

Kartläggning av psykiatrisk samsjuklighet och komplexa behov i Fyrbodal och Lilla Edet

Förstudierapport

Våren 2026

Ernesto Borssén Nerio

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund	4
Vad menas med psykiatrisk samsjuklighet och individer med komplexa behov?	4
Ansvar och samverkan	5
Varför ett delregionalt projekt och förstudie?	6
Syfte	7
Metod.....	7
Frågeställningar och semistrukturerade intervjuer	7
Tillvägagångsätt och urval	8
Resultat.....	9
Nuläge statistik	10
Intervjuer, dialogmöten och workshop	12
Avvikelse	14
Goda exempel från Västra Götaland	16
Goda exempel från Fyrbodal och Lilla Edet	18
Diskussion	19
Samlad analys	19
Slutsatser	21
Vägen framåt	22
Referenser	23
Bilaga 1	24
Bilaga 2	25

Sammanfattning

Denna förstudie har genomförts inom Vårdsamverkan Fyrbodals i samarbetet med Fyrbodals kommunalförbund, i syfte att kartlägga hur samverkan fungerar mellan kommun, regional primärvård och specialistpsykiatri (öppen- och slutenvård) för personer med psykiatrisk samsjuklighet och komplexa behov i Fyrbodals och Lilla Edet. Målgruppen kännetecknas av samtidiga medicinska, psykiatriska och sociala behov som kräver långvariga och samordnade insatser från flera aktörer. Förstudien tar sin utgångspunkt i nationella strategier och reformer, pågående satsningar inom psykisk hälsa samt samsjuklighetsutredningen, som pekar på behovet av mer sammanhållen och integrerad vård och stöd.

Underlaget bygger på 17 intervjuer/dialogmöten och 2 workshops med representanter från kommun, regional primärvård och specialistvård, samt analys av 211 avvikelser uttagna från avvikelssystemet Medcontrol. Resultaten visar att samverkan i stor utsträckning fortfarande präglas av stuprörstänkande och saknar tillräckligt tydliga och gemensamma strukturer. Särskilt framträdande är brister i kommunikation mellan verksamheter, ansvarsfördelning och samordning samt okunskap om varandras uppdrag, vilket leder till att individer med samsjuklighet och komplexa behov riskerar att falla mellan stolarna.

Avvikelserna visar på återkommande och systematiska brister i informationsöverföring, vårdövergångar och ansvarsfördelning mellan verksamheter. Dessa brister får direkta konsekvenser för individen, såsom utebliven behandling, försämrat tillstånd, ökad risk för överdos samt i extrema fall dödsfall. Särskilt sårbara situationer uppstår vid utskrivning från slutenvården, där planering och uppföljning är bristfälliga.

Samtidigt framkommer att det finns fungerande arbetssätt och goda exempel på samverkan, både inom Fyrbodals och i andra delar av Västra Götaland. Modeller som Samordnad Vuxenhälsa (SamVux) i Åmål, FACT-team i Borås, ACT Göteborg och socialmedicinska mottagningar visar att integrerade och personcentrerade arbetssätt kan bidra till bättre kontinuitet, ökad kvalitet och minskad risk för att individer faller mellan olika aktörer.

Förstudien visar att de identifierade bristerna i huvudsak är strukturella och speglar ett system där ansvar och insatser är uppdelade mellan olika huvudmän i enlighet med vad som framgår i regeringens samsjuklighetsutredning. För att möta målgruppens behov krävs en utveckling mot mer sammanhållen och systematiskt organiserad samverkan, där ansvar, kommunikation och arbetssätt är tydligt definierade och gemensamt förankrade. Förstudien pekar på behovet av stärkt samordning, tydligare vårdprocesser, förbättrad informationsöverföring och ökad kunskap om varandras uppdrag.

Sammanfattningsvis visar förstudien att det finns både en tydlig problembild och en utvecklingspotential. För att nå en mer personcentrerad, trygg och sammanhållen vård och omsorg för personer med samsjuklighet och komplexa behov, behöver berörda verksamheter i Fyrbodals och Lilla Edet ta steg mot mer integrerade arbetssätt i linje med samsjuklighetsutredningens intentioner, där individens samlade behov utgör utgångspunkten för organisering och samverkan.

Bakgrund

Vad menas med psykiatrisk samsjuklighet och individer med komplexa behov?

I denna förstudie avses med *samsjuklighet* att en individ har två eller flera diagnoser samtidigt eller i nära anslutning. Här handlar det specifikt om skadligt bruk eller beroende av alkohol och/eller droger tillsammans med en eller flera psykiatriska diagnoser [1, 2]. Samsjuklighet innebär att tillstånden samverkar och påverkar varandras förlopp, vilket typiskt ger mer komplexa symtomförlopp, längre vårdbehov och svårare mottaglighet för behandling än om tillstånden förekommer var för sig [1, 2]. Individer med komplexa behov avser personer med flera samtidiga medicinska, psykiatriska och sociala problem som kräver långvariga och samordnade insatser från flera verksamheter [2].

Omfattning och kännetecken

Nationella kartläggningar och översikter visar att samsjuklighet är vanligt förekommande i både specialistsjukvård och kommunala verksamheter [1, 3]. Nationellt vårdades cirka 52 000 personer för substansrelaterade diagnoser år 2017, och över hälften av dem hade samtidigt en eller flera psykiatriska diagnoser, vilket gör samsjuklighet till ett omfattande folkhälsoproblem. Eftersom primärvårdsdata saknas bedöms den verkliga omfattningen vara betydligt större. I Sverige saknas idag en fullständig nationell statistik över hur många som har samsjuklighet eller komplexa samordningsbehov [9].

Vid samsjuklighet ses återkommande mönster: tidigare debut i substansbruk och/eller psykiatrisk sjukdom, högre psykopatologisk svårighetsgrad, ökade somatiska risker (t.ex. infektionssjukdomar), fler psykosociala svårigheter (arbetslöshet, hemlöshet, social isolering, kriminalitet), oftare behandlingsavbrott/lägre följsamhet samt ökad risk för förtida död, inklusive suicid [1, 3]. Sammantaget är samsjuklighet en prioriterad hälso- och sjukvårds- och välfärdsfråga [4].

Grundprinciper för insatser

För personer med samsjuklighet är samtidiga och samordnade insatser en viktig utgångspunkt [2, 5]. Det innebär att psykiatrisk vård och beroendevård behöver planeras och genomförs integrerat — i stället för ”först det ena, sedan det andra” eller parallellt utan gemensam plan. I praktiken behövs:

- Multiprofessionella team med tydliga roller och en väg in [5, 6].
- Samordnad individuell plan (SIP) när flera huvudmän är involverade [4, 7].
- Strukturerade vårdövergångar (in- och utskrivning) med ansvar för läkemedel, uppföljning och krisplan [6, 7].
- Regelbunden uppföljning av både medicinska och psykosociala mål [5].

Ansvar och samverkan

I Sverige är ansvaret delat mellan region och kommun. Regionen ansvarar för hälso- och sjukvårdens förebyggande, utredande och behandlande åtgärder (regional primärvård, öppenvård psykiatri, slutenvård), medan kommunen ansvarar för sociala stödinsatser enligt socialtjänstlagen och för kommunal hälso- och sjukvård vid långvariga behov [7, 8]. För personer med samsjuklighet anger både HSL (Hälso- och sjukvårdslagen) och SoL (Socialtjänstlagen) att huvudmännen ska samverka utifrån den enskildes behov, och att SIP ska användas när det behövs [7, 8].

I Västra Götaland kompletteras lagstiftningen av Hälso- och sjukvårdsavtalet (VGR-kommunerna) som är huvudavtal för ansvarsfördelning, samverkan, informationsöverföring, vårdplanering och uppföljning [9]. Därtill finns överenskommelsen om samarbete kring psykiatri och skadligt bruk och beroende (2017, underavtal) som preciserar roller, målgrupper och arbetssätt för personer med psykisk funktionsnedsättning, skadligt bruk/beroende och samsjuklighet, inklusive att behandling ska ske parallellt och integrerat samt att SIP används för att verkställa ansvarsfördelningen lokalt [10]. Tillsammans utgör dessa dokument den formella grunden för ansvar, samordning och lokal tillämpning i alla kommuner i Västra Götaland [9, 10].

Statliga utredningar och reformer

Regeringen genomför en omfattande satsning för att stärka och utveckla insatserna inom psykisk hälsa och suicidprevention. I januari 2025 beslutades en nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention: *Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention* som ska skapa förutsättningar för en gemensam riktning i hela samhället för att främja psykiskt välbefinnande, förebygga psykisk ohälsa och suicid samt förbättra livsvillkoren för personer som lever med psykiatriska tillstånd [10].

Regeringen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) har under 2025 tecknat en överenskommelse om strategiska insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Överenskommelsen har förlängts och kommer även att gälla under 2026. Överenskommelsen ska stödja en strategisk utveckling i regioner, kommuner och regioner samt kommuner gemensamt (länsvis). Överenskommelsen fokuserar på fyra områden som utgår från inriktningen i den nationella strategin och som tar fasta på de områden där parterna ser stora och strukturella behov av utveckling. Ett av dessa områden handlar om att utveckla insatser för personer med komplexa behov med särskilt fokus på samsjuklighet och psykiatrisk heldygnsvård, tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Överenskommelsen för 2026 omfattar totalt statsbidrag på 1 320 000 000 kronor. Av detta belopp fördelas 1 291 000 000 kronor till kommuner, regioner och län för att möjliggöra fortsatt utvecklingsarbete inom psykisk hälsa. De återstående

29 000 000 kronorna tilldelas SKR för att stödja regioner och kommuner i genomförandet i enlighet med överenskommelsen [11].

Samsjuklighetsutredningen - Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser för personer med samsjuklighet (SOU 2021:93 och SOU 2023:5). Utredningen pågick från 2020 till 2023 och syftar till att skapa en mer sammanhållen vårdkedja för personer med skadligt bruk och beroende i kombination med andra psykiatriska diagnoser (samsjuklighet), där behov av psykiatrisk vård och beroendevård kan hanteras samtidigt. Samsjuklighetsutredningen föreslår en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet med syfte att dessa individer ska få tillgång till samordnad, individanpassad och personcentrerad vård och stöd. Utredningens förslag till ansvarsfördelning är regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk eller beroende. Behandling för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd. Socialtjänstens huvuduppdrag ska vara att stärka den enskildes resurser och funktionsförmåga genom sociala stödinsatser. Arbetet med samsjuklighetsutredningen har genomförts i dialog med personer med egen erfarenhet av samsjuklighet, anhöriga samt yrkesverksamma inom berörda verksamheter. Utifrån dessa perspektiv har ett antal målbilder tagits fram (se bilaga 1), vilka har fungerat som en gemensam utgångspunkt för utredningens förslag. Målbilderna tydliggör den inriktning som samhällets insatser bör ha för att bättre möta målgruppens behov och skapa en mer sammanhållen vård och stöd.

Varför ett delregionalt projekt och förstudie?

För att på delregional nivå skapa bättre förutsättningar för att personer med samsjuklighet och komplexa behov ska få sina samlade behov tillgodosedda, i enlighet med statsbidragen och överenskommelse om strategiska insatser inom psykisk hälsa och suicidprevention och samsjuklighetsutredningens inriktning, ställde sig det politiska samrådsorganet (SRO) i mars 2025, bakom förslaget till fördelning av länsgemensamma medel till Fyrbodals kommunalförbund och Vårdsamverkan Fyrbodal. Detta med syfte att utveckla samordnade insatser för personer med komplexa behov med särskilt fokus på samsjuklighet och psykiatrisk heldygnsvård, tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Det finns förväntningar på bland annat mätbara resultat och effekter på vårdplatser, samverkansavtal kring in- och utskrivning anpassad till tvångsvård och rättspsykiatri. Dels behöver arbete göras länsgemensamt kring nulägesanalyser, dels formalisera samverkansuppdrag. I linje med samsjuklighetsutredningen behöver integrerade verksamheter som möter målgruppen stärkas - med utgångspunkt i delregionala förutsättningar [12].

Fyrbodal och Lilla Edet består av kommuner med olika förutsättningar i allt från avstånd och befolkningstäthet till hur vård och stöd är organiserat. Detta påverkar hur samverkan faktiskt fungerar i vardagen kring personer med samsjuklighet och komplexa behov. En delregional förstudie och projekt är tänkt att skapa en gemensam nulägesbild av hur samverkan och

samarbetet ser ut mellan olika verksamheter inom regional primärvård, specialistsjukvård och kommunal verksamhet. Dessutom undersöks om det finns brister och glapp mellan verksamheterna, hur vårdövergångar och ansvarsfördelning ser ut, om vård och stöd ges samordnad, hur det arbetas med samordnad individuell plan (SIP) och brukarinflytande. Syftet är att skapa en gemensam kunskapsgrund och identifiera utvecklingsområden för hur samverkan mellan huvudmän kan stärkas, så att stöd och vård i högre grad utgår från individens samlade behov.

Syfte och mål

Syftet med denna förstudie är att kartlägga hur samverkan fungerar mellan regional primärvård, specialistpsykiatri och kommunala verksamheter i Fyrbodalen och Lilla Edet för personer med psykiatrisk samsjuklighet och komplexa behov. Förstudien ska beskriva nuläget, identifiera glapp och utvecklingsområden, samt föreslå möjliga delregionala arbetssätt som kan stärka kontinuitet, tillgänglighet och kvalitet i samverkan. En viktig del är att belysa hur Fyrbodalen och Lilla Edet kan förbereda sig inför de förändringar som föreslås i Samsjuklighetsutredningen där integrerade arbetssätt, tydligare ansvar och gemensamma verksamheter mellan huvudmän lyfts fram. Målet är att fler personer med komplexa behov ska få en sammanhållen, trygg och personcentrerad vård och omsorg genom förbättrad och mer strukturerad samverkan mellan huvudmännen.

Metod

Vårdsamverkan Fyrbodalen och Fyrbodals kommunalförbund har gemensamt startat ett projekt för att utveckla och samordna insatser för personer med samsjuklighet och komplexa behov. Projektet pågår från 25 augusti 2025 till 31 december 2026. En processledare har anställts för att driva fram projektet. Styrgruppen för Vårdsamverkan Fyrbodalen har gett processledaren i uppdrag att göra en omvärldsbevakning, ta fram nulägesbild och underlag för att fatta beslut om vilka åtgärder och aktiviteter som behöver genomföras för att utveckla samverkan och samordna insatser för personer med samsjuklighet och komplexa behov i Fyrbodalen och Lilla Edet. Processledaren har haft tillgång till både de nätverk som finns inom Vårdsamverkan Fyrbodalen och Fyrbodals kommunalförbund för att säkerställa att både det kommunala och regionala perspektivet har blivit tillgodosedda i arbetet med förstudien. Dessutom har processledaren fått stöd ifrån de fastanställda processledarna inom Vårdsamverkan Fyrbodalen i framtagande av förstudien.

Frågeställningar och semistrukturerade intervjuer

Inom ramen för förstudien har processledaren utgått från ett antal förutbestämda frågeställningar för att på ett strukturerat sätt kunna analysera och kartlägga nuläget. Frågeställningar är framtagna utifrån den omvärldsbevakning som gjordes under hösten 2025

kring personer med samsjuklighet och komplexa behov. Intervjuerna/dialogmöten och workshops har genomförts både digitalt och fysiska möten med öppna samtal som metod, där deltagarna getts utrymme att dela erfarenheter och kunskap utifrån sina respektive verksamheter. Syftet har varit att identifiera och synliggöra vilka behov av utveckling och förbättringsområden som finns för målgruppen inom delregionen.

- Hur arbetar ni med individer med samsjuklighet och komplexa behov?
- Hur fungerar samverkan/samarbetet mellan regional primärvården, specialistvården (öppen- och slutenvård), socialtjänst/kommunal verksamhet, och kommunal primärvård i dagsläget kring personer med komplexa behov och vad saknas för att tillsammans ge ett mer samordnat stöd till dessa individer?
- Vad behöver verksamheterna göra för att personer med komplexa behov inte ska hamna mellan stolarna? Vad är det viktigaste att fokusera/prioritera för att utöka samverkan framöver? Nämn gärna tre konkreta förslag!
- Hur arbetas det med SIP, patient-/brukarinflytande, anhöriga, patient-/brukar- och närståendeföreningar i verksamheterna?

Tillvägagångssätt och urval

I den här förstudien har fokus i första hand legat på att undersöka hur samverkan fungerar kring vuxna personer med samsjuklighet och komplexa behov, och hur de verksamheter som möter målgruppen arbetar idag. Det har inte ingått att analysera situationen för barn och unga, men det är ett område som kan behöva belysas vidare framöver.

Urvalet av dokument och kunskapsunderlag har gjorts med utgångspunkt i vad som är relevant för förstudien syfte och frågeställningar. På motsvarande sätt har urvalet av grupper, nätverk och personer styrts av deras möjligheter att bidra med kunskap om hur samsjuklighetsproblematiken faktiskt tar sig uttryck på delregional nivå.

Genom att ta stöd i Vårdsamverkan Fyrbodals och Fyrbodals kommunalförbundets befintliga delregionala nätverk/forum/lokala samverkansgrupper har processledaren kunnat föra dialog med tjänstepersoner från både kommuner och region. Utöver dessa har även möte ägt rum med NSPH i Västra Götaland för att få in brukarperspektivet, enskilda kommuner, berörda verksamheter och personer med relevanta erfarenheter såsom Peer support har involverats. Tillsammans ger dessa perspektiv en breddad bild av hur samverkan fungerar idag och vilka utmaningar och möjligheter som finns framåt.

Resultat

Nedan presenteras de resultat som framkommit under förstudien. Underlaget bygger på det material som samlats in genom intervjuer, dialogmöten, workshops, avvikelser i avvikelssystemet Medcontrol och andra kontakter med berörda verksamheter. Tillsammans ger de en samlad bild av hur samverkan kring personer med samsjuklighet och komplexa behov fungerar idag, och vilka utmaningar och utvecklingsområden som behöver hanteras framöver. Delregional statistik och siffror kring hur omfattande psykiatrisk samsjuklighet samt skadligt bruk och beroende i Fyrbodal och Lilla Edet kommer redovisas här tillsammans med en beskrivning av goda exempel på samverkan/arbetsätt kring personer med samsjuklighet och komplexa behov i Västra Götaland och Fyrbodal.

Omfattning av underlag

Totalt genomfördes 17 intervjuer/dialogmöten med bland annat verksamhetschefer, enhetschefer, arbetsledare/teamledare, samordnare/utvecklare, sjuksköterskor, läkare, kuratorer, socialsekreterare, behandlingspedagoger, peer support inom regional primärvård, specialistpsykiatri (öppen- och slutenvården), socialtjänsten, kommunal primärvården och andra kommunala stödfunktioner i Fyrbodal och Lilla Edet. Processledare har deltagit på två workshops under hösten kring psykisk hälsa inom ramen för lokalsamverkan i Lysekil och Munkedal där kommunal verksamhet, regional primärvården och Öppenvårdspsykiatrin var representerade. Resultaten för dessa workshop finns med i redovisningen av intervjuer/dialogmöten.

Det har analyserats 211 avvikelser ur avvikelssystemet Medcontrol från 2024-01-03 till och med 2025-11-25. Av de 211 identifierade avvikelserna var 155 registrerade från kommunal verksamhet, 24 från primärvården och 31 från specialistvården, varav 14 från öppenvårdspsykiatrin, 14 från slutenvården, 3 från rättspsykiatrin och 1 övrigt/externt. Under intervjuerna/dialogmöten har det framkommit att det finns en underrapportering av avvikelser inom verksamheterna. Man menar att avvikelser inte används i det syfte de är tänkt till. Att lära sig nytt och få till ett förändrat arbetssätt, inte heller bidrar de till en gemensam diskussion eller ökat samarbete. Verksamheterna anger att det brukar ta lång tid att få svar på vilka åtgärder som har tagits, ibland får man inte alls något svar.

Delregional statistik från Fyrbodal kring personer med samsjuklighet har inhämtats med hjälp av avdelning data och analys, Västra Götalandsregion. Det har beställts även delregional statistik på personer som har fått tvångsvård enligt LPT och rättspsykiatriskvård, men i skrivandestund har dessa inte varit tillgängliga och kommer i stället att läggas senare som bilaga till förstudien. Statistik har inhämtats från Socialstyrelsen kring personer med skadligt bruk och beroende som har fått insatser inom kommuner i Fyrbodal och Lilla Edet.

Nuläge statistik

Delregionala siffror och statistik kring samsjuklighet under 2024 i Fyrbodal och Lilla

Edet (Siffrorna här nedan kan vara något högre utifrån att Lilla Edet tillhör Delregional nämnd Västra, vilka siffror inte redovisas här)

843 – Delregional nämnd, Norra	Antal personer
Patienter som vårdats för skadligt bruk/beroende (F10–F19 exkl. F15, F17; inkl. F63.0 spelberoende)	2 908
Samsjuklighet: Patienter som vårdats med beroende som huvuddiagnos och annan psykiatrisk diagnos	685
Samsjuklighet: Patienter med psykiatrisk huvuddiagnos och som har beroende (F10–F19 exkl. F15, F17; inkl. F63.0 spelberoende)	834
Patienter med beroendediagnos (F10-19 exkl. F15 och F17 men inkl. F63.0) som huvuddiagnos och har också annan psykiatrisk diagnos som besökt akutmottagningen	<5
Patienter med beroendediagnos (F10-19 exkl. F15 och F17 men inkl. F63.0) som huvuddiagnos och har också annan psykiatrisk diagnos som besökt akut-psykiatrimottagningar *	97

Källa: VEGA,

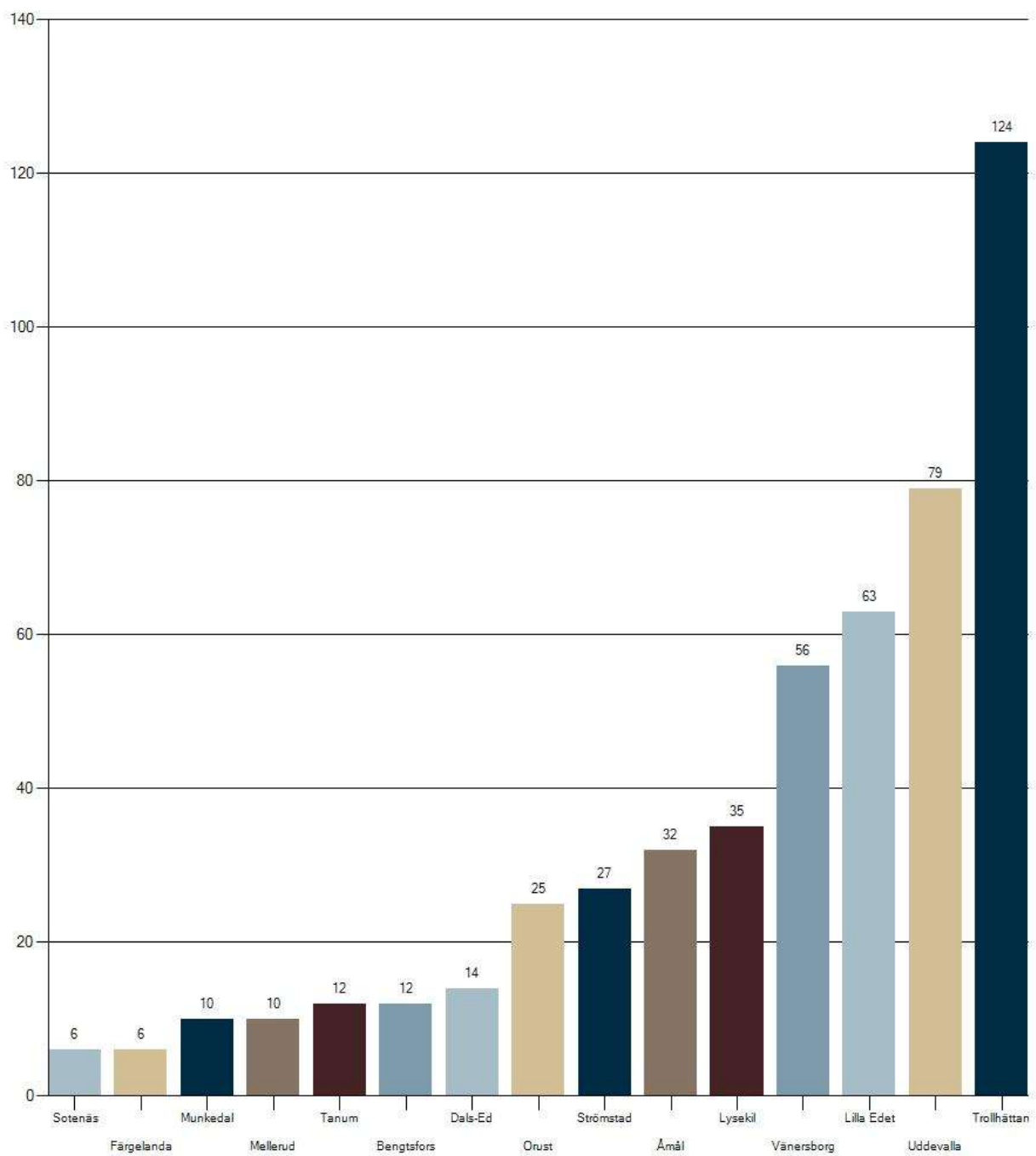
"<5" - Uppgift kan ej anges av sekretesskäl (små tal under 5).

*Följande mottagningar ingår:

90147 - VUP sluten vård akutmottagning

93110 - Akutmottagning barn- och ungdomspsykiatri

Vuxna personer med skadligt bruk och beroende, Antal personer den 1 november i individuellt behovsprövade öppna insatser, Antal, Båda könen, 2024



Socialstyrelsens statistikdatabas 2026-03-19

Intervjuer/dialogmöten och workshop

Tema	Förekomst (antal av 17)	Hur temat tar sig uttryck i materialet	Vad säger samsjuklighetsutredningen?
Bristande kontaktvägar, forum och löpande dialog	16	Det saknas gemensamma forum mellan kommun, primärvård och specialistpsykiatri. Kontaktvägar beskrivs som otydliga, personberoende eller för långsamma. Flera efterfrågar snabbkonsultation, avidentifierade konsultationer, tätare möten och enklare vägar mellan verksamheter.	Motsvarar utredningens beskrivning av att samordning försvåras när organisationer saknar fungerande strukturer och administrativa system som stödjer samverkan.
Otydlig ansvarsfördelning och gränsdragning mellan huvudmän	15	Det är ofta oklart vem som ska ta ansvar vid personer med samsjuklighet, vid försämring, vid utskrivning, vid tvångsvård enligt LPT kontra LVM och mellan primärvård och specialistpsykiatri. Flera beskriver att individer bollas fram och tillbaka eller skrivs ut utan tydligt övertagande.	Stämmer väl med utredningens fokus på behovet av tydligare ansvarsfördelning och att behandlingen av skadligt bruk och beroende ska hållas ihop inom hälso- och sjukvården.
Brister i samordning, SIP och gemensam planering	12	SIP används oregelbunden, upplevs ibland som administrativt tung och genomförs inte alltid med rätt personer. I flera underlag framgår att SIP antingen inte används när den borde användas eller används för tidigt eller utan bra syfte och frågeställningar.	Bekräftar utredningens bedömning att samordning på individnivå behöver utvecklas och att samordnad individuell plan behöver få större praktisk betydelse.
Tillgänglighetsproblem, resursbrist och långa väntetider	10	Få läkartider, begränsad specialistkapacitet, långa köer till behandling/utredning inom och svårigheter att komma i kontakt med öppenvårdspsykiatri eller få återkoppling. I flera intervjuer beskrivs att patienter försämras under väntetiden och att specialistvårdens kapacitetsproblem påverkar hela samverkanskedjan.	Överensstämmer med utredningens resonemang om att brist på rätt kompetens och otillräcklig kapacitet direkt påverkar både behandling och samverkan.
Brister i vårdövergångar och utskrivningsprocesser	9	Övergångar från slutenvård till öppenvård, primärvård eller kommun beskrivs som särskilt sårbara. SAMSA används olika väl, informationen är ofta otillräcklig och uppföljning efter utskrivning saknas eller är otydlig.	Går direkt igen i utredningens beskrivning av glapp som uppstår när en insats avslutas och ingen annan tar vid, eller när vårdkedjan inte hålls samman.
Bristande kunskap om varandras uppdrag, mandat och arbetssätt	9	Flera lyfter okunskap om socialtjänstens uppdrag, specialistpsykiatrins uppdrag, primärvårdens roll, tvångsvårdslagstiftning och rättspsykiatrins arbetssätt. Detta skapar felaktiga förväntningar och misstro.	Motsvarar utredningens betoning på behovet av gemensam kunskapsutveckling, stärkt samverkan och en samsyn kring målgruppen och deras behov.
Behov av samordnare, case management och gemensamma processkartor	7	Flera efterfrågar behov av samordnare, vård- och stödsamordning, case management, processkartor och tydliga flöden under hela vårdkedjan på de olika vårdnivåer och över till kommunal verksamhet.	Ligger mycket nära utredningens förslag om samordnad vård- och stödverksamhet och att individen ska ha en vård- och stödsamordnare.
Villkorat vård/behandling, krav på drogfrihet	5	Flera beskriver att patienter nekas utredning, behandling eller läkemedel om de inte är helt drogfria. Detta gäller särskilt öppenvårdspsykiatri och neuropsykiatriska utredningar.	Bekräftar utredningens kritik mot att hjälp villkoras på ett sätt som individen inte klarar av att uppfylla, vilket skapar glapp och utestängning från vård.
Rättspsykiatri, ÖPT och boendefrågor som särskilt samverkansproblem	5	Verksamheter beskriver stora svårigheter att ordna lämpliga boenden, samsyn kring funktionsnivå och stödbehov samt hantering av villkor inom öppen rättspsykiatrisk vård.	I utredningen framgår behov av tydligare gemensamma strukturer och integrerade former för långvarig samordning kring personer med stora behov.

Tema	Förekomst (antal av 17)	Hur temat tar sig uttryck i materialet	Vad säger samsjuklighetsutredningen?
Barn-, unga- och anhörigperspektiv som utvecklingsområde	3	Barn som anhöriga riskerar att missas, samverkan mellan skola, BUP, ungdomsmottagning och socialtjänst beskrivs som otillräcklig, och anhöriga nämns som viktiga men inte alltid tillräckligt inkluderade.	Stämmer med utredningens förslag om ett tydligare socialtjänstuppdrag för barn och unga samt förstärkt stöd till anhöriga.

Tabellen bekräftar att de identifierade bristerna är systematiska och strukturella, och speglar tydligt den problembild som samsjuklighetsutredningen beskriver, där uppsplittrade insatser, otydlig ansvarsfördelning och bristande vårdövergångar leder till att individer med samsjuklighet faller mellan stolarna och inte får sina behov tillgodosedda.

Sammanställningen av de 17 intervjuerna/dialogmötena och workshops visar en tydlig och återkommande bild av att samverkan kring personer med samsjuklighet och komplexa behov fortfarande i hög grad är beroende av personliga kontakter, lokala initiativ och enskilda medarbetares engagemang, snarare än av tydliga och gemensamt förankrade strukturer. Det mest framträdande resultatet är att verksamheterna beskriver en genomgående brist på tydliga kontaktvägar mellan varandra, gemensamma forum och kontinuerlig dialog på både verksamhetsnivå och chef/ledningsnivå. I nästan samtliga dialoger återkommer behovet av att träffas över verksamhetsgränserna, att lära känna varandras uppdrag och att kunna diskutera gemensamma patienter/klienter/brukare innan situationen blivit akut eller individer påtagligt försämras.

Ett annat tydligt resultat är att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen upplevs som otydlig, särskilt i ärenden där samsjuklighet, tvångsvård, beroendeproblematik och omfattande psykosociala behov framkommer. Dialogmöten beskriver ett återkommande mönster där patienter hänvisas mellan primärvård, specialistpsykiatri, slutenvård och kommunal verksamhet utan att någon aktör fullt ut tar ett samlat ansvar. Detta framkommer både i vardagliga samverkansfrågor, till exempel kring remittering och uppföljning, och i mer allvarliga situationer där individer försämras, uteblir från vård eller befinner sig i gränlandet mellan frivillig vård och tvångsvård.

Det framkommer att samordningen på individnivå inte fungerar tillräckligt väl, trots att verktyg som SIP och SAMSA finns. SIP beskrivs av flera som administrativt tung, används i varierande grad och ibland genomförd utan rätt personer eller vid fel tillfälle i processen. SAMSA upplevs i av flera som mer anpassad för somatiska vårdprocesser än för psykiatriska patienter med långvariga och komplexa stödbehov. Samtidigt finns en tydlig efterfrågan på vård- och stödsamordnare, case management, gemensamma processkartor och en mer sammanhållen struktur där individens väg genom vårdsystemet blir tydligt för alla inblandade.

Resultaten visar att hög arbetsbelastning och brist på personal i stor utsträckning påverkar möjligheten till samverkan. I en majoritet av intervjuerna (10 av 17) framkommer att hög arbetsbelastning, begränsade resurser och bristande tillgänglighet tar sig uttryck i långa väntetider för behandling och utredning, få läkartider samt svårigheter att få till stånd

nybedömningar eller återinskrivning i öppenvård psykiatri. Detta påverkar verksamheternas kommunikation mellan varandra, vilket leder till bristande återkoppling och svårigheter att nå varandra, samt begränsar även utrymmet för planerad samverkan och gemensamt arbete kring individen.

Vidare framkommer att kunskapen om varandras uppdrag, mandat och arbetssätt är otillräcklig kring individer med samsjuklighet och komplexa behov. Detta gäller särskilt relationen mellan kommun och hälso- och sjukvård, men även mellan primärvård och specialistpsykiatri samt i förhållande till rättspsykiatri. Flera pekar på att okunskap kring tvångslagstiftning enligt LPT, LVM, ÖPT, beslut om boende med särskild service, läkemedelsansvar och vilka insatser som faktiskt kan erbjudas leder till missförstånd och orimliga förväntningar på varandra. Det framkommer därför en tydlig efterfrågan på gemensamma utbildningar, verksamhetsbesök, samlade informationsunderlag och återkommande dialogforum.

Avvikelser

Sammanställning av avvikelser med fokus på psykiatrisk samsjuklighet och komplexa behov i Fyrbodalen och Lilla Edet

Tabell – fördjupad kategorisering av avvikelser

Kategori	Förekomst n: 211 (ca)	Typ av brist	Konsekvenser för individ	Typiska situationer
Informationsöverföring	95–110 (≈50 %)	Utebliven eller bristfällig information mellan vårdnivåer, t.ex. saknade epikriser, otydliga läkemedelsordinationer eller ändringar utan kommunikation	Felmedicinering, utebliven behandling, ökad risk för överdos eller försämrat tillstånd	Utskrivning utan epikris, ändringar i Pascal utan att kommun/primärvård informeras, bristande dokumentation
Vårdövergångar	80–95 (≈40–45 %)	Otillräcklig planering vid övergång mellan slutenvård, öppenvård, primärvård och kommun	Återinläggningar, suicidrisk, otrygg hemgång, avbrott i behandling	Utskrivning utan att mottagande verksamhet är redo, ingen uppföljning planerad, individen skickas hem trots kvarstående behov
Ansvarsfördelning	70–85 (≈35–40 %)	Otydlighet kring vilken aktör som har behandlings- eller uppföljningsansvar	Utebliven vård, fördröjda insatser, patienter faller mellan stolarna	Remittering fram och tillbaka mellan primärvård och specialistpsykiatri (öppenvård och slutenvård), oklarhet kring ansvar efter utskrivning
Samverkan och tillgänglighet	65–80 (≈30–35 %)	Bristande kontaktvägar, svårigheter att nå rätt aktör och utebliven återkoppling	Försämrat tillstånd över tid, fördröjda beslut, ökad belastning på akutsjukvård	Svårt att nå specialistpsykiatri, långa svarstider, uteblivna eller bristfälliga samverkansmöten

Kategori	Förekomst n: 211 (ca)	Typ av brist	Konsekvenser för individ	Typiska situationer
Läkemedelshantering	60–75 (≈30 %)	Fel i ordination, utdelning eller uppföljning av läkemedel, ofta kopplat till bristande information	Risk för överdos, utebliven effekt av behandling, allvarliga medicinska risker	Individer får läkemedel med sig utan kontroll, ändrade doser utan uppföljning, dubbla ordinationer
Riskbedömning	40–55 (≈20–25 %)	Otillräcklig bedömning av suicidrisk eller andra risker, bristande helhetsperspektiv	Suicid, självskada, försämrat psykiskt tillstånd	Individ med suicidtankar skrivs ut utan uppföljning, risker identifieras men åtgärdas inte
Planering och samordning (SIP)	40–50 (≈20 %)	Brister i samordnad planering och uppföljning mellan aktörer	Insatser som saknar samordning, bristande kontinuitet, ineffektiv vård	SIP genomförs inte eller utan rätt aktörer, otydliga planer, ingen uppföljning av insatser

De 211 avvikelser under perioden 2024–2025 visar på återkommande och systematiska brister i samverkan mellan kommun, primärvård och specialistpsykiatri. Avvikelserna rör i stor utsträckning individer med samsjuklighet och komplexa behov, där kombinationer av psykisk ohälsa, somatiska tillstånd, skadligt bruk och beroende eller kognitiv svikt är vanligt förekommande.

Den mest framträdande kategorin rör brister i informationsöverföring, där ungefär hälften av alla avvikelser innehåller exempel på utebliven, fördröjd eller ofullständig information mellan vårdnivåer. Det handlar bland annat om saknade epikriser, otydliga läkemedelsordinationer och bristande kommunikation vid förändringar i behandling. Dessa brister får direkta konsekvenser för patientsäkerheten, exempelvis i form av felaktig läkemedelshantering eller utebliven uppföljning.

En annan omfattande kategori är brister i vårdövergångar, särskilt i samband med utskrivning från slutenvård. I ett stort antal fall skrivs patienter ut utan tillräcklig planering, utan att mottagande verksamhet är informerad eller redo, och utan att uppföljning säkerställs. Detta gäller särskilt individer med samsjuklighet där behovet av samordnade insatser är stort. I flera avvikelser framkommer att patienter återinsjuknar snabbt, riskerar överdos eller i vissa extrema fall kan avlida till följd av brister i uppföljning av vården.

Otydlig ansvarsfördelning är ett återkommande tema bland avvikelserna. I många fall framgår det att individer hänvisas mellan olika verksamheter utan att någon aktör tar ett samlat ansvar för individens vård och stöd. Detta leder till fördröjda insatser, utebliven behandling och i vissa fall att patienter helt faller utanför vårdssystemet.

Brister i samverkan och tillgänglighet förstärker dessa problem. Avvikelserna beskriver svårigheter att nå rätt personal, bristande återkoppling och avsaknad av gemensamma forum för samverkan. Detta bidrar till att vård och stöd ges uppdelat och utan kontinuitet.

Vidare framkommer betydande brister i läkemedelshantering, ofta kopplade till informationsbrister och otydliga ansvarsförhållanden. I flera fall har individer med hög suicidrisk fått läkemedel utan tillräcklig kontroll, vilket ökar risken för överdos. Även brister i riskbedömning identifieras, där patienter med kända suicidtankar skrivs ut utan adekvat uppföljning. I citaten här nedan illustrerar tydligt de allvarliga konsekvenser som bristerna kan medföra.

Citat direkt ur avvikelser i Medcontrol

- Patient som i hemmet var paranoid, aggressiv, hallucinationer och vanföreställningar. Låter inte hemtjänsten komma in av och till. Tar inte sina mediciner. Eldar upp barnens foton och leksaker från det de var små i en hink vid kaminen i huset. Läkare från Vårdcentral beslutar om ett LPT vid ett hembesök och kommer till avdelning 67, NÄL. Patient skickas hem från sjukhuset efter två dygn utan vårdplanering.
- Patient haft kontakt med vårdcentral p.g.a. psykiskt illabefinnande och depressiva besvär, remitterades akut till psykakuten 30/6 p.g.a. ökade suicidtankar. Blev hemskickad med uppmaning att kontakta mobila teamet och intern överföring gjordes till öppenvården. Kontaktade vårdcentralen (via telefon) 21/8 och önskade ett intyg på att hen hade diagnosen bipolär sjukdom, vilket inte kunde skrivas då diagnosen inte var fastställt via psykiatri. Förnekade konkreta suicidplaner vid samtal. Dagen efter kontaktades polisen då grannen varit hemma hos patienten och sett att patienten hade hängt sig.

Sammantaget visar resultaten att avvikelserna sällan beror på en enskild brist, utan snarare på en kombination av flera samverkande faktorer. Särskilt tydligt är detta i ärenden som rör samsjuklighet, där komplexiteten i individens behov ställer högre krav på samordning, tydlighet och kontinuitet.

Goda exempel från Västra Götaland

Här nedan följer en kort beskrivning av olika verksamheter i Västra Götaland som arbetar med integrerat arbetssätt kring personer med samsjuklighet och komplexa behov. Dessa goda exempel och modeller kan vara en inspiration för spridning till verksamheter i Fyrbodal och Lilla Edet.

- **Boråsregionen/Sjuhärad FACT:** Med stöd från Närvårdssamverkan södra Älvsborg har beroendemottagningen på Södra Älvsborgs sjukhus tillsammans med kommunerna i Sjuhärad påbörjat implementeringen av en integrerad beroendevård. Verksamheten tar utgångspunkt i FACT och syftar till att stärka arbetet kring personer med samsjuklighet. FACT står för Flexibel assertive community treatment och är en beforskad metod för integrerad beroendevård för samsjuklighetspatienter med psykiatrisk och social problematik samt substansbrukssyndrom. Verksamheten kommer att ge en samordnad personcentrerad vård för de patienter som har störst behov. FACT-

verksamheten, bestående av ett tvärprofessionellt team med både sociala stödinsatser och beroendevård, är sedan februari 2026 en ordinarie verksamhet.

- **ACT Göteborg:** vänder sig till de som är mellan 18 – 70 år med svår psykisk sjukdom och som har sammansatta behov till följd av psykiatriska problematik eller substansbruk vilka inte tillgodogjorts inom ordinarie behandlingsinsatser inom specialpsykiatri, beroendevården eller hos kommunen av olika skäl. Den som söker vård och stöd på ACT Göteborg har ofta ett utökat behov av samordnade stödinsatser från sjukvård och socialtjänst. Det kan exempelvis vara svårt för individen att ta sig till stödjande eller behandlande verksamheter och det kan förekomma en problematik kring avsaknad av ett eget hem.
- **Mini Maria Resurs :** I Göteborg finns sedan 2024 Mini Maria Resursmottagning som riktar sig till barn och unga mellan 14–21 år som har problematiskt substansbruk samt psykisk ohälsa (samsjuklighet). Mini-Maria Resursmottagning drivs under verksamhetsområde Beroende, Sahlgrenska universitetssjukhuset i nära samverkan med Barn och ungdomspsykiatri Göteborg och Göteborg stad (Socialförvaltningen Centrum). Mottagningen startade som pilotprojekt startade 2022 i sjukvårdens lokaler bredvid Mini-Maria Nordost. Verksamheten bemannas med 2 tjänster från Beroende, 1 tjänst från Göteborgs stad och 0,5 tjänst från BUP. Utöver detta lånas medarbetare in från slutenvården inom VGR samt ordinarie Mini-Maria.
- **Skaraborg:** I Skaraborg finns sedan 2025 en modell för integrerat arbete för personer med stora behov av samverkan. Modellen är en flödesprocess som utprovats hos två psykiatriska öppenvårdsmottagningar (Lidköping och Falköping) och två kommuner (Lidköping och Skara). Arbetssättet kan beskrivas som en modifierad form av FACT. Bland annat finns samordnare hos båda parter, ett nära, personcentrerat samarbete och stöd i en samordningstavla. En kärna i arbetet är att parterna ska nå samsyn om den gemensamma individens behov och möjligheter i nuläget. Det ger större möjlighet att kunna fokusera på ”rätt” insatser och innebär mindre tyckanden om vad andra borde göra. Genom flödesprocess och samsyn ökar den goda samverkan, vilket gynnar klienten/patienten såväl som verksamheterna.
- **Närvårdssamverkan SIMBA** (Ale, Kungälv, Stenungssund och Tjörn): Socialmedicinsk mottagning: Mottagningarna riktar sig till personer över 18 år med beroendeproblematik av alkohol, narkotika, läkemedel, dopingmedel eller spel om pengar och som behöver både medicinska och psykosociala behandlingsinsatser. Verksamheterna drivs i samverkan mellan regional primärvård och kommunens socialtjänst för att kunna erbjuda tvärprofessionella insatser till målgruppen. På mottagningarna erbjuds stödinsatser, psykosociala behandlingsinsatser, samt

medicinska insatser. Förhållningssättet är personcentrerat och behandlingsplan utformas med individens behov i centrum. En god samverkan med övriga relevanta instanser inom region och kommun är avgörande för individens tillfrisknande.

Goda exempel från Fyrbodal och Lilla Edet

Här redovisas de integrerade arbetssätt som finns i Fyrbodal och andra goda exempel kring när och vad som gör att samverkan fungerar bra inom vissa verksamheter i Fyrbodal och Lilla Edet. Dessa goda exempel och modeller kan vara en inspiration för spridning till övriga verksamheter inom Fyrbodals område.

Samordnad Vuxenhälsa (SamVux) i Åmål är en samverkansmodell som syftar till att erbjuda en sammanhållen och lättillgänglig ingång för vuxna med psykisk ohälsa som behöver insatser från flera aktörer, såsom primärvård, socialtjänst och specialistpsykiatri. Modellen bygger på att samla kompetenser från olika verksamheter i ett gemensamt arbetssätt, där individen endast behöver ta en kontakt för att få tillgång till samordnade insatser. Bakgrunden till modellen är ett ökat behov av samverkan, långa avstånd till specialistvård samt en komplex målgrupp med behov av parallella insatser. Arbetet utgår från ett personcentrerat förhållningssätt med fokus på helhetsperspektiv, kontinuitet och att individen ska vara delaktig i sin egen process. Genom samordning och gemensamma bedömningar skapas bättre flöden mellan verksamheterna, vilket minskar risken att individer faller mellan stolarna. Modellen bidrar också till effektivare resursanvändning, tydligare ansvarsfördelning och förbättrad livskvalitet för individen. Samverkan ger dessutom vinster i form av minskat dubbelarbete, bättre informationsöverföring och ökad samsyn mellan aktörer. SamVux lyfts därmed som ett exempel på hur integrerade arbetssätt kan stärka samverkan och skapa mer hållbara lösningar för personer med komplexa behov.

Orust projekt R-ACT – syftet med projektet var att ta fram en integrerad resursgrupp inom psykiatri (för t.ex. psykospatienter, personlighetsstörningar m.fl.). En grupp bestående av personal från socialpsykiatri och öppenvård psykiatri gick en 5 dagars utbildning i metoden som liknar CASE-managementmodellen. 2023 genomfördes en brukarstyrd brukarrevision bestående av kommun, öppenpsykiatri och primärvård på Orust. Rapporten beskriver att syfte med brukarrevisionen var att undersöka hur personer med psykisk ohälsa och sammansatta behov upplever stöd, behandling och samverkan mellan kommun, primärvård och öppenpsykiatri. Studien bygger på enkäter och intervjuer och utgår från ett brukarperspektiv där erfarenhetsbaserad kunskap ses som central för utveckling av verksamheter. Resultatet visade att majoriteten har en positiv helhetsupplevelse av stöd och bemötande, där personalens engagemang, lyhördhet och kontinuitet lyfts som särskilt viktiga faktorer. Samtidigt framkommer tydliga förbättringsområden, såsom bristande information, långa väntetider och otillräcklig uppföljning. Många upplever också att de inte får tillräcklig information om vilket stöd som finns, särskilt inom civilsamhället. En betydande andel av

målgruppen har kontakt med flera aktörer samtidigt, vilket pekar på individer med sammansatta behov och har ett behov av fungerande samordning. Samverkan mellan aktörer beskrivs som ojämn, där vissa upplever fungerande samarbete medan andra beskriver brister i kommunikation, kontinuitet och delaktighet. Flera uttrycker att de saknar inflytande över sin egen vård och ibland bollas mellan olika verksamheter. Rapporten lyfter även behov av en framtida mötesplats som kan bidra till social gemenskap och stöd, och pekar sammantaget på vikten av stärkt brukarinflytande, förbättrad samverkan och mer personcentrerade insatser.

Några andra goda exempel på fungerande samverkan som har framkommit är att i mindre kommuner beskrivs hur korta kontaktvägar, god kännedom om varandras uppdrag och en nära dialog mellan professioner bidrar till en mer effektiv och flexibel samverkan. Vidare framhålls rättspsykiatrins arbetssätt som ett exempel där långsiktig planering, tydliga strukturer vid utskrivning samt kontinuitet och uppföljning efter utskrivning bidrar till en mer sammanhållen vårdprocess.

Det framgår bland dialogmöten flera inslag kopplade till brukarinflytande som betydelsefulla, där peer support, brukarråd och anhörigstöd bidrar till ett mer personcentrerat arbetssätt och stärker individens delaktighet. Sammantaget visar dessa exempel att fungerande samverkan är möjlig och redan förekommer i olika former, men också att dessa arbetssätt i högre grad behöver spridas, implementeras på fler verksamheter för att bli långsiktigt hållbara.

Diskussion

Under detta avsnitt redovisas förstudiens samlade analys, slutsatser över resultaten och diskussion kring vägen framåt för hur personer med samsjuklighet och komplexa behov kan erbjudas en trygg, personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg genom en förbättrad samverkan.

Samlad analys

Den samlade analysen visar att de identifierade bristerna i första hand är strukturella och systematiska, snarare än individuella eller tillfälliga. Det handlar om ett vård- och stödsystem som i sin nuvarande form inte är tillräckligt anpassat för att hantera individer med samsjuklighet och komplexa behov. Detta ligger i linje med samsjuklighetsutredningens beskrivning av ett icke sammanhållet system där ansvar är uppdelat mellan huvudmän och där samordningen brister.

Ett återkommande strukturellt problem är att vård och stöd organiseras i separata delar, där varje aktör utgår från sitt eget uppdrag snarare än individens samlade behov. Detta leder till att individer med samsjuklighet, som ofta behöver insatser från flera aktörer samtidigt, riskerar att falla mellan stolarna. Förstudien visar att detta inte enbart är en organisatorisk utmaning, utan att det i flera fall leder till allvarliga konsekvenser för individens hälsa och i

extrema fall dödsfall. Särskilt är vårdövergångarna, där ansvar överförs mellan verksamheter utan att det säkerställs att mottagande part faktiskt tar över. Detta skapar ett glapp i vårdkedjan som är särskilt riskfyllt för individer med hög suicidrisk eller omfattande vårdbehov. Förstudien visar att dessa glapp är återkommande, vilket indikerar att nuvarande arbetssätt inte är tillräckligt robusta ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Flera aktörer beskriver en frustration i att inte få till samverkan, samtidigt som individer riskerar att försämrans i väntan på insatser. Enligt flera som har intervjuats har personer med komplexa behov i vissa fall avlidit i väntan på behandling. Bristande tillgänglighet bidrar därmed till att förstärka övriga glapp i vårdkedjan och försvårar möjligheten att arbeta förebyggande och samordnat. Denna problembild ligger i linje med samsjuklighetsutredningen, som pekar på att dagens organisering, med uppdelat ansvar mellan huvudmän och bristande samordning, gör att samverkan ofta blir beroende av enskilda medarbetares tid och engagemang snarare än av hållbara strukturer. Utan gemensamma och systematiskt organiserade arbetssätt riskerar hög arbetsbelastning, omsättning av personal och personalbrist att fortsätta påverka samverkan, vilket i förlängningen leder till att personer med samsjuklighet inte får sina behov tillgodosedda i form av trygg och sammanhållen vård och stöd.

När samarbetet fungerar väl beror det ofta på att det finns etablerade relationer bland personal mellan olika huvudmän, samlokalisering eller enskilda personer som tar ett ovanligt stort ansvar. När dessa förutsättningar inte finns blir systemets brister tydliga. Det gäller särskilt i övergångar mellan slutenvård, öppenvård, primärvård och kommun, där det ofta saknas tydliga flöden, definierade roller och gemensamma förväntningar. Just detta är också ett av huvudproblemen som samsjuklighetsutredningen försöker möta genom att föreslå en mer sammanhållen vård och stödverksamhet, med gemensam ledning, gemensamt ansvar och en utsedd vård- och stödsamordnare.

Förstudiens resultat visar i hög grad den problembild som samsjuklighetsutredningen beskriver. Utredningen utgår från att personer med samsjuklighet ofta möter ett system där vård, behandling och stöd ges i separata delar, där ingen håller ihop helheten och där glapp uppstår mellan eller efter insatser. Det handlar inte främst om att viljan till samverkan saknas bland verksamheterna i Fyrbodal och Lilla Edet, utan om att det fortfarande saknas hållbara strukturer, gemensamma arbetssätt och ett delat ansvar som står sig över tid och över organisatoriska gränser. De arbetssätt som finns idag och exkluderar individer på grund av exempelvis pågående skadligt bruk och beroende behöver utvecklas, då dessa bidrar till stigma, villkorat hälso- och sjukvård och förstärker de glapp som redan finns i vårdprocessen. För att Fyrbodal och Lilla Edet ska möta samsjuklighetsreformens intentioner krävs en förflyttning mot en mer personcentrerad, tillgänglig och integrerad vård och stöd, där individens behov utgör utgångspunkten för organisering och samverkan.

Slutsatser

En viktig slutsats som framkommer i förstudien är att ansvarsfördelningen mellan primärvård, specialistpsykiatri och kommun i praktiken är otydlig, särskilt vid samsjuklighet och personer med komplexa behov. Detta leder till att personer hänvisas mellan verksamheter utan att någon tar ett helhetsansvar. I kombination med bristande informationsöverföring och otillräcklig uppföljning skapas en situation där individen själv får bära ansvaret för att samordna sin vård, vilket är särskilt problematiskt för en målgrupp med komplex problematik.

En central utvecklingsriktning är att gå från personberoende samverkan till samverkan som vilar på gemensamma strukturer mellan verksamheterna, där kontaktvägar, ansvar och arbetssätt är tydligt definierade och gemensamt förankrade. Det finns även behov av att stärka arbetet med vårdövergångar genom till exempel tydligare rutiner, gemensam planering och säkerställd uppföljning. Vidare behöver informationsöverföringen förbättras och säkerställas så att relevant information följer individen genom hela vårdkedjan.

En andra viktig slutsats är att otydlig ansvarsfördelning inte bara skapar irritation mellan verksamheter, utan också får direkta konsekvenser för individen. När kommun, primärvård och specialistpsykiatri gör olika tolkningar av vem som ska göra vad uppstår fördröjningar, dubbelarbete och i vissa fall uteblivna insatser. Detta blir särskilt allvarligt när det gäller individer med samsjuklighet, kognitiv svikt, dålig sjukdomsinsikt eller pågående beroendeproblematik, eftersom just dessa personer har sämst förutsättningar att själva bära samordningsansvaret. Även detta ligger nära Samsjuklighetsutredningens slutsats att samhällets insatser behöver utgå från individens samlade behov, snarare än från organisatoriska gränser och strukturer hos enskild huvudman.

En sista slutsats är att flera av de mest återkommande problemen i förstudien inte kräver nya och revolutionerade insatser. Flera av de intervjuade menar på att man vinner mycket på att erbjuda en sammanhållen och personcentrerad vård om man bara följer de redan kända gemensamma rutiner, överenskommelse och avtal som finns idag. Det finns behov av se till att dessa tillämpas i det praktiska arbetet. Däremot återkommer bland dialogmöten behovet av tydliga kontaktvägar, gemensamma forum, bättre användning av SIP och SAMSA, förbättrad kommunikation vid remisser och utskrivning samt ökad kunskap om varandras uppdrag. Här finns en tydlig koppling till samsjuklighetsutredningens resonemang om att reformen kräver gemensamma förberedelser, kompetensutveckling och lokala lösningar som håller ihop vård, behandling och socialt stöd.

Vägen framåt

De behov som lyfts fram i förstudien är att verksamheterna i Fyrbodal och Lilla Edet behöver väl representerade lokalsamverkanstrukturer. Att de gemensamt utvecklar en lokalstruktur för samverkan kring samsjuklighet och personer med komplexa behov, där kommun, primärvård, specialistpsykiatri möts regelbundet på både ledningsnivå och verksamhetsnivå.

Ansvarsfördelningen behöver konkretiseras i processkartor och vårdkedjor, särskilt för vårdövergångar, situationer när individen balanserar mellan tvångs- och frivilligvård, remittering och ansvar efter utskrivning. Samordningsfunktionen bör stärkas, antingen genom vård- och stödsamordnare, case managers eller andra gemensamma roller som kan ha ett helperspektiv och hålla ihop insatserna kring individen.

Det finns behov av att utöka kunskap om varandras roller genom kunskapsutbytet mellan verksamheterna, verksamhetsbesök, gemensamma utbildningar och återkommande fallgenomgångar. Detta skulle kunna minska många av de missförstånd som i dag försvårar samverkan. De goda exempel som redan finns, såsom Samvux, peer support och fungerande lokala samverkansmodeller, behöver tas tillvara och spridas mer aktivt. Slutligen framgår att det finns ett särskilt behov av att utveckla samverkan kring rättspsykiatri och boendefrågor som rör individer med rättspsykiatriskvård, individer som inte passar in i dagens stuprörsorganisering, deras anhöriga och barn som anhöriga.

Referenser

1. Socialstyrelsen (2019). *Samsjuklighet mellan missbruk och psykisk ohälsa – kartläggning och analys.*
2. SOU 2021:93 (2021). *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*
3. Socialstyrelsen (2019). *Samsjuklighet – underdiagnostik och vårdbehov (delanalyser i 2019 års kartläggning).*
4. Regeringskansliet (2025). *Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention (skr. 2024/25:77).*
5. VGR & VästKom (2020). *Länsgemensamt inriktningsdokument/Handlingsplan psykisk hälsa (mål om integrerade insatser och lokala samverkansformer).*
6. FoU Väst/GR (2014; 2019). *Vård- och stödsamordning för personer med samsjuklighet (inkl. erfarenheter från Partille/SoB-teamet).*
7. Hälso- och sjukvårdslagen – HSL (SFS 2017:30).
8. Socialtjänstlagen – SoL (SFS 2001:453).
9. SOU 2021:93 (2021). *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. (Avsnitt 4.2–4.3 om förekomst; sammanfattning om datagap och samordnade verksamheter.)*
10. Skr 2024/25:77 *Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.*
11. <https://skr.se/halsaochsjukvard/overenskommelserinomvardochomsorg/overenskom melsepsykiskhalsaochsuicidprevention2026.7902.html#h-Andringsoverenskommelseomtillganglighetiltidenspecialiseradebarnochungdomspsykiatriin>
12. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rs15865-1977824777-28/surrogate/Beslutsunderlag%20-%20Statsbidrag%20psykisk%20h%c3%a4lsa%202025%2c%20SRO.pdf>

Bilaga 1 Målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv

- Från delar till helhet, DELBETÄNKANDE AV SAMSJUKLIGHETSUTREDNINGEN, SOU 2021:93

Målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv



Tidig hjälp med psykisk ohälsa och missbruk



Bli lyssnad på, få förståelse och bli behandlad med samma respekt som andra



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



Bli stärkt i min egen förmåga att hantera min situation och ha inflytande över min vård och omsorg



Tillgång till fungerande behandling och möjlighet att välja utifrån det som passar mig



En fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang



Stöd och vård som hänger ihop som en helhet



En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen



Inte bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk ohälsa



Att vården och omsorgen lyssnar på, involverar och ger stöd till mitt nätverk

Bilaga 2. Delregional statistisk – antal individer med psykiatrisk tvångsvård (LPT) och rättspsykiatriskvård (LRV) under 2024 och 2025

