

Stärkt arbete kring samsjuklighet i Sjuhärad

FÖRSTUDIERAPPORT

DECEMBER 2023

ROBERT HUGG OCH MIKAEL SZANTO

Innehåll

Sammanfattning	2
Bakgrund	3
Definition av begreppet samsjuklighet	3
Samsjuklighetsutredningen	3
Syftet med förstudien	4
Metod	4
Omvärldsbevakning	5
Frågeställningar och öppna samtal	5
Urval	5
Resultat	6
Myndighetstexter, dokument och forskningen	6
Dialogmöten och workshoppar	7
Studiebesök	7
Analys av nuläge och väg framåt	8
Förslag på åtgärder på delregional nivå	9
Källförteckning	11
Bilaga 1 Målbilder för vård och stöd ur ett patient- och brukarperspektiv	12
Bilaga 2 Dialogmöten och workshoppar	13
Organisation/ledning	13
Samverkan	13
Kunskap/Utbildning	14
Anhöriga	14
Personcentrerad vård	15
Samordnad vård- och stödorganisation	15
Bilaga 3 Studiebesök	17
Samvux Åmål	17
Mini-Maria Södra Älvsborg	17
Socialmedicinska mottagningen Alingsås	18
ACT Göteborg	18
Beroende- och psykiatri-teamet Jönköping	19

Sammanfattning

Socialstyrelsen genomförde 2019 en kartläggning som påvisade att det finns en stark koppling mellan skadligt bruk eller beroende och psykisk ohälsa, det vill säga samsjuklighet. Socialstyrelsen menar att personer med samsjuklighet är en heterogen grupp av individer med olika behov som generellt har sämre hälsa med stor överdödlighet. Personer med samsjuklighet är också en grupp som oftare "faller mellan stolarna" då de är i behov av insatser från flera olika aktörer samtidigt. Det är också vanligt förekommande att tvister uppstår mellan huvudmännen om ansvar och ekonomi för insatser till målgruppen.

I juni 2020 tillsatte därför regeringen en särskild utredare med uppdraget att skapa förutsättningar för en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg där personer med samsjuklighet får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av. Utredningen kom sedermera att kallas för Samsjuklighetsutredningen och delbetänkandet blev klart november 2021.

I november 2022 beslutades det att Boråsregionen Sjuhärad's kommunalförbund och Närvårdssamverkan Södra Älvsborg skulle genomföra ett gemensamt projekt kopplat till samsjuklighet. Syftet med projektet var att på delregional nivå kunna skapa förutsättningar för att individer med samsjuklighet ska kunna få tillgång till medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser på det sätt som Samsjuklighetsutredningen förespråkar. Inom ramarna för projektet genomfördes en förstudie med syfte att utreda och kartlägga var berörda verksamheter befinner sig och vilka åtgärder som bör vidtas för att kunna anpassa verksamheterna till det scenario som Samsjuklighetsutredningen förespråkar behöver bli verklighet.

I denna rapport beskrivs arbetet med förstudien och dess resultat. Avslutningsvis ges förslag på insatser som kan genomföras på delregional nivå för att ge förbättrat stöd och behandling till personer med samsjuklighet. Åtgärdsförslagen har identifierats utifrån de glapp som gestaltats mellan Samsjuklighetsutredningen och innehållet i förstudien. Förslagen är presenterade utifrån två övergripande åtgärdsområden:

- Vad kommunerna och regionen behöver göra tillsammans för att skapa förutsättningar för en sammanhängande samordnad vård-och stödverksamhet.
- Vilken typ av kompetenshöjande insatser som kommunerna och regionen behöver genomföra.

Bakgrund

Socialstyrelsen genomförde 2019 en kartläggning som visade på att det finns en stark koppling mellan skadligt bruk eller beroende och psykisk ohälsa, det vill säga samsjuklighet. Socialstyrelsen menar att personer med samsjuklighet är en heterogen grupp av individer med olika behov som generellt har sämre hälsa med stor överdödlighet. Personer med samsjuklighet är också en grupp som oftare "faller mellan stolarna" då de är i behov av insatser från flera olika aktörer samtidigt. Det är också vanligt förekommande att tvister uppstår mellan huvudmännen om ansvar och ekonomi för insatser till målgruppen.

I juni 2020 tillsatte därför regeringen en särskild utredare med uppdraget att skapa förutsättningar för en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg där personer med samsjuklighet får tillgång till de medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser som de är i behov av. Utredning kom sedermera att kallas för Samsjuklighetsutredningen och blev klar 2021.

För att på delregional nivå kunna skapa förutsättningar för att enskilda individer med samsjuklighet utifrån sina behov ska kunna få tillgång till medicinska, farmakologiska, psykiatriska och sociala insatser på det sätt som Samsjuklighetsutredningen förespråkar beslutades det i november 2022 att Boråsregionen Sjuhäradskommunalförbund och Närvårdssamverkan Södra Älvsborg mera fokuserat skulle arbeta tillsammans med detta. Parterna insåg att de tillsammans behövde utreda problematiken och få en gemensam lägesbild. Lägesbilden skulle sedan kunna bli utgångspunkten för en gemensam förståelse av vilka insatser som behövs på delregional nivå. Det bestämdes att det gemensamma arbetet skulle ske i projektform. Inom ramarna för projektet har det genomförts en förstudie med syfte att utreda och kartlägga var berörda verksamheter befinner sig och vilka åtgärder som bör vidtas för att anpassa verksamheterna till det scenario som Samsjuklighetsutredningen förespråkar behöver bli verklighet.

Definition av begreppet samsjuklighet

Förstudien har utgått ifrån Samsjuklighetsutredningens definition där samsjuklighet innebär att individen har ett skadligt bruk eller beroende samtidigt med andra psykiatriska diagnoser. Sådana tillstånd kan påverka och förstärka varandra på olika sätt. Samsjuklighet kan uppstå enligt följande fyra modeller:

1. Skadligt bruk eller beroende samexisterar med psykisk sjukdom på grund av gemensamma riskfaktorer.
2. Skadligt bruk eller beroende är en konsekvens av självmedicinering vid existerande psykisk sjukdom.
3. Skadligt bruk eller beroende orsakar bestående psykisk sjukdom som fortskrider oberoende av drogkonsumtionen.
4. Temporär psykisk sjukdom som orsakas som konsekvens av intoxikation eller abstinens från specifik drog.

Samsjuklighetsutredningen

Samsjuklighetsutredningen har i delbetänkandet Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:93) lämnat förslag på förbättrad vård till personer med samsjuklighet i form av både ett skadligt bruk eller beroende och psykisk sjukdom. Betänkandet bereds i Regeringskansliet och för närvarande behandlas remissvaren. Det finns i skrivande stund inte någon ytterligare information om när beslut kan komma att fattas kring utredningens förslag.

Samsjuklighetsutredningen föreslår en genomgripande reform av samhällets insatser till personer med samsjuklighet. Reformen förutsätter ett förändrat huvudmannaskap för vård och stöd till alla personer med skadligt bruk eller beroende. Utredningen har bedrivits i nära samverkan med personer med samsjuklighet, anhöriga och personer som arbetar inom berörda verksamheter. Tillsammans med dessa grupper har ett antal målbilder (se bilaga 1) utarbetats för att därefter ligga till grund för utredningens förslag och bedömningar. Utredningen bedömer att dessa målbilder bör användas för att visa vad samhällets insatser till målgruppen ska uppnå. Utredningen kan sammanfattas i tio bärande delar, som bidrar till att skapa förutsättningar för personer med samsjuklighet att erbjudas en samordnad, behovsanpassad och patientcentrerad vård och omsorg.

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 bedrivs 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 bedrivs 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 tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys vi presenterar i det här betänkandet.

Syftet med förstudien

Förstudien har tagit sin utgångspunkt i den komplexitet och de utmaningar som råder kring samsjuklighet. Syftet med förstudien har varit att utreda och kartlägga hur berörda verksamheter arbetar och vilka åtgärder som bör vidtas för att kunna ge personer med samsjuklighet bästa möjliga stöd och hjälp, samt anpassa verksamheterna till det scenario som Samsjuklighetsutredningen förespråkar.

Metod

Förstudien, som genomfördes under 2023, har initierats av Närvårdssamverkan Södra Älvsborg och Boråsregionen Sjuhärads kommunalförbund. En projektledare från vardera organisationen tillsattes för att driva arbetet med förstudien. På så sätt har det säkerställts att både det kommunala och regionala perspektivet har blivit tillgodosett i arbetet med förstudien.

Projektorganisationen har bestått av en projektledningsgrupp, en styrgrupp och en referensgrupp. Projektledningsgruppens uppdrag har varit att kontinuerligt följa processen och stötta de båda projektledarna i genomförandet, gruppen har bestått av de båda projektledarna samt representation

på strategisk nivå från kommunalförbundet och Närvårdssamverkan Södra Älvsborg. Styrgruppen har utgjorts av Närvårdssamverkans styrgrupp, dess syfte har varit att fatta större strategiska beslut kring projektet samt tillse att projektet har haft rätt övergripande riktning och fokus. Referensgruppen, som har utgjorts av Närvårdssamverkans Uppdragsgrupp psykisk hälsa, har haft i uppdrag att bidra med sakkunskap och erfarenhet samt utgöra ett bollplank för projektledarna. I Uppdragsgruppen psykisk hälsa finns företrädare för kommunal socialtjänst, primärvård, specialistpsykiatri från Södra Älvsborgs sjukhus, polismyndigheten samt brukarorganisationer, vilket innebär att det inom uppdragsgruppen finns god kunskap om samsjuklighetsproblematiken.

Möten, dialoger och workshoppar har genomförts både digitalt och fysiskt, beroende på mötets karaktär samt projektledarnas möjlighet att delta. Att delta fysiskt på ett möte kan ge en djupare och bättre dialog men många av de möten som ägt rum har på grund av logistiken genomförts digitalt och då har projektledarna fått anpassa sig efter rådande förutsättningar.

Omvärldsbevakning

Då individer med samsjuklighet ofta kräver insatser från flera olika verksamheter samtidigt, exempelvis socialtjänst och hälso- och sjukvården, har omvärldsbevakning varit ett sätt för projektledarna att bättre förstå sig på vilka resurser en person med samsjuklighet har behov av. Genom omvärldsbevakning har projektledarna skapat sig en överblick av hur andra kommuner och regioner arbetar med samsjuklighetsproblematiken. Projektledarna har också tagit del av forskning inom området.

Frågeställningar och öppna samtal

Under förstudien har projektledarna delvis använt sig av förutbestämda frågeställningar för att på ett strukturerat sätt förhålla sig till det förstudien ska utreda och kartlägga. De texter/dokument som är upprättade av myndigheter som förstudien har granskat har lästs utifrån frågeställningarna;

- Vilka legala perspektiv finns det att förhålla sig till?
- Hur återger myndigheterna att samsjuklighetsproblematiken hanteras idag?
- Vad återger myndigheterna att det behövs göras för att förbättra samhällets gemensamma omhändertagande av personer med samsjuklighet?

Öppna samtal har använts som en metodik vid genomförandet av dialogmöten och workshoppar där deltagarna fritt har fått dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter, men samtalen har då utgått från de tio målbilder (se bilaga 1) som samsjuklighetsutredningen har tagit fram. Syftet med dessa samtal har varit att urskilja vilka behov av förbättringsåtgärder som målgruppen anses behöva i delregionen.

Studiebesök har genomförts utifrån frågeställningarna:

- Vad fungerar bra/dåligt med er mottagning?
- Vilka personalkategorier är det som arbetar på mottagningen?
- Vad har personal för utbildning inom samsjuklighet?
- Hur fungerar samverkan internt och externt?

Urval

Urval av dokument och texter har gjorts utifrån att de ska vara aktuella för syftet och frågeställningarna.

Urval av grupper, nätverk och personer har gjorts utifrån att de ska kunna bidra till att kartlägga hur problematiken kring samsjuklighet ser ut på delregional nivå. Genom att använda

Närvårdssamverkans och kommunalförbundets delregionala nätverk har det getts möjlighet till dialog med viktiga strategiska tjänstepersoner. Vidare har fristående nätverk involverats, liksom enskilda kommuner, relevanta verksamheter, personer och grupper.

Resultat

Nedan presenteras det resultat som framkommit under förstudien, där projektledarna gått igenom lagar, forskning och andra relevanta dokument. Resultatet presenterar även vad som framkommit vid dialogmöten, studiebesök och workshoppar.

Myndighetstexter, dokument och forskningen

Ur ett legalt perspektiv (Patientlagen (2014:821), Patientsäkerhetslag (2010:659) och Socialtjänstlag (2001:453)) ska patienter och klienter vara delaktiga i upplägg av behandling. Vidare framgår det att regioner och kommuner är skyldiga att ingå gemensamma överenskommelser om samarbete i fråga om personer som missbrukar. Dock menar Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2018) att samverkansöverenskommelserna mellan kommuner och landsting inte är tillräckligt konkreta och omfattar ofta inte heller unga personer. De lagstadgade samverkansöverenskommelserna bör därför enligt dåvarande SKL både utvecklas och förtydligas.

Ur ett myndighetsperspektiv rekommenderar Socialstyrelsen bland annat att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerade verksamheter med integrerade behandlingsmetoder till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom. I Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende (2019) står att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda case management i form av integrerade eller samverkande team till personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och svår psykisk sjukdom. Vidare poängteras också vikten av samarbete mellan socialtjänstens missbruks- och beroendevård och hälso- och sjukvårdens psykiatri, beroendevård och primärvård för att kunna införa riktlinjerna i verksamheterna. "God och nära vård" (SOU 2021:6) betonar vikten av att utgå från människans behov snarare än hälso- och sjukvårdens sätt att organisera sig, där det även förespråkas ett mer effektivt arbetssätt. Det arbetssättet syftar till att öka samverkan utifrån individens behov samt att göra vården mer tillgänglig genom bland annat geografisk närhet.

Ur ett forskningsperspektiv går det att visa på att arbeta enligt ACT (Assertive Community Treatment) ger minskad hemlöshet och minskade svårighetsgrader av psykiatriska symtom.¹ I en annan studie² påvisades en signifikant förbättring gällande att upprätthålla kontakten med patienter. Studien genomfördes dock på landsbygden och därför kanske resultaten inte är representativa för ACT i stadsområden. I samma studie nämns OPUS-studien i Danmark, där man funnit positiva effekter av ACT i flera områden, inklusive för unga patienter med obehandlad psykos. I en explorativ studie undersöks vilken påverkan samordnade individuella planer (SIP) har haft för brukaren. Vad kan man lära sig om villkoren för integrerad vård utifrån graden av samverkan, delaktighet för brukaren samt stödjande strukturers roll i genomförandet av SIP? Författarna studerade 25 akter i en kommun och resultaten visar en låg till måttlig grad av samverkan med få indikationer på meningsfull brukardelaktighet.³

Ur ett delregionalt perspektiv finns rapporten, Inventering av vård och stöd till personer med samsjuklighet i Västra Götaland (2021). Rapporten är en inventering och beskrivning av de vård- och stödsatser som ges till personer med samsjuklighet i Västra Götalandsregionen. Med rapporten

¹ Craig M. Coldwell M.D., M.P.H. William S. Bender M.P.H., 1 Mar 2007

² S. Sytema, L. Wunderink, W. Bloemers, L. Roorda, D. Wiersma, 2007

³ David Matscheck & Katarina Piuva, 2020

framkommer en tydligare och gemensam bild av utbudet av insatser för målgruppen, det vill säga personer med missbruk/beroende eller psykisk ohälsa i Västra Götalands län. Vidare går att läsa om sammanställning från en workshop, där det i Boråsregionen visar att flera verksamheter önskar att det fanns integrerade team bestående av läkare, psykologer, andra behandlare och boendestödare som arbetar inom kommunen och psykiatrin.

Dialogmöten och workshoppar

I dialogmöten och workshoppar har det har framkommit att det saknas en sammanhängande behandling mellan olika myndigheter vilket ses som en risk för att ett glapp uppstår för brukare vid överlämning mellan myndigheter. Det pekas på att det finns brister i samordningen vilket deltagarna menar resulterar i bland annat långa väntetider, risk till återfall och att den sömlösa vården uteblir. Brukare blir också bollade mellan olika myndigheter och riskerar att tappa motivation till att ta emot behandling. Vidare har det framkommit att arbetet kring samsjuklighet ser olika ut inom verksamheterna idag. Reflektioner som de olika verksamheterna har nämnt i dialogmöten och workshoppar är att Borås stad anser sig satsa på denna målgrupp, de driver egna HVB-hem och stöttar mycket kring hemlöshet. Regionens primärvård anser att de har blandad kunskap om samsjuklighet, men överlag så finns relativt bra kunskap om alkohol, men mindre bra om substansbruk. Vårgårda kommun anser att de saknar en nära relation till psykiatrin och samverkan mellan verksamheterna kunde ha varit bättre. Tidigare fanns en psykiatrisk mottagning i Vårgårda och samverkan var då mer naturlig. Det finns många olika verksamheter i Sjuhärad som anser att de inte är vana att möta målgruppen och har liten kunskap om samsjuklighet.

Mötena har gett kunskap om att de områden som behöver utvecklas ytterligare på delregional nivå är:

- Organisation/ledning
- Samverkan, kunskap/utbildning
- Anhöriga
- Personcentrerad vård

För ytterligare information om dialogmöten och workshoppar, se bilaga 2.

Studiebesök

Det har genomförts ett antal studiebesök på olika verksamheter som arbetar med samsjuklighet, både i och utanför Västra Götalandsregionen. Studiebesöken har gett en ökad kunskap och inspiration om hur man kan arbeta med samsjuklighet. Uppläggen på studiebesöken har sett liknande ut där mötet har inletts med en presentation av verksamheten, utifrån detta har sedan projektledarna ställt frågor. Studiebesöken har genomförts både digitalt och fysiskt på plats, där genomförandet har anpassats efter förutsättningarna. De verksamheter som ingått är; Samvux Åmål, Mini-Maria Södra Älvsborg, Socialmedicinsk mottagning i Alingsås, ACT (Assertive Community Treatment) Göteborg och BoP-teamet (Beroende- och psykiatriteamet) Jönköping.

ACT Göteborg ser en framgång av att jobba över gränserna, där kommun och region kan gå in i varandras områden vilket leder till bra samverkan. Vidare får brukare sig tilldelade två case manager, en från kommun och en från region. Samvux Åmål som startade sin verksamhet när psykiatrin flyttade från Åmål ser att de har en bra samverkan när de befinner sig i samma lokaler och man behöver inte söka efter någon kontaktperson då de finns på plats. Mottagningen använder sig inte så mycket av interna remisser, bara det finns en tydlig frågeställning om brukares behov av stöd och vård. Alingsås socialmedicinska mottagning ser framgångar i att det är lätt att få kontakt med mottagningen, brukare får stöd med samordning med all vård inklusive somatisk vård och

receptförnyelser, brukare är alltid välkomna även när de är påverkade och de får även komma hur ofta de vill.

För ytterligare information om studiebesöken, se bilaga 3.

Analys av nuläge och väg framåt

Under arbetet med förstudien har det växt fram en bild av hur det i dagsläget ser ut på delregional nivå samt vad vår samtid menar fungerar för gruppen individer med samsjuklighet och vilket stöd deras anhöriga behöver. Det finns ett gap mellan nuläge och hur samtiden menar att det bör vara samt de scenarier som Samsjuklighetsutredningen förespråkar och projektledarnas uppfattning är att om intentionen på delregional nivå är att vara förberedda och anpassa verksamheterna så finns ett flertal åtgärder som behöver vidtas.

Frågan om förändrat huvudmannaskap som Samsjuklighetsutredningen föreslår, där regionen ska stå för all vård, är högst relevant och viktig för att förbättra arbetet med samsjukliga. Dock har projektledarna valt att ej behandla frågan i denna förstudie, då den kräver förändringar i lagstiftning samt ej går att påverka på delregional nivå.

På delregional nivå behöver det skapas förutsättningar för att kunna samordna och säkerställa att såväl barn, unga som vuxna personer med samsjuklighet ska kunna få adekvat vård, behandling och stöd. Regionen och kommunerna behöver tillsammans bedriva en samordnad och integrerad vård- och stödverksamhet för personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras. Utifrån att Samsjuklighetsutredningen pekar på att primärvårdens ska vara basen i hälso- och sjukvårdssystemet med ett särskilt uppdrag att fungera samordnande och hälsofrämjande för individer med samsjuklighetsproblematik bör det enligt projektledarna på delregional nivå vara primärvården som är navet för samordning för individer med samsjuklighet. Under förstudien har projektledarna fångat upp behov om att den regionala primärvården på delregional nivå skulle behöva bli bättre på det förebyggande arbetet och att i ett tidigare skede upptäcka riskbruk/beroende och behandla detta parallellt med psykisk ohälsa. Dessa idéer ser projektledarna som åtgärder som förbättrar omhändertagandet av individer med samsjuklighet över tid och därför är de med i rapporten även om de inte ger effekt för de som idag lider av allvarigare samsjuklighet.

Vidare har det under arbetet med förstudien framkommit att det på delregionalnivå skulle behöva inrättas case management. Case management är ett samlingsnamn för flera olika stödmodeller. I samtliga modeller har en så kallad case manager en koordinerande funktion med ansvar för att utredning, planering och adekvata insatser genomförs och följs upp med den enskilde. Däremot skiljer sig de olika modellerna vad gäller intensiteten i kontakten, graden av samordning samt rollen i de behandlande och rehabiliterande insatserna. Det ger individen en trygghet men det ger också den anhöriga en trygghet och avlastning. Personen som har rollen som case manager ska vara lätt att nå om det uppkommer saker i vårdprocessen som behöver hanteras samt vara spindel i nätet åt individen och/eller dess anhöriga. Med case management skulle brukare ha en större chans att fullfölja planerad vård. Det skulle bli ett minskat lidande där brukare inte bara får vård utan också slipper känna ett ständigt misslyckande i att fullfölja saker. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruk och beroende (2019) rekommenderas att hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuder case management i form av integrerade eller samverkande team enligt ACT-modellen till personer med missbruk och beroende och samtidigt svår psykisk sjukdom. När projektledarna föreslår att inrätta case management så är det i första hand enligt den modell som Socialstyrelsen föreslår. Det

kan dock också handla om case manager som fristående samordnarfunktion som riktar sig till personer med missbruk eller beroende och behov av samordning.

Under förstudien har det tydligt framkommit att det är anhöriga till individer med samsjuklighet som ofta får samordna alla insatser för den som lider av samsjuklighet, denna problematik är väl känd från andra områden exempelvis äldreomsorgen. Projektledarna ser att stödet till anhöriga behöver stärkas på delregional nivå. Samsjuklighetsutredningen menar att hälso- och sjukvården har en viktig roll i att stödja anhöriga men att det behöver utredas vidare för att få en mera samlad bild av hur stödet till anhöriga kan se ut och organiseras. Utifrån detta föreslår projektledarna att i väntan på att se vad eventuellt kommande utredningar visar ändå påbörja arbete med att göra det lättare att vara anhörig genom att nyttja befintliga arbetssätt för anhörigstöd.

Erfarenheterna från utvecklingen av samverkande vårdssystem till exempel från Stockholms integrerade mottagningar är att det krävs resurser för att ställa om. Det är exempelvis resurser i form av generell kompetenshöjning och utbildnings- och handledningsinsatser såväl när det gäller kunskap om missbruk och beroende som om specifika behandlingsmetoder. Vidare finns det erfarenheter från utveckling av samverkande vårdssystem att det behövs kunskapshöjande insatser där myndigheter och aktörer lär sig mera om varandra. Utifrån de erfarenheter som finns ger projektledarna förslag om att det på delregional nivå behöver göras insatser som ökar den generella kunskapen om samsjuklighet men att det också riktas till utvalda grupper av medarbetare som ger en ökad specialistkunskap om samsjuklighet. Utöver detta bör det också på delregional nivå genomföras kompetenshöjande insatser som leder till att verksamheter lär mer om varandra och hur samverkan kan förbättras genom SIP-möten.

Förslag på åtgärder på delregional nivå

De åtgärder som presenteras ligger i linje med Samsjuklighetsutredningen, men är framtagna utifrån förutsättningen att de är aktuella och möjliga att genomföra oavsett om utredningens förslag på lagförändringar kommer att träda i kraft. Utgångspunkten är att förbättra omhändertagandet av individer med samsjuklighet och dess anhöriga, med förbättring avses minskat lidande för den enskilde och dess anhöriga samt samhällsvinster utifrån minskat behov av psykiatrisk specialistvård.

Förslagen på åtgärder är presenterade utifrån projektledarnas bedömning av vilka åtgärder som ger störst nytta för individen och dess anhöriga. Vilka resurser som krävs på detaljerad nivå för att kunna implementera respektive åtgärd har ej tagits i beaktande, utan behöver utredas vidare för att få klarhet i vilka förutsättningar som krävs vid implementering av åtgärdsförslagen. Åtgärderna är presenterade utifrån två övergripande åtgärdsområden. Det första övergripande åtgärdsområdet är vad kommunerna och regionen behöver göra tillsammans för att skapa förutsättningar för sammanhängande samordnad vård och stöd. Det andra övergripande åtgärdsområdet är vilken typ av kompetenshöjande insatser som kommunerna och regionen behöver genomföra.

För att kommunerna och regionen tillsammans ska kunna skapa förutsättningar för en sammanhängande och samordnad vård och stöd;

- Öppna integrerad mottagning som erbjuder behandlingsmetoder för både psykisk ohälsa och beroende samtidigt.
- Införa case management.
- Utveckla samverkan kring beroendevården där brukaren kan få ökade insatser närmare sin geografiska boendeort.
- Utveckling av anhörigstöd riktat till personer med samsjuklighet.

Kommunerna och regionen behöver genom kompetenshöjande insatser;

- Öka den generella kunskapen om missbruk, beroende, samsjuklighet samt om specifika behandlingsmetoder.
- Inom utvalda grupper av medarbetare öka specialistkunskaperna om missbruk, beroende, samsjuklighet samt om specifika behandlingsmetoder.
- Öka den generella kunskapen om hur samordnad individuell planering (SIP) används för att ge individen med samsjuklighet och/eller dennes anhöriga stöd och möjlighet till delaktighet.

Källförteckning

Craig M. Coldwell M.D., M.P.H. William S. Bender M.P.H. (2007) The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis,

David Matscheck & Katarina Piuva. (2020) Integrerad vård för personer med psykisk ohälsa eller missbruk – exemplet Samordnade Individuella Planer i Sverige, s. 341-354.

Hälso- och sjukvårdslagen, [HSL], SFS 2017:30

Kajsa Westling, Matilda Legeby och Karin Petrusson. (2021) Hälsolabb Ett steg närmare - Insikter och lärdomar om utvecklingsarbete för en Nära vård

Lisbeth Lindahl, Jenny Rangmar, Maria Klamas & Marie Wilhsson. (2021) Inventering av vård och stöd till personer med samsjuklighet i Västra Götaland

Patientlagen (2014:821)

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Socialstyrelsen. (2019-1-16) Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende, Stöd för styrning och ledning, 2019

Socialstyrelsen. (2019-11-6481) Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, 2019

Socialtjänstlag (2001:453)

SOU 2021:93. Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.

SOU 2021:6. God och nära vård Rätt stöd till psykisk hälsa.

Sveriges kommuner och landsting (2018) Handlingsplan mot missbruk och beroende, Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år.

S. Sytema, L. Wunderink, W. Bloemers, L. Roorda, D. Wiersma, (2007) Assertive community treatment in the Netherlands: a randomized controlled trial.

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 Dialogmöten och workshoppar

Nedan är en sammanställning av vad som framkommit i dialogmöten och workshoppar i arbetet med förstudierapporten.

Organisation/ledning

I dialogmöten och workshoppar framkom avsaknad av rutiner och riktlinjer vara ett återkommande ämne som togs upp i olika verksamheter. Det upplevs ofta en otydlighet om vem som bär ansvar för olika behandlingar, vilket skapar frustration då man ser brukare fara illa. Brukare bollas fram och tillbaka mellan olika verksamheter, vilket är en risk för att brukare tappar motivation och ger upp att söka vård. Man vill se en behandling som är sammanhängande inom och emellan olika verksamheter. Där ska finnas en tydlig planering om vem som gör vad och att brukare är delaktiga i denna process. Vidare lyfts vikten av styrning och ledning i förändringsprocesser, att inte glömma fokusera på ledarskap, om ledningen inte är med kommer förändringar bli svårt att genomföra. Detta då en verksamhet behöver ha med ledningen i ett uppdrag för att i sin tur få med sig sina medarbetare, men även tvärtom där medarbetare får svårt att genomföra förändringar om ledning inte är med i processen.

Samverkan

I ett stort antal av de dialogmöten och workshoppar som har genomförts framkommer det att samverkan kring målgruppen samsjukliga fungerar bristfälligt. Många uttrycker specifikt att samverkan med psykiatri är undermålig, bland annat uppges det saknas konsultation i patientärenden och att avvikelser inte svaras på. Det önskas att det finns kontaktpersoner som är lätta att nå, där det bland annat ska kunna tas beslut att psykiatri i specifika fall träffar patient utan att remiss skrivs. Remissförfarande tar tid och den sömlösa vården riskerar att utebli, kunskap finns att brukares "fönster" till att ta emot vård är kort och det finns då risk att brukare tappar motivation till att ta emot vård, därför är det viktigt att ha snabba processer vid överlämning mellan olika verksamheter. Vidare framkom i möten att vårdnivån blir allt tyngre på vårdcentraler, detta då psykiatri tar emot färre patienter och hänvisar oftare tillbaka svårt sjuka brukare till den regionala primärvården. Upplevelse finns att det är problem med dubbla huvudmannaskap, där samverkan finns mellan olika personer kan finnas på individnivå, men där lagar och rutiner gör att samverkan ibland försvåras.

Större kommuner såsom Borås och Mark upplevs ha svårare för samverkan, där stöd och vård inte hålls ihop som en helhet inom verksamheter, vårdpersonal arbetar på olika enheter och den sammanhängande vården riskerar då att utebli. Vidare finns en generellt låg kännedom om andra verksamheter som arbetat med samsjuklighet, vilket försvårar möjligheten att man hänvisar till dessa och samverkan försvåras.

Samordnad individuell planering (SIP) diskuteras under flera dialogmöten. SIP lyfts ofta i positiva ordalag, där man ser att det skulle kunna leda till ökad samverkan och därigenom även till ökad personcentrerad vård. Man upplever dock att det finns utmaningar med SIP och att det inte är hela lösningen till god vård. Bland annat kallas generellt inte så ofta till SIP-möten som det borde, men det finns också problem med att deltagarna i ett SIP-möte inte kommer överens om fortsatt planerad vård på grund av att man inte har mandat att ta beslut.

Vid flera dialogmöten lyfts också att samverkan skulle underlättas om det fanns en integrerad verksamhet med personal från bland annat socialtjänst och hälso- och sjukvård, vilket skulle minimera risken för att brukarna hamnar mellan stolarna, "Det skulle bli samverkan på riktigt".

Samverkan med civilsamhället är ytterligare ett samtalsämne som har kommit upp i flera grupper. Det lyfts att man behöver bjuda in civilsamhället och användas sig mer av grupperna utanför vården, exempelvis brukare och anhöriga.

Kunskap/Utbildning

Vid flertalet dialogmöten har det framkommit att det saknas kompetens om och utbildningar i samsjuklighet för personal. Det efterfrågas evidensbaserad vård, vilket anses saknas eller inte användas idag.

I dialogmöten framkom att personal i många verksamheter inte är vana att vårda målgruppen samsjukliga och det saknas därför ofta kunskap kring samsjuklighet hos vårdpersonal. Det önskas kompetenshöjning hos personalen, där man även behöver öka den psykosociala kunskapen kring samsjuklighet. Vidare framkom att okunskap skapar en stigmatisering och det finns en risk att vårdpersonal ser beroendediagnosen framför den somatiska diagnos som brukare söker för. Kunskapen hos kommunerna är också fragmentiserad, personal saknas en verksamhet som har en samlad kunskap och kompetens om samsjukliga.

Kompetensförsörjningen är också en fråga som lyfts flera gånger under förstudien. Som exempel kan nämnas att en kommun lyfter att de saknar psykiatrisjuksköterskor och brukare med psykiatrisk vårdbehov hamnar då hos kommunsköterskorna som ofta har sämre kunskap om just vård vid psykisk ohälsa.

Ökad kunskap och evidensbaserade arbetssätt efterfrågas, att ha evidensbaserade åtgärder kopplade till mål och syfte med behandlingen. Det efterfrågas också en möjlighet att erbjuda en bredd av behandlingar för att kunna anpassa efter brukarens behov. Olika brukare har behov av olika behandlingar, då en behandling inte passar alla.

I mötena har det framkommit att möjligheten till utbildningar ser olika ut i region och kommunerna. Det ser också olika ut på vilket sätt man får information om aktuella utbildningar. Verksamheter i Västra Götalandsregionen har återkommande utbildningar som går att finna i regionskalendern. Inom regionen erbjuds också utbildningar via mejl, på olika möten samt att personal söker själva efter olika utbildningar. Hos kommunerna i Sjuhärad ser utbildningsutbudet olika ut hos de olika kommunerna, där det i de flesta fall finns en utbildningskalender eller utbildningskatalog. Några av kommunerna har inte någon årskalender eller liknande. Externa utbildningar får kommunerna via mejl, på möten, av kollegor, men också att man söker själv efter olika utbildningar.

Anhöriga

I dialogmöten om anhöriga till personer med beroendeproblematik så framkom att detta är en grupp som lätt hamnar i skymundan, mycket på grund av stigma, skam och ovilja att ge sig tillkänna. Samtidigt är det ofta anhöriga som får vara spindeln i nätet, det saknas då stöd och vård som är lätt att hitta, vilket i längden kan få anhörig att tappa ork i det fortsatta stödet till brukaren. Det är av vikt att få med sig anhöriga i tidigt skede i vården till brukare, där det finns en tydlighet i var och vad för hjälp de kan få. Anhöriga bär ofta stort ansvar när brukare blir utskrivna från heldygnsvården och de behöver då extra stöd i hur att stötta brukaren. Att vara anhörig är en krävande process, där den anhöriga inte kan stänga av sitt medberoende utan är en del i processen dygnet runt. I mötena framkom även att det är viktigt att tänka på när man tar kontakt med anhörig att inte kräva stöd av denne, då alla inte vill/orkar ta hand om anhörig med ett beroende.

I journal bör sökordet "anhörig" finnas, detta för att underlätta involverandet i tidigt skede av vården. När brukare begärt sekretess gentemot anhörig, så ställer det ofta till problem, där anhörig

inte får ta del av vården och sedan få bära ett stort ansvar när brukaren blir utskriven från heldygnsvården.

Anhörigstödjare har nämnts som en viktig funktion, dock saknas det ofta anhörigstödjare kopplade till samsjuklighet. Flera kommuner använder sig inte av anhörigstödjare gentemot psykiatrin då dessa främst är kopplade till äldrevården.

Personcentrerad vård

I workshops och dialogmöten framkom att det i den personcentrerade vården är av vikt att ha hög/ökad tillgänglighet, att den är lätt att hitta och att vården tar emot brukaren när denne söker hjälp och stöd. Den vård som ges ska vara "rätt vård", det ska vara nära vård och behandling ska komma i ett tidigt skede under processen, där brukaren är delaktig i val av den behandling som görs eller ska genomföras.

När brukaren är pågående i vården, är det av vikt med en trygg överlämning mellan olika vårdgivare. Det behövs en kontaktperson som är med brukaren genom vårdens gång, detta ger även anhöriga en trygghet och avlastning. Vidare önskas att det ska finnas en kontaktperson i vården som är lätt att nå för brukaren.

Behandling behöver påbörjas innan brukaren är drogfri, för att denne inte ska tappa motivationen till att bli drogfri. Anhöriga blir frustrerade när brukare fortsätter att självmedicinera, då anhöriga ofta är de som hjälper brukaren med olika kontakter etcetera. Här lyftes att man behöver arbeta mer som inom den somatiska vården, där en diabetesbehandling inte upphör för att brukaren äter en kaka. Samtidigt får man inte glömma det somatiska tillståndet, då det inte är ovanligt att brukare har olika somatiska åkommor. Brukaren ska vara i centrum, inte diagnosen, metoden eller konceptet.

Idag är mycket av beroendevården knuten till Borås, vården behöver göras tillgänglig i andra områden i Sjuhärad, som exempel togs i dialogmöte upp att göra vården tillgänglig för medborgare utanför Borås, till exempel LARO-verksamheten (läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende).

Förslag gavs att använda det mobila teamet på vuxenpsykiatriska kliniken mer, vilket skulle leda till ökad tillgänglighet. Ökad tillgänglighet kan vara genom bland annat digital tillgänglighet men även att man ser över öppettider där det är fåtal vårdgivare som har kvällsöppet på sina enheter.

Det är viktigt att inte glömma de basala behoven som trygghet och hunger, en hungrig brukare har låg motivation till annat än att få mat. Man kan även belöna brukare när de nått ett mål, detta kan motiverar till fortsatt drogfrihet. Att brukare har en sysselsättning är av vikt, även detta stimulerar till drogfrihet.

Samordnad vård- och stödorganisation

Under flera möten har frågan om en samordnad vård- och stödverksamhet lyfts. Man är positiv till samsjuklighetsutredningens förslag om en samordnad vård- och stödverksamhet och ser flera fördelar med arbetssättet.

Synpunkter som har lyfts:

- Viktigt att det finns en tydlighet angående personcentrade arbetssätt, där ledningen behöver vara i framkant. Samtidigt lyfts det att man behöver definiera den högst prioriterade gruppen, detta då det handlar om en resursfråga. Några vårdgivare använder sig av vårdsamordnare, rollen uppfyller en tydlig funktion där personen koordinerar olika processer i vården.

- Det önskas ett bättre förebyggande arbete i både regional och kommunal primärvård, att kunna upptäcka riskbruk/missbruk och behandla parallellt med psykisk ohälsa.
- Inom heldygnsvården vill man prova på brukarstyrd inläggning, där brukare själv bestämmer när hen har behov av inläggande vård. Det knyter an till att brukare som arbetar för att komma ur ett beroende inte är någon snabb lösning, utan är en process som tar tid. Vården får inte ge upp, utan fortsätta ge brukaren det stöd hen behöver över tid.
- Idag upplevs det att brukare inte får någon hjälp eller blir avstängd då de är påverkade av någon substans. Brukare behöver dock få komma på besökstid även när hen är påverkad av substans då detta tillhör sjukdomsbilden.
- Inom psykiatrin går det åt mycket tid att hjälpa patient att få sina sociala behov tillfredsställda, vilket ger mindre tid för att kunna behandla brukare.

Bilaga 3 Studiebesök

Nedan är en sammanställning av de studiebesök som har utförts i samband med förstudierapporten.

Samvux Åmål

Samvux Åmål kommun är en mottagning riktad till vuxna med psykisk ohälsa som är i behov av insatser från någon eller flera av verksamheterna. Behov av god samverkan på lokal nivå har alltid funnits då närmaste sjukhus ligger tio mil från Åmål. De verksamheter som samverkar är vuxenpsykiatri, vårdcentral och individ- och familjeomsorgen, budgeten är fördelad mellan dessa tre verksamheter. Idag är det 16 anställda totalt, där det saknas läkare, man har tidigare haft en läkare på plats. Vardera verksamheten utgår från sitt respektive grunduppdrag, brukare som skrivs in får skriva på en samtyckesblankett där verksamheterna inte behöver tänka på sekretessen. SIP behövs mer sällan, då samverkan mellan verksamheterna fungerar bra. Samvux har en önskan att både Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen representerar verksamheten framöver, detta då det är viktigt i brukarens mående att ha ett arbets- och vardagsliv. Vid uppstart av Samvux fick man "fria tyglar" dock inom vissa ramar, man hade då möjlighet att bygga bort eventuella uppkomna "skav". Problem man stött på över tid har man försökt att hitta lösningar på. Verksamheterna dokumenterar i sitt respektive journalsystem. Mottagningen har möten varje onsdag, där representerar två personer från vardera verksamheten. Mötenas syfte är att lyfta remisser utifrån och följa upp pågående behandlingar, på detta arbetssätt ökar den personcentrerade vården. Inom Samvux behövs inga remisser sinns emellan, dock ska där finnas en tydlig frågeställning. Arbetsplatsträffar är gemensamma, där man har bra möjligheter till utveckling av verksamheten. Man använder sig inte av varandras utbildningsutbud som finns inom respektive verksamhet. Organisatoriskt så finns en styrgrupp bestående av olika verksamhetschefer.

Mini-Maria Södra Älvsborg

Mini-Maria vänder sig till åldersgruppen 13–21 år och är till för de som har frågor eller problem som rör alkohol, droger eller spel om pengar. Det behövs ingen remiss för att komma dit. Även närstående är välkomna som kan få rådgivande samtal.

Vid uppbygganden av Mini-Maria så fann man att dokumentation och journalföring vara ett stort problem, där det juridiska skapade problem hur att hantera sekretess. Lösningen blev att alla brukare får skriva på ett samtycke vid inskrivning. Andra problem som framkommit under uppbygganden är att man inte delar Outlook, har olika telefonsystem, att systemet Samsa ligger bara på regionen. Vidare så behöver man använda sig av två websidor, både regionens och kommunens. I början var det svårt att veta vem som skulle göra vad, vilket har löst på vägens gång. Man märkte att det även fanns olika "kulturer" mellan regionen och kommunen, vilket har behövts att arbetas med. Vidare så har respektive verksamhet olika avtal, exempelvis har kommunanställda ledigt från lunch dag innan röd dag. Det som är bra med Mini-Maria i Borås är att de har en engagerad styrgrupp, man nyttjar varandras utbildningar, ungdomarna får all hjälp på en plats, personalen har ett gemensamt intresse att hjälpa ungdomarna. Det blir då ingen glipa mellan kommun och region, vilket ses som en stor fördel. Mini-Maria samverkar med Göteborg Östra, där brukare läggs in för abstinensbehandling. Det Mini-Maria ser som viktigt ur de målbilder som tagits fram i Samsjuklighetsutredningen är att ingen ska bli utestängd från stöd och vård och få hjälp med både beroende och psykisk hälsa. Också vikten av att det finns en person som följer med brukare genom hela vårdprocessen, för Mini-Maria del handlar det om att få personal att stanna kvar över tid genom att skapa en attraktiv arbetsplats.

Idag finns Mini-Maria i Sjuhärads alla kommuner förutom i Marks kommun. Det finns en psykolog anställd på 20 % och en läkare anställd på 10 %. Ett årshjul är framtaget där bland annat samverkan gentemot kommunerna finns med.

Socialmedicinska mottagningen Alingsås

Socialmedicinska mottagningen i Alingsås är till för personer som är över 18 år, är beroende av alkohol, narkotika eller beroendeframkallande läkemedel, kan ha behov av både kommunens och hälso- och sjukvårdens resurser och är folkbokförda i Alingsås kommun. På mottagningen arbetar sjuksköterska och socionom i ett team kring brukaren. Personalen styr själva över sina tidböcker, en medicindelning kan ta 60 minuter, det är behovet för brukaren som styr tidsåtgången. Mottagningen arbetar med hälsosamtal, provtagning, delar mediciner och motiverande samtal. När brukare skrivs in på enheten så får de skriva under ett samtycke kring sekretess. Mottagningen har öppet hus två dagar per vecka, där brukare kan komma in för att bara "vara". Det finns tio vårdcentraler som är kopplade till mottagningen, mottagningen har en samordnare som har kontakt med dessa vårdcentraler. Det finns möjlighet till konsultation för vårdcentralerna en gång per månad, där de kan lyfta ärenden kring samsjuklighet.

Efter att mottagningen har etablerat kontakt med vårdcentralerna så ser man att vårdcentralerna är bättre på att fråga om substansbruk och vid behov ta drogtester. Fördelar med mottagningen är att det är lätt för brukarna att ta kontakt, brukarna får stöd med samordning med all vård, exempelvis somatiska besvär och receptförnyelser. Brukare är alltid välkomna, även när de är påverkade, brukarna är inskrivna så länge som det finns ett behov, där vissa kan behöva ha en livslång kontakt. I samma hus befinner sig beroendestödjare och beroende öppenvård, vilket underlättar vid remisser, mottagningen upplever att brukare känner sig trygga av att inte behöver ta sig till annan plats när annan mottagning tar över behandlingsansvar.

ACT Göteborg

ACT Göteborg (Assertive Community Treatment), är en aktiv uppsökande integrerad samhällsbaserad behandling och rehabilitering, som söker upp brukarna där de befinner sig. Målgruppen är brukare, från 18 års ålder, med mycket omfattande psykisk sjukdom oavsett diagnos och som har ett utökad behov av samordnade och samtidiga vård- och stödinsatser från kommun och sjukvård. ACT Göteborg är en samverkansmottagning mellan Göteborgs stad och Västra Götalandsregionen, Psykiatri psykoskliniken och därav riktar sig verksamheten till invånare i Göteborgs stad. Kommunen har 10 anställda och regionen har 20 anställda, detta bland annat då regionen även har fått några sidouppdrag. Receptionisten som är anställd är en före detta sjuksköterska inom psykiatri, man har valt detta då det fanns en önskan att ha en person som har vana att bemöta denna brukargrupp. Det finns även en psykolog som är anställd på 50 %, från början var det tänkt att psykologen skulle arbeta med utredningar. Dock är det svårt att göra utredningar på denna målgrupp, så mestadels blir det behandlande samtal.

För att bli inskriven på mottagningen så behövs en remiss skrivas, cirka en tredjedel av de inkomna remisserna är egenremiss, största andelen kommer från Socialtjänsten. Om en remiss antas som inkommit från Socialtjänsten, så begär man en uppdragsbeskrivning. För att en remiss ska tas emot, så behöver det finnas ett behov att få hjälp av både Individ- och familjeomsorgen och en svår psykiatrisk problematik. Brukarna får tilldelat två case manger (CM), en från regionen och en från kommunen. All personal går CM-utbildning, mottagningen jobbar med uppsökande verksamhet cirka 80 % av tiden. Mottagningen har drop in fem dagar per vecka, vilket är cirka 20 % av en tjänst. Hot och våld accepteras inte och brukare kan komma skrivas ut från mottagning om detta skulle förekomma. Personalen har GPS-larm som används vid uppsökande verksamhet, vilket även har en mikrofon och spelar upp samtalet när larmet aktiveras. Två dagar per vecka har mottagningen behandlingskonferens, där man diskuterar patientärenden. Patienter får mediciner även om de är lätt påverkade av någon substans, en bedömning görs innan för att det inte ska finnas någon fara för brukare att ta sina mediciner.

Framgångsfaktorer är bland annat det intensiva case management, där man har ett lösningsorienterat synsätt med brukaren i fokus. Kontakterna är långvariga, inga utskrivningar vid uteblivna besök. Den uppsökande verksamheten gör att man minimerar att "tappa brukare". Svårigheter man sett är om den kommunala insatser löser sig, till exempel brukaren får ett boende. Det fungerar då inte ekonomiskt, då mottagningen har en delad budget. Lösning på detta problem är att det kommer att öppna upp en sjukvårdsbasmottagning hösten 2023.

Mottagningen har en styrgrupp som funnits med sedan uppstart 2019. Med i den styrgruppen är verksamhetschef på psykoskliniken, från kommunen finns representanter från boende/hemlöshet, Socialpsykiatri och Individ och familjeomsorgen Vuxen. Där finns ett avtal skrivet, dock att samverkan upplevs fungera på golvnivå, men saknas på toppnivån. Frågor som uppkommit under uppbyggnaden av enheten är vem har mandat att ta beslut, vem skickar inbjudan och håller i möten. Mottagningen har valt att inte ha en gemensam ekonomi, utan verksamheterna har var sin budget. Här har man märkt efter uppstart att det är viktigt att tänka på alla delar när man skriver avtal, kommer någon använda bil mer, ha med eventuellt kommande höjningar av hyra om en verksamhet står för hyresavtal etcetera. Arbetsplatsträffar sker gemensamt.

Beroende- och psykiatri-teamet Jönköping

Beroende- och psykiatri-teamet (BoP-teamet) i Jönköping vårdar patienter som har en svår psykisk störning eller komplexa vårdbehov och samtidigt har en beroendesjukdom. Teamet består av från regionen psykiatrisjuksköterskor och psykiater samt alkohol- och drogbehandlare från kommunen. Enheten består av två chefer, en från regionen och en från kommunen, samt tre medarbetare under respektive chef. Där finns även läkare, barnmorska, arbetsterapeut och psykolog knutna till teamet. BoP-teamet startade som projekt 1997. Det finns ett avtal som förnyas varje år, vilket skrivs under av sjukvårdsdirektör och socialdirektör. I teamet behandlas cirka 50 brukare per år. Om fler remisser kommer in, så sätts dessa i kö, detta för att vården ska bli så bra som möjligt för brukarna. Mottagningen har "öppet hus" fyra dagar per vecka, där kan brukare komma in och få frukost, ringa samtal, få läkemedel och injektioner. Verksamheten jobbar med uppsökande verksamhet, dock är det viktigt att det finns ett syfte med uppsökandet. Mottagningen arbetar mycket med olika möten, som kan vara kontakt med handläggare på socialtjänsten, träffa brukare som är inlagda på avdelning, vara med vid läkarbesök, frivård, boendestödjare, träffa brukare när de befinner sig på behandlingshem. En sak som personalen ser som bra med teamet är att gränserna "suddas" ut mellan region och kommun, där man kan gå in i varandras områden och hjälpa till. Detta underlättar både för personal och för brukare.