2 Gapet mellan reformens intentioner och Blekinges nuläge

Resultatet presenteras utifrån samsjuklighetsreformens respektive bärande del med en inledning av samsjuklighetsutredarens förslag, följt av Blekinge läns nuläge i berörda verksamheter och därefter identifierade gap i relation till reformförslagen.

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

Samsjuklighetsutredningens förslag

Utredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård får ett tydligare ansvar för skadligt bruk- och beroende. Hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende och det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen.

Begreppen *skadligt bruk* och *beroende* ska användas både i hälso- och sjukvårdens och socialtjänstlagstiftningen. *Skadligt bruk* ersätter därmed det tidigare begreppet *missbruk*.

Med behandling avses åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Behandlingsinsatser är delat idag mellan de två huvudmännen, kommun och region.

Regionerna ansvarar idag för tillnyktring, abstinens- och olika former av läkemedelsbehandling. Kommunerna erbjuder idag olika former av behandlingsinsatser för skadligt bruk och beroende samt olika former av funktions- och aktivitetsträning. Kommunerna ansvarar även för de förebyggande insatserna inom området.

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 genom läkemedel, psykologiska behandlingar eller psykosociala behandlingar.

Vidare i utredningen tydliggörs att insatser utgår från den enskilde personens behov och att insatserna ska ges utifrån *stegvis vård* vilket innebär att anpassa behandlingens intensitet efter patientens behov av vård. *Stegvis vård* inkluderar alla nivåer, förebyggande och främjande, egenvård, råd, stöd och behandling.

Tydlig beskrivning och struktur hur omhändertagandet av den stegvisa vården ska ske vid skadligt bruk och beroende tydliggörs i utredningen där både primärvården och den specialiserade psykiatriska vården i större utsträckning behöver uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk och beroende hos de patienter de möter. Vidare betonas att samarbete och kontinuitet i vården vid organiseringen av *stegvis vård* är en förutsättning för att all behandling av skadligt bruk och beroende ska uppnå intentionerna för en behovsanpassad, personcentrerad och samordnad vård.

Primärvården kommer att spela en avgörande roll för behandling av skadligt bruk och beroende genom att primärvården är den som möter en stor del av befolkningen samt har i uppdrag att finnas tillgänglig nära geografiskt för invånaren.

För den enskilde kan kontakter med primärvården 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 som skadligt bruk och beroende.

Samsjuklighetsutredningen föreslår att primärvården ska erbjuda en fast läkarkontakt för att hålla samman vården för skadligt bruk/beroende, psykisk och somatisk hälsa.

Vidare visar Socialstyrelsens utvärderingar att mindre än en procent av primärvårdens patienter har uppmärksammats som riskkonsumenter, och att mindre än en halv procent har fått insatser 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*.

Även spelberoende har ett samband med andra psykiatriska tillstånd som substansberoende, depression, ångest, ADHD, antisocial personlighetsstörning och tvångssyndrom, och personer med spelberoende och samtidig psykiatrisk diagnos kan generellt ha sämre hälsa än de som enbart har ett spelberoende.

Nuläge i Blekinge

Regional primärvård i Blekinge

Den regiondrivna primärvården är idag organiserad i tolv vårdcentraler. Primärvårdsrehabiliteringen ser däremot lite olika ut i länet. Vissa vårdcentraler har all sin rehabilitering lokaliserad på vårdcentralen (Olofströms och Sölvesborgs vårdcentraler), medan andra vårdcentraler har gått samman och samlat sin rehabilitering på ett rehabcentrum (Rehab Linden i Karlshamn, Ronneby Rehab och Karlskrona rehabcenter). På rehabcentrum varierar kompetensen, på vissa finns både fysioterapeuter, arbetsterapeuter och samtalsterapeuter. I Karlskrona däremot är samtalsterapeuter placerade ute på vårdcentralerna. Rehabiliteringsmottagningarna ansvarar för de offentliga vårdcentralernas listade patienters behov av insatser inom området psykosocialt stöd och psykologisk behandling av lindriga och måttliga besvär. Det finns även sex privat drivna vårdcentraler som har exakt samma rehabiliteringsuppdrag för sina listade patienter, vilket regleras via Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval i Blekinge 2024. Dessa är inte inkluderade i denna första kartläggning, men behöver involveras i kommande års omställningsarbete.

Idag remitteras eller hänvisas patienter med skadligt bruk eller beroende inom primärvården vidare, antingen till kommunernas vuxenenheter eller specialiserad beroendevård. Detta innebär att primärvården i Blekinge idag inte utövar någon form av psykosocial eller psykologisk behandling av skadligt bruk eller beroende. Däremot förekommer läkemedelsbehandling av alkoholberoende inom primärvårdens verksamhet.

Samsjuklighetsutredningens förslag innebär stora förskjutningar av uppdrag från kommunerna till den regionalt och privat drivna primärvården. Intentionerna i samsjuklighetsutredningen går väl i linje med den fokusförflyttning som redan pågår i Blekinge i form av stegvis omställning till god och nära vård med primärvård som nav och med det vård- och insatsprogram som finns för skadligt bruk och beroende inom det nationella kunskapsstödet och kunskapsstyrningens strukturer.

För att klara ett sådant ökat åtagande som samsjuklighetsreformen föreslår kräver det att primärvården ser över sin nuvarande organisationsstruktur. Att ett sådant utökat åtagande inom primärvårdens vårdnivå kan uppnås utan en organisationsförändring eller utökade resurser bedöms svårt. Reformen föreslår fast läkarkontakt för målgruppen. Då det råder nationell

brist på specialister i allmänmedicin behöver denna brist beaktas vid organisationsöversynen för att säkerställa helhetsperspektivet för målgruppen, oaktad läkarbrist. Tillskapande av nya tjänster ses som ett krav för att klara omställningen till samsjuklighetreformens krav och intentioner. Att vidare se över hur organisationens säkerställer att insatser som erbjuds är baserade på bästa tillgängliga kunskap är viktigt och behöver utredas vidare.

Personal inom primärvård kommer även behöva utbildas och få utökad kompentens inom området skadligt bruk och beroende. Att personal ska kunna uppmärksamma och bedöma riskbeteende inom skadligt bruk och beroende bedöms som viktigt.

Vårdövergångarna från primärvården till annan vård och/eller omsorgsgivare för patienter med skadligt bruk och beroende och samsjuklighet behöver bli tydliga.

I Primärvården råder brist på lokaler för att klara uppdraget som samsjuklighetsutredningen föreslår. En förstudie kring primärvårdens lokaler är redan initierad och man behöver ta med sig konsekvenser av det här förslaget in i den förstudien.

Inom ramen för utvecklingen av en god och nära vård i Blekinge har Region Blekinge tillsammans med länets kommuner tagit fram *Närsjukvårdsmodell i samverkan*. Syftet med modellen är att skapa en personcentrerad, proaktiv, sammanhållen och sömlös hälso- och sjukvård och omsorg för personer med omfattande och komplexa behov i länet. Samordningsprocessen ska stärka ett proaktivt arbetssätt och tidigt identifiera sköra personer och personer som är i riskzonen för att utveckla skörhet. Processen ska också ge förutsättningar för att samordnade individanpassade insatser planeras utifrån behov samt att patienterna får en strukturerad uppföljning för en god och säker vård. Kopplat till samordningsprocessen finns rutiner och uppdragsbeskrivningar. Det är viktigt att ta tillvara processer och rutiner som redan finns och vi ser att Blekinges *Närsjukvårdsmodell i samverkan* med fördel kan utvecklas till att omfatta även målgruppen med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet.

Kommunerna i Blekinge

Kompetens och behandlingsinsatser för skadligt bruk och beroende finns idag hos Blekinges kommuners vuxenenheter. Totalt finns en vuxenenhet per kommun och enheterna erbjuder olika former av behandling för skadligt bruk eller beroende. Öppenvårdsbehandling bedrivs i egen regi av samtliga kommuner och placeringar på HVB upphandlas och köps in externt.

Socialnämnden i Karlskrona har under 2023 utfört behandlingsinsatser genom service. Service är ett samlingsbegrepp för råd och stöd som kan ges utan att det föregås av en utredning och ett biståndsbeslut. Service kan ges antingen som serviceinsats eller som rådgivning.

Tabellen nedan visar Blekinge läns totala antal öppenvårdsinsatser/behandlingsinsatser/serviceinsatser och personella resurser (årsarbetare åa) som ger behandling i kommunernas regi för medborgare med skadligt bruk och beroende.

Volymer	2019	2020	2021	2022	2023
Behandlingsinsatser	738 st	700 st	913 st	646 st	733 st
Serviceinsatser	-	-	-	-	105 st
Personella resurser	26,3 åa	26,3 åa	26,3 åa	26,3 åa	26,3 åa

Öppenvårdsinsatserna ges generellt som individuella insatser och under ett antal strukturerade samtalsserier. Viss andel av öppenvårdsinsatserna ges som gruppinsatser och med en ökad intensitet. Exempel är 12-stegsbehandling vilket kan ges till grupper 5 dagar i veckan. Kommunerna har idag 23 årsarbetare (åa) som bedriver behandling för skadligt bruk och beroende som tillsammans nämnda behandlingar v.g. se nedanstående tabell.

Behandlingsinsats	Omfattning	Behandlingsinsats	Omfattning
KBT – Kognitiv beteendeterapi	3 månader	KBT-spel	3 månader
MET – Motivationshöjande behandling	3 månader	ÅP – Återfallsprevention	10 veckor
12-stegsbehandling	3 månader – 1 år	CRA – Community Reinforcement Approach	3 månader
MI samtal – Motiverande samtal	3 månader	SBNT – Social Behaviour Network Therapy	3 månader
HAP – Haschavvänjningsprogram	2 månader	Kriminalitet som livsstil	3–6 månader

Kommunerna ansvarar även för invånare som vårdas enligt Lagen om vård av unga (LVU). I vissa fall kan ett skadligt bruk och beroende vara skäl för att vård enligt LVU inleds. Denna målgrupp som har behov av vård och behandling för skadligt bruk eller beroende kommer i och med ansvarsförändringen, som samsjukliughetsutredningen föreslår, att tillfalla regionen. Det kommer ställa krav på ett ökat samarbete mellan kommun och region. De överenskommelser och avtal som idag finns i Blekinge vad gäller målhgruppen kommer att behöva ses över. Nedan finns en tabell som visar hur många i länet som vårdats enligt LVU på grund av ett skadligt bruk och beroende de senaste fem åren samt dess placeringskostnader.

Kommun	Antal LVU-placerade ungdomar 18-20 år (2019-2023)	Schablonkostnad
Ronneby	14 st	5 350 000 mkr
Olofström	0 st	-
Karlshamn	0 st	-
Sölvesborg	17 st	6 500 000 mkr
Karlskrona	8 st	3 000 000 mkr

Specialistvård Region Blekinge

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:1) om läkemedelsassisterad behandling vid opiodbehandling (LARO) ska behandlingen inom en sådan verksamhet bestå av behandling av läkemedel samt psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser. Om verksamheten inte kan erbjuda psykologisk eller psykosocial behandling eller psykosociala stödinsatser ska det finnas en överenskommelse med kommunen eller annan vårdgivare som kan erbjuda patienten sådan behandling eller insats.

I Blekinge saknas en sådan överenskommelse idag även om LARO-mottagningen i flera fall på individnivå har ett samarbete med kommunens vuxenenheter.

Idag finns specialiserad beroendevård organiserad inom basenheten länsgemensam psykiatri som har ett länsövergripande ansvar. Beroendemottagningen har ansvar för länets läkemedelsassisterande opiodbehandling (LARO). Beroendeavdelningen ansvarar för länets tillnyktring, läkemedelsbehandling för beroendesjukdomar och abstinensbehandling.

Den specialiserade beroendevården i Blekinge erbjuder utredningar, farmakologisk och psykologisk behandling som kräver specialistkunskap. LARO- behandlingen som Beroendemottagningen erbjuder finns tillgänglig på Blekingesjukhuset i Karlskrona.

LARO finns tillgänglig även via en beroendemottagningsfilial som har öppet ca två tillfällen i veckan i Karlshamn. Patienter från Olofström och Sölvesborg hänvisas till Karlshamn eller Karlskrona. Ju längre söder ut i länet patienten är mantalsskriven desto vanligare att vård söks i Region Skåne (i Kristianstad).

I reformen uttrycks att LARO-behandling ska öka och vara mer tillgänglig för denna målgrupp. Det behövs utredas vidare hur den verksamhetsutveckling som krävs bör utformas utifrån lokalisering, kompentensutveckling och utökning av personella resurser. Utifrån samsjuklighetsreformens förslag ska behandling för skadligt bruk och beroende dessutom ges samordnat med annan behandling för andra psykiatriska tillstånd. Huruvida beroendemottagningen ska vara en sådan instans som ger samordnade insatser behöver utredas vidare.

Tabellen nedan visar de LARO-behandlingar som givits under perioden 2019-2023 kopplade till nuvarande bemanning.

Volymer	2019	2020	2021	2022	2023
LARO-behandling	70-90 pat.	70-90 pat.	70-90 pat.	70-90 pat.	70-90 pat.
Personella resurser paramedicinsk och omvårdnadspersonal	8,0 åa omv. pers.	8,0 åa omv. pers.	8,0 år omv. pers	8,0 åa omv. pers.	8,0 åa omv. pers.

Vidare inom specialistvården idag erbjuder allmänpsykiatriska mottagningen i Karlskrona en CS-mottagning (centralstimulantiamottagning) som har i uppdrag att följa upp patienter som är ordinerade centralstimulantia medicinering. Uppföljningen innebär även regelbundna somatiska och psykiatriska hälsokontroller för att säkerställa patientsäkerheten.

Samordningen och vårdkedjan behöver systematiseras så att alla patienter inom Region Blekinge med ett skadligt bruk och beroende och/el samsjuklighet får tillgång till samordning, behovsanpassning och personcentrering.

4.2.2 Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Samsjuklighetsutredningens 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 att utredning, behandling, resurser och insatser för skadligt bruk eller beroende koordineras med resurser och insatser för att utreda och behandla andra psykiatriska tillstånd. Det kan till exempel ske genom samordning mellan olika verksamheter och 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.

Sjukdomsbördan och överdödligheten bland personer med samsjuklighet är hög. Mycket talar för att det finns en underdiagnostisering av samsjukliga vilket beror på brister i statistikföring, diagnostisering, uppföljning och utvärdering av vård och insatser riktade till samsjukliga generellt.

Nuläge i Blekinge

1,3 procent av Sveriges befolkning, vilket motsvarar 105 000 personer (2023), har spelproblem eller en förhöjd risk för spelproblem. Mörkertalet bedöms vara stort. Personer med spelberoende har betydligt högre risk att bli långtidssjukskrivna jämfört med andra, visar flera studier. Tidig upptäckt av spelproblem är viktigt för att undvika svåra konsekvenser.

Vård- och behandlingsinsatser för personer som spelar om pengar regleras genom samverkansavtal inom Blekinge län. I Socialstyrelsens kunskapsstöd *Behandling av spelmissbruk och spelberoende* betonas nödvändigheten av att se behandling av spelmissbruk och spelberoende som en integrerad del av vården och omsorgen för att främja psykisk hälsa och välbefinnande och för att minska fattigdom.

Mellan vårdgivarna i Blekinge finns samverkansavtal som tydligt rekommenderar att verksamheter ska arbeta samordnat utifrån patientens behov. Dock utpekas inte primärvården specifikt att vara en av de vårdaktörer som bedömer risker.

Nedanstående tabell ger en bild av hur många medborgare i Blekinge som erhållit behandling i kommunernas regi för spelmissbruk och spelberoende under perioden 2019–2023. Uppgifter om regionens insatser saknas.

Kommun	Vård för spelmiss-bruk om pengar
Ronneby	30 st
Olofström	Uppgift saknas
Sölvesborg	31 st
Karlshamn	35 st
Karlskrona	70 st

(tabell visar individer som erhåller behandling för spelmissbruk under en fem års period 2019–2023)

Primärvårdens grunduppdrag är att tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patienternas individuella behov och förutsättningar och att samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt. Utifrån detta grundkrav anser projektledarna att behandling för spelmissbruk och beroende behöver utredas vidare i syfte att förtydliga primärvårdens roll, uppdrag och ansvar för denna målgrupp.

Regional primärvård i Blekinge

Primärvården är en viktig aktör för att kunna uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk eller beroende och samtidig psykisk ohälsa. Screening och kunskap om alkohol, narkotika, spel och risk- och skyddsfaktorer samt medföljande hälsoeffekter är något som särskilt bör uppmärksammas i regionens förberedelsearbete inför införandet av reformen.

SIP används i låg utsträckning för målgruppen inom primärvården vilket har framgått av de verksamhetsintervjuer som genomförts inom ramen för projektet.

Idag finns brister i användning av screeningverktyg för att identifiera skadligt bruk av alkohol, narkotika och spel och samtidig psykisk ohälsa inom primärvården i Blekinge. I de fall psykisk ohälsa identifieras inom primärvården finns möjlighet för regionen att erbjuda behandling.

När det kommer till skadligt bruk och beroende finns i regel inget upparbetat och strukturerat arbetssätt mellan primärvården och kommunernas vuxenenheter. I dessa fall hänvisas patienten vidare att själv ta kontakt med kommunen.

Primärvården i Blekinge registrerar inte psykiatrisk samsjuklighet med diagnoskod i befintligt verksamhetssystem. Detta gör att målgruppen samsjukliga inte blir synliggjord i tillräcklig utsträckning och försvårar uppdraget att hålla samman vården för gruppen.

För att säkerställa ett samlat medicinskt ansvar för både psykiatriska och somatiska vårdbehov för samsjukliga rekommenderas att primärvården kan erbjuder en fast läkarkontakt till målgruppen genom en tydlig arbetsstruktur. För att uppnå samsjuklighetsreformens intentioner kring fast läkarkontakt behöver detta utredas vidare inom länets vårdcentraler. Redan i dagsläget är det känt att det råder stor brist på specialister i allmänmedicin i Sverige och i Blekinge i synnerhet. Det kommer att ta över 25 år att komma i balans mellan tillgång och efterfrågan på allmänspecialister. Detta gör att vi behöver finna alternativa arbetssätt för att försöka kompensera för denna brist.

Kommunerna i Blekinge

Kommunernas primärvård har ett ansvar att förse medarbetare med grundläggande kunskap om skadligt bruk och beroende. Anledning till detta är främst för att kunna identifiera olika former av riskbeteenden och skadligt bruk och beroende. Screeningverktyg är bra att använda inom hemsjukvården men även inom elevhälsan.

I de verksamhetsintervjuer som genomfört inom ramen för projektet framgår att screeningverktyg används i låg utsträckning av kommunerna.

Kommunernas vuxenenheter har ett nära samarbete med främst regionens specialiserade beroendevård. Men det finns ingen kommun som idag genomför sina utredningar tillsammans med psykiatri eller specialiserad beroendevård inom regionen.
Varje vårdgivare gör sina egna utredningar och ofta sker de inte parallellt utan vårdgivarna arbetar med sina utredningar i olika takt, vilket i sin tur minskar möjligheterna att bedriva en samordnad vård och insats. SIP används i ganska låg utsträckning även om de ibland förekommer men systematisering av nyttjandet skulle kunna leda till en mer sammanhållen och effektiv hantering.

Kommunerna ger idag behandling för spelmissbruk precis som regionen gör, dock kommer kommunernas behandling överföras till regionens regi vid reformbeslut vilket regionen behöver hantera inom ramen för vidare omställningsarbete. För att tydliggöra denna omställning ses i nedanstående tabell kommunernas behandling av spelmissbruk under åren 2019–2023.

Kommun	Vård för spelmissbruk om pengar
Ronneby	30 st
Olofström	Uppgift saknas
Sölvesborg	31 st
Karlshamn	35 st
Karlskrona	70 st

(tabell visar kommunernas behandling av spelmissbruk under åren 2019–2023)

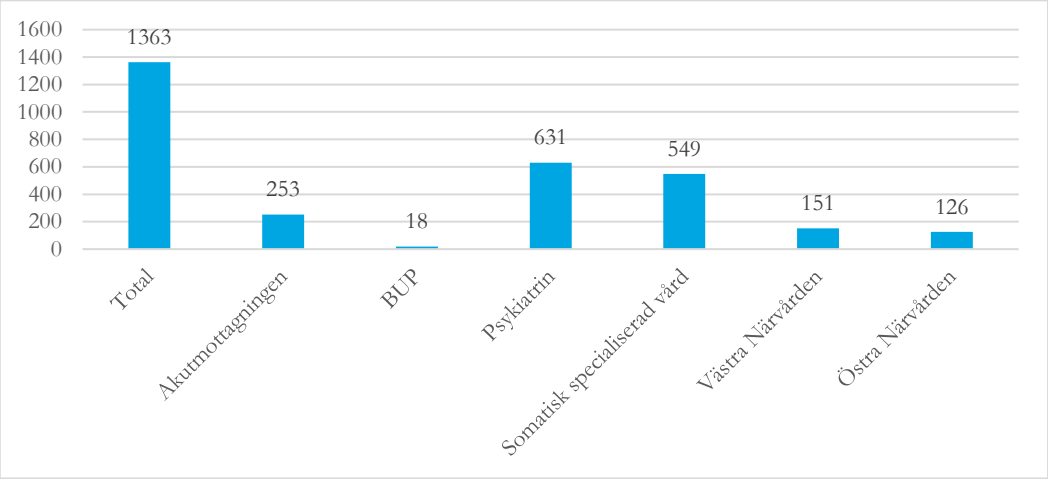
Specialistvård Region Blekinge

Liksom för primärvården så har den specialiserade vården en viktig roll att uppmärksamma skadligt bruk och beroende hos sina redan befintliga patienter. Screening och kunskap om alkohol, narkotika, spel och risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekterna kopplat till detta är ett viktigt uppdrag för den specialiserade vården och särskilt psykiatrin vilket särskilt bör uppmärksammas i regionens förberedelsearbete inför införandet av reformen. I våra verksamhetsintervjuer framgår att screeningverktyg används i låg utsträckning inom Region Blekinge.

Idag bedrivs abstinensvården i samarbete mellan kommun och psykiatrin. Abstinensvården inleds alltid på beroendeavdelningen. Vårdplatsbehov regleras idag genom avtal mellan kommunerna och regionen.

I kartläggningen uppges att totalt 1 363 unika patienter med missbruksdiagnos vårdats 2023 inom regionens verksamheter. Utav dess 1 363 unika individer har 631 patienter vårdats inom psykiatrins verksamheter. Där finns redan idag upparbetade vårdkedjor mellan

psykiatrins egna verksamheter, intensivvårdsavdelningen (IVA) och medicinklinikens omvårdnadsavdelning (MOA) och den somatiska ambulansverksamheten på akutkliniken. Nedanstående tabell visar att 549 patienter vårdats inom den somatiska specialiserade vården.



I dagsläget går det inte att identifiera vilka av dessa patienter som har haft en sammanhållen vårdkedja. Hur en sammanhållen vårdkedja bör ser ut behöver utredas vidare för att säkerställa behovsanpassade, personcentrerade och sammanhållna insatser. För att insatser ska vara kostnadseffektiva där de personella resurserna nyttjas optimalt krävs att vårdkedjan är sammanhållen.

Vidare i tabellen framgår att endast 277 patienter inom regionens primärvårdsenheter haft en missbruksdiagnos. Detta minimala antal registrerade patientbesök som har en missbruksdiagnos behöver utredas vidare då dessa uppgifter behöver säkerställas ytterligare.

Personer med samsjuklighet beskriver både i samsjuklighetsutredningen och i projektets patient- och brukarintervjuer att deras behov av vård och stöd oftast inte hänger ihop som en helhet. De får oftast vänta länge på vårdinsatser eller blir helt utestängda från vård.

Att utreda och behandla skadligt bruk och beroende och samtidig psykiatrisk diagnos kräver idag en samordning som är svår att få till i vårt nuvarande sätt att arbeta.

En integrerad vård skulle minska risken för dubbelarbete, fragmentering och ett sämre resultat av vården till personer med samsjuklighet. De flesta personer med samsjuklighet kommer inte vara i behov av en särskild vård- och stödverksamhet och anledningen kommer beskrivas vidare i rapportens resultatdel 4.2.6

Projektets kartläggning visar att 50 % av de länsinvånare som är diagnostiserade med samsjuklighetsdiagnos inte faller inom ramen för särskild vård- och stödverksamhet utan ska erbjudas vård och insatser i ordinarie strukturer.

Integrerad vård för samsjukliga som inte tillhör målgruppen för resultatdel 4.2.6 behöver vidare utredas. Integrerade verksamheter riktade till samsjukliga saknas idag i Blekinge.

Nedanstående tabell visar hur många individer som Region Blekinges psykiatri- och beroendevård har behandlat under perioden 2019–2023.

Volymer	2019	2020	2021	2022	2023
Heldygnsvård skadligt bruk o beroende	326	290	256	310	284
Varav samsjuklig	112	98	127	121	115
öppenvård	569	594	536	585	573
Varav samsjuklig	320	336	310	374	361

(tabell visar regionernas registrerade patienter i journalsystem ICD 10 F-diagnoser)

4.2.3 Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.

Samsjuklighetsutredningens förslag

Sprututbytesverksamheterna når idag personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika bättre än övrig hälso- och sjukvård. Att nå personer med skadligt bruk eller beroende är av stor vikt eftersom målgruppen i väsentligt högre grad har en sämre hälsa och en högre dödlighet än befolkningen i övrigt. Sprututbytesverksamhet regleras idag i en särskild lag där syftet med verksamheten är att minska spridning av HIV och andra blodburna infektioner bland personer som använder narkotika. Sprututbytesverksamhet får endast bedrivas av regioner inom ramen för sitt hälso- och sjukvårdsuppdrag efter att Inspektionen för vård och omsorg gett tillstånd till verksamheten.

Samsjuklighetsutredningen föreslår att sprututbytesverksamheterna ska utvecklas till lågtröskelverksamheter. Med lågtröskelverksamhet avses:

- Kontinuerliga kontakter utan krav på motprestation.
- Kunskap och utbildning till narkotikaanvändare om hur skadorna av användningen kan minimeras.
- Överdosprevention genom naloxon och HLR-utbildning.
- Sprututbyte
- Viss somatisk vård och behandling, insatser för ökad sexuell och reproduktiv hälsa.
- Rådgivning i sociala frågor.
- Stöd och möjlighet att få kontakt eller påbörja annan somatisk eller psykiatrisk behandling (inklusive sådan för skadligt bruk och beroende) som bedrivs av andra verksamheter och som den enskilde är i behov av.

Tillgängligheten till skadereducerande och hälsofrämjande insatser genom en sprututbytesverksamhet behöver öka i hela landet, samtidigt som dessa insatser knyts samman med andra hälso- och sjukvårdsinsatser som är viktiga för den psykiska och fysiska hälsan. Hur detta kan uppnås kan se olika ut. Det kan handla om att utveckla samarbete mellan sprututbyte och andra vårdinstanser eller att göra verksamheten mobil i vissa delar.

Inom dagens gällande föreskrift SOSFS 2007:2 anges att verksamheten i tillräcklig omfattning ska bemannas med läkare som har specialistkompetens i infektionssjukdomar, socionomer, sjuksköterskor och barnmorskor. Föreskriften anger också ett antal vaccinationer som den som byter sprutor ska erbjudas, vissa provtagningar och behandlingar samt att den enskilde ska erbjudas samtal för att motiveras att upphöra med sitt missbruk.

Nuläge i Blekinge

Regional primärvård i Blekinge

Idag saknas strukturell samverkan på gruppnivå mellan primärvården och sprututbytesprogrammet. För att regionen ska klara uppdraget att utveckla dagens sprututbytesverksamhet mot en lågtröskelmottagning behöver ett samarbete mellan primärvård och sprututbytesverksamhet utvecklas.
Samarbetet behöver utvecklas i den riktning där primärvårdens vårdinsatser ska nå målgruppen och inkluderas i omställningen till *God och Nära vård med primärvård som nav*.

Kommunerna i Blekinge

Även om kommunernas vuxenenheter känner till sprututbytesverksamheten framkommer i våra verksamhetsintervjuer att det idag saknas ett strukturerat samarbete mellan kommunernas olika socialtjänstverksamheter och sprututbytesprogrammet. För att regionen ska klara uppdraget att utveckla dagens sprututbytesverksamhet mot en lågtröskelmottagning behöver ett samarbete mellan kommunerna och sprututbytesverksamhet utvecklas.
Samarbetet behöver utvecklas i den riktning där kommunernas rådgivning samt stödinsatser ska nå målgruppen och inkluderas i omställningen till *God och Nära vård med primärvård som nav*.

Specialistvård Region Blekinge

Region Blekinges sprututbytesmottagning är lokaliserad i Karlskrona och är en del i infektionsmottagningens verksamhet. I våra patient- och brukarintervjuer framkommer att information om sprututbytesverksamheten skulle behöva vara tydligare.

Verksamheten är utformad utifrån den föreskrift som idag gäller för verksamheten. Verksamheten utgår från ett flexibelt arbetssätt för att försöka möta den enskildes individuella behov. Patientutbildningarna som uppges i föreskrift bedrivs och efter den enskildes önskemål erbjuds även stöd när kontakt med annan verksamhet är aktuell. Motiverande samtal registreras inte som en specifik aktivitet i befintligt journalsystem utan är en del av besöket. Detta leder till att det saknas möjlighet att följa antal motiverande samtal och dess olika syften och utfall.

Vaccinationer erbjuds och antal visas i tabell nedan.

Volymer	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt antal patienter	61	58t	58	66	68
Vaccinationer	4	7	15	2	7
Sprututbyte	519 tillfällen	480 tillfällen	496 tillfällen	442 tillfällen	392 tillfällen

(tabell visar vilka insatser sprututbytesmottagningen erbjuder idag och vilka volymer)

Inför att sprututbytesmottagningen skulle öppna 2016 baserades de personella resurserna på beräkningar om ca 200 individer som skulle kunna bli aktuella för mottagningen. Då sprututbytesmottagningen bedrivs parallellt med annan verksamhet inom infektionsmottagningen har man därför en uppskattad resursfördelning enligt följande:

- 0,1 % årsarbetare (åa) läkare
- 0,5 % åa sjuksköterska
- 0,1 % åa kurator
- Medicinsk sekreterare.

Verksamheten har ingen riktad barnmorska utan vid behov görs individuella lösningar.

4.2.4 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.

Samsjuklighetsutredningens förslag

Socialtjänstens uppdrag inriktas på fyra områden

Socialtjänstens uppdrag ska enligt utredningens förslag inriktas på fyra områden när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende. När det gäller det första och sista ansvarsområdet föreslår utredningen inga ändringar i nuvarande lagstiftning, men för område 2 och 3 föreslår utredningen att socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende förtydligas. Områdena som utredningen framhåller är:

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 som går helt i linje med den nya socialtjänstlagen, där socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende inriktas på det som 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.

Socialtjänstens ansvar kommer som tidigare har framgått att förändras för personer med skadligt bruk och beroende och samsjuklighet. Förändringen kommer innebära följande:

Ansvar som kvarstår:

- Kartläggning av levnadsförhållanden, uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att motverka skadligt bruk och beroende.
- Insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Ansvar som förtydligas:

- Sociala stödinsatser för boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang, med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till ett självständigt liv.
- Stöd till anhöriga.

Ansvar som försvinner:

- Att aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket.

Nuläge i Blekinge

Regional primärvård i Blekinge

Förslaget berör primärvården utifrån att det behöver finnas etablerad och strukturerad samverkan mellan kommun och primärvård främst för att öka förutsättningarna för kommunernas uppsökande arbete. Idag ser vi att det saknas ett sådant samarbete för målgruppen. Däremot kan vi se att inom område barn och unga finns några exempel på strukturerat samarbete mellan primärvård, specialistvård och kommun. Några av dessa exempel som berör målgruppen skadligt bruk och beroende och samsjuklighet kommer beröras längre ner i detta avsnitt.

Insatser för barn och unga

Detta projekt har avgränsats till vuxna 18 år och uppåt. Men vi kan konstatera att det i länet finns ett pågående utvecklingsarbete som kommer vara till fördel för målgruppen barn med skadligt bruk och beroende. Exempel på pågående utvecklingsarbeten är:

- ”En väg in”- Kontaktcenter för barn och ungas psykiska hälsa för att förbättra och snabba på triagering till rätt vårdnivå.
- Mariamottagning - Integrerad vård för barn och unga med skadligt bruk och beroende (en förstudie inom Uppdrag Psykisk Hälsa).

- Barnahus – En samarbetsform mellan myndigheter, region och kommun för barn som misstänks vara utsatta för brott eller barn som är misstänkta för brott (en förstudie inom Uppdrag Psykisk Hälsa).

Kommunerna i Blekinge

Kommunerna kommer att få både ett förändrat och förstärkt ansvar för personer med skadligt bruk och beroende och samtidig psykiatrisk diagnos om samsjuklighetsutredningens förslag genomförs. För att kommunerna ska klara av det förändrade och förstärkta ansvaret behöver kommunerna genomföra olika förflyttningar som även går i linje med omställningen till nära vård och den nya socialtjänstlagen.

Förebyggande och uppsökande arbete

Kommunerna måste fortsätta ställa om sitt arbete till ett mer förebyggande och uppsökande arbete. Socialtjänsten är idag som huvudsak organiserade för att handlägga ärenden när problem redan har uppstått i Blekinge.

Ett sätt att göra sig förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen är att genomföra en uppsökande verksamhet. En uppsökande verksamhet kan bidra till både kontakt med invånare och information till invånare. Som tidigare nämnts så kan användning av screeningverktyg som exempelvis AUDIT/DUDIT användas för att upptäcka alkohol eller narkotikaproblem. I kommunens verksamheter som möter behov av ekonomiskt bistånd och LSS kan en strukturerad användning av sådana screeningverktyg bidra till en tidigare och mer förebyggande socialtjänst. Kunskap om alkohol, narkotika och risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekterna kopplat till detta särskilt i verksamheter som möter barn och unga kan även det bidra till ett tidigt och förebyggande arbete mot skadligt bruk och beroende och samsjuklighet. Idag finns det ingen kommun i länet som har ett uppsökande team för vuxna, däremot förekommer fältgrupp för unga. Även BarnSäkert och familjecentral som tidigare nämnts räknas som ett förebyggande och uppsökande arbete.

Sociala stödinsatser i stället för behandling

Socialtjänstens insatser ska i stället för att rikta sig mot behandling vara att främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet, samt frigöra och utveckla resurser.

Exempel på stöd och hjälp som lyfts fram både i samsjuklighetsutredningen och de patient- och brukarintervjuer som är genomförda under projekttiden är boende, studier/arbete/sysselsättning, social gemenskap, relationer och fritid.

Nedan finns en tabell på rekommenderade stöd- och hjälpinsatser som riktar sig till individer med skadligt bruk och beroende. Insatserna rekommenderas av de nationella riktlinjerna för skadligt bruk och beroende och rekommenderas i samsjuklighetsutredningen. Insatserna stämmer även överens med vilken stöd och hjälp som patienter/brukare själva efterfrågar. I tabellen framgår även vilka kommuner som idag redan har insatsen att erbjuda.

Insats	Kommun
IPS (Individanpassat stöd till arbete)	Karlskrona Ronneby
Bostad Först	Karlskrona

	Ronneby
Boendestöd	Karlskrona Ronneby Karlshamn Olofström Sölvesborg
Case Management	Karlskrona Ronneby

Anhöriga

Socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende ska tydliggöras. Stöd från det personliga nätverket kan påverka benägenheten att söka hjälp samt förmågan att genomföra en behandling för skadligt bruk och beroende. I intervjuer med samsjukliga som genomförts inom ramen för detta projekt framgår tydligt att stöd till närstående efterfrågas och att man gärna ser att nätverket ska bjudas in och bli delaktiga i rehabiliteringen. Upplevelsen är idag att stöd till anhöriga eller att involvera anhöriga i vården av närstående inte är tillräcklig eller ibland saknas helt.

Flera kommuner kan idag erbjuda anhörigstöd. Däremot är det inte alla kommuner som erbjuder insatser som involverar den enskildes nätverket för att bidra till rehabilitering. I Karlskrona arbetar man med rådslag vilket innebär att nätverket bjuds in för att bidra till återhämtningsprocessen för den enskilde. Tyvärr har det visat sig svårt att implementera och därmed används inte rådslag i den utsträckning som kommunen hade önskat.

Specialistvård Region Blekinge

Förslaget berör specialistvården då det behöver finnas en etablerad samverkan med kommunerna för att öka förutsättningarna för kommunernas uppsökande arbete. Idag finns inom länet olika sätt att samarbeta mellan specialistvården och kommunerna. Däremot finns inget enhetligt sätt för samarbete över hela länet.

Personal från Karlskrona kommun besöker beroendeavdelningen kontinuerligt varje vecka för att möta invånare som vill ha mer information om socialtjänstens arbete eller ta emot en ansökan om vård- och stödinsatser.

Exempel på några befintliga överenskommelser i länet idag

Tidiga samordnade insatser - TSI

Tidiga samordnade insatser betyder att personal från skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst arbetar tillsammans. Samordningen behövs för att skapa en helhet kring insatser för barn och unga som är i behov av stöd från flera aktörer. TSI är inte en viss metod utan bygger på att verksamheterna har en gemensam struktur. På så vis ska alla barn och unga få stöd och hjälp i tid utifrån sina och familjens behov.

BarnSäkert

Barnhälsovården i Blekinge arbetar med BarnSäkert-modellen vars mål är att erbjuda barn de bästa möjliga förutsättningarna för en god och jämlik hälsa och utveckling samt en barndom fri från våld och försummelse, genom att stödja föräldrar och stärka familjer.

BarnSäkert är ett samarbete mellan barnhälsovården (BHV) och socialtjänstens förebyggande verksamhet. Arbetssättet bygger på modellen Safe Environment for Every Kid (SEEK). Vid de ordinarie BVC-besöken (vid 6–8 veckor, 4 månader, 10 månader, 18 månader, 2,5 år och 4 år) erbjuds varje förälder att fylla i ett föräldraformulär om psykosociala svårigheter i barnets hemmiljö. Svårigheterna gäller ekonomisk oro, nedstämdhet, extrem stress och riskbruk eller missbruk av alkohol hos föräldrarna samt våld i nära relationer. Vid det efterföljande samtalet med BHV-sjuksköterskan kan föräldern reflektera över sin situation och eventuella stödbehov.

Familjecentral

På en familjecentral samlas det mesta som en familj behöver under ett och samma tak. Familjen får tillgång till barnmorskemottagning, barnhälsovård, öppen förskola, tandvård, rådgivning och stöd från socialtjänsten samt möjligheten att träffa andra vuxna och barn. I Blekinge är det Karlskrona som har den första familjecentralen i länet och verksamheten bedrivs i samverkan och med samordning av resurser mellan Karlskrona kommun och Region Blekinge.

4.2.5 Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård och boende (HVB)

Samsjuklighetsutredningens förslag

Utredningen konstaterar att de insatser som idag utförs på HVB främst är att betraktas som socialtjänst. Ansvaret för HVB ska därför fortsätta vara ett ansvar för kommunerna.

Samsjuklighetsutredningen kan konstatera att det inom HVB-verksamhet även bedrivs insatser som redan idag anses vara hälso- och sjukvårdsinsatser. HVB omfattas inte av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret enligt 12 kap. Hälso- och sjukvårdslagen (HS). Det innebär att alla hälso- och sjukvårdsinsatser som idag ges i samband med en placering på ett HVB är regionens ansvar även i de fall personen är placerad utanför regionen där hen är bosatt. Ett samarbete kring dessa placeringar är därför en förutsättning.

Samsjuklighetsutredningen föreslår att definitionen av HVB ska ändras och beskrivas som *ett hem inom socialtjänsten som i förening med boende ger stöd och hjälp att utveckla den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv*. De insatser som avses med stöd och hjälp kan exempelvis vara:

- Psykosocialt stöd
- Manualbaserade program med fokus på social färdighetsträning och självständighet
- Aktiviteter i dagliga livet (ADL)
- Nätverksarbete
- Stöd i myndighetskontakter och planering av det fortsatta stödet i öppna former.

Samsjuklighetsutredningen föreslår att i de fall när socialtjänsten beslutat om en insats genom vistelse på HVB ska regionen underrättas och kallas till upprättande av en individuell plan.

Nuläge i Blekinge

Regional primärvård i Blekinge

Personer som placeras på ett HVB kan redan idag komma att vara i behov av den vård som ges av en primärvård. I de intervjuer som vi har genomfört framgår att SIP används i låg utsträckning inför en placering på HVB. Skälen som anges till detta är att vägarna för att skicka kallelser till primärvården och vem som ska kallas till SIP upplevs oklart och svårt. Kunskapen kring vad som kan förväntas av respektive vårdnivå beskrivs som otydligt och detta menar man bidrar till att SIP används i låg utsträckning inför en HVB – placering.

Kommunerna i Blekinge

För kommunerna innebär detta en förändring i arbetssätt. Kommunerna behöver lägga mer fokus på det sociala stödet i sina utredningar inför en placering på HVB än vad man gör idag.

Det framgår tydligt av länets gemensamma överenskommelse att SIP ska användas inför en placering på HVB i de fallen brukaren/patienten har behov av insatser från båda huvudmännen. Men upplevelsen är att SIP används i låg utsträckning i dessa sammanhang.

Kommunerna beskriver framför allt svårigheterna att sammankalla primärvården till SIP, av samma skäl som tidigare nämnts under primärvården. Däremot ser man det som betydligt enklare att sammankalla specialistvården till SIP men att detta ofta genomförs under eller vid avslutningen av en placering.

HVB-placeringar innebär idag stora kostnader för kommunerna. Av de verksamhetsintervjuer som genomförts framgår att samma individer ansöker om återkommande placeringar. I flera fall beskrivs att den enskilda efter en placering inte erhåller tillräckligt anpassat stöd och att samordningen med andra verksamheter brister. Ett förnyat arbetssätt beskrivs som nödvändigt för att uppnå en mer personcentrerad och kostnadseffektiv vård. Nedan finns en tabell som visar hur många HVB-placeringar som kommunerna har haft under en femårsperiod.

Kommun	HVB placeringar mellan åren 2019-2023	Total kostnad HVB år 2019-2023
Ronneby	171	58 974 697 mkr
Olofström	41	9 859 000 mkr
Sölvesborg	47	7 333 000 mkr
Karlshamn	85	3 177 650 mkr
Karlskrona	318	108 580 000 mkr

Specialistvård Region Blekinge

Till skillnad från primärvården finns det ett tätare samarbete idag mellan specialistvården och kommunerna. Dock används SIP i låg utsträckning vid inledningen av vård på HVB. Planeringen sker ofta genom att en enskild handläggare inom kommunens verksamhet ringer in till beroendeavdelningen för att göra en inläggningsförfrågan inför en placering. Dialogen

sker därför inledningsvis enbart mellan sjukvårdspersonal och socialtjänstens myndighetspersonal. SIP-möten på beroendeavdelningen är ovanliga inför en HVB-placering. SIP-möten under en HVB-placeringen eller inför vårdens upphörande är betydligt vanligare inom hela den specialiserade beroendevården och psykiatrin.

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

Samsjuklighetsutredningens förslag

Utredningen föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Verksamheten ska regleras i en ny lag. Syftet med verksamheten ska vara att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser utgå från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang samt främja personens hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Verksamheten ska ha en gemensam ledning och styrning från kommun och region.

Verksamheten ska vända sig till i huvudsak vuxna individer som inte tar emot insatser i ordinarie strukturer, där insatser i öppen och slutenvård prövats och där samordningsverktyg som SIP eller fast vårdkontakt inte bedöms som tillräckligt. För att ingå i verksamheten beskriver utredningen två olika kriterier.

- Det första kriteriet är behovet av både hälso- och sjukvårds- 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 är verksamhetens uppdrag att bedöma om en person tillhör ovanstående målgrupp och därav få tillgång till verksamhetens insatser. När en person har tvångsvård enligt den nya förslagna tvångsvården Lag om psykisk tvångvård (LPT) men även lag om rättspsykiatrisk vård (LRV) ska det enligt utredningens förslag alltid övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för verksamheten.

Lagen kommer inte att styra vilka metoder eller modeller av integrerad vård som ska användas i en sådan verksamhet men utredningen lyfter att det finns evidensbaserade metoder som är att rekommendera. Exempel på evidensbaserade metoder är Acceptance and commitment therapy (ACT) och Flexible assertive community treatment (FACT), men det är upp till region och kommun att gemensamt komma överens om vilken kunskapsbaserad metod som är mest lämplig för sin verksamhet.

Insatserna som ges av verksamheten sker i öppen form men kan i vissa fall rikta sig till personer som vårdas i heldygnsvården. Insatserna är frivilliga men ett motiverande arbete ingår även i verksamhetens uppdrag.

Verksamheten ska innehålla:

- Uppsökande arbete
- Hälso- och sjukvårdsinsatser
- Socialtjänstinsatser
- Samordning av ovanstående insatser

För att samordningen inom verksamheten ska fungera på ett optimalt sätt föreslår utredningen att målgruppen som får insatser från vård- och stödverksamheten ska tilldelas en vård- och stödsamordnare som har en koordinerande funktion som ansvarar för att utredning, planering och insatser genomförs både i verksamheten och i andra verksamheter. Funktionen kan jämställas med en Case manager.

Vård- och stödsamordnare kommer att behöva arbeta mobilt och arbeta i den enskildes hem för att erbjuda stöd. Vård- och stödsamordnaren har även en viktig roll att arbeta med att upprätta kontakter och arbeta med civilsamhället för att den enskilde ska få tillgång till bästa möjliga sociala stöd.

Region och kommun har möjlighet att själva anpassa vilka yrkeskategorier som ska arbeta i verksamheten men verksamhetens syfte förutsätter att arbetet sker multiprofessionellt utifrån hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen.

Nuläge i Blekinge

Regional primärvård i Blekinge

Idag finns ingen integrerad vård i Blekinge för målgruppen. Utifrån genomförda verksamhetsintervjuer, brukar-/patientintervjuer och vad som framgår av samsjuklighetsutredningen är vår bedömning att Primärvårdens kompetens behöver finnas i verksamheten.

I det pågående omställningsarbetet till *God och Nära vård med primärvården som nav* och dess *närsjukvårdsmodell* i Blekinge finns idag s k samordningssjuksköterskor på de flesta regionala vårdcentraler och i kommunernas hemsjukvård. Syftet med samordningssjuksköterskor är att var *En väg in* där hälso och sjukvårdspersonal enkelt kan lyfta samordningsbehov för vuxna personer med komplexa och omfattade behov.

Kommunerna i Blekinge

Verksamheten behöver ha kompetens om insatser som ska främja sysselsättning och bostad. Liksom tidigare så är det inte nödvändigt att personal från kommunerna har en anställning i verksamheten men det underlättar kontinuitet och samarbete.

Specialistvård Region Blekinge

Vad gäller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) så kan Region Blekinge vårda upp till två patienter inom allmänpsykiatriska slutenvårdsplatser. Denna lösning har en viss undanträngningseffekt på övriga patienter då LRV patienter har en lång vårdtid. Region Blekinge har avtal med rättspsykiatriska kliniken i Växjö som innebär att medborgare tillhörande Blekinge län som är dömda till rättspsykiatrisk vård placeras inom rättspsykiatriska kliniken i Växjö efter dom.

Region Blekinge har ett s.k. LRV-team med uppdrag att ha strukturerade och upparbetade vårdflöden för alla medborgare som är dömda till rättspsykiatrisk vård.

Teamets uppdrag är bland annat att ha nära samarbete med alla de rättspsykiatriska kliniker och teamet hanterar alla länets invånare som är dömda till rättspsykiatrisk vård. Förvaltningsrätten är den som beviljar patienterna som är dömda till rättspsykiatrisk vård en möjlighet att fortsätta verkställigheten under termen LRV i öppenvård. Inledningen till denna vårdform startar ca sex månader innan genom att LRV-teamet inleder en vårdallians med respektive patient och hens behandlare. Tillsammans planeras en överföring av lagrum och en s k utslussning från rättspsykiatrisk klinik till hemkommun. Teamet består av personal från regionens psykiatri men saknar personal från socialtjänstens verksamheter. Däremot arbetar man tätt med de flesta kommuner i länet inom ramen för SIP eller annan vårdplanering.

Det är viktigt att den särskilda verksamheten har tillgång till specialistkompetens inom psykiatri och kompetens inom beroendemedicin. Liksom för primärvården så är det inte nödvändigt att personal från specialistvården har en anställning i verksamheten men det underlättar kontinuitet och samarbete. Det är det integrerade arbetssättet som är det avgörande inte själva anställningen.

Blekinge läns LRV öppen-vårdplacering	2019	2020	2021	2022	2023
LRV-teamets personella resurser inkl. psykiatriker	4,2 åa	4,2 åa	4,2 åa	4,2 åa	4,2 åa
LRV-belastade medborgare	16	15	16	16	17

(tabell visar antal medborgare över en femårsperiod vars delar av ansvar åligger LRV-teamet)

LRV-teamet är välfungerande utifrån samordning, personcentrering och behovsanpassning för den enskilde och har stora erfarenheter att arbeta mobilt och brett vilket även kommer bli en förutsättning för de multiprofessionella team som behövs för att tillskapa en samordnad stöd- och vårdverksamhet.

FACT-team

FACT (Flexible Assertive Community Treatment) är en samhällsbaserad behandlings- och rehabiliteringsmodell som har sitt ursprung i Nederländerna. Modellen innebär att ett multiprofessionellt team erbjuder personer med en svår psykisk sjukdom integrerade insatser i långsiktiga, uppsökande och flexibla former. Teamet kan erbjuda traditionell öppenvårdsbehandling samtidigt som det vid behov kan intensifiera insatserna utifrån den enskildes behov. Teamen är tvärprofessionella och erbjuder samordnat insatser som personen är i behov av som exempelvis:

- Boende
- Sysselsättning
- Psykiatrisk behandling
- Sociala insatser
- Kontinuerlig bedömning av funktion
- Krisinterventioner och krisförebyggande arbete

Av den kartläggning som genomfördes av kommunernas och regionens beroendevård så bedömer medarbetare att det idag finns 216 personer med samsjuklighet som skulle vara i behov av det särskilda samordningsstödet som denna verksamhet kan ge.

4.2.7 Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet

Samsjuklighetsutredningens 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 med 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.

Samsjuklighetsutredningen tydliggör att personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk eller beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud.

Personer som får insatser genom den (av samsjuklighetsutredningen förslagna) samordnade vård- och stödverksamheten kommer under tiden som deltagandet i verksamheten pågår inte att ha behov av ett personligt ombud, men däremot kan ett personligt ombud vara aktuellt när den enskilde ska slussas ut från en sådan verksamhet.

År 2022 hade 239 kommuner (83 procent) en verksamhet som erbjöd personliga ombud 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 av personliga 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 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 i Blekinge

Regional primärvård i Blekinge

Av de verksamhetsintervjuer som har genomförts inom ramen för projektet framgår att primärvården i låg utsträckning samarbetar med personliga ombud. Att tillgången på personliga ombud finns är inte heller känt för hela primärvårdens personal som möter patienterna.

Kommunerna i Blekinge

Blekinges kommuner har ingått avtal med *Cura Individ* för personliga ombud i länet. Det finns idag fyra personliga ombud i länet. Verksamheten vänder sig till personer med psykiska funktionsnedsättningar, 18 år och uppåt. Personerna ska ha en omfattande psykisk funktionsnedsättning som medför svårigheter för ett fungerande vardagsliv. Det finns inga krav på en fastställd diagnos.

Om erbjudandet om personliga ombud ska utökas enligt samsjuklighetsutredningens förslag kommer antalet personliga ombud behöva öka för att klara uppdraget liksom ett klargörande över vilket uppdrag och vilka gränsdragningar som ska gälla för personliga ombud.

Nedanstående tabell visar hur många individer som har haft personligt ombud genom Cura under en femårsperiod.

Antal	2019	2020	2021	2021	2023
Antal personliga ombud	4	4	4	4	4
Antal klienter	130-160 st	130-160 st	130-160st	130-160 st	130-160 st

(tabell visar dagens Curas bemanning av personliga ombud samt volymsnitt av individer)

Av de verksamhetsintervjuer som genomförts inom ramen för projektet framgår att kommunerna använder sig av personligt ombud i varierande grad. Kommunernas vuxenenheter som ger beroendevård har uppgett att de samarbetar i låg utsträckning med personliga ombud men det är däremot mer vanligt inom verksamheter som arbetar inom funktionsstödsområdet.

Specialistvård Region Blekinge

Av de verksamhetsintervjuer som har genomförts inom ramen för projektet framgår att den psykiatriska specialistvården har ett fungerande samarbete med personliga ombud i länet. Särskilt gäller det personer som vårdas inom heldygnsvården. Den somatiska specialiserade vårdens samverkan och efterfrågan av personliga ombud bedöms vara obefintlig.

Upplevelsen är dock att antalet personliga ombud är för få jämfört med den efterfrågan som finns.

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

Samsjuklighetsutredningens förslag

Utredningen konstaterar att personer med skadligt bruk och beroende och samsjuklighet idag har ett begränsat inflytande över de verksamheter som de får insatser av. Utredningen föreslår att brukarråd bör finnas i alla verksamheter som möter målgruppen och av särskilt intresse bör gemensamma råd över huvudmannagränserna finnas, som kan påverka helheten av de insatser som region och kommun ansvarar för. Strukturer för systematiskt brukarinflytande saknas som regel idag och utredningen föreslår att en nationell motor behöver komma till för att möjliggöra ett systematiskt brukarinflytande.

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 Blekinge

Regional primärvård i Blekinge

Primärvården har inget systematiskt brukarinflytande på gruppnivå för målgruppen idag. Däremot förekommer redovisningar i verksamhetsplaner om utfall av medborgarenkäter som är allmänt riktade till alla patienter som sökt vård i primärvården.

Kommunerna i Blekinge

Kommunerna i Blekinge har inget systematiskt brukarinflytande på gruppnivå för målgruppen idag.

Specialistvård Region Blekinge

Specialistvården har inget systematiskt brukarinflytande på gruppnivå för målgruppen idag. Undantag finns, bland annat så arbetar beroendeavdelningen med brukarrevisioner med hjälp av NSPH. Detta beror på hur verksamheten själv har valt att prioritera och är inget styrt uppdrag för ledningen.

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

Samsjuklighetsutredningens 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 den vård och de insatser som den enskilde erbjuds. 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 kan 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.

Nuläge i Blekinge

Regional primärvård i Blekinge

Kartläggningen visar att det finns brister i både statistikföring, diagnostisering och uppföljning/utvärdering av den vård som idag ges till målgruppen av primärvården.

Kommunerna i Blekinge

Kartläggningen visar att det finns brister i både statistikföring, diagnostisering och uppföljning/utvärdering av den vård som idag ges till målgruppen av kommunerna.

Specialistvård Region Blekinge

Kartläggningen visar att det finns brister i både statistikföring, diagnostisering och uppföljning/utvärdering av den vård som idag ges till målgruppen av den specialiserade beroendevården och psykiatri.

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

Samsjuklighetsutredningens 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 kommunen. Utredningen gör bedömningen att eftervården brister och att samarbete med psykiatrin ofta 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 lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) upphör och att Statens institutionsstyrelse inte längre ska ha uppdraget att bedriva tvångsvård för vuxna personer med skadligt bruk eller beroende.

Personer som i dag inte vårdas i den psykiatriska slutenvården kommer att göra det efter reformens förslag men under mycket kortare tider än dagens LVM vård men vårdtiden för denna målgrupp kan dock bli längre än dagens slutenvård enligt LPT. Samsjuklighetsutredningen talar om upp till 6 veckor till skillnad mot dagens 6 månader för LVM.

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. Samsjuklighetsutredningen 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.

Kommuner kan i och med detta komma att behöva utveckla nya boendeformer 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 skälig 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 av personer som omhändertas med stöd av Lagen (1976:511) om omhändertagande av berusad person (LOB) då de ofta befinner sig i en mycket utsatt situation och det kan finnas allvarliga hälsofaror. Varje år är det flera personer som dör i arresten. Trots att lagstiftarens avsikt att ca 70% ska tillnyktra i arresten. Vidare uppger samsjuklighetsutredaren att det inte är 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.

Nuläge i Blekinge

Blekinge län har nio tillnyktringsplatser, s.k. LOB, lokaliserade i Karlskrona. Beläggning av dess platser är växlande och uppges beläggas framför allt under fredag-lördagsdygnen. Ett ökat samarbete med Polismyndigheten i länet behöver genomföras när reformen är beslutad då samsjuklighetsutredningen föreslår ett förtydligande av att regionernas hälso- och sjukvård är huvudregel om inte ordning eller säkerhet kräver att polis tar personen i förvar.

Idag vårdas målgruppen för reformen framför allt inom beroendevårdens verksamheter, men i ett akut skede kan vård påbörjas både i den somatiska och psykiatriska akutverksamheten.

Beroendekompentens behöver kartläggas inom regionens och kommunernas berörda verksamheter. För att vårdkedjan ska säkerställas behöver verksamheter kompetensutvecklas avseende beroendetillstånd, både på bas -och expertnivå. Ett proaktivt arbete har sin grund i genomarbetade bedömningar av riskbeteende och genom detta säkerställs vård med bästa effekt med minsta möjliga insatser.

Regional primärvård i Blekinge

Personer som tvångsvårdas har ofta ett omfattande somatiskt vårdbehov och behöver därför i de flesta fall ha kontakt med primärvården eller en somatisk specialistverksamhet för att få rätt vård. En möjlighet är att primärvården erbjuder en fast läkar- eller teamkontakt för att säkerställa helheten för den enskilde.

Om tvångsvårdslagstiftningen förändras kan det komma att innebära att läkare inom primärvården ska bedöma förutsättningarna för tvångsvård. Detta är en kompetens som specialister inom allmänmedicin oftast saknar idag och behöver därför utredas vidare.

Kommunerna i Blekinge

Om tvångsvårdslagstiftningen förändras kommer samordningsinsatserna mellan kommuner och region kvarstå.

Kommunerna kommer att behöva lägga mer resurser på sociala stödinsatser som främjar personens möjligheter till bostad och arbete/sysselsättning efter att tvångsvård upphör eller bedöms kunna fortsätta genom tvång i öppenvård. Idag genomförs en LVM-placering oftast under sex månader. Under denna tid ska berörd kommun säkerställa möjligheten till boende och sysselsättning för den enskilde efter hävd tvångsvård. Detta innebär att vårdkedjan behöver effektiviseras.

Som en del i omställning till effektiva vård -och omsorgs kedjor behöver kommunerna dessutom säkra insatser som exempelvis Bostadförst och andrahandsavtal för målgruppen. Avtal med nuvarande bostadsbolag behöver motsvara reformens nya krav.

Kommunerna behöver även se över vilka sysselsättningsmöjligheter som finns och skapa förutsättningar för de volymer som kommer behövas.

Specialistvård Region Blekinge

Enligt nuvarande LVM-lagstiftning ska all tvångsvård inledas inom den regionala sjukvården. I Blekinge inleds LVM-vård idag på beroendeavdelningen inom ramen för kommunernas och regionens tillnyktringsavtal. Det innebär att Blekinges kommuner idag är med och medfinansierar ett antal vårdplatser på beroendeavdelningen. Med anledning av regionens och

kommunens förändrade ansvar för personer med skadligt bruk och beroende kommer ett sådant avtal inte längre vara aktuellt.

Det utökade ansvaret för tvångsvården kommer innebära ett behov av fler slutenvårdsplatser. I nedanstående tabell visas hur många individer som kommunen idag tvångsvårdar och har tvångsvårdat under en femårsperiod. Varje tvångsvårdstillfälle varar i regel i nuvarande lagstiftning under 6 månader.

Kommun	LVM placeringar åren 2019-2023
Ronneby	17
Olofström	8
Sölvesborg	27
Karlshamn	26
Karlskrona	35

Tvångsvårdens förändringar enligt reformens betänkande kommer ställa krav på synkroniserade stegförskjutningar inom bland annat specialistpsykiatrin. Att en vårdkedja utgår från individens olika behov av vård- och insatsnivåer och att denna vårdkedja inkluderar tvångsvårdsnivåer är en förutsättning för att även tvångsvården ska bli samordnad, behovsanpassad och personcentrerad.

Reformens tvångsvård behöver samordnas tillsammans med reformens nya vård- och stödverksamhet och utformningen behöver genomföras tillsammans. Dessutom behöver vårdkedjan säkerställa tvångsvårdens effekter för att skapa förutsättningar för vidare vård- och stödinsatser i öppenvård.

Idag vårdar beroendeavdelningen även allmänpsykiatriska patienter. För att tillskapa en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad tvångsvård för patienter med skadligt bruk- och beroende behövs en översyn inom verksamhetsorganisation genomföras.

Regionen behöver ta höjd för att hantera ett ökat inflöde av inneliggande patienter där ett visst antal kommer ha längre vårdtid då LVM vården ska upphöra och inkluderas i LPT vården. Regionen behöver se över hur detta ska organiseras på bästa sätt.

Volymer	2019	2020	2021	2022	2023
Totalt LPT Patienter med bla skadlig bruk och beroende diagnos	25	16	9	20	11
Varav samsjuklighet	12	8	6	12	7

Regionen behöver vidare se över vilken kompentensutveckling som behövs för att vården ska kunna ges samordnat för patienter med skadligt bruk- och beroende och samtidiga psykiatriska diagnoser. Dagens hantering av spelberoende inom specialistpsykiatrin inkluderat beroendeverksamheterna behöver ses över ytterligare och då vid tvångsvårdshantering. Även akutpsykiatrin behöver inkluderas i omställningsarbetet så att inledningen av det akuta skedet

synkroniseras med den övriga vårdkedjan. En möjlighet till differentiering av vårdnivåer inom beroendeavdelningens lokaler bör vidare ses över. Dessa differentieringsmöjligheter bör kunna anpassas så att de följer patientens individuella behov av behandling, genom t.ex. ett inledande bedömningsskede, därefter ett utrednings- och slutligen behandlingsskede.

4.3 Ekonomibehov om förslaget verkställs

I samsjuklighetsutredningen har målgruppens behov varit i fokus. Samsjuklighetsutredningen föreslår tre olika verktyg för att hantera de ekonomiska konsekvenserna av reformen:

Skatteväxling 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,

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 sprututbytesverksamheter utifrån lågtröskelnivå.
- Avskaffande av patientavgifter för deltagare i den samordnade vård- och stödverksamheten.
- Omhändertagande av berusade personer, LOB.

Även om kommunerna och regionerna ska kompenseras ekonomiskt för de nya åtagandena här ovan medför reformen ekonomiska konsekvenser på annat sätt. De nya vårdplatserna som krävs när regionen ska överta den del som idag hanteras enligt LVM ska bemannas och tillgången till ändamålsenliga lokaler blir därför en fråga som kan påverka möjligheten att bedriva psykiatrisk heldygnsvård i den utsträckning som förslagen medför.

Bedömningen som görs är att utan ett tillskott av budgetmedel kommer kommunerna och regionen inte ha möjlighet att genomföra nödvändiga investeringar. Tidsplanen som samsjuklighetsutredningen föreslår är att regionen och kommunerna 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.

De områden som vi ser kan få ekonomiska konsekvenser för Blekinge län är:

- Utökade lokalkostnader.
- Ökning av slutenvårdsplatser.
- Kompetens och utbildningsinsatser.
- Kostnader för utveckling av digitala lösningar.
- Kostnad för utökning av personella resurser.

I denna rapport har ett stort antal utvecklingsområden identifierats som alla inte medför direkta kostnader, utan handlar om rutiner, arbetssätt och samordnad samverkan vilket i bästa fall kommer vara resursbesparande. Redan idag finns riktade länsgemensamma stimulansmedel som utgår från Överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och regioner

inom området -Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Dessa stimulansmedel skulle eventuellt kunna användas för att utveckla insatser som går i linje med samsjuklighetsutredningens förslag.

4.4 Lokalbehov om förslaget verkställs

Samsjuklighetsutredningens förslag kommer att ställa krav på regionens och kommunens lokalbehov. En översyn av lokalbehov tillsammans med specifik översyn av det ökade vårdplatsbehovet behöver utredas vidare inom hela specialistpsykiatrin.

Samsjuklighetsutredningen bedömer att antalet slutenvårdsplatser kommer att öka med 7 % i förhållande till dagens vårdplatsläge med anledning av att personer som idag vårdas enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) istället kommer få vård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Det skulle då motsvara ca 170 slutenvårdsplatser i hela riket.

Idag hanterar beroendeavdelningen även allmänpsykiatriska patienter. Om detta kan kvarstår vid reformens införande behöver utredas vidare.

Lokalfrågan inom regionens verksamheter är en ständig utvecklingsfråga. Samsjuklighetsutredningens förslag kommer ytterligare försvåra en redan ansträngd lokalfråga. Den regionala lokalförsörjningsenheten behöver bli involverad i samsjulighetsreformens påverkan på lokalförsörjningen redan idag för att kunna planera ändamålsenliga lokaler.

Nedanstående förändringar är en sammanställning av vad rapportens olika delar uppmärksammat och som kommer påverka lokalbehoven:

- Ett ökat antal slutenvårdsplatser inom psykiatrin och differentieringsmöjlighet inom beroendeavdelningens verksamhet
- Placering och uppbyggnad av en ny samordnad vård- och stödverksamhet
- Uppbyggnad av lågtröskelverksamhet, sprututbytesmottagning.
- Anpassning utefter nya behov i befintliga lokaler inom resterande allmänpsykiatriska avdelningar.
- Primärvårdens lokalbehov – om det utökade uppdraget läggs in i Hälsovalsuppdraget kommer alla vårdcentraler att behöva ta höjd för ökade patientflöden i sina lokaler.
- Eventuell uppbyggnad av länsgemensamt HVB.

4.5 Behov av personella resurser om förslaget verkställs

Regionernas verksamheter, primärvård, specialiserad somatisk vård och psykiatri inklusive beroendevården behöver planeras gemensamt för att kunna 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 och personella resurser till hälso- och sjukvården men även en kompetensutveckling hos redan befintlig personal.

Förslagen i samsjuklighetsutredningen kommer att öka antalet patienter som vårdas i den psykiatriska heldygnsvården och därmed kommer bland annat behovet av hälso- och sjukvårdspersonal öka.

Redan idag har Region Blekinge svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens. I samsjuklighetsutredningen görs bedömningen att dessa förslag inte på ett avgörande sätt påverkar den utmaningen som all vård och omsorg redan idag står inför. Däremot för att hantera kompetensförsörjningen utifrån samsjuklighetsutredarens intentioner kan regionerna behöva utvidga kompetenserna i teamet kring patienten och att medarbetare kan sökas i andra personalkategorier än vad som är norm inom regionen idag, exempelvis behandlingspedagoger. Vidare ses behov av att dagens multiprofessionella team och dess funktionalitet och kompetensbehov behöver utredas vidare.

Vidare behöver kommunerna uppmärksammas på vilka personella kompetensförändringar som behöver genomföras inom den kommunala primärvården för målgrupperna för samsjuklighetsreformen. Privata vårdgivare i Blekinge behöver fortsatt inkluderas i länets stegvisa omställning – dessa har inte inkluderats i denna första kartläggning.

Nedanstående tabell visar hur bemanningen ser ut idag hos kommunerna, (exkl. chefsledet) i de verksamheter som idag ger vård- och behandlingsinsatser i öppenvård i Blekinge fördelat på årsarbetare (åa).

Kommun	Årsarbetare som bedriver behandling
Olofström	3,50 åa
Karlskrona	5,75 åa
Karlshamn	6,0 åa
Sölvesborg	7,0 åa
Ronneby	4,0 åa

5. Projektets genomförande och utfall

Vid årsskiftet 2023–2024 tillsattes två projektledare tillsammans med en projektstyrgrupp och operativ arbetsgrupp. Nedanstående tabell visar projektets ledningsstruktur.

Projektägare	LSVO	Uppdragsgivare och beslutsfattare
Strategisk styrgrupp för UPH-programmet inkl detta projekt	*Förvaltningschefer/motsv.:* Henning Fuhrman, Karlskrona Tobias Ekblad, Karlskrona Annika Mellquist, Region Blekinge	Beredande organ till LSVO och stöd till UPH-programmet inkl projekt.
Projektledare	Lena Danielsson, Region Blekinge Johanna Andersson, Kommunerna	Ansvar för att leda och planera genomförandet av uppdraget samt fördela arbetsuppgifter till arbetsgruppen.
Styrgrupp	*Verksamhetschefer/motsv.:* Helen Ahlberg, Karlshamn Sylvia Eriksson-Jonasson, Karlskrona Helen Hagegren, Olofström Henrik Molin, Ronneby Julia Lundin, Sölvesborg Carina Söderholm, Region Blekinge	Styra projektet och besluta inom ordinarie mandat.
Operativ arbetsgrupp	*Avdelningschefer/motsv.:* Jenny Andersson, Karlshamn Nina Bjelke, Karlskrona Jimmie Johansson, Olofström Petter Augustsson, Ronneby Camilla Wiik Stensson, Sölvesborg Peter Stålhandske, Region Blekinge Helena Wettergren, Region Blekinge Anneli Nilsson, Region Blekinge	Ansvar för operativt genomförande.

Projektledarna har haft återkommande regelbundna möten under våren där genomförandet av kartläggningen togs fram och beslutades.

Kartläggningen genomfördes under fem steg under våren/sommaren som skulle ge svar på projektets uppdrag. Denna ledningsstruktur har säkerställt genomförandet av kartläggningen och verkat som länk mellan projekt och berörda verksamheter på ett fruktsamt sätt.

Kartläggning har dock haft en del utmaningar som bör belysas. Att få tillgång till nödvändig statistik från verksamhetssystemen har varit utmanande likaledes säkerställande av befintlig statistik.

Projektet beslutade genomföra djupintervjuer med brukare/patienter och anhöriga. Intervjuerna genomfördes av NSPH:s brukarrevisorer med intentionen att minska beroendeförhållandet mellan den intervjuade och den som intervjuar.

Trots den koppling som projektet haft genom en välfungerande projektledningsstruktur visade det sig ändå vara svårt att få deltagare att medverka i intervjuer i det antal som projektet satt som mål.

Under hösten har projektet övergått till analys och bearbetningsfas. Under analys och bearbetningsfas ses en avsaknad av metodstöd, statistikanalytiker, ekonom och kommunikatör.

Senare delen av bearbetningsfasen har rapporten genomgått flera interna remissrundor där projektets ledningsstruktur lämnat synpunkter.

Nedanstående tabell visar fördelningen av medel och dess utfall under året. Projektet har inte haft några omkostnader för metodstöd, varför de medlen kvarstår.

Budget	Summa år 1	Utfall
Projektledare 50 % x 2	900 000 tkr	900 000 mkr
Metodstöd 10 %	100 000 tkr	100 000 tkr
Kringkostnader för uppdraget	50 000 tkr	25 000 kr
Totalt	1 050 000 mkr	1 025 000 mkr

6. Analys, slutsatser och vidare rekommendationer

Förslag på förändringar kommer nedan utgå initialt utifrån projektets fyra huvuduppdrag, därefter kommer förslag på förändringar presenteras utifrån samsjuklighetsutredningens tio bärande delar.

De tre största gapen som identifieras gemensamt av både patienter, brukare, anhöriga och professioner kan sammanfattas på följande vis:

- Bristande helhetsperspektiv.
- Behov av integrerade arbetssätt.
- Behov av säkerställande av vårdövergångar och vård och omsorgsprocesser.

Rapporten bör läsas i sin helhet för att få en helhetsbild av länets nuläge i förhållande till samsjuklighetsutredarens förslag. För att underlätta för läsaren ger projektledarna en kort resumé av reformen under varje rubrik innan de lokala förslagen på förberedelser och utveckling presenteras.

6.1 Förslag på förberedelser och utveckling mot samsjuklighetsutredningens 10 bärande delar samt 10 målbilder.

Primärvårdens förberedelser i kommun och region

Utredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård får ett tydligare ansvar för skadligt bruk- och beroende. Hälso- och sjukvården ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende och det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen.

Med behandling avses åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Behandlingsinsatser är delat idag mellan de två huvudmännen, kommunen och regionen.

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.

Primärvården är en viktig aktör för att kunna uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk eller beroende och samtidig psykisk ohälsa. Screening och kunskap om alkohol, narkotika, spel och risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekterna bör särskilt uppmärksammas i regionens förberedelsearbete inför införandet av reformen.

Kommunernas primärvård har ett ansvar att förse medarbetare med grundläggande kunskap om skadligt bruk och beroende. Anledning till detta är främst för att kunna identifiera olika former av riskbeteenden och skadligt bruk och beroende. Screeningverktyg är bra att använda inom hemsjukvården men även inom elevhälsan.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 1: Förstudie Primärvårdens förberedelse
Hur primärvården bäst ska vara organiserad för att klara av att möta det nya uppdraget kring skadligt bruk och beroende behöver utredas vidare inom ramen för en förstudie. Förstudie bör inkludera följande nedanstående punkter: • Översyn av organisationsstruktur för kommunal primärvård och hur en stegvis omställning kan ske för att utveckla stöd och insatser för målgruppen inom hela den kommunala verksamheten. • Översyn av organisationsstruktur för regionala primärvårdsuppdraget (Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval i Blekinge) hur en stegvis omställning kan ske för att utveckla stöd och insatser för målgruppen inom hela den regionala verksamheten. • Översyn av nuvarande överenskommelse mellan primärvårdspsykiatri och specialistpsykiatri så att även målgruppen patienter med skadligt bruk och beroende eventuellt med samsjuklighet inkluderas. • Förslag på en arbetsstruktur för att säkerställa fast läkarkontakt/teamkontakt för målgruppen. Särskilt titta på *Närsjukvårdsmodell i samverkan.* • Ge förslag på nya arbetssätt för att arbeta mer förebyggande och främjande exempelvis nyttja screeningverktyg, uppmärksamma riskbeteenden, triagering kopplat till kliniska bedömningar, digitala och mobila lösningar för en mer tillgänglig primärvård nyttjande av diagnoskoder så att dessa följer nationella kunskapsstyrningens rekommendationer. • Förslag på en effektiv resursöverföring mellan kommun och primärvård inkluderat bemanningsbehov, kompetensbehov och lokalanpassningsbehov. • Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Kommunernas specifika förberedelser

Socialtjänstens uppdrag ska enligt utredningens förslag inriktas på fyra områden när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende. När det gäller det första och sista ansvarsområdet föreslår utredningen inga ändringar i nuvarande lagstiftningen, men för område 2 och 3 föreslår utredningen att socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende förtydligas. Områdena som utredningen framhåller är:

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.
5. Insatser för att barn och unga ska växa upp under goda och trygga förhållanden.

Kommunerna måste fortsätta ställa om sitt arbete till ett mer förebyggande och uppsökande arbete. Socialtjänsterna i Blekinge är idag huvudsakligen organiserade för att handlägga ärenden när problem redan har uppstått.

Ett sätt att göra sig förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen är att genomföra uppsökande verksamhet. Uppsökande verksamhet kan bidra både till kontakt med och information till invånare. Personer med samsjuklighet har generellt en sämre hälsa och kan ha svårt att samordna sina insatser utan stöd.

Som tidigare nämnts så kan användning av screeningverktyg som exempelvis AUDIT/DUDIT användas för att upptäcka alkohol eller narkotikaproblem. I kommunens verksamheter som möter behov såsom ekonomiskt bistånd och LSS, kan en strukturerad användning av sådana screeningverktyg bidra till en tidigare och mer förebyggande socialtjänst.

Kunskap om alkohol, narkotika och risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekterna kopplat till detta, särskilt i verksamheter som möter barn och unga, kan också bidra till ett tidigt och förebyggande arbete mot skadligt bruk och beroende och samsjuklighet. Idag finns det ingen kommun i länet som har ett uppsökande team för vuxna, däremot förekommer fältgrupp för unga. Även modellerna BarnSäkert och familjecentral räknas som förebyggande och uppsökande verksamheter.

Två av länets kommuner har infört metoden Bostadförst som har god evidens. Projektet föreslår att samtliga kommuner i Länet inför metoden. Syftet är att säkerställa att målgruppen erhåller ett boende.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 2: Förstudie Uppsökande och förbyggande arbete.
Hur kommunerna bäst ska vara organiserade för att klara att möta det uppdraget som rör uppsökande och förebyggande arbete som riktas mot målgruppen. Detta behöver utredas vidare inom ramen för en förstudie och bör inkludera nedanstående punkter: • Översyn av organisationsstruktur för att nå personer med samsjuklighet. • Ge förslag på nya arbetssätt som möjliggör att personal på exempelvis sprututbytesmottagning eller LARO-mottagning möter upp på platser där målgruppen finns för att ge råd och erbjuda stödinsatser. Förslaget ska även innefatta möjlighet till samarbete över kommungränser och mobila verksamheter.

- Översyn om hur kommunerna, själva eller tillsammans över kommungränserna, liksom samordnat med primärvård och specialistpsykiatri (inkl. beroendeverksamheterna) utvecklar team som arbetar uppsökande för målgruppen.
- Förslag på bemanningsbehov, kompetensbehov -och lokalanpassningsbehov.
- Bereda och utreda möjlighet till mobil verksamhet och digitala lösningar.
- Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Förslag 3: Förstudie Brukardrivande verksamhetsutveckling för arbete/sysselsättning.

Nya arbetssätt behöver tas fram för hur kommunerna bäst ska erbjuda målgruppen stöd till arbete och sysselsättning. Hur ett sådant arbetssätt skulle utformas föreslås utredas vidare inom ramen för en förstudie och bör inkludera nedanstående punkter:

- Att kommunerna ingår ett samarbete med Riksförbundet för social och mental hälsa utbildning som innebär ett projekt för att personer med samsjuklighet ska inkluderas i arbetsmarknaden och samhället i övrigt.
- Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Specialistvårdens förberedelser

Samsjuklighetsutredningen 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 att utredning, behandling, resurser och insatser för skadligt bruk eller beroende koordineras med resurser och insatser för att utreda och behandla andra psykiatriska tillstånd. Det kan till exempel ske genom samordning mellan olika verksamheter och genom samordnade team inom en verksamhet.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 4: Förstudie av utveckling av LARO- och sprututbytesmottagning i länet
Hur regionens verksamheter inom LARO och sprututbytesmottagning bäst organiseras för att möta uppdraget som rör sammanhållen, personcentrerad och behovsanpassad vård som riktas till målgruppen. Detta behöver utredas vidare inom ramen för en förstudie och bör inkludera nedanstående punkter: • Översyn av organisationsstruktur för beroendemottagning och sprututbytesmottagning för att utveckla en sammanhållen vård för målgruppen. • Utveckla nya arbetssätt och undersöka möjligheterna till hur verksamheterna kan bli mer tillgängliga i hela länet, exempelvis genom mobila verksamheter, utveckla sprututbytesverksamheten till en lågtröskelmottagning samt utveckla flexibla lösningar för sprututbytet, naloxon och LARO behandling. • Förutsättningarna för att göra LARO mer tillgängligt för hela länets invånare och därmed ge förslag på hur beroendemottagningens nuvarande uppdrag skulle kunna utökas och samordnas. • En struktur för samverkan mellan primärvård, socialtjänst, infektionsklinik och specialistpsykiatrins beroendevård samt specialistpsykiatrin. • Kartläggning av bemanningsbehov, kompetensbehov och lokalanpassningsbehov. • Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Utveckla den specialiserade beroendevårdens och specialistpsykiatrins uppdrag inkl. tvångsvård

Utifrån samsjuklighetsutredningens förslag om regionens utökade ansvar för vård och samordning för personer med samsjuklighet ses att beroendeavdelningen, beroendemottagningen och övrig specialistpsykiatri behöver se över och till viss del omformulera sitt uppdrag till en mer personcentrerad vård.

Organisationsförändringar kan bli aktuella, liksom översyn av personal, kompetens och lokaler.

Förslag 5: Förstudie av all berörd specialistvård, specialistpsykiatrins uppdrag inkl. tvångsvård
Hur regionens verksamheter inom specialistvård och specialistpsykiatrins uppdrag inklusive tvångsvård behöver organiseras för att möta uppdraget om en sammanhållen vård till målgruppen. Detta behöver utredas vidare inom ramen för en förstudie och bör inkludera nedanstående punkter: • Översyn av organisationsstruktur och vårdnivåbedömningar för berörd specialistvård för att utveckla en sammanhållen, personcentrerad och behovsanpassad vårdkedja för målgruppen. • Utveckla nya arbetssätt och undersöka möjliggör sammanhållen vård. • Översyn av framtagande av tydlig vårdkedja mellan psykiatrins akutverksamhet, specialistmottagningar och heldygnsvården där denna vårdkedja sammankopplas med vårdkedjan ” vägen in” primärvården, specialiserad somatisk vård och socialtjänst med utgångspunkt, samordning, behovsanpassat och personcentreade vård och insatser. • Kartläggning av bemanningsbehov, kompetensbehov och lokalanpassningsbehov (möjlighet till differentiering inne på beroendeavdelningen) • Beräkning av vårdplatsbehov vid allmänpsykiatrisk slutenvårdsavdelningarna när man inte längre kan belägga beroendeavdelningsvårdplatser med allmänpsykiatriska patienter utan beroendeproblematik. • Översyn av Beroendemottagningen framtida möjligheter att även bedriva psykoterapi, då beroendebehandling och psykiatrisk behandling ska ges samordnat. • Utreda vidare hur arbetet ska utformas när psykiatrisk tvångsvård enligt LPT ersätter LVM. • Utreda vidare hur ett omhändertagande av berusade personer, LOB, ska se ut inom länet baserat på samsjuklighetsutredningens förslag. • Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Gemensamma förberedelser

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

Verksamheten ska vända sig till i huvudsak vuxna individer som inte tar emot insatser i ordinarie strukturer, där insatser i öppen och slutenvård prövats och där samordningsverktyg som SIP eller fast vårdkontakt inte bedöms som tillräckligt. För att ingå i verksamheten beskriver utredningen två olika kriterier.

- Det första kriteriet 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.

Dessutom när en person har tvångsvård enligt den nya förslagna tvångsvården Lag om psykisk tvångvård (LPT) men även Lag om rättspsykiatrisk vård (LRV) ska det enligt utredningens förslag alltid övervägas om den enskilde tillhör målgruppen för verksamheten.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 6: Förstudie om integrerad vård för samsjukliga

Hur kommunerna och regionen bäst ska kunna bedriva en särskild vård -och stödverksamhet för målgruppen samsjukliga, behöver utredas vidare inom ramen för en förstudie och bör inkludera nedanstående punkter:

- Målgruppsdefinition
- Förslag på organisationsstruktur och målgruppsdifferentiering utifrån lagrum och hur vårdkedjan bör anpassas för målgruppen.
- Ge förslag på nya arbetssätt och utveckling av befintliga arbetssätt för att möjliggöra sammanhållen vård, exempelvis, F-ACT-team, BRASAM och LRV- team.
- Kartläggning av bemanningsbehov, kompetensbehov och lokalanpassningsbehov.
- Kartläggning av möjliga digitala och mobila lösningar för ökad tillgänglighet och flexibilitet bör beaktas vid framtagande av vårdkedja.
- Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Länsgemensamt program för anhörigstöd

Utredningen konstaterar att personer med skadligt bruk och beroende och samsjuklighet idag har ett begränsat inflytande över de verksamheter som de får insatser av. Utredningen

föreslår att brukarråd bör finnas i alla verksamheter som möter målgruppen och av särskilt intresse bör gemensamma råd över huvudmannagränserna finnas, som kan påverka helheten av de insatser som region och kommun ansvarar för. Strukturer för systematiskt brukarinflytande saknas som regel idag och utredningen föreslår att en nationell motor behöver komma till för att möjliggöra ett systematiskt brukarinflytande.

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 och deras anhörigas möjlighet till delaktighet för den enskilde vårdprocess.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 7: Förstudie länsgemensamt program för anhöriga och delaktighet för den enskildes vårdprocess

Hur kommunerna och regionen bäst ska kunna bedriva gemensamt program för anhörigstöd och delaktighet behöver utredas vidare inom ramen för en förstudie och bör inkludera nedanstående punkter:

- Ge förslag på ett länsövergripande program för anhörigstöd och delaktighet i vårdkedjan. Särskilt beakta länets suicidpreventionsstrategi 2024–2030 (beslutad i LSVO).
- Kartläggning av möjliga digitala och mobila lösningar som en del av det länsövergripande programmet för att öka tillgänglighet och flexibilitet för hela länets berörda.
- Förslag på organisationsstruktur.
- Kartläggning av bemanningsbehov, kompetensbehov och lokalanpassningsbehov.
- Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Utveckla stegvis vård för skadligt bruk, beroende och samsjuklighet

Samsjuklighetsutredaren tydliggör att insatser utgår från den enskilde personens behov och att insatserna ska ges utifrån *stegvis vård* vilket innebär att anpassa behandlingens intensitet

efter patientens behov av vård. *Stegvis vård* inkluderar alla nivåer, förebyggande och främjande, egenvård, råd, stöd och behandling.

Tydlig beskrivning och struktur hur omhändertagandet av den stegvisa vården ska ske vid skadligt bruk och beroende tydliggörs i utredningen där både primärvården och den specialiserade psykiatriska vården i större utsträckning behöver uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk och beroende hos de patienter de möter. Vidare betonas att samarbete och kontinuitet i vården vid organiseringen av *stegvis vård* är en förutsättning för att all behandling av skadligt bruk och beroende ska uppnå intentionerna för en behovsanpassad, personcentrerad och samordnad vård.

Primärvården kommer att spela en avgörande roll för behandling av skadligt bruk och beroende genom att primärvården är den som möter en stor del av befolkningen samt har i uppdrag att finnas tillgänglig geografiskt nära för invånaren.

För den enskilde kan kontakter med primärvården 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 såsom skadligt bruk och beroende.

Förslag 8: Förstudie stegvis vård

Hur kommunerna och regionen bäst ska kunna bedriva stegvis vård för målgrupperna behöver utredas vidare inom ramen för en förstudie och bör inkludera nedanstående punkter:

- Ge förslag på definierade vårdnivåer inom ramen för den stegvisa vården gällande skadligt bruk, beroende och samsjuklighet för primärvård, specialistvård och kommun inom ramen för en vårdkedja i samverkan. Särskilt titta på länets arbete med *Närsjukvårdmodell i samverkan.*
- Kartläggning av möjliga digitala plattformar för att öka tillgänglighet och flexibilitet för hela länet.
- Kartläggning av kompetensbehov.
- Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Struktur för utbildningsinsatser

Rapporten pekar på vikten av att varje verksamhet behöver kartlägga sina behov av utbildningsinsatser som bedöms nödvändiga för en lyckad omställning. Utbildningarna ska bland annat ha sin utgångspunkt i den nationella kunskapsstyrningen. Projektet föreslår att Blekinge kompetenscentrum, inom ramen för länets FoU-avtal, ges uppdraget att, tillsammans med första linjens chefer, väga samman de samlade kompetensutvecklingsbehoven och sammanställa i en kompetensförsörjningsplan. Omvärldsbevakning krävs innan struktur och innehåll fastställs.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 9: Framtagande av utbildningspaket av FOU

För att kommunerna och regionen på bästa sätt ska kunna få gemensam kunskapsbas utifrån senaste evidensen föreslås följande:

- Blekinge kompetenscentrum (FoU), får ett särskilt uppdrag att ta fram en basutbildning i skadligt bruk/beroende och samsjuklighet riktad till kommunerna och regionens personal.
- Undersöka möjligheter till digital utbildningsmöjlighet.
- FoU utreder vidare vilka ytterligare yrkesspecifika utbildningar som behövs, exempelvis särskild grundutbildning som vänder sig till läkare som rör den nya tvångsvårdslagstiftningen.
- Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Utreda form av HVB verksamhet inom Blekinge län

Utredningen konstaterar att de insatser som idag utförs på HVB främst är att betraktas som socialtjänst. Ansvaret för HVB ska därför fortsätta vara ett ansvar för kommunerna.

Samsjuklighetsutredningen kan konstatera att det inom HVB-verksamhet även bedrivs insatser som redan idag anses vara hälso- och sjukvårdsinsatser. HVB omfattas inte av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret enligt 12 kap. Hälso- och sjukvårdslagen (HS). Det innebär att alla hälso- och sjukvårdsinsatser som idag ges i samband med en placering på ett HVB är regionens ansvar även i de fall personen är placerad utanför regionen där hen är bosatt. Ett samarbete kring dessa placeringar är därför en förutsättning.

Samsjuklighetsutredningen föreslår att definitionen av HVB ska ändras och beskrivas som *ett hem inom socialtjänsten som i förening med boende ger stöd och hjälp att utveckla den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv*. De insatser som avses med stöd och hjälp kan exempelvis vara:

- Psykosocialt stöd
- Manualbaserade program med fokus på social färdighetsträning och självständighet
- Aktiviteter i dagliga livet (ADL)
- Nätverksarbete
- Stöd i myndighetskontakter och planering av det fortsatta stödet i öppna former.

Samsjuklighetsutredningen föreslår att i de fall när socialtjänsten beslutat om en insats genom vistelse på HVB ska regionen underrättas och kallas till upprättande av en individuell plan.

Samsjuklighetsutredningen kommer ställa krav på en förändrad hantering av placering på HVB för vuxna personer med skadligt bruk/beroende och samsjuklighet.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 10: Förstudie HVB verksamhet

Hur kommunerna och regionen på bästa sätt kan erbjuda HVB-verksamhet enligt samsjuklighetsutredningens förslag för länets invånare, behöver utredas vidare genom en förstudie och denna bör inkludera nedanstående punkter:

- Vilka alternativa sätt som finns att hantera de vård- och stödinsatser som ett HVB kan ge. Flera alternativ bör belysas såsom exempelvis ett länsgemensamt HVB och hur det skulle kunna organiseras, eller att genom avtal köpa HVB-platser på det sätt som kommunerna gör idag eller genom stödboende.
- Förslag på organisationsstruktur utifrån de förslag som förstudien lämnar
- Ge förslag på nya arbetssätt som möjliggör sammanhållen vård och -stödinsats.
- Kartläggning av bemanningsbehov, kompetensbehov och lokalanpassningsbehov.
- Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

Förstärkning av SIP

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.

Sjukdomsbördan och överdödligheten bland personer med samsjuklighet är hög. Mycket talar för att det finns en underdiagnostisering av samsjukliga vilket i sin grund beror på brister i statistikföring, diagnostisering, uppföljning och utvärdering av vård och insatser riktade till samsjukliga generellt men även ses en uttalad brist i samordning av insatser.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 11: Förstärkning av SIP-arbetet vid skadligt bruk/beroende och Samsjuklighet
Genomföra ett samordnat utvecklingsarbete för lagstadgat genomförande av SIP innebär: • All berörd personal genomför den beslutade digitala SIP-utbildningen. • Kartläggning av hur nuvarande SIP-rutiner används och analys av orsakerna till den låga användningen för målgrupp. • Vid behov arbeta fram ny länsgemensam riktlinje för SIP. • Påbörja ett implementeringsarbete av SIP riktat till verksamheter som möter målgruppen.

Utvecklad screening för tidigare upptäckt

Primärvården inom kommunal och regional regi är viktiga aktör för att kunna uppmärksamma riskbruk, skadligt bruk eller beroende och samtidig psykisk ohälsa. Screening och kunskap om alkohol, narkotika, spel och risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekterna bör särskilt uppmärksammas i regionens förberedelsearbete inför införandet av reformen.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 12: Förstudie av screeningsverktyg för tidig upptäckt
Hur kommunerna och regionen kan utveckla användningen av screeningverktyg riktat till målgruppen behöver utredas vidare inom ramen för en förstudie och bör inkludera nedanstående punkter: • Ge förslag på hur en digital tjänst kan utvecklas för att fylla i och samla in screeningvertyg såsom Audit, Dudit och NODS för förstagångsbesökare inom primärvårdens, regionens och kommunernas verksamheter. • Arbeta fram en implementeringsplan för införande av screeningverktygen i identifierade verksamheter • Säkerställa att verksamheternas journalsystem stödjer en kvalitetssäkrad screening som går att följa upp och utvärdera, även på gruppnivå. • Kompetensutveckla av berördpersonal. • Kostnadsberäkningar på de förändringsförslag som förstudien lämnar.

6.2 Förslag till ledningsstruktur för genomförandet av reformen

Samsjuklighetsutredningen ställer stora krav på samarbete och gemensamt ansvarstagande mellan regioner och kommuner. Vi bedömer, liksom samsjuklighetsutredningen, att Blekinge behöver en gemensam ledningsstruktur som dels koordinerar genomförandet av reformen, dels säkerställer ett gemensamt ansvarstagande över huvudmannagränserna och dels verkar för att erforderliga beslut fattas i respektive region och kommun i den takt som krävs. Ledningsstrukturen bör vara en integrerad del av redan befintlig struktur som även hanterar andra samverkansfrågor.

I dagens region och kommuner finns en tydlig struktur när det gäller ansvar. Det är förtroendevalda politiker som har det övergripande ansvaret för regionens och kommunernas verksamhet. Politikerna styr verksamheterna genom att förmedla mål på kort och lång sikt eller som riktade uppdrag till en operativ verksamhet. Chefer på olika nivåer har ett ansvar att styra och leda verksamheten i riktning mot politikernas uppsatta mål. Att organisera, styra och leda har till yttersta syfte att stödja medarbetarna i verksamheterna att skapa ett värde för och tillsammans med invånarna.

Omvärldsbevakning har gett en inblick i hur övriga regioner har organiserat den högsta politiska nivån för att uppnå gott samarbete, gemensamt ansvarstagande och omställningskraft, vilket reformen kommer att kräva.

Västernorrlands län har sedan många år en sammansatt politisk struktur som ger kvalitet, effektivitetssamsyn och tydlig beslutsstruktur inom länets vård- och stödområden. Inom länet finns sju kommuner som verkar genom en väletablerad politisk beslutsorganisation som representeras av:

- Tre regionpolitiker
    - Hälso- och sjukvårdsnämnd
    - Regional utvecklingsnämnd
    - Regionfullmäktiges ordförande
- Kommunpolitiker från de 7 kommunerna som utgörs av socialnämnds- eller utbildningsnämndsordförande

Förankringen drivs från högsta ledning, genom presidium och ner till den operativa tjänstemannaledningen. Detta politiska ledningssystem är intressant att utreda vidare utifrån Blekinge läns PSVO-struktur (politisk ledningssamverkan vård och omsorg). I Västerbotten träffas denna beskrivna politiska ledning en gång i månaden och driver en väl sammansatt målstruktur tillsammans.

I Skåne finns en likande struktur för den politiska nivån. Av förklarliga skäl deltar inte alla Skånes 33 kommuner i den strukturen.

Pågående omstrukturering av ledningssamverkan för vård och omsorg (LSVO) tycks gynnsam även för uppdraget *Stegvis omställning till samsjuklighetsreform*. Det behövs ett beslut inom LSVO om vidare arbete med den stegvisa reformen, där de sk samverkansgrupperna (bestående av verksamhetschefer från kommun och region); Att växa upp, Mitt i Livet respektive Att åldras får en viktig roll.

För att lyckas med detta omfattande reformeringsarbete är det viktigt med en tydlig ledningsfunktion (befintlig eller särskilt utsedd) vars uppdrag behöver sträcka sig över hela reformperioden för god kontinuitet.

Omställningen till samsjuklighetsreformens krav kräver ingripande stegförskjutningar. En förankrad ledning inom området skapar förutsättningar att nå de tidskrav som ställs under reformomställningen.

Det krävs vidare en undersökning av vilken avtalsform som skulle ses som mest gynnsam för ett så pass stort område som samsjuklighetsreformen. Inom länet har man under flera år arbetat utifrån olika former av samverkansöverenskommelser.

Samsjuklighetsutredningen lyfter fram avtalssamverkan som en gynnsam modell och bedöms vara den avtalsmodell som skulle kunna nyttjas på bästa sätt för hantering av samsjuklighetsreformens krav. Oaktat val av avtalsform bedömer projektledarna att avtalet bör löpa genom hela genomförandet av reformen och vara framarbetat och fastställt före valrörelsens start 2026. Om strukturen inte är väl genomarbetad och beslutad kan eventuella förändringar i den politiska ledningen bromsa hela genomförandeprocessen, vilket skulle drabba länets brukare och patienter och bli mycket kostsamt för berörda organisationer.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 13: Utveckla Ledningsstrukturer
Vi föreslår att: • Tillsätta en arbetsgrupp med utvalda politiker och ansvariga chefer för länets berörda verksamheter som får i uppdrag att formalisera en överenskommelse om lämplig ledningsstruktur för reformarbetet, där organisationen för samverkan tydligt beskrivs. För att säkerställa brukardelaktighet ska minst en brukarrepresentant ingå i arbetsgruppen. • Föreslår att arbetsgruppen tittar på systemledningsmodell lik den man använt i Västernorrland och Värmland. Omställningen till en god och nära vård och en tillgänglig och förebyggande socialtjänst ska främjas av ledningsstrukturen.

6.3 Förslag till struktur för att tillvarata patient-, brukar- och anhörighetsperspektivet vid genomförandet av reformen

För att reformen ska nå den framgång som avses behöver ledningsorganisationen som har till uppgift att leda, styra, samordna och möjliggöra förändringarna, ta hjälp av och involvera den målgrupp som faktiskt berörs. Därför behövs en struktur som främjar systematiskt brukarinflytande. Ett systematiskt brukarinflytande innebär att det återkommande sker en analys hur patienter och brukares erfarenheter och kunskap kan bli en integrerad del av verksamheternas styrning, utveckling, och uppföljning.

Oaktat vilken metod som kommer användas för ovanstående ändamål bör brukarinflytandet finnas kontinuerligt och vara en del av olika förändrings- och förbättringsarbeten.

Berörda verksamheter behöver pröva olika metoder för att säkerställa inflytande och utvärdering av vård/insatser tillsammans patienter/brukare. Det behöver tydliggöras vad inflytandet ska syfta till, på vilka nivåer inflytandet ska ske och hur inflytandet ska genomföras.

Nedanstående förändringsförslag tydliggör gapet mellan samsjuklighetsutredarens förslag och den förändringsomställning som Blekinge län behöver förbereda för att uppnå reformens intentioner inom nedanstående område.

Förslag 14: Utveckla brukarmedverkan under reformens verkställande
Vi föreslår: • LSVO tillsätter ett brukarråd där rådet har en återkommande dialog med den yttersta ledningen (tjänstemän och politiker) under hela genomförandet av reformarbetet i Blekinge Län. • För att säkerställa brukardelaktighet ska minst en brukarrepresentant ingå i alla beslutsnivåer i samverkan.

6.4 Sammanfattande analys och slutord

Samsjuklighetsreformens intentioner och de förslag som utredningen lyfter fram präglas av personcentrering och empowermentstärkande insatser för en mycket skör målgrupp i samhället. Många paralleller kan dras till omställningen till en god och nära vård och utvecklingen av den nationella kunskapsstyrningen. Även dessa syftar till att stärka individens röst och kraft genom att skifta perspektiv mot reaktiva insatser till hälsofrämjande och proaktiva insatser, från organisation till person och relation, från isolerade vård- och omsorgsinsatser till samordning utifrån personens fokus och inte minst från synen på invånare och patienter som passiva mottagare till aktiva medskapare.

Det är ett omfattande förändringsarbete som ska till där en ny gemensam kultur behöver byggas baserad på god samverkan med individen i fokus.

Det handlar om en förskjutning av såväl ansvar, som verksamheter, kompetenser och ekonomiska medel. Medlemmarna i LSVO menar att det råder en god samverkanskultur i Blekinge län redan idag och den behöver vi både dra nytta av och värna om i det fortsatta arbetet om, vi ska lyckas genomföra reformen på ett framgångsrikt sätt. Såväl politisk som tjänstemannaledning har ett viktigt ansvar i att gå i bräschen för en god samverkan och alltid poängtera att det är invånarens/brukarens/patientens fokus som ska vara vägledande.

De förändringsförslag som presenteras i analysavsnittet adresserar alla delar av vårdkedjan, vilket innebär att många aktörer kommer att behöva skruva på sina arbetssätt, ibland lämna över uppdrag och ibland ta emot nya. Kompetenser kommer att behöva flyttas och följa med det ansvar som är tänkt att förskjutas. För att ta vara på nuvarande medarbetares goda kompetens är det viktigt att involvera även dem i förändringsarbetet, så att de får en möjlighet att påverka förutsättningarna.

Vissa verksamheter kommer att växa, andra minskar eller förflyttas. Oavsett så kommer detta att påverka länets brukare/patienter, våra medarbetare och våra lokaler. Därför handlar många av de rekommenderade förslagen om fortsatta utredningar av identifierade gap eller större förändringar som måste till.

Projektet lämnar 14 förändringsförslag för vidare utveckling mot samsjuklighetsutredningens förslag. Alla förslag kommer vi inte kunna genomföra samtidigt och därför lämnar vi nu delar av en prioriteringsordning som vi bedömer vore lämplig för att ta nästa steg i länets omställningsarbete.

Vi föreslår att nästa steg blir att utveckla ledningsstruktur- och brukarmedverkan samt förstudie för primärvårdens förberedelser.

Vi projektledare vill rikta ett varmt tack till alla som varit med och bidragit med sin klokskap och sina perspektiv på arbetet med skadligt bruk, beroende och samsjuklighet - utan ert engagemang hade denna rapport inte kommit till!

Härmed överlämnar vi slutrapporten *Projekt Stegvis omställning till samsjuklighetsreformen* och hoppas på att förslagen kan komma till nytta i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Karlskrona den 15 januari 2025

Johanna Andersson och Lena Danielsson

Projektledare

Referens/källor

Nr	Dokumentationsnamn/ID	Utgåva datum
1.	Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)	2017
2.	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	1988
3.	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV)	1991
4.	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård	1991
5.	Socialtjänstlag (2001:453)	2001
6.	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	1992
7.	Remiss SOU 2021:93, Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet	2021
8.	Remiss SOU 2023 5. Från delar till helhet. Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Slutbetänkande av Samsjuklighetsutredningen	2023
9.	CAN rapport 209 Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak En studie med fokus på år 2021 i Sverige	2021
10.	Socialstyrelsens publikation Autism Förekomst och samsjuklighet /2024-11-9353	2024
11.	Socialstyrelsens publikation Kartläggning av skyddat boende i Sverige/ 2024-12-9374	2024
12.	Nationella riktlinjer 2024 Vård vid ohälsosamma levnadsvanor Prioritering till dig som beslutar och resurser för sjukdomsprevention och behandling/ 2024-11-9272	2024
13.	Socialstyrelsens publikation Insatser vid riskbruk av alkohol Rekommendationer till hälso-och sjukvården och tandvården/2024-11-9342	2024
14.	Socialstyrelsens publikation Uppdrag att stödja genomförandet av ANDTS-politiken /2024-11-9320	Delredovisning november 2024
15.	Socialstyrelsens publikation Primärvårdens stöd till patienter med ohälsosamma levnadsvanor 2023/ 2024-11-9306	2024

16.	Socialstyrelsens publikation God och nära vård vid psykisk ohälsa Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård/2024-10-9251	2024
17.	SOU 2021: 6 God och nära vård – Rätt stöd till psykisk hälsa	2021
18.	Socialstyrelsen publikation Att ge ordet och lämna plats En vägledning för brukarinflytande i socialtjänsten 2024-10-9290	2024
19.	Socialstyrelsens publikation ASI som stöd i verksamhetsutveckling Information till dig som är chef, verksamhetsstödjare eller metodutvecklare 2024-10-9261	2024
20.	Socialstyrelsens publikation Statistik om skador och förgiftningar behandlade i sluten vård 2023/ 2024-10-09	2024
21.	Socialstyrelsens publikation Öppna jämförelser 2024 Enhetsundersökningen LSS /2024-10-9246	2024
22.	Socialstyrelsen och Länsstyrelsen Lägesrapport 2024 – myndighetsgemensam promemoria -Följa, utvärdera och stödja genomförandet av statens insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention/ 2024-9-9221	2024
23.	Socialstyrelsens publikation Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention Socialstyrelsens lägesrapport 2024/ 2024-9-9223	2024
24.	Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar/22164	2022
25.	Regeringskansliet Socialdepartementet Nationell läkemedelsstrategi 2024–2026	2024
26.	Socialstyrelsen publikation Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd Förekomst, trend och könsskillnader/2023-11-8862	2023

27.	Socialstyrelsen publikation Översyn av kvalitetsregister inom psykiatriområdet/ 2022-4-7849	2022
28.	Socialstyrelsen publikation Kartläggning av samsjuklighet med någon form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik/2019-11-6481	2019
29.	Sveriges kommuner och Regioner SKR God och nära vård 2024 En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav/ 23-12-20 nr 11:0	2023
30.	Sveriges kommuner och Regioner SKR Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention 2024/2023-12-20 nr:1	2023
31.	Sveriges kommuner och Regioner SKR Psykiatri i siffror Kartläggning av vuxenpsykiatri och rättspsykiatri 2023.	2024
33.	Sveriges kommuner och Regioner SKR Gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården/2024-03-21 nr II:1	2024
33.	Sveriges kommuner och Regioner SKR Delrapport 2023 Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp	2024
34.	Sveriges kommuner och Regioner SKR Hälso- och sjukvårdsbarometern 2024 Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso. Och sjukvården	2024
35.	Statistiska centralbyråns (SCB:s) medborgarundersökning 2023	2023 Kolada
36.	SOU 2023:62 Slutbetänkandet av Narkotikautredningen Vi kan bättre! Kunskapsbaserad narkotikapolitik med liv och hälsa i fokus.	2023
37.	Länsstyrelsen Blekinge Regional strategi för drogförebyggande arbetet i Blekinge län 2022–2026	2022
38.	Suicidprevention i Blekinge En gemensam länsövergripande strategi 2024–2023	2024

39.	Patientsäkerhets policy Region Bleking 2021–2025/dnr 2020/02502	2020
40.	Samverkan Blekinge Samverkan mellan Region Blekinge och länets kommuner inom hälsa, vård, lärande och social välfärd.	Antagen I ledningssamverkan-vård och omsorg (LSVO) 2021-03-05
41.	Samverkan Blekinges verksamhetsplan 2023–2026 Tillika målbild och färdplan för jämlik hälsa, nära vård, stöd och omsorg	Antagen I ledningssamverkan-vård och omsorg (LSVO) 2022-12-08
42.	Överenskommelse om samarbete mellan Region Blekinge och kommuner i Blekinge om: - Barn och unga med behov av samtidiga insatser.. - Vuxna med funktionsnedsättningar med behov.. - Personer med substansberoende och eller spelberoende om pengar samt samsjuklighet - Personer i psykiatrisk tvångsvård	2023
43.	Sammanhållen vårdprocess för personer med samsjuklighet i Blekinge (SVS i Blekinge)	2021
44.	Linneuniversitetet Inventering av personer med samsjuklighet i Blekinge Skattning av behov av vård och stöd / Författare Anna Maria Lindholm 2013	2013
45.	Kunskapsstyrning hälso- och sjukvården En överenskommelse inom Samverkan Blekinge/2024-04-03	Antagen I ledningssamverkan-vård och omsorg (LSVO) 2024-06-14
46.	Nationell vård och insatsprogram missbruk och beroende	2020
47.	Nationella riktlinjer 2024 Indikatorer – vård vid skadligt bruk och beroende/ 2024-9-9202	2024

Bilaga 1: Workshopsammanställning

Målbild 1	Målgrupp	Profession
Tidig hjälp med psykisk ohälsa och skadligt bruk	Upplever att vården inte är synkroniserad, man arbetar i stuprör	Vi saknar idag helhet och samsyn inbyggt i våra strukturer

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av "vad verksamheterna saknar idag"

Målbild 2	Målgrupp	Profession
Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och som är tillgänglig när jag behöver den.	Behov av ökad kunskap i primärvården om skadligt bruk och beroende	Kunskapsbrist generellt i vård och stödverksamheter som inte är specialiserade på skadligt bruk och beroende

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av "vad verksamheterna saknar idag").

Målbild 3	Målgrupp	Profession
Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja det som passar mig	Verksamheter brister i att möta oss som målgrupp där individen befinner sig	Utveckla lågtröskelverksamheter

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av "vad verksamheterna saknar idag"

Målbild 4	Målgrupp	Profession
Stöd och vård som hänger ihop so en helhet	Verksamheter arbetar åtskilda	Brister i sammanhållande länk mellan huvudmän

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av "vad verksamheterna saknar idag").

Målbild 5	Målgrupp	Profession
Inte bli utestängs från stöd och vård och få hjälp med beroende och psykisk ohälsa	Brist i överbryggningar mellan olika verksamheter	Brister i samsyn Behov av integrerade verksamheter

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av "vad verksamheterna saknar idag"

Målbild 6	Målgrupp	Profession
Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra.	”Blir ”lämnad” i sitt egna kaos även när dygnet runt vård ges” ”Saknar information om mina symtom, någon som förklarar”	”Saknar insatser direkt när patienter7brukare är motiverade” ”Ingen hållbar planering på helheten”

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av ”vad verksamheterna saknar idag”)

Målbild 7	Målgrupp	Profession
Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg.	”Verksamheter samarbetar inte”	”Saknar samsyn mellan regionen och kommunen” ”Saknar integrerad beroendevård”

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av ”vad verksamheterna saknar idag”)

Målbild 8	Målgrupp	Profession
En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang.	”Är en del i ett socialt pussel, svårt att kunna koncentrera mig om inte jag har en bostad och en ekonomi”	Saknar idag helhetsperspektiv och samverkan

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av ”vad verksamheterna saknar idag”)

Målbild 9	Målgrupp	Profession
En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen.	”svårigheter till att knyta ann till människor gör att det är stora svårigheter med personalombyte”	Saknar samsyn och lösningsfokus

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av ”vad verksamheterna saknar idag”)

Målbild 10	Målgrupp	Profession
Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk.	Involvera nätverk då jag själv i detta läge saknar förmågan	Saknar idag ”en väg in” med lots som kan hålla ihop alla delar och då även olika former av nätverk Använda SIP än mer

(tabell återspeglar konklusioner av patient, brukar och anhöriga föreningar intervjuer benämns här målgrupp samt workshopsdeltagarna konklusioner av ”vad verksamheterna saknar idag”)

Bilaga 2: Arbetsmaterial och konklusioner utifrån intervjuer

Tabellen nedan speglar en samstämmig bild av vilka aktiviteter som behöver tas omhand vidare i länets fortsatta arbete med den stegvisa omställningen och det förslag som innebär att all vård och behandling för skadligt bruk och beroende ska vara regionens ansvar.

Tema/behov av aktivitets-insatser	Primärvård (PV)	Kommun	Specialiserad beroendevård
Samordningsbrister mellan verksamheter idag	x	x	x
Behov av resursöverföring mellan kommun och PV	x	x	
Kunskapsbrister om skadligt bruk och beroende inom PV	x	x	x
Okunskap om samordnad individuell plan (SIP)	x	x	x
Behov av översyn av Hälsoval och dess regelbok	x		
En huvudman för all vård och behandling upplevs positivt för medborgaren	x	x	x
Behov av tillskjutande resurser	x	x	x

I projektets kartläggning, workshop och djupintervju av strategisk profession och dess utfall ses i nedanstående tabell vad andra kommunala verksamheter, exkl vuxenheternas verksamheter, behöver genomföra för att uppnå reformens intention av samordning av behovsanpassade och personcentrerade insatser. Det framgår tydligt att deltagarna bedömer att det finns bristande kunskap kring beroendesjukdomar och samsjuklighet, bortsett från vuxenenheterna i kommunal regi.

Tema	Primärvård (PV)	Kommun	Specialiserad beroendevård
Samordningsbrister mellan olika verksamheter	x	x	x
Otydlighet kring vilken kunskapsnivå om beroende sjukdomar som krävs	x	x	
Kunskapsbrister om skadligt bruk och	x	x	x

beroende inom kommunal PV			
Okunskap om samordnad individuell plan (SIP)	x	x	x
Otydliga vårdövergångar och okunskap om hänvisningsmöjligheter	x		