



# **Slutrapport**

## **Samsjuklighetsutredningen i**

### **Jämtland Härjedalen**

2025-11-18



Lena Danielsson och Mona Nilsson

# Innehåll

<b>1. Sammanfattning.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Bakgrund, uppdrag och syfte.....</b>	<b>6</b>
2.1. Bakgrund.....	6
2.2. Uppdrag till utredarna i Jämtland Härjedalen .....	7
2.2.1. Syfte .....	8
2.2.2. Avgränsning.....	8
2.3. Rapportens struktur.....	8
2.4. Metoder .....	9
2.4.1. Metodproblem .....	10
2.5. Förkortningar .....	10
<b>3. Reformens 10 bärande delar och målbilder ur ett patient- och brukarperspektiv .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Målgruppen i Jämtland Härjedalen .....</b>	<b>13</b>
4.1. Statistik 2024 .....	13
<b>5. Kartläggning av drogmönster och förekomst i länet .....</b>	<b>14</b>
5.1. Läkemedelsansvarig läkare .....	14
5.2. Polisen.....	16
5.3. Sprututbytet .....	17
5.4. LARO .....	17
5.5. Länsstyrelsen .....	17
5.6. Drogmönster bland äldre.....	18
5.7. Drogrelaterad dödlighet .....	19
<b>6. Behandlingsmetoder och stödinsatser .....</b>	<b>20</b>
6.1. Rekommenderade behandlingsmetoder och stödinsatser enligt nationella riktlinjer .....	20
6.1.1. Evidensbaserade behandlingsmetoder .....	20
6.1.2. Sociala stödinsatser.....	21
6.2. Aktuellt utbud och resurser för stöd och behandlingsinsatser som erbjuds i länet .....	22
6.2.1. Screening- och bedömningsmetoder .....	23
6.2.2. Insatser och behandlingsmetoder i länets kommuner.....	24
6.2.3. Stödinsatser i länets kommuner .....	25
6.2.4. Anhörigstöd inom kommunernas öppenvård .....	25
<b>7. Kartläggning av aktuella privata behandlingshem inom och utanför länet .....</b>	<b>26</b>
7.1. Metoder och insatser.....	26
7.2. Antal placeringar, placeringsdygn och kostnader 2024 – 2025 .....	27
7.3. Placeringsorsaker.....	28

<b>8. Omvärldsbevakning .....</b>	<b>29</b>
8.1. Region Västernorrland .....	29
8.2. Västra Götaland .....	30
8.3. Region Blekinge .....	32
8.4. Region Värmland .....	32
8.5. Nederländerna .....	33
8.5.1. Brukarspecialist (Peer Case Manager/Peer Support) .....	35
8.5.2. ACT, FACT och RACT .....	36
<b>9. Workshops .....</b>	<b>37</b>
9.1. Workshops Ledning och styrning .....	38
9.1.1. Regionens mest framträdande förslag .....	38
9.1.2. Kommunernas framträdande förslag .....	39
9.1.3. Gemensamt perspektiv på samordnat och integrerad verksamhet. ....	41
9.2. Workshops med kommunerna i Jämtland Härjedalen .....	42
9.2.1. Kommunernas mest framträdande förslag .....	42
9.3. Workshops med Regionen och länets kommuner .....	44
9.3.1. Båda huvudmännens mest framträdande förslag .....	45
9.4. Workshops på Beroendedagen kring vårdkedjor, samordnade insatser och delaktighet .....	47
9.4.1. Beroendedagens prioriterade förslag .....	47
9.4.2. Sammanfattning av Beroendedagens förslag. ....	50
<b>10. För överenskommelsen aktuella insatser för barn 0-18 år samt föräldrastöd .....</b>	<b>50</b>
10.1. JämtBus .....	51
10.2. Länsöverenskommelse placerade barn och unga .....	52
10.3. Mini-Maria Jämtland Härjedalen .....	53
10.4. BarnSäkert .....	54
<b>11. Utdrag från GAP-analysen .....</b>	<b>55</b>
11.1. Del 1 .....	55
11.2. Del 2 .....	56
11.3. Del 3 .....	57
11.4. Del 4 .....	57
11.5. Del 5 .....	58
11.6. Del 6 .....	59
11.7. Del 7 .....	60
11.8. Del 8 .....	61
11.9. Del 9 .....	62
11.10. Del 10 .....	62
<b>12. Slutsatser och rekommendationer .....</b>	<b>64</b>
12.1. Prioriterade områden .....	65

12.2. Aktivitetsplan .....	68
<b>13. Slutord .....</b>	<b>70</b>
Bilaga 1; Frågeställningar till Workshops.....	71
Bilaga 2; GAP-analys .....	75

# 1. Sammanfattning

Samsjuklighetsutredningen föreslår en reform som syftar till att skapa samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser för individer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykisk ohälsa. Reformen innebär att regionernas hälso- och sjukvård tilldelas huvudansvaret för all behandling av skadligt bruk och beroende, medan kommunernas ansvar renodlas till socialtjänstens kärnuppdrag som är förebyggande insatser och socialt stöd. Socialtjänstens ansvar för barn och ungas trygghet kvarstår oförändrat. Samsjuklighetsdelegationen som inrättades 2025 ska främst analysera reformens befintliga förslag kring tvångsvården och dess regleringar samt planera reformens implementering. Under 2024 beslutade SVOM om ett politiskt direktiv gemensamt till Region Jämtland Härjedalen och Kommunförbundet Jämtland Härjedalen att påbörja arbetet med förberedelserna utifrån Samsjuklighetsutredningen. Uppdraget att kartlägga länets nuläge och identifiera GAP med utgångspunkt från samsjuklighetsutredningens rekommendationer påbörjades 2025.

Länets data indikerar höga nivåer av beroendeframkallande läkemedel och narkotika samt högre drogrelaterad dödlighet jämfört med landet i övrigt. Det framkommer även att gruppen äldre inte har blivit synliggjord och tillräckligt prioriterad. Evidensbaserade behandlingsmetoder och screeningsinstrument används delvis, men varierar mellan kommuner, och externa HVB-placeringar är kostsamma med skillnader i behov utifrån kön.

Erfarenheter från andra regioner och länder visar på att samverkansmodeller som ACT, RACT och FACT kan möjliggöra en effektiv integrering av vård och stöd.

Lokala workshops har hållits under hösten 2025 med syfte att göra professionen och styrning och ledning delaktiga i uppdraget.

Överenskommelser och integrerade verksamheter som finns för barn och unga är bland annat JämtBus, Mini-Maria och BarnSäkert.

I rapporten finns även delar av GAP-analysen som färdigställdes under september 2025 med kompletteringar av viss statistik.

Sammanfattningsvis bedöms det att Jämtland Härjedalen behöver fatta gemensamma beslut kring implementeringen av samsjuklighetsreformen för att vara väl förberedda den dag reformen antas. Prioriterade områden omfattar gemensam styrning, stegvis utveckling av vård och stöd med primärvården som nav, ökat patient- och brukarinflytande, samordning av insatser, utveckling av kommunens kärnuppdrag, förbättrad screening och dokumentation, förskrivning av läkemedel samt utredning av gemensamma HVB-hem. Implementeringen bör ske i etapper med tydlig ansvarsfördelning, delaktighet och kontinuerlig kunskapsutveckling.

Under arbetet med kartläggningen som redovisas i denna rapport har intresset och engagemanget varit stort bland både medarbetare, chefer och politiker.

## 2. Bakgrund, uppdrag och syfte

### 2.1. Bakgrund

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

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

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

Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08) har lämnat två betänkanden (SOU 2021:93 och SOU 2023:5). Utredningen föreslår där att reformen ska genomföras stegvis under en femårsperiod. Det finns ännu inte något tydligt tidsperspektiv för processen, men SKR rekommenderar att kommuner och regioner påbörjar arbetet omgående.

Utredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, även för personer utan samsjuklighet och i alla åldrar. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende.

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

2025-01-17 fattade Regeringen ett beslut om att inrätta en delegation, Samsjuklighetsdelegationen. I uppdraget ingår att ta fram en plan för reformens genomförande, analysera Samsjuklighetsutredningens förslag och lämna förslag på vilka eventuella ändringar eller kompletteringar av dessa som krävs, ta fram nya och kompletterande konsekvensanalyser samt föra dialog med berörda aktörer i reformarbetet.

Uppdraget ska delredovisas senast den 31 mars 2025 respektive den 31 mars 2026. Uppdraget ska slutredovisas senast den 15 december 2027.

## 2.2. Uppdrag till utredarna i Jämtland Härjedalen

För att kunna erbjuda hjälpsökande personer i Jämtland Härjedalen en personcentrerad vård inom området skadligt bruk och beroende i enlighet med förslagen i samsjuklighetsutredningen beslutade SVOM om ett politiskt direktiv gemensamt till Region Jämtland Härjedalen och Kommunförbundet Jämtland Härjedalen.

Målsättningen med arbetet har varit att presentera en utvecklingsplan för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet samt komma med förslag till ny länsöverenskommelse.

Uppdraget består av att nyttja avsatta medel från Överenskommelse psykisk hälsa och suicidprevention för att tillsätta 100% resurs för att;

- Ta reda på NU-läget i länet avseende den vård och behandling som finns idag för personer med skadligt bruk och beroende och psykisk ohälsa.
- Identifiera GAP och föreslå åtgärder för utveckling av beroendevård i länet i enlighet med samsjuklighetsutredningens förslag.
- Föreslå uppdatering av länsöverenskommelse mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner i nuläget benämnd Riskbruk, missbruk och beroende utifrån ovanstående.

Uppdraget är uppdelat i 2 olika steg

### Steg 1

Presentera rapport innefattande nedanstående punkter.

- Omvärldsbevakning gällande liknande arbeten nationellt.
- Kartläggning och inventering av aktuella behovsgrupper (antal patienter/klienter, berörd verksamhet).
- Kartläggning och beskrivning av aktuellt utbud och resurser för stöd och behandlingsinsatser som idag kan erbjudas invånare i länet av de ansvariga huvudmännen som består av åtta kommuner samt Regionen.
- Kartläggning av aktuella privata behandlingshem, inom och utanför länet, som anlitas, vad de erbjuder och hur mycket insatser (vård, stöd och behandling) länets kommuner och Regionen köper från dem.
- Kartläggning och inventering av eventuella brister i utbudet av vård, stöd och behandlingsinsatser (intern och externt) – GAP-analys
- Redovisning av kartläggning och inventering gällande förekomst av droger och drogmonster i länet.

Slutrapporten ska innehålla en GAP-analys och ligga till grund för ny länsöverenskommelse gällande skadligt bruk och beroende samt utvecklingsplan.

### Steg 2

Förslag till ny länsöverenskommelse

- Förslag till åtgärder utifrån lokala/regionala förutsättningar med mål att tillgodose jämlik vård och stöd över hela länet. Kan gälla exempelvis

utökning/förändring av insatser gällande vård, stöd och behandling samt alternativa samarbetsformer.

- Förslag till utvecklingsplan för genomförande av åtgärder inklusive stöd för upprättande av lokala samarbetsrutiner, samt informations, utbildnings och uppföljningsplan.

Slutrapporten redovisar det kartläggningsarbete och den GAP-analys av NU-läget som gjorts i länet med utgångspunkt från samsjuklighetsutredningens förslag.

Rapporten är ett underlag för en handlingsplan framåt samt för en ny uppdaterad Länsöverenskommelse. Med utgångspunkt från det kan sedan huvudmännen prioritera och planera eventuella utvecklings -och förändringsåtgärder som bedöms lämpliga utifrån de önskade förändringar som redovisats.

### **2.2.1. Syfte**

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

Rapporten ska ligga som underlag för en handlingsplan framåt samt för en ny uppdaterad Länsöverenskommelse. Med utgångspunkt från det kan sedan huvudmännen prioritera och planera eventuella utvecklings -och förändringsåtgärder som bedöms lämpliga utifrån de önskade förändringar som redovisats.

### **2.2.2. Avgränsning**

- Fokus i uppdraget ligger på insatser för vuxna men hänvisningar till befintliga ansvarsfördelningar och för överenskommelsen aktuella insatser för barn 0-18 år samt föräldrastöd ska ingå.
- Identifierade ekonomiska konsekvenser av förändringar utifrån samsjuklighetsutredningens förslag ska noteras men inte ingå specificerat i framtagna förslag
- Uppdraget innefattar därmed inte eventuell skatteväxling.

## **2.3. Rapportens struktur**

Rapporten inleds med att ge en övergripande bild av målgruppen i Jämtland Härjedalen och de drogmönster som identifierats i länet. Den innehåller en kartläggning av förekomst, behandlingsmetoder och insatser i relation till Socialstyrelsens rekommendationer, samt vilka metoder som faktiskt används i länet. Rapporten belyser även omfattning, inriktning och kostnader för den vård som köps externt av länets kommuner.



För att sätta det regionala arbetet i ett nationellt och internationellt sammanhang presenteras en omvärldsbevakning med exempel på projekt och verksamheter från andra delar av landet samt från Nederländerna. Vidare redovisas innehållet från fyra workshops där professionen får lyfta sina tankar om behov av förändring och prioriteringar för att nå reformens mål. Frågorna till samtliga workshops finns som bilaga. (Bilaga 1)

En GAP-analys sammanfattas i relation till reformens förslag och önskade utvecklingsområden, med fullständig analys bifogad som bilaga. (Bilaga 2)

Rapporten avslutas med slutsatser och rekommendationer för hur huvudmännen i Jämtland Härjedalen bör arbeta vidare för att utveckla en mer samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård av hög kvalitet, följt av en aktivitetsplan för genomförandet.

## 2.4. Metoder

I februari 2025 tillsattes två utredare tillsammans med en styrgrupp och en operativ arbetsgrupp. Styrgruppens medlemmar består av verksamhetschefer från kommunernas socialtjänst, Regionens specialistpsykiatri och primärvård samt två funktioner med övergripande ansvar för samverkan mellan Regionen och kommunerna.

Den operativa arbetsgruppen består i sin tur av enhetschefer inom regional primärvård, specialistpsykiatri (Beroendeenheten) samt en socialsekreterare och en LSS-handläggare från länets kommuner.

Utöver det finns det även en grupp som agerat som stöd och bollplank regelbundet under arbetets gång. Den gruppen består av Utvecklingssamordnare från Kommunförbundet samt Utvecklingsstrateg och Folkhälsosamordnare från Region Jämtland Härjedalen.

För att ha ett övergripande brukarperspektiv har utredarna haft en öppen dialog med representanter från NSPH/Hjärnkoll Jämtland Härjedalen under hela processen. De har även deltagit vid tre av de fyra workshopsen.

*Omvärldsbevakning* - arbetet inleddes med en omvärldsbevakning med syfte att samla in relevant kunskap och erfarenheter från andra regioner i landet. Initialt för att få en översikt över hur andra regioner har planerat och arbetat sig igenom processen samt hur arbetet bedrivs idag. Därefter även en fördjupning av arbetssätt och metoder som används i arbetet med samsjuklighet.

*Referensdialoger* – kunskaper och erfarenheter har inhämtats genom dialoger med olika verksamheter och enskilda referenspersoner.

*Enkätundersökning* – enkäter har skickats ut till professionen och till patienter/brukare för att få en bild av NU-läget i länet i relation till reformen och patienter -och brukares målbilder.

*Datainsamling* – statistik har inhämtats lokalt och nationellt för att få ett underlag gällande målgruppen och dess svårigheter och behov.

*Workshops* – det har arrangerats fyra olika workshops under hösten riktat till olika målgrupper inom båda huvudmännen varav en större workshop på Beroendedagen. Syftet har varit att sprida kunskap om reformen, påbörja ett kulturarbete samt inhämta tankar och idéer om fortsättningen framåt.

### **2.4.1. Metodproblem**

Utvalda berörda verksamheter inom länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen har fått besvara statistiska frågor som rört deras befintliga verksamheter. Syftet med datainsamlingen ha varit att kartlägga målgruppen och dess behov för att försöka bedöma omfattningen. Det har dock funnit svårigheter att genom befintliga verksamhetssystem få tillgång till all utdata och nödvändig statistik. En av anledningarna är huvudmännen har olika verksamhetssystem men även att de registrerar och kartlägger olika saker. Kommunerna registrerar i huvudsak skadligt bruk och beroende och verksamheterna inom Regionen registrerar i huvudsak fysisk och psykisk ohälsa. Det har också visat sig att kommunikationsvägarna fungerar bristfälligt vilket har lett till att det har varit svårt att få en bred spridning på enkäterna och därmed färre svar än önskat. Det har även varit svårt att få in önskat material.

## **2.5. Förkortningar**

I rapporten förekommer ett antal förkortningar och för att underlätta för läsare kommer nedan en kortare sammanfattning och beskrivning av dessa:

*ACC* - Assertive Continuing Care Protocol - Ett manualbaserat eftervårdsprogram

*BBIC* – Barns Behov I Centrum Handläggnings- och dokumentationsstöd inom socialtjänsten

*Case Manager* – någon som är samordnar vården för en som söker hjälp.

*DSM-V* - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5:e upplagan amerikanska diagnosmanualen. *DSM IV* som några hänvisar till är detsamma men den gamla upplagan.

*EPDS* - Edinburgh Postnatal Depression Scale - ett screeningverktyg för att identifiera psykisk ohälsa, som depression, hos gravida och nyblivna föräldrar

*FFT* – Funktionell Familjeterapi

*F10-F19* – Diagnoskoder för skadligt bruk och missbruk av psykoaktiva droger i den egna sjukhistorien

*F10* Alkohol

*F11* Opioider

*F12* Cannabis

*F13* Sedativa/hypnotika

*F14* Kokain

*F15* Stimulantia/koffein

*F16* Hallucinogener

*F17* Tobak

*F18* Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av flyktiga lösningsmedel.

*F19* Flera droger/psykoaktiva substanser

*FFT* - Funktionell Familjeterapi

*HAD* - Hospital Anxiety and Depression scale – självskattning av ångest och depression

*IDS-100* används för att identifiera situationer som stimulerar till konsumtion av alkohol/droger.

*IPS* – Individanpassat stöd till arbete

*LARO* – Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

*MET* – Kort motivationshöjande behandling (Motivational Enhancement Therapy)

*MADRS-S* - Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale – Självrapportering – vid bedömning av depression

*NODS* – National Opinion Research Center Diagnostic Screen for Gambling Problems - Bedömningsinstrument vid spelproblem

*Peer Case Manager/Peer Support* - PEER Personlig Egen Erfaren Resurs.<sup>1</sup> Det är någon som är anställd och har en egen erfarenhet av få hjälp med psykisk ohälsa eller skadligt bruk och beroende. Den har ingen profession som Case Manager

*PHASE 20* - en symtomskattningsskala som används för att på ett systematiskt sätt identifiera symtom som kan vara relaterade till äldres läkemedelsbehandling

*PHQ-9* - En kortfattad självskattningsskala för screening av egentlig depression enligt DSM- IV och mätning av aktuell symtomnivå av depression

*Previct* - syftar på en digital plattform som används för att stödja behandling av beroende och psykisk ohälsa genom att kombinera teknik med mänsklig kontakt

*Reformen* – En förkortning som används i stället för Samsjuklighetsutredningens reform

*UBÅT* - Uppföljningssystem av insatser – hör samman med ASI

*UngDOK* - en semistrukturerad intervju som belyser den unges livssituation

### **3. Reformens 10 bärande delar och målbilder ur ett patient- och brukarperspektiv**

Samsjuklighetsutredningen är en reform som består av 10 bärande delar och under arbetets gång har man även konkretiserat de målbilder som är viktiga ur ett patient- och brukarperspektiv. Reformens 10 bärande delar i kombination med patienternas/brukarnas målbilder är vägledande i uppdraget och har legat som grund i kartläggningen och bör även vara det i kommande beslut på området.

---

<sup>1</sup> NSPH, [https://nspstockholm.se/wp-content/uploads/2025/05/NSPH\\_peer-support.pdf](https://nspstockholm.se/wp-content/uploads/2025/05/NSPH_peer-support.pdf)

## Reformens 10 bärande delar

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.	6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.	7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.	8. Ett program för förstärkt brukar- inflytande och stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörig-organisationer.
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 förtydligat uppdrag för socialtjänsten	9. Sammanhållen uppföljning av områden skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).	10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys utredningen presenterar i betänkandet.

De blå områdena avser de områden som främst kommer vara ett ansvar för Regionen. De gula är det som främst är kommunernas ansvar. De gröna är där ansvaret är fördelat på både Region och kommun. Område 10 är blått med gula prickar och där kommer ansvaret i huvudsak ligga på Regionen. Det kommer dock finnas behov av en väl fungerande samverkan med kommunerna både före, under och efter vårdtiden.

Under arbetet med samsjuklighetsutredningen gjordes en nationell patient- och brukarundersökning. Målbilderna nedan har skapats genom samtal med brukare och anhöriga och fokuserar på deras visioner för en mer personcentrerad, samordnad och helhetsskapande vård.

## Målbilder ur ett patient- och brukarperspektiv

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 med 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

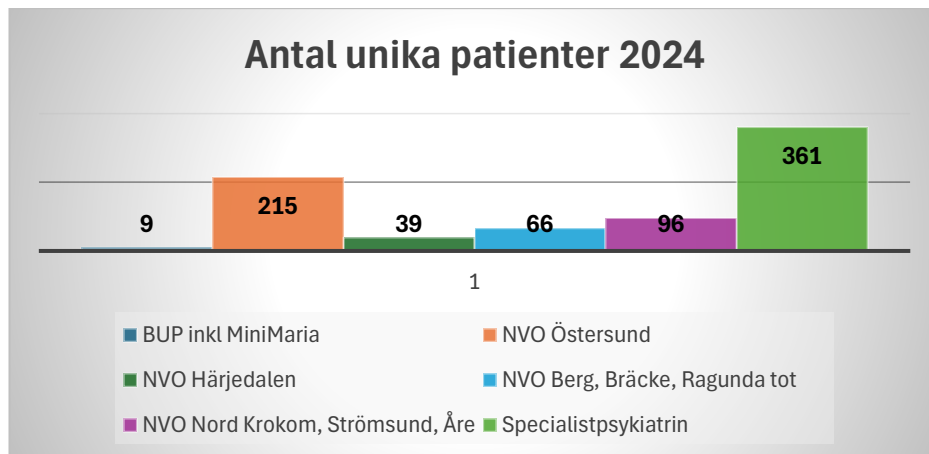
## 4. Målgruppen i Jämtland Härjedalen

Att ta fram statistik på hur många personer i länet som har en beroendeproblematik och har behov av vård och/eller sociala insatser från kommun och/eller region samt hur många som bedöms samsjukliga (skadligt bruk och beroende med samtidig psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd) och som har behov av vård och sociala insatser från kommun och/eller region har visat sig vara svårt. De siffror som redovisas i rapporten är därför en grov skattning. Det ungefärliga antalet räknas ut i enlighet med de beräkningar som gjorts på många andra håll i landet med utgångspunkten att ungefär 50% av de klienter som är aktuella hos kommunernas socialtjänst för sitt skadliga bruk och beroende har en samtidig psykisk ohälsa. Anledningen är att det är svårt att ta fram och sammanställa exakta siffror då huvudmännen inte alltid registrerar ett skadligt bruk och beroende eller psykisk ohälsa när de möter en patient/klient.

### 4.1. Statistik 2024

#### *Patienter inom Regionen*

Under 2024 är det sammanlagt 786 *unika personer* med diagnoskoder F10-F19 som besökt vården. Antalet som besökt vården för ett skadligt bruk och beroende går som nämnts tidigare ej ta fram då det inte alltid registrerats om huvudorsaken till besöket är av annan orsak än beroendet. Se fördelningen mellan de olika närvårdsområdena nedan.

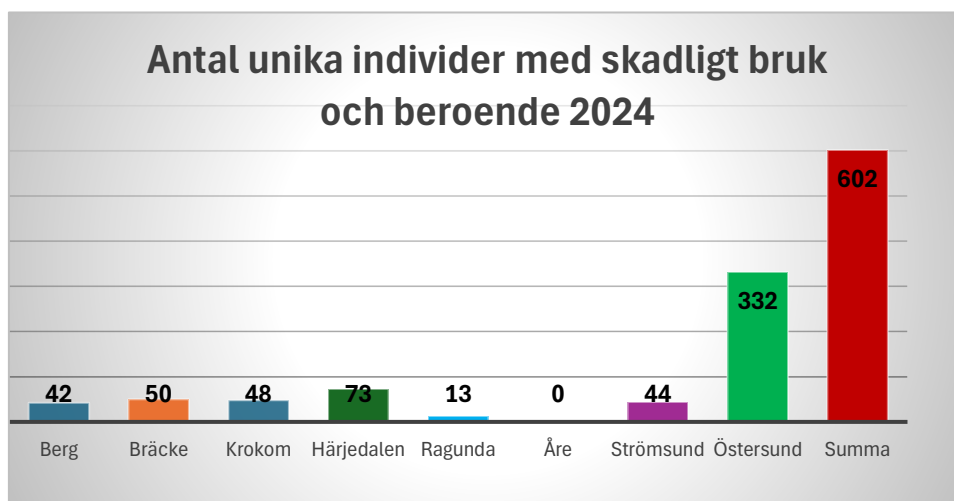


**Figur;** Antal unika patienter med diagnoskod F10-F19.

#### *Klienter aktuella i länets kommuner med anledning av skadligt bruk och beroende*

Siffrorna nedan är antalet unika individer, *totalt 602 personer*, som varit aktuella inom socialtjänsten där den huvudsakliga anledningen har varit att få stöd och hjälp med sitt skadliga bruk och beroende. Utöver det finns det personer som inte finns med i siffrorna som har haft kontakt med socialtjänsten av andra anledningar, ex för sin försörjning och/eller sysselsättning, som förälder till barn med olika stödbehov, som boende på SÄBO mm.

Uppskattat antal med skadligt bruk och beroende och med samtidig psykisk ohälsa, samsjukliga, blir därmed med utgångspunkt från befintligt material *301 personer* baserat på det sätt att beräkna som redovisats ovan (50% av socialtjänstens klienter).



**Figur;** Antal unika individer som haft kontakt utifrån skadligt bruk och beroende

## 5. Kartläggning av drogmönster och förekomst i länet

För att göra en kartläggning av drogmönster och förekomst i länet har material inhämtats från dialoger med referensgrupper och personer samt statistik från bland annat Socialstyrelsens nationella datainsamlingar.

### 5.1. Läkemedelsansvarig läkare

När det kommer till behandling med läkemedel och förskrivning av beroendeframkallande läkemedel i länet så ligger Jämtland högst i riket gällande uthämtade recept på opioider i samtliga åldersgrupper. Både män och kvinnor ligger högre jämfört med övriga landet. Förskrivningen av opioider inom slutenvården ligger dock betydligt lägre (i mitten). Vid samtal med läkemedelsansvarig läkare visar det sig vara en långvarig kulturfråga gällande förskrivning av beroendeframkallande läkemedel både från läkare och personer boende i länet. Förskrivningar i länet har sänkts senaste åren men det har även resten av landet gjort, så av den anledningen ligger länet fortfarande högst.

Av bilderna nedan kan vi se hur länet ligger till jämfört med landet i övrigt samt att när data tas ut specifikt för gruppen 75 år och äldre så är skillnaderna ännu större. Jämtland ligger högst i Sverige gällande receptuttag på opioider. Se bild 1 och 2 nedan.

Bild 1

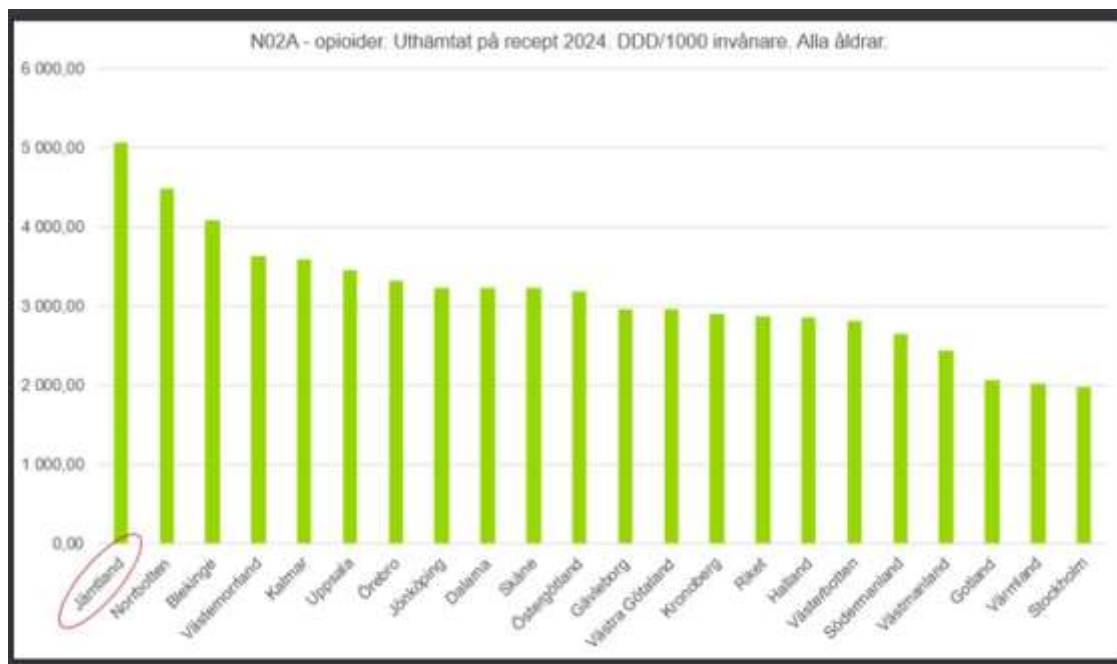
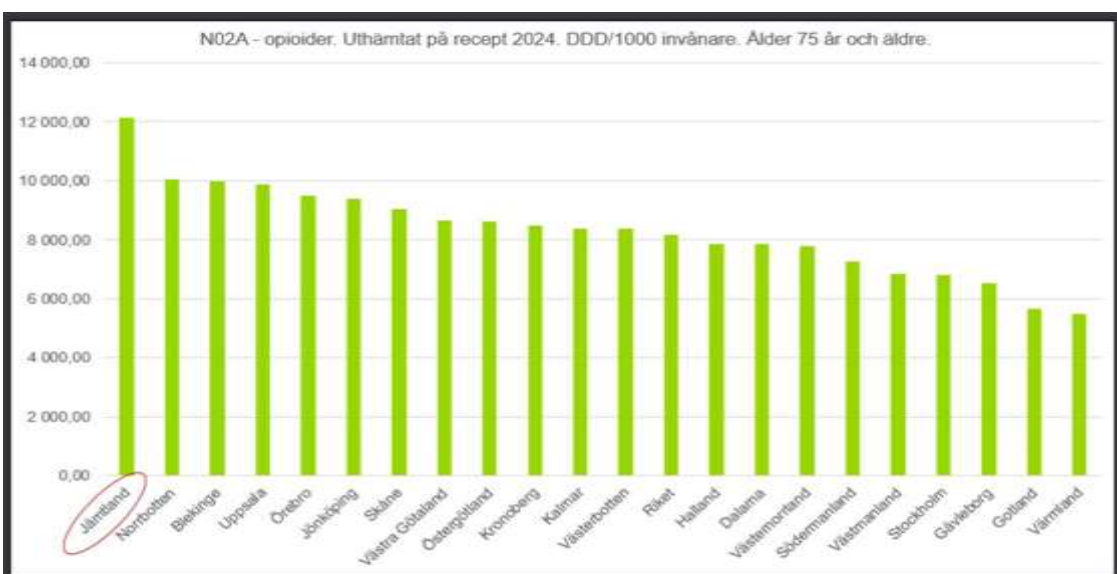
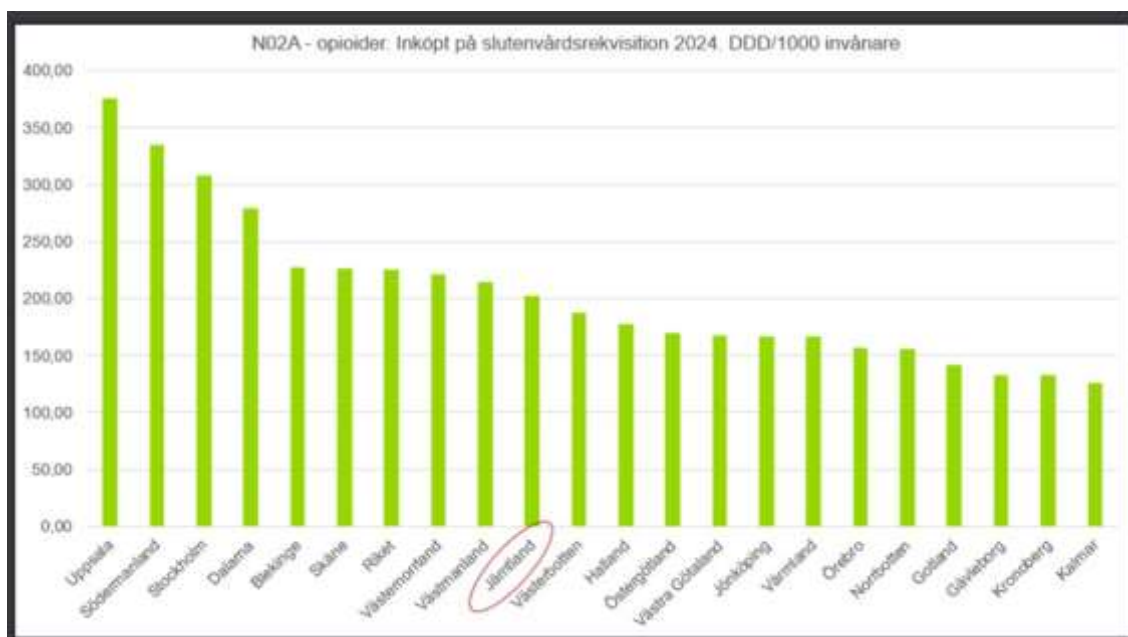


Bild 2



I slutenvården ligger länet däremot mycket lägre i jämförelse med riket. Se bild 3 nedan.

Bild 3



## 5.2. Polisen

I dialog med representanter från polismyndigheten i Jämtlands län så beskriver de att skadligt bruk och beroende av narkotika är ett upptäcktsbrott vilket innebär att det blir registrerat först när någon grips för eget bruk och innehav. Deras upplevelse är dock att liberaliseringen och normaliseringen är fortsatt stark och att partydrogandet är en anledning. Deras uppfattning är även att många självmedicinerar och att det finns en utvecklad problematik avseende skadligt bruk och beroende.

Marknaden är snabb och föränderlig och byggd på tillfälligheter och brukare har oftast en favoritdrog men tar det som finns.

Polisens bild är att avloppsvattenmätningarna<sup>2</sup> stämmer överens med deras uppfattning vad gäller bruket av Cannabis, MDMA, Amfetamin, Tramadol och olika läkemedel. ”Om vi skulle mäta fler preparat så skulle det visa sig att det finns fler.”

I rapporten *Narkotika i Jämtlands län: En lägesbild över narkotikasituationen i PO Jämtland* av Linda Färdvall & Linnéa Möller 2022-12-16 beskrivs att det inte går att dra slutsatser om en ökning av narkotikaförekomst och bruk i länet över tid. Däremot slår rapporten fast att det enligt analyserat material finns betydligt fler indikationer som talar för en ökning än indikationer som både nationellt och lokalt talar för en minskning gällande förekomst och bruk. Vidare verkar det finnas en lokal problembild gällande narkotikasituationen i Jämtlands län. Polisen upplever sig inte ha en överblick över situationen och indikationer finns på att grupper, som

<sup>2</sup> Narkotikarapport för Jämtlands län 2023 - Resultat av hittills genomförda avloppsmätningar avseende narkotikaspår samt omvärldsbevakning.



exempelvis kvinnor/flickor och studenter, "missas" av rättsväsendet i narkotikasammanhang.

Förekomsten och bruket av kokain uppges öka, liksom olika typer av läkemedel och då främst bland unga flickor.<sup>3</sup>

### 5.3. Sprututbytet

I GAP-analysen redovisas att Jämtland Härjedalen har en sprututbytesverksamhet sedan 2019. I mötet med verksamheten beskriver de att det idag finns 118 inskrivna patienter varav 60 är regelbundet besökande i olika perioder. Majoriteten av personerna som är aktuella på sprututbytet har amfetamin som huvuddrog.

Verksamheten är placerad i anslutning till infektionskliniken och har öppet två dagar i veckan, måndag och torsdag. Det behövs ingen remiss eller bokad tid för att besöka mottagningen utan de som önskar kan komma dit och skriva in sig om de kan identifiera sig på något sätt.

I nuläget saknas det samlad statistik gällande kommundillhörighet på de besökare som kommer till mottagningen vilket gör det svårt att se hur spridningen ser ut över länet. Som på många andra områden visar det på att det finns ett framtida behov av att ta fram lämpliga indikatorer för att kunna ta fram den statistik som behövs.

### 5.4. LARO

Idag finns den specialiserade beroendevården organiserad inom specialistpsykiatri som har ett länsövergripande ansvar. Beroendemottagningen har bland annat ansvar för den läkemedelsassisterande opioidbehandling (LARO) i länet.

I reformen betonas att tillgången till skadereducerande metoder ska öka och att LARO-behandling behöver bli mer tillgänglig för målgruppen. Utifrån samsjuklighetsreformens förslag ska behandling för skadligt bruk och beroende dessutom även ges samordnat med annan behandling för andra psykiatriska tillstånd. Det kommer med anledning av det finnas behov av att närmare kartlägga vilka eventuella förändringar som behöver ske för att uppnå reformens målsättning.

Antal personer som har varit föremål för LARO-behandling har ökat från 2022 då det var 60 aktuella personer, 2023 var siffran 65 personer och 2024 hade den ökat till 90 personer.

### 5.5. Länsstyrelsen

Länsstyrelsen har bidragit med mätningar i avloppsvattnet i länet. Syftet med analyserna av narkotikaspår i avloppsvatten är att följa omfattningen av användning av amfetamin, cannabis, kokain, MDMA (ecstasy) och Tramadol på befolkningsnivå över tid i Jämtlands län.

---

<sup>3</sup> Narkotikarapport för Jämtlands län 2023 - Resultat av hittills genomförda avloppsmätningar avseende narkotikaspår samt omvärldsbevakning.

Omvärldsbevakningen och provtagningarna utgör underlag för det arbete som bedrivs regionalt och kommunalt i länet för att minska användningen och skadorna av narkotika både via förebyggande arbete, tidiga insatser och behandling. För att veta om rätt insatser görs inom rätt område och på de sätt som ger positiva effekter behövs kunskap om hur narkotikaanvändningen ser ut och utvecklas i länet. Resultaten av dessa mätningar kommer att utgöra ett komplement till andra datakällor och därmed bidra till en bredare lägesbild av narkotikasituationen i länet.

Mängden av narkotika och dess metaboliter som förs in i systemet kan användas som ett mått på konsumtionen i länet. För att kunna jämföra resultaten med andra kommuner och över tid kan halterna av amfetamin, cannabis och kokain räknas om till antal doser per 1 000 reningsverksanslutna invånare och 24 timmar.

I mätningarna i Jämtland Härjedalen ser vi likaså att de flesta mätbara droger återfinns på de flesta deltagande orter, stora som små. De genomförda mätningarna visar att det på vanliga vardagar i oktober och mars finns spår av narkotika i samtliga kommuners avloppsvatten i Jämtland, och att det varierar mellan olika orter.

Av provtagningarnas resultat kan vi utläsa att cannabis och amfetamin är den narkotika som brukas mest i länet. Halterna av cannabis och Tramadol varierar inte så mycket beroende på provtillfälle. Vi vet genom andra läns avloppsmätningar att användning av cannabis och Tramadol förekommer jämnt fördelat över både vardagar och helger och de är preparat som inte är förknippade med fest och krogbesök.

Enligt Region Jämtland Härjedalens statistik visar trenden på en minskad förskrivning av Tramadol i länet. Detta avspeglas inte i de mätningar som gjorts av spår i avloppsvattnet där halterna i flera orter ligger på en konstant hög nivå eller där halterna på vissa orter varierar mellan de olika mättillfällena. Illegalt bruk av Tramadol är väldigt oroande då Tramadol är en beroendeframkallande opioid som kan få stora konsekvenser för individen.

Av resultaten samt av övriga källor i rapporten kan slutsatser dras att både tillgången till narkotika är god samt bruket av narkotika i vårt län är spritt och utbrett över hela Jämtland/Härjedalen.<sup>4</sup>

## 5.6. Drogmönster bland äldre

Verksamhetscheferna inom hemtjänst och SÄBO som ingår i äldrenätverket beskriver att problematiken bland gruppen 65 och äldre har ökat. Det blir allt vanligare att äldre personer som skrivs in på särskilda boenden är obehandlade eller underbehandlade angående skadligt bruk och beroende och psykisk ohälsa. Som exempel finns det tydliga tecken på alkoholdemens. Personalen på SÄBO upplever att det är krävande att ta hand om ett tidigare ouppmärksammat skadligt bruk eller beroende. Det finns en ökning av psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende

---

<sup>4</sup> Narkotikarapport för Jämtlands län 2023 - Resultat av hittills genomförda avloppsmätningar avseende narkotikaspår samt omvärldsbevakning.

framför allt inom hemtjänsten som blir första hjälpen för psykisk ohälsa. Det finns många personer med skadligt bruk och beroende som är svåra att motivera till hjälp, ofta äldre men det förekommer även yngre. Medarbetare i hemtjänsten och på SÄBO upplever att det är svårt då de möter denna målgrupp då det inte har utbildning i hur de ska bemötas/vårdas.

Det saknas statistik på området då dessa uppgifter inte är registrerade i något övergripande verksamhetssystem utan endast finns dokumenterade i varje enskild personakt. Den samlade bilden som baseras på erfarenhet och kunskap om målgruppen är ändå att dessa ärenden har ökat och att det påverkar verksamheten dagligen.<sup>5</sup>

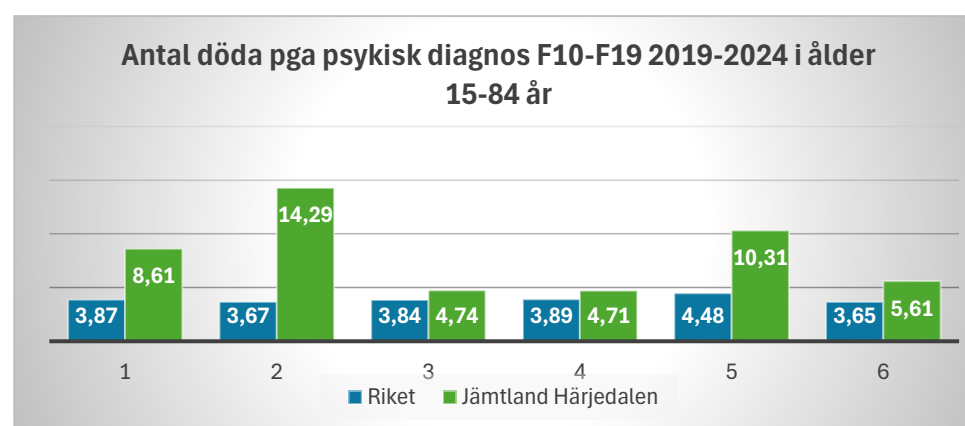
## 5.7. Drogrelaterad dödlighet

En kartläggning med siffror från Socialstyrelsens statistikdatabas för åren 2019-2024 visar på att länet, fränsett två år, ligger högt i jämförelse med riket i övrigt.



**Figur;** Antal per 100 000 invånare

Vid en jämförelse samma period, 2019-2024, (åren redovisade som 1-6 på bilden) visar det sig att vad gäller dödlighet till följd av psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (diagnoskoder F10-F19) så ligger länet betydligt högre i jämförelse med riket i övrigt.



**Figur;** Antal per 100 000 invånare

<sup>5</sup> Möte med Äldrenätverket

## 6. Behandlingsmetoder och stödinsatser

### 6.1. Rekommenderade behandlingsmetoder och stödinsatser enligt nationella riktlinjer

I både psykologisk och psykosocial behandling vid skadligt bruk och beroende utgör samtalskontakten basen. De metoder som har bäst bevisad effekt vid skadligt bruk och beroende av alkohol är MET, KBT eller ÅP, CRA, SBNT och tolvstegsbehandling. Vid skadligt bruk och beroende av bensodiazepiner, cannabis, centralstimulerande preparat eller opioider har KBT eller ÅP och CRA hög prioritet.

Psykologisk behandling fokuserar mer på intrapsykiska processer, medan psykosocial behandling fokuserar mer på den sociala situationen och sammanhanget. Psykosocial behandling kan också innefatta åtgärder som exempelvis information, rådgivning, hänvisning och kontakter med närstående.

#### 6.1.1. Evidensbaserade behandlingsmetoder

Det finns flera evidensbaserade behandlingsmetoder för skadligt bruk och beroende, som ofta kombineras utifrån individens behov. Här är de behandlingsmetoder som Socialstyrelsen rekommenderar på deras sida kunskapsguiden<sup>6</sup>:

- *CRA (Community Reinforcement Approach)*: Fokus på att stärka positiva livsförändringar genom att kombinera behandlingsinsatser med stöd kring arbete, boende och sociala relationer. Innehåller bl.a. beteendeanalys, färdighetsträning och MI.
- *KBT och återfallsprevention (ÅP)*: Hjälper individen att förstå och förändra tankar, känslor och beteenden kopplade till beroende. ÅP fokuserar särskilt på att förebygga återfall genom att träna hantering av risksituationer.
- *MATRIX-programmet*: Struktur för personer beroende av centralstimulerande droger. Inkluderar bl a. KBT, tolvstegsprogram, socialt stöd och familjeprogram under 16 veckor samt eftervård.
- *Motiverande samtal (MI) och Motivational Enhancement Therapy (MET)*: MI syftar till att öka motivation till förändring. MET bygger vidare på MI och innehåller strukturerade samtal baserade på testresultat och uppföljning.
- *Nätverksterapi och parterapi*: Involverar anhöriga och nätverk i behandlingen för att ge socialt stöd och minska återfallsrisk. Parterapi

---

<sup>6</sup>Socialstyrelsens kunskapsguide; <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/skadligt-bruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-skadligt-bruk-och-beroende/psykologisk-och-psykosocial-behandling-for-vuxna/>

fokuserar även på att förbättra relationen och kommunikationen i parförhållandet.

- *Psykodynamisk och interaktionell terapi*: Ökar självkännet och bearbetar känslomässiga konflikter som kan ligga bakom beroendet.
- *SBNT (Social Behaviour Network Therapy)*: Integrerar KBT, nätverks- och parterapi, med fokus på att stärka socialt stöd och relationer.
- *Tolvstegsbehandling*: Strukturerad metod enligt Anonyma alkoholisters, AA:s, tolv steg för tillfrisknade där klienten arbetar med insikt, ansvarstagande och stöd genom gruppterapi. Samt förbereder deltagarna för AA eller andra liknande självhjälpsgrupper, till exempel Anonyma narkomaner, NA.

### 6.1.2. Sociala stödinsatser

Sociala stödinsatser spelar en central roll i att främja återhämtning och behandling för personer med skadligt bruk eller beroende. Dessa insatser omfattar bland annat sysselsättning, boende, samordning av vård och stöd samt stöd till anhöriga. Enligt socialtjänstlagen (SoL) har socialnämnden ansvar att erbjuda sådana insatser och att främja individens tillgång till arbete, bostad och utbildning. Enligt Socialstyrelsens kunskapsguide rekommenderas nedanstående.<sup>7</sup>

#### *Sysselsättning och arbetslivsinriktad rehabilitering*

Sysselsättning är en viktig faktor för att motverka återfall och för att stödja personer i deras behandlingsprocess. Arbetslivsinriktad rehabilitering genomförs i samverkan mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård, Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och arbetsgivare.

En evidensbaserad metod inom området är *Individanpassat stöd till arbete (IPS)*, som bygger på att individen får stöd i att hitta och behålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden. Stödet kan innefatta handledning, jobbcoach och mentorskap.

#### *Boendeinsatser och boendestöd*

Ett stabilt boende är en grundförutsättning för att lyckas med behandling. Personer med skadligt bruk och beroende har ofta en osäker boendesituation, vilket kan försvåra rehabilitering.

- *Personellt boendestöd* innebär praktiskt och socialt stöd i vardagen, anpassat efter individens behov.
- *Vårdkedjan* erbjuder stegvisa boendelösningar – från behandlingshem till träningslägenheter och egen bostad – med villkor som nykterhet och följsamhet till vårdplaner.
- *Bostad först* riktar sig till personer i hemlöshet med komplex problematik. Den bygger på principen att erbjuda permanent boende utan krav på nykterhet eller behandling, vilket istället erbjuds frivilligt och separat.

---

<sup>7</sup> <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/skadligt-bruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-skadligt-bruk-och-beroende/sociala-stodinsatser/>

### ***Samordning av insatser – Case Management***

Många personer med beroendeproblematik har även psykisk ohälsa och andra sociala svårigheter. Därför behövs ofta samordning av insatser från olika verksamheter.

- *Strengths Model* är en form av individuell case management där en samordnare arbetar utifrån individens resurser och behov.
- *Integrerade team (t.ex. ACT-modellen)* erbjuder samlade vård- och stödinsatser från ett multiprofessionellt team med tillgång till hjälp dygnet runt. Modellen är särskilt anpassad för personer med omfattande vårdbehov.

### ***Stöd till anhöriga***

Anhöriga påverkas ofta negativt av en närståendes skadliga bruk och beroende och kan drabbas av psykisk och fysisk ohälsa. Socialtjänsten har ansvar att erbjuda stöd till dessa personer. Det finns flera insatser för anhöriga:

- *Al-/Nar-Anon-inspirerade program* är självhjälpsbaserade stödgrupper med inslag av interaktiva föreläsningar om beroende och copingstrategier.
- *Coping Skills Training (CST)* är ett program som stärker anhörigas förmåga att hantera stress, relationer och andra påfrestningar inom familjen.
- *CRAFT (Community Reinforcement Approach and Family Training)* syftar till att stärka anhörigas förmåga att motivera sin närstående till att söka behandling. Metoden bygger på KBT-principer och fokuserar på positiv kommunikation och förändring.

Många barn växer upp med skadligt bruk och beroende i familjen. För dessa barn finns hög risk för allvarliga konsekvenser som rör barnens hälsa, skolgång och arbetsliv. Genom stöd till barnen går det förbättra situationen här och nu och förebygga riskerna. Socialtjänsten behöver ha både ett barn- och föräldraperspektiv och arbeta utifrån ett familjeorienterat arbetssätt.<sup>8</sup>

## **6.2. Aktuellt utbud och resurser för stöd och behandlingsinsatser som erbjuds i länet**

Sammanställningen nedan är baserad på den kartläggning som är baserad på den enkätundersökning gjordes i samband med GAP-analysen. Där efterfrågades information om vilka aktuella screenings- och bedömningsmetoder, behandlingsmetoder och stödinsatser som används i länet.

---

<sup>8</sup>Socialstyrelsen kunskapsguide, <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/skadligt-bruk-och-beroende/behandling-och-stodinsatser-vid-skadligt-bruk-och-beroende/sociala-stodinsatser/>

## 6.2.1. Screening- och bedömningsmetoder

*Screening- och bedömningsmetoder i länets kommuner och Regionen*

Screeninginstrument för alkohol och narkotika	Länets kommuner	Specialistsjukvård	Primärvård
AUDIT Alkohol	X	x	x
DUDIT Narkotika	X	x	x
IDS-100	X		
<b>Bedömningsinstrument Alkohol och narkotika</b>			
ASI Alkohol Narkotika Vuxen	X		
ADDIS-Vux			x
<b>Bedömningsinstrument Läkemedel</b>			
PHASE 20			x
<b>Screeninginstrument för spel</b>			
NODS-PERC	X		
NODS-CLIP	X		
<b>Bedömningsinstrument Spel</b>			
NODS livstid	X		
NODS senaste året	X		
NODS 30 dagar			
ASI-spel grund	X		
ASI-spel uppföljning	X		
<b>Övrigt</b>			
UBÅT	X		
BBIC	X		
MADRS-S		x	x
PHQ-9			x
HAD		x	x
EPDS			x
Barnsäkert			x
UngDOK (Mini-Maria)	X	x	

Primärvården är viktiga aktörer för att kunna uppmärksamma skadligt bruk och beroende och samtidig psykisk ohälsa. Screening och kunskap om alkohol, narkotika, spel och risk- och skyddsfaktorer samt hälsoeffekterna bör särskilt uppmärksammas i Regionens förberedelsearbete inför införandet av reformen. I den kartläggning som gjorts visar det sig att både länets kommuner och Regionen är i behov av att utveckla användningen av screeningverktyg riktat till målgruppen. Det finns även behov av att säkerställa att verksamheternas journalsystem stödjer en kvalitetssäkrad screening som går att följa upp och utvärdera, även på gruppnivå.

## 6.2.2. Insatser och behandlingsmetoder i länets kommuner

Det kommer ske en förskjutning där vården går från att utföras hos kommunerna till att bli ett ansvar för Regionen. Kunskapen om olika psykosociala behandlingsmetoder för skadligt bruk och beroende finns i dag i huvudsak inom kommunernas öppenvård. En inventering av de olika behandlingsinsatser som finns i länet visar på att det skiljer sig åt mellan de olika kommunerna och att det finns olika förutsättningar att bedriva beroendevård i länet, framför allt i mindre kommuner. Det förekommer att kommunerna köper tjänster av varandra för att kunna tillgodose de behov som uppstår.

Det kommer behöva göras en närmare kartläggning i respektive kommun för att kunna bedöma vad som finns och vad som behöver utvecklas framåt när all vård och behandlings ska flyttas över till Regionen.

### *Insatser och metoder i länets kommuner*

Metoder i länets kommuner
<b>Behandlingsmetoder Alkohol</b>
CRA enskilt
CRA grupp
MET
I2-steg enskilt
I2-stegsgrupp
Återfallsprevention
Previct
<b>Behandlingsmetoder Narkotika</b>
CRA enskilt
CRA grupp
I2-steg enskilt
I2-stegsgrupp
HAP
Återfallsprevention
<b>Behandlingsmetoder spel</b>
KBT
Till spelfriheten
Previct
<b>Behandlingsmetod alkohol och narkotika Unga (12-18år)</b>
ACRA
ACC (Assertive Continuing Care Protocol): Ett manualbaserat eftervårdsprogram
HAP
CPU
Återfallsprevention
FFT



### 6.2.3. Stödinsatser i länets kommuner

Nedan följer en sammanställning av de insatser som länets kommuner arbetar med när det gäller boende och sysselsättning. Det finns en mångfald insatser som ger stöd i olika stor omfattning och intensitet. Sammanställningen visar dock på att endast en kommun har infört Bostad Först och endast en kommun uppger att det arbetar med IPS som metod vilket är de två stödinsatser som finns som rekommendation i Socialstyrelsens kunskapsguide.

Stödinsatser i länets kommuner
<b>Boende</b>
Akutboende
Bostad Först (i en kommun hittills)
Boendestöd
Hyresgaranti hos hyresvärd
Socialt boendekontrakt
65+ bostäder
Satellitbostad
Utflyttningsstöd
Jourlägenhet i avvaktan på annat boende
Träningslägenhet, träningsboende
Provkontrakt
Lågtröskelboende
Stödboende
Individuellt stöd med att söka bostad
Korttidsboende
<b>Sysselsättning</b>
Arbetsmarknadskoordinatorer med IPS-utbildning (uppges av en kommun)
Anställning med lönesubvention
Arbetsutbildning/praktik
Växthuset lågtröskelverksamhet – en grön rehabverksamhet med fokus på arbetsutbildning/arbetsförmågebedömning
Arbetsrehabiliterande insatser
"Allt om jobb" – öppen verksamhet där personer kan få hjälp att skriva CV, söka jobb samt få rådgivning
Jobbcenter - ett samverkansforum mellan arbetsmarknadsavdelningen och socialtjänstens försörjningsstödshandläggare
Motiverande samtal, profilering, matchning mot sysselsättning, arbete/studier
Sysselsättning via arbetsmarknadsnätet med krav på drogfrihet -och nykterhet
Ute -och innearena med individanpassade insatser
Anställning vid servicegruppen
Lärcentrum
Stöttning till olika verksamheter som tar emot ex. Värmestuga och Röda Korset
Fontänhus
Daglig verksamhet nivå 1-3

### 6.2.4. Anhörigstöd inom kommunernas öppenvård

Anhörigstöd kommer fortsättningsvis vara ett ansvar för kommunerna och nedan är en sammanställning på det som rapporterats in i samband med kartläggningen. Det

kommer dock finnas behov av att inventera behovet ytterligare i respektive kommun för att se om det motsvarar behovet och om det finns områden där det är möjligt att samverka.

Insatser för anhöriga/närstående	
CRAFT	Anhörigkonsulent
FFT	Stödsamtal via socialtjänsten
Fjärilen	Medberoendebehandling
Bubblan	Anhöriggrupp
Anhörigstödjare	Anhörigcafé
Mini-Maria	Anhörigstöd för psykisk ohälsa enskilt och grupp

## 7. Kartläggning av aktuella privata behandlingshem inom och utanför länet

En inventering har gjorts i länet för att kartlägga de behandlingshem som avropats för att få en bild av vilken vård länet avropar samt metodinnehåll och kostnader.

### 7.1. Metoder och insatser

En sammanställning av den externa vård som länets kommuner avropat under 2024 visar att det är 36 olika organisationer/utförare som är spridda över hela landet från Skåne i söder till Norrbotten i norr. Endast en utförare finns belägen i länet och det är ett omvårdnadsboende som tar emot både män och kvinnor. Sju av länets kommuner har besvarat frågan.<sup>9</sup>

När det gäller avrop för vård och behandling så är det 26 olika HVB-hem. 13 av dem erbjuder 12-stegsbehandling men hälften av dessa i kombination med olika kognitiva metoder och förhållningssätt som KBT (Kognitiv beteendeterapi), DBT (Dialektisk beteendeterapi) MI (Motiverande intervju), ÅP (återfallsprevention) LAB (Lågaffektivt bemötande), MET (Motivationshöjande behandling). Ett flertal utförare erbjuder även traumabehandling. Fyra av utförarna tar även emot klienter som har LARO (Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende). En av utförarna har specialinriktning mot spelbehandling och där har plats avropats sammanlagt två gånger under året.

Utöver vård på behandlingshem så har även andra former av externa heldygninsatser avropats för målgruppen; fem olika stödboenden och fyra boenden för omvårdnad. Där har behoven till stor del handlat om en kombination av stödinsatser, ADL och ren omvårdnad och ofta med anledning av att undvika en placering enligt LVM (lagen om vård av missbrukare) Det har även förekommit att plats avropats för ren avgiftning.

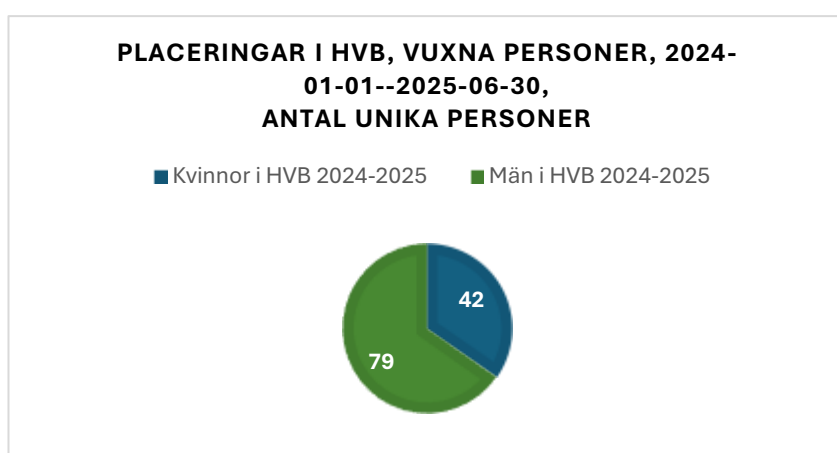
<sup>9</sup> Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund och Östersund

15 av utförarna tar emot båda könen, sex är renodlade för kvinnor och 14 för män. Samtliga utom en vänder sig till personer med skadligt bruk och beroende med eller utan samtidig psykiatrisk problematik/psykisk ohälsa.

## 7.2. Antal placeringar, placeringsdygn och kostnader 2024 – 2025

### *Antal placeringar*

Samtliga sju kommuner<sup>10</sup> som har besvarat enkäten har uppgett att de har haft placeringar i HVB 2024-01-01 – 2025-06-30. Totalt placerades 121 unika individer i HVB-hem under tidsperioden (1,5 år), 79 (65%) av dessa var män och 42 (35%) var kvinnor.



**Figur:** Figuren visar antal kvinnor respektive män (unika individer) som placerades i HVB-hem 2024-01-01 – 2025-06-30 i kommunerna Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund och Östersund.

### *Placeringsdygn 2024-2025*

Genomsnittligt antal placeringsdygn under tidsperioden uppgick till 133 dygn per individ 2024 och 86 dygn per individ första sex månaderna 2025.<sup>11</sup>

### *Placeringskostnader 2024-2025*

Genomsnittlig placeringskostnad per dygn under tidsperioden uppgick till 3 237 kr 2024 och 2 757 kronor 2025.<sup>12</sup>

För de sju kommunerna totalt uppgick placeringskostnaderna 2024 till uppskattningsvis ca 28 mkr och för 2025 års sex första månader till ca 13,3 mkr.<sup>13</sup>

<sup>10</sup> Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund och Östersund

<sup>11</sup> Redovisade placeringsdygn dividerat med antal placerade individer (2024-01-01—2025-06-30)

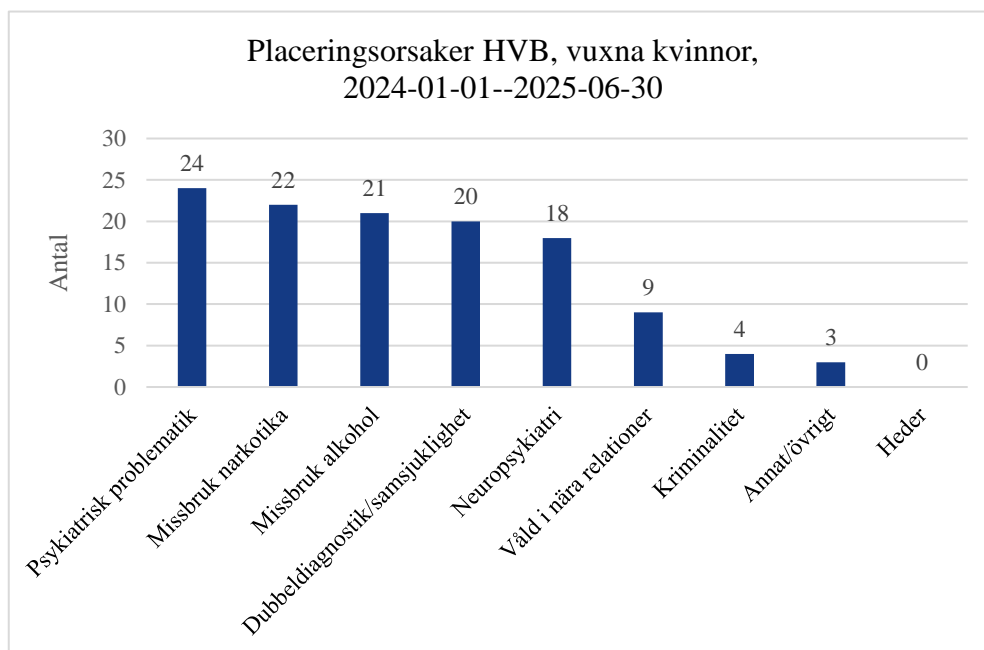
<sup>12</sup> Redovisade kostnader dividerat med antal placeringsdygn (2024-01-01—2025-06-30), exkl. Härjedalen

<sup>13</sup> Härjedalen har inte redovisat sina totala placeringskostnader. Uppskattade värden har förts in i statistiken genom att multiplicera redovisade placeringsdygn med (för övriga kommuner) genomsnittlig dygnskostnad.

## 7.3. Placeringsorsaker

### *Kvinnor*

Totalt angavs 121 placeringsorsaker för de 42 aktuella individerna. Detta ger ett snitt om ca 3 placeringsorsaker per individ. De vanligaste placeringsorsakerna för kvinnor i HVB har varit psykiatrisk problematik (20% av totala antalet placeringsorsaker), skadligt bruk och beroende av narkotika (18%), skadligt bruk och beroende av alkohol (17%) dubbeldiagnostik/samsjuklighet (17%) och neuropsykiatri (15%)<sup>14</sup>.



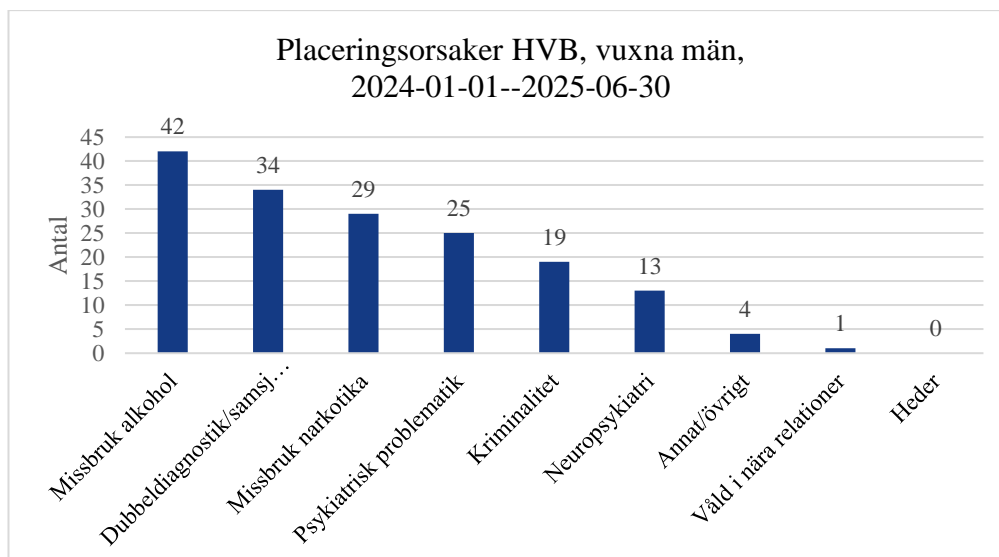
**Figur:** Figuren visar placeringsorsaker för kvinnor i HVB-hem under perioden 2024-01-01 – 2025-06-30 i kommunerna Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund och Östersund. Antal personer per placeringsorsak framgår, en kvinna kan ha flera placeringsorsaker och förekommer då flera gånger i statistiken

### *Män*

Totalt angavs 167 placeringsorsaker för de 79 aktuella individerna. Detta ger ett snitt om ca 2 placeringsorsaker per individ. De vanligaste placeringsorsakerna för män i HVB har varit skadligt bruk och beroende av alkohol (25% av totala antalet placeringsorsaker), dubbeldiagnostik/samsjuklighet (20%), missbruk narkotika (17%), psykiatrisk problematik (15%) och kriminalitet (11%)<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> Procentsatsen anger andel av totalt antal placeringsorsaker (121).

<sup>15</sup> Procentsatsen anger andel av totalt antal placeringsorsaker (167).



**Figur:** Figuren visar placeringsorsaker för män i HVB-hem under perioden 2024-01-01 – 2025-06-30 i kommunerna Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund och Östersund. Antal personer per placeringsorsak framgår, en man kan ha flera placeringsorsaker och förekommer då flera gånger i statistiken

## 8. Omvärldsbevakning

Inför uppstarten av arbetet med samsjuklighetsutredningen i Region Jämtland Härjedalen initierades en omvärldsbevakning. Syftet var att samla in relevant kunskap och erfarenhet från andra regioner i landet. Informationsinhämtningen genomfördes genom att studera tidigare rapporter samt genom några genomförda digitala möten med representanter från bland annat Västra Götaland, Skaraborg, Gotland och Västernorrland.

Den initiala inriktningen var att få en översikt över hur dessa regioner planerat och genomfört sitt arbete, hur de utformat slutrapporten, hur organisationen förändrats efter rapporternas färdigställande samt hur arbetet med samsjuklighet bedrivs idag.

Omvärldsbevakningen har därefter breddats och omfattar numera även en fördjupning av arbetssätt och metoder som används i arbetet med samsjuklighet.

### 8.1. Region Västernorrland

Region Västernorrland och deras sju kommuner har sedan 2022 drivit ett länsgemensamt utvecklingsarbete inom beroendevården. Fokuset ligger på förebyggande och tidiga insatser inom primärvården och socialtjänsten, samt att förbättra samverkan och samordning mellan olika vårdnivåer och huvudmän.

Uppdragsbeskrivningen i Västernorrlands länsgemensamma handlingsplan är uppdelad i två steg. *Steg 1* riktar sig i första hand till de vårdnivåer som möter personer med stor och omfattande problematik. De har arbetat med samtliga aktiviteter sedan år 2022 och i de utvecklingsarbeten som startats finns behov av att nu år 2025 koppla på *steg 2*, så att samtliga vårdnivåer och verksamhetsområden inom socialtjänsten inkluderas samt att inkludera brukarnas röst och medverkan.

Det övergripande i *steg 2* är riktat till hälso- och sjukvårdens vårdnivåer och framför allt till primärvården, där användningen av Socialstyrelsens rekommenderade metoder och utbud av insatser är begränsade och behöver stärkas och utvecklas. För socialtjänsten avses myndighetsutövning samt utförare inom följande verksamhetsfält: individ och familjeomsorgen, socialpsykiatri, LSS, äldreomsorg, ekonomiskt bistånd samt sysselsättning. De beräknar att arbetet kommer ta de fyra år som finns inom ramen för implementering av beroendepilen.<sup>16</sup>

## 8.2. Västra Götaland

Västra Götaland som har 49 kommuner i sin region tog under våren 2025 beslut om stegvisa åtgärder för omhändertagandet av samsjuklighetsutredningens förslag. Västra Götaland har tidigare haft ett pilotprojekt i form av en LARO-buss för de som är i behov av hjälp från LARO-mottagningen och Sprututbytet. Resultatet av att de börjat åka runt med bussen är att de har upptäckt att fyra av fem besökare inte hade haft kontakt med någon vård innan, vare sig inom kommun eller Regionen<sup>17</sup>. De har även en hemsida<sup>18</sup> i deras vårdssamverkan i Västra Götaland, Samverkan vid psykiatrisk samsjuklighet. Där tar de upp exempel på olika samverkansarbeten i länet.

I oktober 2025 finns i Västra Götaland samverkan kring samsjuklighet på:

- Göteborgsregionen GR – Mini Maria Resurs; där det startade upp som ett pilotprojekt 2022 och bemannas med 2 tjänster från Beroende, 1 tjänst från Göteborgs stad (socialförvaltningen) och 0,5 tjänst från BUP och därutöver lånas medarbetar in från slutenvård.



- Boråsregionen – FACT-Sjuhärad; där beroendemottagningen tillsammans med kommunerna i Sjuhärad påbörjat implementering av en integrerad beroendevård och har utgångspunkt i FACT (Flexibel Uppsökande Samhällsbaserad Behandling). Det är en integrerad beroendevård som ska starta upp januari 2026 för samsjuklighetspatienter med psykiatrisk och social problematik samt substansbrukssyndrom.

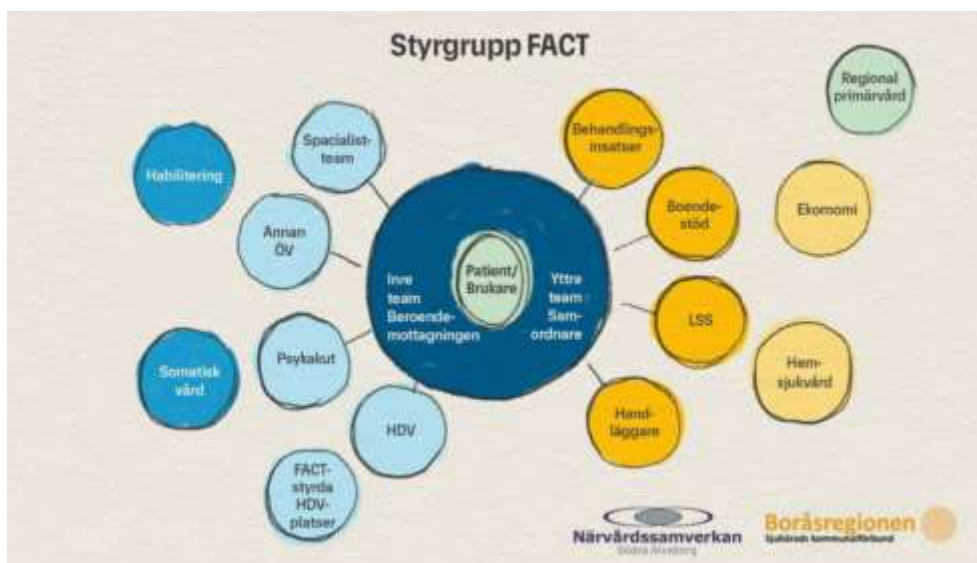


<sup>16</sup> God och nära vård Västernorrland, Hemsida; <https://www.rvn.se/sv/Sarprofil-delplatser/nara-varld/start/fardplan/>

<sup>17</sup> Charlotta Sundin Andersson, samordnare i Västra Götaland

<sup>18</sup> Vårdsamverkan Västra Götaland, Hemsida kring samsjuklighet <https://www.vardsamverkan.se/omraden/lansgemensamt-arbete-for-psykisk-halsa--arbete-i-vastra-gotaland/samverkan-vid-psykiatrisk-samsjuklighet/vad-innebar-samsjuklighetsutredningen/>

Verksamheten ger en samordnad personcentrerad vård för de patienter som har störst behov och är ett tvärprofessionellt team.



- Skaraborg – Projekt Samsjuklighet. I Skaraborg som påbörjade sitt arbete 2023 pågår ett projekt för att utveckla en flexibel och individcentrerad samverkan för personer med samsjuklighet.



Arbetet görs genom att team från psykiatri och kommunen, med samordnaren som nav, som gemensamt planerar, anpassar och utför insatser utifrån individens aktuella behov. Projektet genomförs av Vårdsamverkan Skaraborg och syftar till att möta behov inom ramen för befintlig budget. Sedan mars 2025 utprövas en arbetsmodell i Skara och Lidköpings kommuner tillsammans med de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna i Falköping och Lidköping<sup>19</sup>

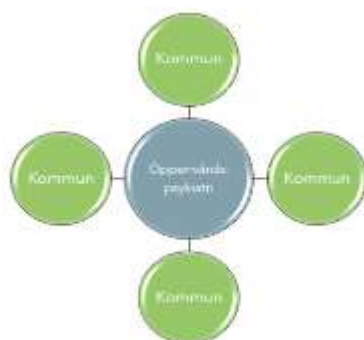
I varje uppdrag har de inledningsvis två samordnare, en från respektive huvudman, för att samverkan ska fungera på bästa sätt.<sup>20</sup>



<sup>19</sup> Vårdsamverkans Västra Götaland, Hemsida; <https://www.vardsamverkan.se/omraden/lansgemensamt-arbete-for-psyisk-halsa--arbete-i-vastra-gotaland/samverkan-vid-psykiatrisk-samsjuklighet/exempel-pa-samverksansarbete-i-lanet/skaraborg---projekt-samsjuklighet/>

<sup>20</sup> Kerstin Söderlund, utvecklingsledare Skaraborgs Kommunalförbund





De har tvärprofessionella nätverk där varje psykiatrimottagning har ett antal kommuner runt sig. Här genomförs det samordnade tvärprofessionella regelbundna möten och utbildningsinsatser för både Region och kommun.<sup>21</sup>

### 8.3. Region Blekinge

I Blekinges slutrapport januari 2025<sup>22</sup> lämnar de 14 förändringsförslag för vidare utveckling mot samsjuklighetsutredningens förslag. Det föreslås 10 olika förstudier och 4 olika förslag på utveckling och framtagande av insatser. Bland annat vill de stärka primärvårdens förberedelser, uppsökande och förebyggande arbete samt brukardriven verksamhetsutveckling för arbete och sysselsättning. Utveckling av LARO- och sprututbytesmottagningar i länet samt specialistvård inklusive tvångsvård ska också undersökas. Fokus ligger även på integrerad vård för personer med samsjuklighet, ett länsgemensamt anhörigprogram för ökad delaktighet i vårdprocessen, samt stegvis vård. Utbildningspaket från forskning och utveckling planeras, liksom en förstudie av HVB-verksamhet. SIP-arbetet ska förstärkas vid skadligt bruk och beroende och samsjuklighet, och screeningsverktyg för tidig upptäckt ska utvärderas.

De kommer inte kunna genomföra alla förslag samtidigt och därför lämnade de in en prioriteringsordning som de bedömer vara lämplig att ta som nästa steg i deras region. De föreslår att deras första steg är att utveckla ledningsstruktur- och brukarmedverkan samt att göra en förstudie för primärvårdens förberedelser.

### 8.4. Region Värmland

RACT-teamet (Resursgrupps ACT) är en integrerad verksamhet med samverkansavtal mellan huvudmännen Region Värmland och Karlstads kommun.

RACT är ett arbetssätt för behandling och rehabilitering av alla former av psykiska sjukdomar och beroendetillstånd. Programmet omfattar strategier som är tillämpningsbara i primärvård, specialiserad psykiatri och socialtjänst. Utmärkande för RACT är resursgrupper, som utgör navet i arbetet.

RACT-teamet är ett specialiserat team som arbetar enligt en modell med resursgruppsarbete, vilket innebär att försöka få till stånd samverkan mellan aktörer som är viktiga för individens fortsatta behandling och rehabilitering.

<sup>21</sup> Kerstin Söderlund, utvecklingsledare Skaraborgs Kommunalförbund

<sup>22</sup> Slutrapport Projekt Stegvis omställning till samsjuklighetsreformen (Uppdrag Psykisk Hälsa) 2025-01-22 Blekinge län



I RACT är det individens individuella behov, mål och prioriteringar som styr arbetet mot återhämtning. I omställningen till nära vård är personcentrerad vård centralt. Syftet med verksamheten är att försöka säkerhetsställa att de insatser som är nödvändiga för individen sker parallellt och samordnat, från respektive huvudman och övriga ansvariga verksamheter, för den enskildes bästa. Det kan handla om insatser från psykiatri, somatisk vård, socialtjänstens olika enheter, frivård och utredningar med mera, samt det kan beräknas pågå under flera år då problematiken är komplex för denna målgrupp.

I Region Värmland så ingår det i RACT-teamet vård- och stödsamordnare (Case manager), läkare, sjuksköterskor och socialsekreterare från psykiatrisk öppenvård Karlstad, Region Värmland och Karlstads kommun.<sup>23</sup>

## 8.5. Nederländerna

Nederländerna har utvecklat FACT utifrån den ursprungliga amerikanska ACT-modellen. FACT står för Flexibel ACT eller Flexible Assertive Community Treatment<sup>24</sup>. Det är ett team som arbetar i enlighet med FACT- principerna och erbjuder behandling och vägledning inom olika återhämtningsområden. Detta för att minska psykologiska och somatiska symtom, främja social funktion och socialt deltagande samt uppnå personlig återhämtning och livskvalitet. Vården skräddarsys i samråd med den berörda personen och dess nätverk. Modellen utvecklades för att arbeta med personer med allvarlig psykiatrisk störning.

FACT-team kan ge vård effektivt inom de olika domänerna och med mer varierande intensitet. Vården är fasorienterad och kan variera mycket över tid. Målet är behandling eller återhämtningsstödande vård mot boende, arbete, utbildning och sociala kontakter. Utifrån behov så växlar faserna upp eller ner utifrån personens behov. Behandlingen förs till den plats där klienten befinner sig, helst i sin egna livsmiljö i samhället.

Teamen består av olika professioner såsom psykiatriker, psykolog, sjuksköterska, socialarbetare, personer som jobbar med sysselsättning och andra erfarenhetsexperter. I Nederländerna så stödjer varje team en total ärendebelastning på ca 200 klienter. I varje team ingår 10-11 heltidsanställda. Ärendemängden är uppdelad mellan olika medarbetarna så att varje medarbetare har hand om ca 15-25 klienter och ansvarar för samordningen och kontinuiteten i vården.

Tillsammans med klienten, de anhöriga och andra (professionella och icke-professionella) formar teamet behandlingen. FACT-teamet tar ansvar och garanterar samordningen och kontinuiteten i vården.

FACT-anställda är närvarande och släpper inte taget om den hjälpsökande (och hans/hennes miljö) och när personen i fråga har återhämtat sig tillräckligt för att

---

<sup>23</sup> Vårdgivarwebben Region Värmland Hemsida: <https://www.regionvarmland.se/vardgivarwebben/samverkan-avtal-och-vardval/psykisk-halsa-och-suicidprevention-i-varmland/skadligt-bruk-och-beroendevard/ract>

<sup>24</sup> Veldhuizen J.R och Bähler M, Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, FACT Flexibel Assertive Community Treatment; Vision, tillämpning och organisation

möjliggöra överföring av vården till ett socialdistriktsteam och allmänläkare. Detta sker i noggrann samordning.<sup>25</sup>

I manualen *FACT Assertive Community Treatment; Vision, tillämpning och organisation*<sup>26</sup> beskrivs att Nederländerna har ett väl utbyggt samarbete mellan psykiatrisk öppenvård och slutenvård och det är en ”gränsöverskridande” vård. Det avspeglas i att sjukhusinläggningen kan vara mycket kort, ibland bara över en natt för akut avlastning. Vid längre sjukhusvistelser besöker teammedlemmar den hjälpsökande varje vecka, diskuterar behandlingsplanen med avdelningspersonalen och framhåller individens rehabiliteringsmål. I många FACT-team träffas teampsykiatrikern och avdelningsläkaren en gång i veckan för att enas om vilka behandlingsstrategier som ska gälla.

År 2005 togs de första nationella riktlinjerna för vård vid schizofreni i Nederländerna. De beskriver insatser baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket innebär att all öppenvård för personer med allvarlig psykisk sjukdom, inklusive FACT ska kunna erbjuda dessa insatser.

Samtidigt fick återhämtningsinriktad behandling och resursmodellen större betydelse. I Nederländerna betonas personlig återhämtning – att leva ett meningsfullt liv trots sjukdomen snarare än att bli helt frisk. Klienten avgör själv vad begränsningarna betyder och utvecklar strategier för att hantera dem, med stöd av personal och andra brukare. Visionen om återhämtning utgör en ledstjärna i FACT och i teamen ingår brukarspecialister för att stärka detta synsätt. Detta möttes till en början av motstånd av oroande anhöriga som inte trodde att deras familjemedlemmar skulle klara sig utanför sjukhuset med hjälp av behandlingsteam och de var skeptiska till att så många olika personer var inne i teamen. Idag är det tvärtom. De är positiva till arbetssättet och framväxten i Nederländerna beror delvis på anhörigas förmåga att se att det finns en fördel att träffa olika behandlare som är specialister på olika områden.

FACT-team koncentrerar sig på tre områden så kallad timglasmodellen.

1. **Instabilitet** – ta itu med den tillfälliga krissituationen som ytrar sig för risk för återfall, fler psykiatriska återfall eller ökat skadligt bruk eller beroende. Här kan det behövas ett omfattande stöd då den hjälpsökande knappt kan uppåda någon energi att hålla sig ovanför ytan, så att det blir problem socialt och även att ta hand om sig själv och vanliga vardagssysslor och ett omfattande stöd ges. Här krävs ett problemorienterat och styrande förhållningssätt, inriktat på handling. Flera från teamet behövs och här tar man över vissa av den hjälpsökandes vardagssysslor för att avlasta individen.

<sup>25</sup> F-ACT Nederland hemsida: <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>

<sup>26</sup> Veldhuizen J.R och Bähler M, Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, FACT Flexibel Assertive Community Treatment; Vision, tillämpning och organisation

2. **Behandling** – Både medicinsk hjälp och psykosociala interventioner som är insatser som fokuserar på beroendeproblematiken och social färdighetsträning. Här kan även IPS-stödet (Individanpassat stöd till arbete) hjälpa till med sysselsättning och lönearbete. Här är förhållningsättet ett samarbete med den hjälpsökande och att stödja individens unika målsättningar, genom att fatta gemensamma beslut tillsammans med individen. Ibland bygger det på läkemedel och rekommendationer och ibland på att individen tillsammans med en Case manager hittar lösningar tillsammans.

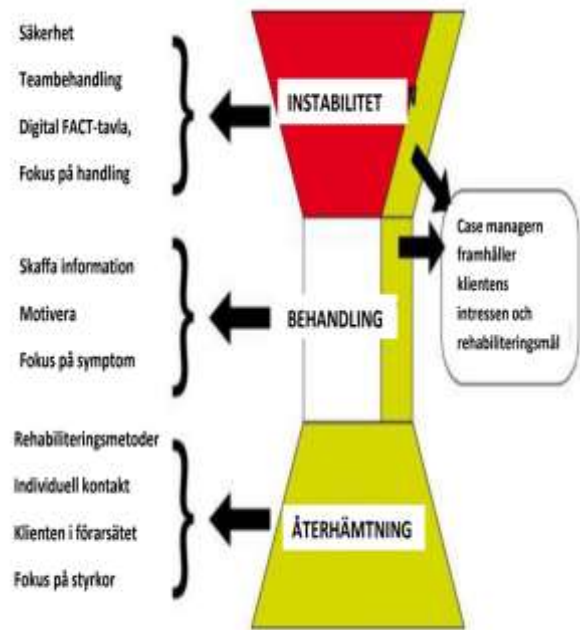


Bild Timglasmodellen

3. **Återhämtning** – Utifrån den hjälpsökandes egna behov om vad som ska hända ger teamet stöd och uppbackning. Här är förhållningssättet att klienten själv håller i trådarna och Case manager fungerar som stöttande person.

När väl den hjälpsökande överförs till primärvården lämnar FACT-teamet en välkommen-tillbaka-garanti, vilket innebär att vid minsta tecken på försämring så kan individen återvända till teamet och få hjälp från första dagen.<sup>27</sup>

### 8.5.1. Brukarspecialist (Peer Case Manager/Peer Support)

I ett FACT-team ingår även anställda med egna erfarenheter av psykisk ohälsa och psykiatrisk vård. Det finns i studier ett stort värde att f.d. brukare ingår i vårdarbetet och det finns särskilda utbildningsprogram som vänder sig till dem. De blir förebilder och ett levande bevis på att det är möjligt att återhämta sig och de kan ingjuta hopp och stöd till den hjälpsökande att övervinna kriser och komma vidare i livet. Brukarspecialisten utmärker sig genom att alltid lyfta fram den hjälpsökandes perspektiv, tar ställning till om en insats är attraktiv för individen och kan ifrågasätta varför vissa åtgärder måste till som den hjälpsökande tycker är onödiga.

Rekommendationen om man ska börja med FACT modellen är att det helst ska börjas i liten skala med ett eller två pilotteam som följer arbetssättet i FACT för att

<sup>27</sup> Veldhuizen J.R och Bähler M, Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, FACT Flexibel Assertive Community Treatment; Vision, tillämpning och organisation

efteråt utvärdera hur teamen fungerade i förhållandet till befintlig vård- och stödsystem.<sup>28</sup>

FACT-team påbörjades med personer med allvarliga psykiska störningar och även i kombination med skadligt bruk och beroende. I Sverige ser vi fler och fler FACT-team tex i Västra Götaland på Sahlgrenska universitetssjukhus och även Region Skåne i Malmö, Helsingborg och Lund. Det finns även en digital basutbildning kring FACT på hemsidan Vårdgivare Skåne<sup>29</sup>

### 8.5.2. ACT, FACT och RACT

I omvärldsbevakningen har det beskrivits om olika ACT modeller.

**ACT** förknippar många behandlare som arbetar med skadligt bruk och beroende med Acceptance and Commitment Therapy som är en amerikansk terapimodell som har sitt ursprung från traditionell beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi. I denna rapport används dock ordet **ACT** genomgående med betydelsen Assertive Community Treatment som är en modell för samordnade integrerade insatser. Det är en intensiv åtgärd avsedd för personer med psykiska funktionsnedsättningar som leder till omfattande funktionshinder, vilket i sin tur gör det svårt för dem att medverka i vården och delta i samhällslivet.<sup>30</sup>

**ACT-team** Assertive Community treatment-team är ett multiprofessionellt team med till exempel psykiatriker, sjuksköterska, peer support, 2 arbetsterapeuter, psykolog och socionom som har ett gemensamt och samlat ansvar för samordning och behandling. Teamet arbetar med intensivt och aktivt uppsökande insatser, är tillgängligt dygnet runt och ger insatser i personens hemmiljö eller där personen befinner sig och önskar. Teamet kan ge alla insatser vilket innebär att personen vanligtvis inte behöver remitteras till andra vårdgivare. Vård- och stödsamordnare inom ACT har ansvar för ett begränsat antal personer som har mycket stora behov av intensiva vård- och stödinsatser.

**RACT** Resursgrupps ACT Assertive Community Treatment (kan också kallas integrerad psykiatri med resursgrupp) baseras på ACT-modellen men har vidareutvecklats i en svensk kontext, där en resursgrupp som byggs upp tillsammans med personen och sin tilldelade vård- och stödsamordnare får en central roll. I detta fall fungerar även vård- och stödsamordnaren som en företrädare för personen i större utsträckning jämfört med andra modeller. I resursgruppen inkluderas familjemedlemmar, vänner och kontakter från myndigheter eller organisationer, utöver verksamhetens medarbetare.

**FACT** Flexible Assertive Community Treatment. baseras på samma grundprincip som ACT, men med inslag av större flexibilitet utifrån individens tillstånd och

---

<sup>28</sup> FACT Flexibel Assertive Community Treatment Vision, tillämpning och organisation J.R van Veldhuizen och M. Bähler, Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser [https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2015/02/FACT\\_manual\\_i-nod.pdf](https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2015/02/FACT_manual_i-nod.pdf)

<sup>29</sup> Vårdgivare Skåne, <https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/utbildningar/webb/vard-och-stodmodellen-fact/>

<sup>30</sup> Kunskapsguiden, Modeller för samordnade insatser <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/psyisk-halsa/schizofreni/modeller-for-att-samordna-insatser/>

behov. Ett FACT-team kan ansvara för många fler deltagare än ett ACT-team, och kan erbjuda traditionell öppenvårdsbehandling, samtidigt som teamet kan intensifiera insatserna så att de motsvarar samma vård som erbjuds av ett ACT-team. Deltagaren kan därmed under stabila perioder erbjudas sedvanlig öppenvård, men vid kris eller risk för återinsjuknande ges intensiv vård- och stödsamordning från samma verksamhet.<sup>31</sup>

### ***Sammanfattning av skillnaderna ACT, FACT och RACT***

ACT är både en terapiform och en modell för samordnade integrerade insatser. I denna rapport belyser vi ACT som en samordnad modell, vilket innebär aktiv uppsökande behandling och rehabilitering i hemmiljö eller ute i samhället. ACT-team är ett team där alla insatser kan ges dygnet runt. Den huvudsakliga skillnaden jämfört med ett RACT-team är att där läggs extra vikt vid att involvera och samordna insatser med personens omgivning (resursgruppen och nätverket) för att stödja rehabiliteringen utöver de direkta insatserna som ACT gör. FACT utgår från individens tillstånd och behov och anpassar insatserna och under perioder kan personen erbjudas sedvanlig öppenvård. FACT-modellen kan även ansvara för fler deltagare än ett ACT-team med anledning av att vårdbehovet hos deltagarna varierar över tid.

## **9. Workshops**

Under hösten 2025 genomfördes fyra workshops som ett viktigt komplement till denna slutrapport. Syftet med workshopsserien var att säkerställa ett brett deltagande från verksamheterna och samtidigt påbörja ett kulturarbete inom ramen för reformens tio delar, samt sätta fokus på de 10 målbilder som tagits fram ur ett patient- och brukarperspektiv som finns beskrivet i denna rapport under kapitel 3.

Den första workshopen ägde rum den 2 september 2025 och samlade styrning och ledning från Region Jämtland Härjedalen samt länets kommuner. Totalt deltog 29 politiker och chefer, som tillsammans besvarade frågor kopplade till åtta av reformens tio delar, med särskild inriktning på lednings- och styrningsperspektivet.

Den andra workshopen hölls den 11 september 2025 och riktade sig till personer i länets kommuner som arbetar direkt med målgruppen samt deras chefer. 54 personer deltog och arbetade med reformens del 4 och del 8. På grund av avsaknad av representanter från de personliga ombuden så genomfördes inget arbete utifrån reformens del 7 i denna workshop.

Den tredje workshopen ägde rum den 18 september 2025 och samlade medarbetare och chefer från både Regionen och kommunerna som arbetar med målgruppen. Under denna dag fokuserades diskussionerna på samordnade, behovsprövade och personcentrerade insatser. 85 personer deltog i denna workshop.

---

<sup>31</sup> Socialstyrelsen, Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov. Artikelnummer: 2025-2-9454, <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/7ffc75f198ad4473808d429c2cca9b36/2025-2-9454.pdf>

Den fjärde och avslutande workshopen genomfördes den 9 oktober 2025 i samband med Beroendedagen, som arrangerades av beroendeenheten. Här deltog cirka 300 personer under eftermiddagen i en workshop där de tillsammans tog fram konkreta förslag för hur vårdkedjor kan förbättras, hur samordnade insatser kan utformas och hur individens delaktighet i sin egen vård kan stärkas.

I tre av de fyra workshopen deltog representanter från brukarorganisationen NSPH/Hjärnkoll Jämtland Härjedalen aktivt. De svarade på frågor i workshopen och rörde sig bland deltagarna för att bidra med insikter och perspektiv. Deltagare från hela länet Jämtland Härjedalen var representerade i samtliga workshops, med en bredd från personal som arbetar närmast målgruppen till chefer, ledning och politiker.

Diskussionerna genomfördes i mindre grupper där deltagarna bearbetade frågor och rapporterade sina insikter digitalt, vilket bidrog till en strukturerad och inkluderande dialog som nu ligger till grund för slutsatser och förslag i denna rapport.

## **9.1. Workshops Ledning och styrning**

För att möta de komplexa behov som finns hos personer med samsjuklighet i Jämtland Härjedalen krävs en gemensam förståelse och ett nära samarbete mellan Region och kommuner. Under en workshop med styrning och ledning från båda huvudmännen har representanter från kommuner och Region Jämtland Härjedalen tillsammans identifierat centrala utvecklingsområden och föreslagit konkreta åtgärder för en mer sammanhållen och individanpassad vård- och stödstruktur. Fokus har legat på att skapa förutsättningar för fungerande vårdkedjor, stärkt samverkan, tydliga ansvarsroller och ökad tillgänglighet till insatser – allt med individens bästa i centrum. Kapitel 9 sammanfattar Regionens och kommunernas mest framträdande förslag samt deras gemensamma syn på samordnade och integrerade verksamheter utifrån reformens delar exklusive del 8 och del 9.

### **9.1.1. Regionens mest framträdande förslag**

#### ***Utveckla SIP – Stärka samarbete så vårdkedjan tydliggörs***

Utifrån reformens del 1 lyfter Regionen behovet av att skapa fungerande vårdkedjor. Regionen föreslår att man utvecklar den samordnade individuella planen (SIP) för att förbättra samordningen utifrån individens behov. Det betonas även att samarbetet mellan primärvård, beroendevård och psykiatrisk kompetens måste stärkas, samtidigt som huvudansvaret i vårdkedjan tydliggörs.

#### ***Uppdrag till primärvården för att bli navet och öka kontinuiteten i vården***

När det gäller förflyttningen där primärvården ska bli navet, såsom reformen beskriver i del 1, föreslår Regionen att en dialog initieras kring vårdnivå mellan primärvård och specialiserad vård. Regionen vill också utveckla fasta vårdkontakter och fasta läkarkontakter, gärna i kombination med en koordinatorfunktion, för att stärka kontinuiteten. En viktig del är att skapa god

samverkan med kommunens verksamheter och att ge primärvården ett nytt uppdrag, vilket kräver finansiering. För att detta ska fungera behöver Regionen säkerställa att dessa behov och uppdrag tydligt beskrivs i primärvårdens Hälsoval.

#### ***Skapa förutsättningar för stegvis vård – dialog kring finansiering – kulturarbete***

I reformens del 2 framkommer att Regionen behöver påbörja en kompetensanalys avseende psykosocial behandling för att behandling av skadligt bruk, beroende och stegvis vård ska fungera bättre. Det är viktigt att tydliggöra det nya uppdraget och se över var det ska passa in i organisationen. Regionen menar också att relationen till Hälsovalet för primärvården måste klargöras och att en dialog om finansiering av det nya uppdraget bör inledas. Slutligen behövs ett kulturarbete riktat mot patientgrupper, samtidigt som olika välfärdsförflyttningar samordnas.

#### ***Sprututbytefilialer, lågtröskelverksamhet, kompetensutveckling, finansiering***

Regionen identifierar att i reformens del 3 finns ett behov av att öka tillgängligheten och öppna fler filialer för sprututbyte. Det krävs en analys av behovet, särskilt i glesbygdsområden, där kartläggning av kommuner med störst behov är prioriterat. Regionen föreslår även att organisationens struktur ses över för att bättre stödja utbyggnaden av lågtröskelmottagningar, samt att kompetensutveckling av personal inom primärvården är nödvändig. Finansieringen behöver dessutom utredas och säkras utifrån kartlagda vårdbehov.

#### ***Kommunsamverkan kring HVB, andra överenskommelser och finansiering***

När det gäller Regionens ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för personer placerade utanför det egna hemmet, såsom på hem för vård och boende (HVB) enligt reformens del 5, föreslås att Regionen inleder diskussioner med länets kommuner om att ha HVB i egen regi eller inom Norra sjukvårdsregionen för att säkerställa tillräckligt patientunderlag. Regionen vill också dra nytta av befintliga överenskommelser inom barn- och ungdomsverksamheten. För att möta behovet av fler vårdplatser ser Regionen behov av att se över finansieringsmöjligheter, säkra kompetensförsörjningen samt fortsätta arbetet med översyn av slutenvårdsplatser för både beroendevård och barnpsykiatri.

#### ***Tillnyktring, LOB, slutenvårdsplatser och dess finansiering.***

I reformens del 10 lyfter Regionen behovet av att kunna ta ansvar för tillnyktring och LOB, vilket innebär att kartlägga behovet av tillnyktringsplatser (TNE) parallellt med översynen av slutenvårdsplatser inom vuxen- och barnpsykiatri. Regionen vill också undersöka möjligheterna till finansiering för dessa insatser.

### **9.1.2. Kommunernas framträdande förslag**

#### ***Kartläggning och uppsökande arbete***

Kommunerna har i reformens del 4 föreslagit flera insatser för att ge förutsättningar för kartläggning, förebyggande arbete och uppsökande verksamhet riktat till vuxna, samt förmedling till samhällets stöd. Kommunerna menar att det är nödvändigt att säkerställa att arbetet följs upp och att ansvarsfördelningen tydliggörs, samtidigt som nuläge och önskat läge kartläggs. De föreslår även att gemensamma plattformar skapas för kartläggning och diskussion över kommungränser, och att

pågående omställningsprocesser som nära vård, ny socialtjänstlag och samsjuklighetsreform samordnas för att arbeta utifrån en helhetssyn. Förankring av frågorna på både tjänstemanna- och politisk nivå inom kommun och Region är också viktig. Kommunerna vill tillsätta resurser för att integrera uppsökande arbete i det dagliga arbetet genom mer strukturerade arbetssätt och prioriterar dessutom utökade resurser för kartläggning av individers behov. De uppmuntrar också till en mer enhetlig arbetsmetod inom länets kommuner, då de agerar olika idag.

#### ***Sociala stödinsatser, försörjning, boende, sysselsättning - behov av samordning***

Reformens del 4 gällande sociala stödinsatser för försörjning, boende, sysselsättning och sociala sammanhang menar kommunerna att det där behövs en fördjupad och standardiserad samverkan mellan kommunerna och mellan olika kommunala verksamheter och förvaltningar. Varje kommun bör utse samordningsansvariga, samtidigt som gemensamma kartläggningar och lärande sker. Kommunerna vill också omställas till ett mer individfokuserat arbetssätt snarare än insats riktad mot målgrupper. För att öka tillgången på boende och skapa gemensamma prognoser samt fatta övergripande beslut om boendefrågan betonas behovet av stärkt dialog och samarbete med fastighetsbolag och Regionen. Det efterfrågas även riktade resurser från både stat och kommun för att stödja försörjning, boende, sysselsättning och sociala sammanhang. Utveckling av gemensamma vårdprogram och standardiserade vårdförlopp för målgruppen är önskvärt, liksom omfördelning av medel till verksamheter som stödjer identifierade behov. Kommunerna vill även stärka arbetet med försörjning och sysselsättning genom vidare dialog och gemensamma satsningar i länet.

#### ***Utbyte av erfarenhet vid anhörigstöd och anhörigstödsmodeller.***

När det gäller anhörigstöd, enligt reformen del 4, föreslår kommunerna att länsgemensamma utbyten och erfarenheter uppmuntras och stöds samt att kommunförbundet tar ett övergripande ansvar för att samordna och hålla ihop arbetet. De menar också att det är viktigt att ett gemensamt syfte för anhörigstödet definieras och att en gemensam modell för samordning finns. Digitala lösningar bör prioriteras och en utvärdering av vad som görs idag är nödvändig. Kommunerna understryker också vikten av att det finns tillgång till anhörigstöd i varje kommun och att arbetet anpassas lokalt för att möta behov, samt att medborgarnas önskemål tas tillvara.

#### ***Rätt förutsättningar till personliga ombud för att möta en utökad målgrupp.***

I reformens del 7 lyfts behovet av att ge personliga ombud rätt förutsättningar för att klara den utökade målgruppen som även inkluderar personer med skadligt bruk och beroende. Kommunerna pekar på behov av större ekonomiska resurser för att kunna anställa fler personliga ombud och möta den utökade målgruppen. Kompetenshöjning, särskilt med tanke på ny utökad målgrupp, efterfrågas. De vill också se en tydligare definition av uppdraget för personliga ombud och föreslår att en kartläggning av framtida behov görs, tillsammans med en dialog om finansiering. Diskussion förs om huruvida verksamheten bör centraliseras eller integreras i befintliga strukturer samt hur civilsamhällets resurser kan inkluderas.



Minska på väntetiderna och att kommunerna behöver agera under väntetiden är också viktiga punkter.

### **9.1.3. Gemensamt perspektiv på samordnad och integrerad verksamhet.**

I reformens del 6, med fokus på vuxna med samsjuklighet, framkommer ett gemensamt perspektiv från både Regionen och kommunerna kring vikten av tydlig och välfungerande samordning mellan aktörerna.

#### ***Samverkan – målbild utifrån individen – behov av politiska beslut***

Regionen betonar sin roll i att tydliggöra samordningsansvaret och skapa en samordnande funktion mellan kommun och Region. En ledningsstruktur och en infrastruktur för samarbetet behöver etableras och beslutas. Regionen vill också att en gemensam målbild och strategi tas fram, med fokus på individens behov och brukarens perspektiv. För att stärka samarbetet föreslås utveckling av fungerande samverkansforum, både internt och i samverkan mellan Region och kommun. Vidare behövs politiska beslut som säkerställer uthållighet och tydliga uppdrag. Regionen lyfter också fram behovet av att utveckla samarbetet inom primärvården, särskilt där sprututbyte sker, samt att tillvarata kommunernas kompetens och samordningsmöjligheter. Förbättrade samordnade individuella planer (SIP), fasta vårdkontakter och bättre kommunikation mellan aktörer är centrala förslag.

#### ***Tydlig ansvarsfördelning – gemensamma verksamhetssystem – vårdkedjor***

Kommunens perspektiv understryker att samordningen mellan kommun och Region måste vara tydligt uttalad, med klargjort huvudansvar och ansvarsfördelning i vårdprocessen. Kommunen betonar sin aktiva medverkan och involvering även under tvångsvård, medan Regionen ansvarar för uppföljande behandling efter avslutad tvångsvård. Gemensamma verksamhetssystem och tekniska lösningar för informationsdelning, såsom exempelvis Cosmic Link, är viktiga verktyg för att underlätta samverkan. Samordnade individuella planer (SIP) och andra överenskommelser bör samordnas och gemensamma rutiner och arbetssätt för samverkan mellan kommun och Region utvecklas. Kommunen framhåller vikten av en tidig och kontinuerlig dialog samt planering mellan aktörerna, liksom systematiska och säkra rutiner för överlämning. En ökad samverkan bort från stuprörstänk, med individens bästa i fokus, efterfrågas liksom en nära och kontinuerlig dialog för att säkerställa fungerande vårdkedjor.

#### ***Gemensam ambition att skapa integrerad vård och stödinsatser utifrån individen***

Sammanfattningsvis delar Region och kommun en gemensam ambition om att stärka och förtydliga samordning och samarbete för att skapa integrerade vård- och stödinsatser utifrån individens behov, med tydliga ansvarsfördelningar och effektiva kommunikationsvägar mellan alla berörda parter.

---

*Workshopen med Ledning och Styrning visar att det finns ett starkt engagemang och en gemensam vilja att utveckla vården och stödet för personer med samsjuklighet i länet. Både regionen och kommunerna pekar på vikten av att tydliggöra ansvar, samordna processer och säkerställa kontinuitet i insatser. För att lyckas krävs politisk förankring, gemensam målbild, rätt kompetens och uthållig finansiering. Nästa steg är att omvandla förslagen till konkreta beslut och åtgärder – i samverkan, med individens behov som utgångspunkt och med långsiktig hållbarhet som mål.*

---

## **9.2. Workshops med kommunerna i Jämtland Härjedalen**

I arbetet med att skapa en mer likvärdig, samordnad och behovsanpassad välfärd i länet är det avgörande att identifiera strukturer och arbetssätt som stärker kvaliteten och tillgängligheten inom socialtjänst, vård och omsorg. I de framträdande förslagen från denna workshop den 11 september har flera centrala utvecklingsområden lyfts fram – områden där ett länsgemensamt arbete kan leda till tydliga förbättringar för såväl invånare som verksamheter. Denna workshop fokuserade på reformens del 4 och del 8. Det framkommer konkreta utvecklingsförslag för bland annat systematisk kartläggning, uppsökande arbete, kommunikation, förebyggande insatser, sociala stödformer, anhängigtöd och ökat brukarinflytande. Fokus ligger på att skapa hållbara lösningar där individens behov, delaktighet och rätt till stöd står i centrum – oavsett var i länet man bor.

### **9.2.1. Kommunernas mest framträdande förslag**

#### ***Systematisk och strukturerad kartläggning i länets kommuner***

För att säkerställa en systematisk och strukturerad kartläggning av behov hos samtliga åldersgrupper inom socialtjänst, vård och omsorg samt äldreomsorg, bör kommunerna i länet utveckla ett gemensamt verksamhetssystem som samlar relevanta uppgifter för alla målgrupper. Användningen av standardiserade kartläggningsinstrument som ASI och BBIC ska införas brett, tillsammans med gemensamt material och enhetliga frågor över hela länet och i alla berörda professioner. En ökad samverkan mellan socialtjänst, vård, äldreomsorg samt andra myndigheter och utförare är avgörande, liksom tydliga riktlinjer för kartläggning, uppföljning och länsövergripande överenskommelser. Brukarundersökningar och dialog med brukarorganisationer ska användas för att fånga olika behov, medan digitala plattformar underlättar inrapportering och informationsdelning. Tvärprofessionella team och regelbunden uppföljning stärker insatsernas kvalitet och relevans.

### ***Utveckling av uppsökande arbete för alla målgrupper***

För att nå samtliga målgrupper krävs avsatta resurser och tid för förebyggande och uppsökande arbete, samt tydliga riktlinjer som prioriterar detta inom verksamheterna. Samverkan ska utökas både internt mellan kommunerna, Regionen och myndigheter och externt med civilsamhället och föreningsliv. Öppna mottagningar och mötesplatser utan krav på tidsbokning, samt närvaro av myndighetspersoner ute i samhället, är viktiga strategier. Insatser bör erbjudas på flera arenor och via mobila lösningar för att nå grupper som inte själva söker hjälp. Digitala mötesplatser och enkla kontaktvägar måste utvecklas, och arbetet bör anpassas efter målgruppernas önskemål och behov. Trygga, inkluderande miljöer och förebyggande samverkan mot sociala problem, exempelvis vräkningsrisk, är centralt.

### ***Förbättrade informationskanaler och kommunikation***

Kommunerna behöver satsa på digitala lösningar, inklusive AI-stöd på hemsidor, och utveckla gemensamma portaler för länet som samlar information från olika aktörer. En bred digital närvaro på sociala medier och andra forum samt kanaler drivna av olika verksamheter stärker räckvidden. Informationsinsatser ska anpassas till målgruppernas olika behov och kombineras med fysisk information via exempelvis informationsblad och offentliga platser. Samverkan med civilsamhället och privata aktörer ska stärkas för att nå fler invånare, samtidigt som kommunens personal utbildas till ambassadörer för stöd och information. Kartläggning av vart målgrupperna finns och vilka kanaler som är mest effektiva behöver förbättras.

### ***Förebyggande insatser mot skadligt bruk och beroende***

Förebyggande arbete bör fokusera på att skapa lättillgängliga, kravlösa och inkluderande mötesplatser för alla åldrar för att motverka ensamhet och utanförskap. Meningsfull sysselsättning och tidiga, lätt tillgängliga stödinsatser är centrala, liksom bred informationsspridning om stöd och riskbruk. Samverkan med civilsamhället breddar stödet och möjliggör tidig upptäckt. Låga trösklar till stöd och tillåtande miljöer är viktiga för att nå personer med pågående beroende. Insatser ska vara långsiktiga och fokusera särskilt på tidiga insatser för unga.

### ***Sociala stödinsatser med fokus på självständighet***

Insatser inom försörjning, boende, sysselsättning samt trygghet och sociala sammanhang ska inriktas på att stärka individens resurser och funktionsförmåga. Det innebär fler lågtröskelverksamheter, förbättrad samverkan mellan kommun, myndigheter och privata aktörer, samt satsningar på kompetens och kontinuerligt stöd. Modeller som "Bostad först" och ökat boendestöd utan krav på nykterhet ska prioriteras. Inom sysselsättning är individanpassat stöd, fler enkla arbetsuppgifter och samarbete med företag viktiga. Trygga och inkluderande mötesplatser, samarbete med civilsamhället samt tillgång till stödpersoner och praktiska kurser stärker sociala sammanhang och förebygger isolering.

### ***Likvärdigt anhörigstöd i hela länet***

Kommunerna behöver anställa specialiserad personal för anhörigstöd och utveckla samverkan mellan kommun, primärvård och civilsamhälle. Flexibla stödinsatser i hemmet samt digitala lösningar anpassade efter olika målgrupper är viktiga. Kompetensutveckling kring beroende och våld i nära relationer behövs, liksom bättre information till anhöriga om myndighetsprocesser. Samarbete över kommungränserna säkerställer ett likvärdigt utbud i hela länet.

### ***Ökat brukarinflytande för minskad stigmatisering och ökad delaktighet***

För att minska stigmatisering och stärka brukarens delaktighet behöver kommunerna säkerställa en genuin brukarmedverkan i verksamhetsutvecklingen. Detta kan ske genom att involvera brukare i utformning av enkäter och beslutande råd, samt genom att använda metoden tjänstedesign för att bättre förstå deras behov och perspektiv. Strukturerade system för uppföljning och utvärdering, som återkommande brukarenkäter och enkla digitala kanaler för synpunkter, är andra viktiga verktyg. Verksamheterna bör aktivt möta brukarna där de befinner sig, exempelvis utanför ordinarie lokaler, för att öka tillgängligheten. Samarbete med befintliga brukargrupper och stöd till deras organisationer stärker detta arbete ytterligare. En kulturförändring inom professionen, som ökar lyhördheten och ger brukarna möjlighet att bli hörda utan att förändra bedömningar, är avgörande. Rutiner för att använda personliga ombud och andra metoder för att synliggöra och åtgärda systemfel ska också implementeras för att förbättra brukarinflytandet och verksamhetens kvalitet.

---

*I denna workshop med kommunerna så visas en tydlig samsyn i länet kring vikten av ett långsiktigt och strukturerat utvecklingsarbete. För att nå dit krävs gemensamma prioriteringar, politiskt stöd och organisatoriskt mod att utmana invanda arbetssätt. Flera av förslagen i denna workshop förutsätter tvärspektoriell samverkan, gemensam kunskapsutveckling och ett ökat fokus på brukarens perspektiv.*

---

## **9.3. Workshops med Regionen och länets kommuner**

För att kunna erbjuda stöd som verkligen gör skillnad behöver våra insatser vara *samordnade, behovsprövade och personcentrerade*. Under den genomförda workshopen den 18 september samlades representanter från olika verksamheter från de två huvudmännen för att tillsammans utforska hur vi bättre kan arbeta med individens bästa i fokus – oavsett organisatoriska gränser.

I detta stycke presenteras de mest framträdande insikterna och förslagen från workshopen, med utgångspunkt från tre övergripande teman: *Samordnat, Behovsprövat och Personcentrerat*. Syftet är att fungera som ett gemensamt

kunskapsunderlag och inspiration i det fortsatta arbetet mot en mer sammanhållen och individanpassad stödstruktur.

### **9.3.1. Båda huvudmännens mest framträdande förslag**

#### ***Samordnat, behovsprövat och personcentrerat.***

Workshopdeltagarna uttryckte ett starkt behov av att samverkan mellan kommunerna och Regionen behöver fördjupas och utvecklas – med individens bästa som utgångspunkt. Dagens arbete präglas fortfarande i stor utsträckning av stuprörstänk, där verksamheter agerar utifrån egna uppdrag och förutsättningar snarare än i samklang med andra aktörer. Det finns ofta en förväntan på att "någon annan ansvarar", vilket gör att ansvar förflyttas i stället för att delas. Samtidigt råder det ofta oklarhet kring var gränserna går mellan olika professioners och huvudmäns uppdrag. Rutiner, strukturer och sekretesshantering upplevs ofta som hinder snarare än möjligheter till samverkan.

Trots dessa strukturella utmaningar uttrycks en stark vilja till förbättring – där människosyn, delaktighet och individens behov lyfts som gemensamma ledstjärnor. Många lyfter vikten av att samverkan inte ska bygga på tillfälliga projekt eller personberoende lösningar, utan behöver ges stabilitet, mandat och långsiktighet.

#### ***Samordnat.***

En central del i det ideala arbetssättet som beskrivs är att samordningen ska utgå från individens behov, inte från organisationernas logik. I det önskade läget får individen tillgång till stöd från olika aktörer på en gemensam plats, där ett samlat team av professioner arbetar nära individen – med en tydlig samordnare eller kontaktperson som ansvarar för helheten. Det ska vara lätt att få hjälp, kontaktvägarna ska vara korta och individen ska inte behöva upprepa sin historia gång på gång.

För att nå detta läge lyfter workshopdeltagarna flera första steg: Tydligare mandat från ledning, gemensamma mötesplatser för professioner och brukare, gemensam utbildning och enhetliga rutiner för samtycke, ansvar och dokumentation.

Samordnare med rätt kompetens och beslutsmandat ses som nyckelpersoner. Det betonas också att samverkan måste ges resurser och ett politiskt uppdrag – annars blir den inte hållbar över tid.

När huvudmän eller professioner har motstridiga prioriteringar krävs ökad prestigelöshet, dialog och gemensamma kartläggningar för att nå samsyn. Fokus måste hela tiden ligga på individens bästa och på att bygga strukturer som minskar risken för att individer faller mellan stolarna.

#### ***Behovsprövat***

Det framkommer tydligt att insatser idag ofta styrs av tillgång till platser, ekonomi eller personal, snarare än av individens behov. För att vända detta krävs flexibla, anpassningsbara insatser som snabbt kan ändras när personens situation förändras. Deltagarna föreslår bland annat koordinerade team, bättre kontaktvägar mellan huvudmän och att samordningsroller ges ökad tydlighet och handlingsutrymme.

Det efterfrågas också tydligare uppdelning mellan bedömning av behov och budgetansvar, så att beslut kan fattas utifrån vad som är bäst för individen – inte vad som är mest kostnadseffektivt i stunden. Det behövs långsiktiga insatser och kontinuitet, liksom ökad användning av digitala lösningar, mobila team och gemensam dokumentation.

För att säkerställa att insatser verkligen möter behov krävs tät uppföljning tillsammans med individen, med tydliga mål och möjlighet till revidering. Regelbundna avstämningar och kombinationer av uppföljningsmetoder (samtal, enkäter, observationer) föreslås för att ta reda på hur stödet fungerar i praktiken. Individen och dess nätverk behöver ges utrymme att bidra med perspektiv under hela processen.

### ***Personcentrerat***

Att arbeta personcentrerat innebär att individen inte bara inkluderas – utan också får leda sin egen process. Workshopdeltagarna menar att det kräver både organisatoriska förändringar och en kulturförändring. Det behövs lättare kontaktvägar, större inflytande över möten och val av insatser samt möjlighet att påverka både mål och metoder. Samordnare, coacher och stödpersoner nära individen lyfts fram som avgörande funktioner för att detta ska fungera.

Delaktighet i beslut måste ses som en faktisk metod – inte bara som en del av värdegrunden. Det innebär att individen ska formulera sina egna mål, delta aktivt i planering och få möjlighet att påverka val av insatser. Tydliga rutiner, verktyg som stödjer delaktighet och ett bemötande som bekräftar individens rätt till inflytande är viktiga delar i detta arbete.

Tillit är ett återkommande tema, särskilt viktigt för personer med erfarenhet av tidigare brister i bemötande. Kontinuitet i personal, att stå kvar, hålla löften, vara tydlig och lyssnande – allt detta skapar trygghet och bygger tillit över tid. Metoder som MI och att arbeta lågaffektivt betonas, liksom vikten av att individens tidigare erfarenheter tas på allvar och att bemötandet är respektfullt och icke-dömande.

Slutligen behöver närstående och nätverk kunna inkluderas på individens villkor – med tydligt samtycke, flexibilitet och stöd även till nätverket när det behövs. Att arbeta systemteoretiskt och använda anhörigstöd i planeringen lyfts som ett sätt att stärka både individen och dess omgivning.

---

*Sammantaget visar diskussionerna från denna workshop med region och kommuner en tydlig gemensam vilja att röra sig mot ett mer samordnat, behovsprövat och personcentrerat arbetssätt – där fokus ligger på människan, inte organisationen. För att nå dit krävs både konkreta strukturella förändringar, långsiktiga mandat och en värdegrund som genomsyrar hela systemet. Det handlar inte bara om att förändra rutiner, utan om att skapa en gemensam kultur där individens rättigheter, erfarenheter och resurser är vägledande i varje möte.*

---

## **9.4. Workshops på Beroendedagen kring vårdkedjor, samordnade insatser och delaktighet**

Att skapa fungerande vårdkedjor och samordnade insatser är avgörande för att möta individens behov och säkerställa en trygg och effektiv vård. För att uppnå detta krävs ett nära samarbete och en god samordning av insatser mellan kommun och Region samt en tydlig struktur där alla aktörer har klara roller och ansvar. Samtidigt är individens delaktighet och inflytande i sin egen vård en central förutsättning för goda resultat och ökad trygghet. Nedan lyfts de prioriterade förslagen som kom upp på workshopen under Beroendedagen den 9 oktober. Utifrån de tre grupperingarna vårdkedjor, samordnade insatser och delaktighet.

### **9.4.1. Beroendedagens prioriterade förslag**

#### ***Vårdkedjor***

För att skapa effektiva vårdkedjor lyfter majoriteten av deltagarna fram behovet av gemensamma och samordnade system mellan kommun och Region, där 67 % vill se integrerade kontaktvägar och möjlighet att dela journaler samt använda samma verksamhetssystem. Nästan två av tre (60 %) efterfrågar samlokalisering av personal från olika huvudmän för att underlätta samverkan och informationsutbyte genom att arbeta tillsammans på samma plats vid återkommande tillfällen. Över hälften (56 %) betonar vikten av att stärka förståelsen för varandras roller och uppdrag via gemensamma utbildningar och tvärprofessionella möten, medan 51 % vill ge individen en tydlig lots eller samordnare som följer och stödjer genom hela vårdkedjan. Mobila team eller psykiatriska uttryckningsteam prioriteras av 43 %, särskilt för att nå individer som har svårt att ta sig till central vård.

Prioritering och förenkling av användningen av Samordnad Individuell Plan (SIP) med tidig och kontinuerlig delaktighet efterfrågas av 37 %, och 33 % vill förenkla och standardisera hantering av samtycken för att möjliggöra bättre informationsutbyte och samverkan. Tydliga och enkla kontaktvägar, oberoende av personbundenhet, önskas av 28 % för snabbare och mer direkt kommunikation.

Ett ökat resurs- och bemanningsstöd inom primär- och specialistvård, särskilt i ytterområdena, inklusive fler vårdsamordnare och bättre lokaler, efterfrågas av 24 %. Slutligen vill 21 % se ökad tillgång till utbildning och kompetensutveckling för personal inom både kommun och Region, med fokus på psykisk ohälsa.



### Samordnade insatser

För att skapa samordnade insatser efterfrågar en överväldigande majoritet av respondenterna att samlokalisering av olika professioner, huvudmän och verksamheter, där 90 % vill se gemensamma lokaler eller regelbundna besök på hälsocentraler. Nästan lika många (86 %) prioriterar dagliga, öppna verksamheter med låga trösklar, såsom drop-in och mötesplatser, för att underlätta tillgänglighet.

Åtta av tio (80 %) vill ha fler SIP-samordnare och enklare, mer frekventa SIP-möten för personer med samsjuklighet, medan 66 % ser behovet av en koordinator eller lots som följer individen genom hela processen och samordnar insatserna. Mobila team från specialistpsykiatrin och andra verksamheter för att nå personer i glesbygd efterfrågas av 44 %.

En tredjedel (33 %) vill se fler rehab-koordinatorer och funktioner liknande IPS (Individual Placement and Support), inklusive pilotprojekt inom området. Psykiatriambulans och mobila psykiatriinsatser prioriteras av 27 %. Yngre målgrupps behov uppmärksammas av 21 % som vill bevara och utveckla samlingspunkter som "Unga i Huset" för meningsfull vardag och social samhörighet.

Bara en mindre andel efterfrågar större inflytande för patienter och brukare genom forum och brukarmedverkan (14 %) samt utveckling av digitala möjligheter och forum för samverkan över verksamhetsgränserna (13 %).





## Delaktighet

För att öka individens delaktighet i sin vård är tillgången till ett personligt ombud, lots eller samordnare som följer individen över tid och genom hela vårdkedjan helt avgörande, vilket 100 % efterfrågar. Nästan 85 % vill utveckla och använda SIP (Samordnad Individuell Plan) för att involvera individen före, under och efter planeringsmöten, med möjlighet till gemensam förberedelse och uppföljning.

61 % betonar behovet av ökad kunskap och utbildning i bemötande för all personal för att främja delaktighet och individuellt stöd, medan 60 % vill säkerställa att individen får tydlig, lättillgänglig och individanpassad information om sina valmöjligheter, insatser och rättigheter.

Ytterligare åtgärder som efterfrågas är kontinuitet och långvariga relationer genom tätare kontakt och uppföljning (34 %), stärkt rätt att involvera stödpersoner och nätverk även på gruppnivå (31 %) samt ett tydligt fokus på individens delaktighet i hela vårdplaneringen (30 %).

Digitala verktyg och strukturer som möjliggör egna val och självständig hantering av planer förespråkas av 25 %, medan 23 % vill ha fler flexibla val av insatser och att individens behov och önskemål alltid ska ligga till grund för planering och uppföljning.



### 9.4.2. Sammanfattning av Beroendedagens förslag.

#### ***Gemensamma verksamhetssystem och gemensamma arbetsytor***

Gemensamma och samordnade system mellan kommun och Region möjliggör informationsdelning och effektivt samarbete. Regelbundna möten på gemensamma platser stärker samverkan.

#### ***Möten över professionsgränserna, samordnare/lotsar och mobila team***

Utbildningar och möten mellan olika professioner ökar förståelsen, medan samordnare och mobila team ger stöd genom hela vårdkedjan.

#### ***Förenkla SIP – informationskanaler – vårdsamordnare – lämpliga lokaler***

SIP behöver förenklas och samtyckesrutiner tydliggöras. Gemensamma kontaktvägar, fler samordnare och ändamålsenliga lokaler kan behövas.

#### ***Samla professioner på samma plats – låga trösklar och stöd av samordnare***

Att samla olika professioner och erbjuda låga trösklar, drop-in och mobila team gör vården mer tillgänglig och samordnad.

#### ***Personlig samordnare/lots över tid och individen aktivt delaktig i SIP***

En personlig samordnare ger kontinuitet och trygghet. SIP ska stärka individens delaktighet med tydlig information och stöd från nätverk.

---

*I denna workshop på beroendedagen, så pekar många på behovet av tydliga samordningsfunktioner, gemensamma arbetssätt och större möjlighet för individen att vara med och påverka sin vård. Detta kräver både samarbete över organisationsgränser och långsiktiga satsningar för att förbättra stödet till personer med psykisk ohälsa och beroende.*

---

## 10. För överenskommelsen aktuella insatser för barn 0-18 år samt föräldrastöd

Alla barn har rätt att växa, lära och utvecklas. En del barn behöver extra stöd, anpassningar och insatser för att denna process ska fungera. Att tidigt hjälpa och stödja barn och unga som är i behov av särskilt stöd är viktigt såväl för barnen och familjen som för samhället.

För många av dessa barn krävs insatser från flera olika samhällsfunktioner, inom såväl kommunernas som hälso- och sjukvårdens olika verksamheter. Alla som arbetar med barn och unga har en skyldighet att samverka i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. För att samverkan ska bli effektiv måste den byggas upp med det enskilda barnets behov i centrum, utifrån barnets totala situation.

Jämtlands län är ett län av kontraster mellan stad och glesbygd och avstånden är långa. Förutsättningarna är olikartade såväl inom länets kommuner som mellan kommunerna. Hälsocentraler finns i alla kommuner medan hälso- och sjukvårdens specialistverksamheter i huvudsak är koncentrerade till Östersund. Att förutsättningarna är skiftande i länet innebär utmaningar för de olika verksamheterna, men det får aldrig utgöra hinder för det enskilda barnet att få det stöd det har rätt till, eller för parternas samverkan kring barnet.

## 10.1. JämtBus

JämtBus är en överenskommelse avseende barn och unga i behov av särskilt stöd. Den är framtagen för samverkan inom området barn- och unga och ger vägledning för hur en sådan samverkan ska utformas.

Överenskommelsen omfattar all hälso- och sjukvård samt kommunal verksamhet som på något sätt arbetar med barn och unga och där huvudmannaskapet utgår från ett offentligt uppdrag enligt lagstiftningen. Detta innebär att även enskilda verksamheter oavsett huvudman omfattas av riktlinjerna i samverkansdokumentet såsom t.ex. fristående skolor, enskilda förskolor och upphandlade verksamheter.

### *JämtBus målgrupp*

De som berörs av överenskommelsen är barn och ungdomar, 0 – 20 år, i Jämtlands län som behöver tvärprofessionell kompetens från olika verksamheter. Inom målgruppen finns stor spridning vad gäller problemtyngd och därmed också när det gäller behov av insatser. Överenskommelsen utgår från ett jämställdhetsperspektiv. Varje barn eller ungdom ska erhålla stöd och behandling utifrån sitt specifika behov, oavsett könstillhörighet.

Riskgrupper för varje verksamhet att särskilt uppmärksamma:

- Barn och unga med problematik inom det medicinska -, psykologiska -, psykiatriska -, sociala - och beroendområdet - var för sig eller i olika kombinationer samt barn och unga med funktionsnedsättning.
- Barn och unga med vårdnadshavare som har problematik inom ovanstående områden.
- Barn och unga placerade utanför hemmet
- Barn och unga med flyktningbakgrund

Den grundläggande utgångspunkten för insatser till barn/unga som är i behov av särskilt stöd är att de i första hand ska få behoven tillgodosedda genom insatser i vardagsmiljön d v s hem, skola/förskola och fritid.

Vid behov av samverkan är det den som upptäcker behov eller riskfaktorer hos ett barn som har ett ansvar att initiera en tidig samverkan. Det är viktigt att samverkan utvecklas, fördjupas och ingår som en naturlig del i arbetet.

För att säkerställa en långsiktigt hållbar samverkan kring barn och unga samarbetar Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner genom Barnarenan. Arenan

ansvarar för JämtBus-överenskommelsen och samordnar övergripande regionala samverkansfrågor. Det regionala JämtBus-nätverket, med representanter från både Regionen och kommunerna, har till uppgift att stödja implementeringen och uppföljningen av överenskommelsen. På lokal nivå uppmanas kommunerna att etablera egna JämtBus-nätverk och utarbeta lokala planer utifrån det regionala JämtBus-dokumentet för att säkerställa en strukturerad och ändamålsenlig samverkan.<sup>32</sup>

## 10.2. Länsöverenskommelse placerade barn och unga

Överenskommelsen tydliggör samarbetet mellan socialtjänst, förskola, skola (inklusive elevhälsa), hälso- och sjukvård samt tandvård vid placering av barn och unga i familjehem, stödboende eller HVB. Syftet är att skapa en gemensam struktur för samverkan och ansvar och samordning mellan kommun och Region, så att varje placerat barn får det stöd och den vård som krävs utifrån barnets bästa.

Placering i samhällsvård innebär ofta stora förändringar, såsom byte av förskola, skola eller kommun. För att säkerställa en trygg och sammanhållen vård- och skolgång krävs ett nära och rättssäkert samarbete mellan alla berörda verksamheter. Barnets behov av stöd, vård och behandling ska tidigt identifieras och tillgodoses genom samordnade insatser, så att inga barn eller unga faller mellan stolarna. Barnet, den unge och i förekommande fall vårdnadshavare ska ges möjlighet att påverka stöd- och vårdinsatserna.

Barn och unga i samhällsvård har samma rätt till tandvård, hälso- och sjukvård, skolgång och stöd i vardagen som andra barn.

Överenskommelsen gäller för barn och unga 0–20 år vid placeringar i och utanför Jämtlands län, oavsett om barnet byter förskola eller skola, och vid placeringar enligt både SoL och LVU. Särskild uppmärksamhet ska ges till barn och unga med sammansatta sociala, psykiatriska eller neuropsykiatriska behov.

Överenskommelsen utgår från ett jämställdhetsperspektiv, där alla barn – oavsett kön eller könsidentitet – ska ges likvärdiga förutsättningar att växa upp under goda förhållanden. Särskild hänsyn ska tas till samiska barn och unga i länet.

Överenskommelsen innebär, som tidigare har nämnts, att respektive part förbinder sig att fullfölja det ansvar som åligger dem i enlighet med gällande lagstiftning. Samverkan mellan parterna är av yttersta vikt för att placerade barn och unga ska få rätt förutsättningar att växa upp under goda förhållanden. Vid diskussion om kostnadsfördelning, utgår huvudmännen från den skrivelse som återfinns i JÄMTBUS<sup>33</sup> Det finns även en länsövergripande riktlinje som ett komplement till denna överenskommelse som beskriver ett bestämt tillvägagångssätt (rutin) för att

<sup>32</sup> Jämtbus ”Barn och unga i behov av särskilt stöd Överenskommelse om länsövergripande samverkan Jämtlands län <https://vardgivarwebb.regionjh.se/rest-api/centuri/document/b5e17977-b11e-4fe1-8f6f-81144693dc15/82994>

<sup>33</sup> LÄNSÖVERGRIPANDE ÖVERENSKOMMELSE OM SAMARBETE VID PLACERING I BOENDE UTANFÖR DET EGNA HEMMET <https://vardgivarwebb.regionjh.se/rest-api/centuri/document/b5e17977-b11e-4fe1-8f6f-81144693dc15/82995>

säkerställa att samverkan sker inför, i samband med samt under placering av barn och unga enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). De parter som har skrivit under ovan nämnda överenskommelse förbinder sig, så långt det är möjligt, att följa denna riktlinje i syfte att få tillstånd en fungerande samverkan.<sup>34</sup>

### 10.3. Mini-Maria Jämtland Härjedalen

Mini-Maria är ett samlingsnamn för mottagningar som riktar sig till unga personer med problem relaterade till skadligt bruk och beroende av till exempel alkohol, droger eller spel. Modellen är inspirerad av Maria Ungdom som startade i Stockholm redan 1966. Verksamheter finns nu på många orter i landet och grundades för att erbjuda integrerat och tvärprofessionellt stöd, enligt en integrerad och tvärprofessionell strategi. Verksamheterna är snarlika men med en del variationer gällande ex åldersindelning och organisation.

Mini-Maria Jämtland Härjedalen är en länsövergripande verksamhet och målgruppen är ungdomar upp till 21 år som är i behov av stöd på olika nivåer gällande skadligt bruk och beroende (tidigare benämnt riskbruk, missbruk, beroende) av alkohol, narkotika, andra droger eller spel om pengar eller är i riskzonen och som har en begynnande psykisk ohälsa till och med primärvårdsnivå, samt ungdomarnas närstående.

Det övergripande målet med Mini-Maria Jämtland Härjedalen är att motverka skadligt bruk och beroende av alkohol-, droger- och spel. En utgångspunkt för Mini-Maria ska således vara att nå unga människor i ett tidigt skede för att förhindra att de utvecklar ett beroende och en allvarlig psykisk ohälsa. Målet är även att arbeta hälsofrämjande och förebyggande utifrån en tvärprofessionell ansats. Det hälsofrämjande arbetet handlar om att ha låga trösklar in och att möta ungdomarna i ett så tidigt skede som möjligt för att förhindra/förebygga mer allvarlig problematik. Ansvaret ligger på båda huvudmännen i olika delar och kan bestå av t ex hälsobedömning, medicinsk hälsokontroll, livsstilsinriktad rådgivning, stödsamtal individuellt eller i grupp och beteendevetenskapligt förändringsarbete på individnivå eller för mindre grupper.

Mini-Marias insatser erbjuds både på service och som ett bistånd efter ett biståndsbeslut från hemkommunen.

Mini-Maria ska vara en lättillgänglig mottagning med tydliga kontaktvägar som är anpassade till målgruppen. Arbetet utgår från en huvudmottagning i centrala Östersund med öppettider varje vardag. Idag finns det även närmottagningar i två kommuner, Järpen och Hammarstrand, då det är där behoven finns. På sikt kommer det att utökas till fler mottagningar om behov uppstår. Ungdomarna eller familjerna ska själva kunna välja vilken mottagning de vill besöka, oavsett kommuntillhörighet. För att säkerställa att det blir en lågtröskelverksamhet med

---

<sup>34</sup> Länsövergripande riktlinje för samarbete vid placering i familjehem eller hem för vård eller boende (HVB), <https://vardgivarwebb.regionjh.se/rest-api/centuri/document/54fcd6ce-d3ec-4250-bcb0-24394fe4bed1/86528>

hög tillgänglighet över länet, kompletteras personliga möten med tillgänglighet via digitala lösningar som är anpassade efter målgruppens behov.

På Mini-Maria arbetar socionom, socialpedagog, sjuksköterska, läkare och psykolog. Verksamheten leds tillsammans av två enhetschefer, en från respektive huvudman.<sup>35</sup>

#### *Styrning och ledning*

Det finns en *Styrgrupp* som utgör verksamhetens ledning och ansvarar för helheten. Styrgruppen består av IFO-chefer och verksamhetsansvariga representanter från Region Jämtland Härjedalen och samtliga samverkanskommuner. Styrgruppen beslutar i verksamhetsnära frågor såsom prioriteringar inom angiven budget, rutiner, årlig verksamhetsplan etcetera.

Det finns en *Politisk ledningsgrupp* Sociala vård- och omsorgsgruppen, (SVOM). SVOM har mandat att ge rekommendationsbeslut till kommunerna och Region Jämtland Härjedalen.

Det finns slutligen en *Operativ referensgrupp* som är utsedd av styrgruppen. Arbetsgruppen består av verksamhetsnära chefer från Region Jämtland Härjedalen och samtliga kommuner.

## **10.4. BarnSäkert**

BarnSäkert grundar sig på den amerikanska modellen Safe Environment for Every Kid (SEEK). Modellen går ut på att tidigt identifiera barn som lever i en hemmiljö där det finns psykosociala problem och vid behov erbjuda hjälp och stöd för att förbättra familjens och barnets förutsättningar. SEEK-modellen har anpassats för att användas inom den svenska barnhälsovården och kallas här i Sverige för BarnSäkert. I Jämtland Härjedalen är BarnSäkert ett samarbete mellan Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner och en del i ett förebyggande arbete för barn och föräldrar. Efter pilotstudie under 2023 införs nu metoden BarnSäkert på bred front bland länets barnavårdscentraler.

Syftet med BarnSäkert är att erbjuda en allsidig och tvärprofessionell metod för att identifiera psykosociala riskfaktorer i små barns uppväxtmiljö och erbjuda hjälp. Barn som lever i familjer där det förekommer ekonomisk utsatthet, psykisk ohälsa, extrem stress hos föräldrarna, skadligt bruk och beroende (missbruk) eller våld löper större risk för att själva utsättas för våld och försummelse och för sämre fysisk och psykisk hälsa. Med anledning av det, är det viktigt att identifiera hjälpbehovet tidigt och erbjuda stöd och hjälp.

BarnSäkert erbjuder barnhälsovården ett strukturerat verktyg för att uppmärksamma psykosociala riskfaktorer i barnets uppväxtmiljö och förmedla effektiva stödinsatser från en palett av olika resurser i samhället. I modellen ingår ett strukturerat samarbete med förebyggande socialtjänst. Målet är att stärka familjer, stödja föräldrar, och främja barnets hälsa, utveckling och säkerhet och att

---

<sup>35</sup><https://www.minimariajh.se/> och <https://www.minimariajh.se/>

minska risken att barn far illa. Vid behov erbjuds familjen gemensamt hembesök med förebyggande socialtjänst. Arbetet sker med ett tydligt barnperspektiv och med ett fokus på att främja barns hälsa.<sup>36</sup>

I de fall man identifierar behov av stöd, kan sjuksköterskan på BVC erbjuda föräldern hjälpanse insatser. De familjer som vill kan få hembesök av sjuksköterskan tillsammans med en familjebehandlare från kommunen.

BarnSäkert har lett till ett tätare samarbete mellan barnhälsovården (BHV) i Region Jämtland Härjedalen och socialtjänstens förebyggande verksamhet i Östersunds respektive Krokoms kommun. Utöver gemensam utbildning, hembesök och kontaktlistor håller man också regelbundna, professionella träffar.<sup>37</sup>

## 11. Utdrag från GAP-analysen

Förändringsförslagen i GAP-analysen utgår från samsjuklighetsutredningens tio bärande delar och patienter och brukares målbild. Där kommer redovisas förslag på vad respektive huvudman behöver göra var för sig och gemensamt för att länet ska närma sig reformens målsättning. GAP-analysen finns i sin helhet som bilaga (se bilaga 2) men för att underlätta för läsaren ges en kortare resumé under varje delområde och har kompletterats med statistik under del sju och tio.

### 11.1. Del 1

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

Med behandling avses åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd. Behandlingsinsatser är delat idag mellan de två huvudmännen, kommunen och Region. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende, oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder.

---

<sup>36</sup> Stiftelsen Allmänna Barnhuset, <https://allmannabarnhuset.se/barnsakert/>

<sup>37</sup> Webbplatsen Region Jämtland Härjedalen, <https://gamla.regionjh.se/nyheter/halsasjukvard/halsasjukvard/barnsakertnyttssamarbetemellanregionochkommun/skaforhindraattbarnfarilla.5.56d10f5918eced3c1d65c7.html>

## Förslag till utvecklingsområden del 1

- Behov av övergripande struktur beslutad på huvudmannanivå som säkerställer arbetet.
- Arbeta för att primärvården blir navet.
- Rutiner som beskriver övergången mellan heldygnsvård och öppenvård.
- Stegvis vård – Vad är primärvårdsnivå?
- Kompetensutveckling inom primärvården gällande beroendefrågor.
- Kompetensutveckling inom primärvård och specialistsjukvård gällande psykosociala behandlingsmetoder.
- Se över kompetensförsörjningen.
- Ökad screening i primärvården för att bidra till tidig upptäckt.
- Samordning inom och mellan regionens verksamheter.
- Strukturerad samverkan mellan kommunernas öppenvård och primärvården.
- Kompetensutveckling gällande samsjuklighet för äldre över 65 år.
- Utveckla arbetssätt i samverkan för tidig upptäckt av personer med skadligt bruk och beroende samt psykisk ohälsa.
- Önskemål om att implementera befintliga metoder och rutiner för att agera för att minska förskrivning av opiater i länet, genomföra arbetet med medicinuppföljning och inrätta en stödfunktion centralt för att genomföra arbetet.

## 11.2. Del 2

Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende, oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder.

I både den nationella patient -och brukarundersökningen och den som gjorts i länet framkommer det att personer med samsjuklighet beskriver att de upplever att de skickas runt, hänvisas till, och avvisas från olika verksamheter. Den målbild som finns understryker vikten av att vårdkedjan hålls samman.

## Önskade utvecklingsområden del 2

- Behov av en övergripande struktur beslutad på huvudmannanivå som säkerställer arbetet
- Rutiner som beskriver övergången mellan heldygnsvård och öppenvård
- Kompetensutveckling inom primärvården gällande beroendefrågor
- Kompetensutveckling inom primärvård och specialistsjukvård gällande psykosociala behandlingsmetoder
- Kompetensförsörjningen
- Samordning inom och mellan regionens verksamheter
- SIP – fortsätta det pågående utvecklingsarbetet och förenkla användandet
- Uppdatera Länsöverenskommelsen Riskbruk/Missbruk/Beroende



### 11.3. Del 3

Med anledning av att sprututbytesverksamheterna når personer som har ett skadligt bruk eller beroende av narkotika på ett bättre sätt än övrig hälso- och sjukvård föreslår utredningen att sprututbytesverksamheter måste erbjudas av alla regioner och att de utvecklas till lågtröskelverksamheter som främjar psykisk och fysisk hälsa.

Utvecklingen till lågtröskelverksamheter är något som verksamheterna själva i hög grad redan påbörjat och därför är förutsättningarna goda för att det ska kunna utvecklas ytterligare.

#### Önskade utvecklingsområden del 3

- Tillgänglighet – geografiskt och tidsmässigt
- Skapa fler lågtröskelverksamheter/filialer ute i länet
- Kompetensförsörjning för att kunna ta emot den utökade målgruppen
- Kompetensutveckling inom primärvården i beroendefrågor och samsjuklighet

### 11.4. Del 4

Socialtjänstens uppdrag när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende ska enligt utredningens förslag kvarstå och förtydligas på fyra huvudsakliga områden; främja ekonomisk och social trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktivt deltagande i samhällslivet, samt att frigöra och utveckla resurser. Det innebär en perspektivförskjutning, där socialtjänstens ansvar för personer med skadligt bruk och beroende inriktas på det vi menar är socialtjänstens kärnuppdrag och särskilda kompetens. Socialtjänsten ska nu gå från behandling till socialt arbete för att stärka den enskildes resurser och funktionsförmåga.

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

Det som sticker ut är behovet av att synliggöra målgruppen äldre personer med skadligt bruk och beroende med eller utan psykisk ohälsa då den problematiken har ökat betydligt i hela länet. Där behövs satsningar på mer förebyggande arbete för att tidigt upptäcka och ge stöd i god tid. Det finns även skäl att se över behovet av speciella insatser för äldre med psykisk ohälsa.

#### Önskade utvecklingsområden del 4

- Utveckla det uppsökande och förebyggande arbetet samt anhörigstöd i sin helhet.
- Skapa kartläggningsrutiner för att göra oss mer förtrogna om olika målgrupper och dess behov.
- Skapa informationskanaler om stödinsatser i alla åldrar så att information kan spridas till personer som behöver hjälp.

##### Målgruppen äldre

- Utveckla det förebyggande arbetet för att tidigt upptäcka och ge stöd till äldre.
- Kartlägga behovet av speciella insatser för äldre med psykisk ohälsa.
- Kompetensutveckling gällande samsjuklighet för äldre över 65 år

Kartlägga kommunernas utvecklingsbehov gällande sociala stödinsatser inom området gällande både försörjning, boende och sysselsättning med hänsyn taget till lokala förutsättningar och medborgarnas behov

- Hur ser behoven ut?
- Vilka insatser finns?
- Vad kan kommunerna samverka runt?
- Vad kan kommunerna utveckla i egen regi?

## 11.5. Del 5

Samsjuklighetsutredningen konstaterar att det inom HVB-verksamhet även bedrivs insatser som redan idag anses vara hälso- och sjukvårdsinsatser. HVB omfattas inte av det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret enligt 12 kap. Hälso- och sjukvårdslagen (HS). Det innebär att alla hälso- och sjukvårdsinsatser som idag ges i samband med en placering på ett HVB är Regionens ansvar även i de fall personen är placerad utanför regionen där hen är bosatt. Ett samarbete kring dessa placeringar är därför en förutsättning. Mot bakgrund av det, föreslås att definitionen av HVB ska ändras och beskrivas som *ett hem inom socialtjänsten som i förening med boende ger stöd och hjälp att utveckla den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv*. De insatser som avses med stöd och hjälp kan exempelvis vara:

- Psykosocialt stöd
- Manualbaserade program med fokus på social färdighetsträning och självständighet
- Aktiviteter i dagliga livet (ADL)

- Nätverksarbete
- Stöd i myndighetskontakter och planering av det fortsatta stödet i öppna former.

I de fall när socialtjänsten beslutat om en insats genom vistelse på HVB ska Regionen underrättas och kallas till upprättande av en individuell plan.

Utredningen bedömer även att deras förslag kommer leda till att heldygnsbehandling kommer att ske inom psykiatrisk slutenvård oftare än i dag, framför allt när det gäller vuxna. Av den anledningen finns det i enlighet med gjord översyn 2024 behov av att fatta beslut om att utöka med en Beroendeavdelning med 6-8 vårdplatser och 2 TNE-platser samt en utökning av vuxenpsykiatrins akutavdelning med 2 vårdplatser för avskiljning. Det behövs även en egen slutenvårdsavdelning med fler platser för barnpsykiatriska patienter.

Slutligen kan det som ett komplement till vård inom Regionen och den externa vård som ibland avtalas, finnas skäl att prioritera frågan angående att utreda behovet av ett gemensamt HVB i länet. Det arbetet är på gång via Kommunförbundet och ett utredningsuppdrag har formulerats.

### Önskade utvecklingsområden del 5

- Uppdaterad Länsöverenskommelse Riskbruk/Missbruk/Beroende
- Utöka antalet slutenvårdsplatser med en egen beroendeavdelning
- Tillskapa egen slutenvårdsavdelning för barnpsykiatri
- Utreda behovet av egna gemensamma HVB-hem

## 11.6. Del 6

Reformen föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet. Syftet med verksamheten är att genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Verksamheten ska ha en gemensam ledning och styrning. Insatserna i verksamheten är frivilliga, men ett motiverande arbete kan behöva ske för att förmå personer i målgruppen att ta emot hjälp.

Den samordnade verksamheten ska innehålla uppsökande arbete, hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser samt samordning av insatser och rikta sig till individer som inte tar emot insatser i ordinarie strukturer. Hur kommunerna och Regionen bäst ska kunna bedriva en särskild vård -och stödverksamhet för målgruppen samsjukliga behöver utredas vidare.

## Önskade utvecklingsområden del 6

- Skapa en ledningsstruktur eller infoga i befintliga strukturer - var fattas besluten?
- Ge i uppdrag att utarbeta formerna för en eller flera samordnade och integrerade vård -och stödverksamheter anpassat för vårt län och målgruppens behov
- Starta pilotprojekt i liten skala för att prova
- Uppdatera Länsöverenskommelsen Riskbruk/Missbruk/Beroende

## 11.7. Del 7

Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet vilket innebär en utökning av målgruppen jämfört med idag då insatsen framför allt riktar sig till personer med långvarig psykisk ohälsa. Utredningen tydliggör att personer med en psykisk funktionsnedsättning på grund av ett skadligt bruk eller beroende ska kunna erbjudas stöd i form av personligt ombud om övriga förutsättningar är uppfyllda.

Den nya målgruppen kommer delvis att kräva nya arbetssätt, exempelvis ett utökat uppsökande arbete för att etablera en kontakt och ge det stöd den enskilde personen är i behov av. Insatsen bygger på personernas delaktighet och vilja till förändring och där kan förmåga och motivation påverkas av beroendeproblematiken. Det kommer därför även behövas mer stöd och samverkan med de professioner som arbetar med skadligt bruk och beroende.

Samtliga huvudmän kommer behöva förändra sina arbetssätt och arbeta mindre i stuprör och mer integrerat - hand i hand. Det är även tydligt att det kommer behövas en kulturförändring där personerna kan få ta del av de insatser som finns trots ett pågående skadligt bruk eller beroende.

### Statistik 2024

Antal klienter 2024	Antal kvinnor	Antal män	Antal icke binära
Totalt antal klienter	121	87	1
därav mellan 18 och 29 år	27	16	1
därav mellan 30 och 49 år	66	45	
därav mellan 50 och 64 år	23	22	
därav 65 år och över	5	3	

Antal nya klienter		
därav mellan 18 och 29 år	16	11
därav mellan 30 och 49 år	30	25
därav mellan 50 och 64 år	16	11
därav 65 år och över		

Antal avslutade klienter			
därav mellan 18 och 29 år	11	5	1
därav mellan 30 och 49 år	36	20	
därav mellan 50 och 64 år	7	12	
därav 65 år och över	5	3	

### Önskade utvecklingsområden del 7

- Se över resursförsörjningen så att det även möjliggör arbete med den utökade målgruppen
- Utbildning om skadligt bruk och beroende för att kunna arbeta med insats under pågående missbruk
- Utveckla samverkan med primärvården och beroendevården
- Utöka samverkan med frivilliga organisationer för att kunna ta del av statliga medel

## 11.8. Del 8

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

Förslaget rör främst åtaganden på nationell nivå. Dock pekar utredningen på vikten av att i regioner och kommuner utveckla arbetet med brukarinflytande. Det finns personliga ombud som en resurs för att öka brukarinflytandet. SIP är ju även det ett tydligt sätt att öka delaktigheten men det är ett område som behöver utvecklas och det arbetet pågår.

## Önskade utvecklingsområden del 8

- Kompetenshöjande insatser för att öka brukarinflytandet och minska stigmatiseringen av målgruppen samsjukliga.
- Utbildning och implementering av metodboken om Brukarinflytande
- Inrätta brukarråd

## 11.9. Del 9

Reformen bedömer att det behövs en samlad uppföljning på nationell nivå som ska vara sammanhållen och ske utifrån brukarnas målbilder. Dagens uppföljning av vård och omsorg för personer med samsjuklighet har stora brister och saknar de mest grundläggande uppgifter som behövs för att beskriva vården på nationell nivå. Det går inte att säga hur många personer som får insatser, vilka insatser som erbjuds eller vad insatserna har för resultat. Förutsättningarna skiljer sig delvis åt när det gäller hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men sammantaget saknas det förutsättningar för att ge en samlad bild av innehållet i och resultatet av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser för personer med samsjuklighet.

Länet arbetar med uppföljning på olika sätt både i kommunerna och inom Regionen, bland annat genom individbaserad systematisk uppföljning och olika brukarundersökningar. Det utförs dock inte några gemensamma uppföljningar utifrån de enskilda personernas egna målbilder. Den uppföljning som görs i dag utgår från de olika huvudmännens ansvarområden och inte gemensamt utifrån personens samlade behov. Kartläggningen visar att det finns förbättringsbehov vad gäller statistikföring och diagnostisering. Det finns även behov av att ta fram gemensamma indikatorer för uppföljning/utvärdering av den vård som idag ges till målgruppen inom samtliga områden.

## Önskade utvecklingsområden del 9

- Att påbörja arbetet med att systematiskt kvalitetsarbete ska utgå från de framtagna målbilderna

## 11.10. Del 10

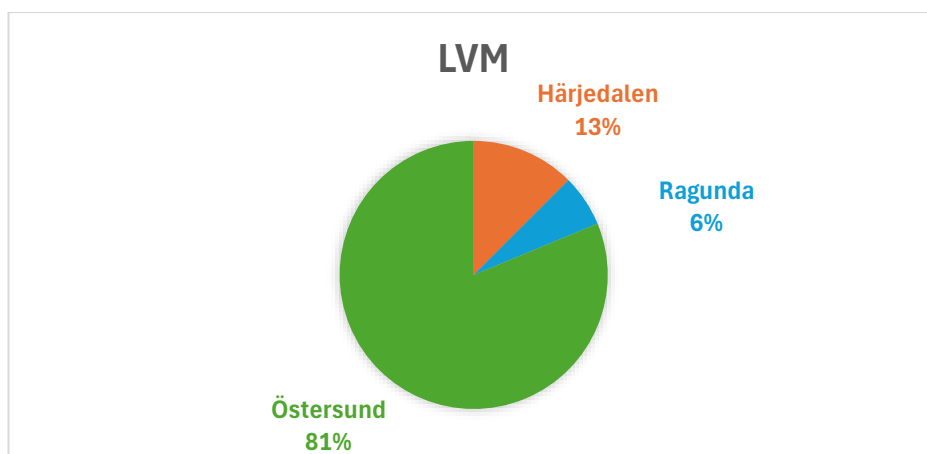
Reformen föreslår att tvångsvården ska vara en del av en sammanhållen vårdkedja och att den vård som ges till personer med skadligt bruk och beroende behöver vara samordnad och ha så få övergångar mellan huvudmän som möjligt.

Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska enligt utredningens förslag ges enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, på en sjukvårdsinrättning som drivs av Regionen. Det innebär att LVM upphör och att Statens

institutionsstyrelse inte längre ska ha uppdraget att bedriva tvångsvård för vuxna personer med skadligt bruk eller beroende. Under 2024 är det 136 personer i länet som har varit föremål för vård enl LPT.

#### *Antal LVM under 2024*

Av de svar som inkommit framgår att det under 2024 var sammanlagt 16 personer placerade enligt LVM.<sup>38</sup> Östersunds kommun stod för 81% (13 st) Härjedalen 13% (2 st) och Ragunda 6% (1 st). Berg, Bräcke, Krokom och Strömsund hade inga personer placerade enligt LVM under året.



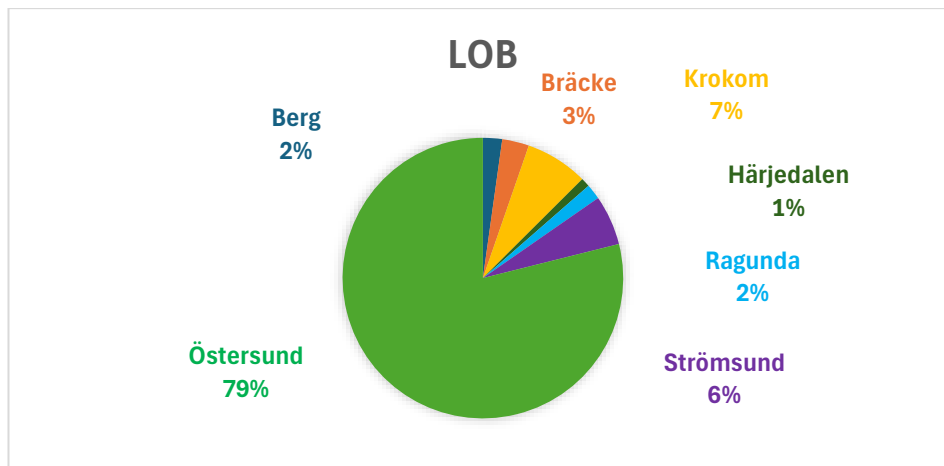
Utgångspunkten är att tillnyktring och LOB kommer att bli ett ansvar för Regionen. Det finns med anledning av det skäl att så snart som möjligt börja ett förberedelsearbete och utarbeta en plan för hur Regionen ska ta sig an de förändringar som det kommer att innebära, som exempelvis behovet att öka antalet vårdplatser för beroendeproblematik.

#### *Antal LOB-anmälningar i länet under 2024*

Under 2024 inkom det sammanlagt 678 LOB-anmälningar i länet. De siffror som kommit in visar på att 79% av dessa är från Östersunds kommun. Resterande är ganska jämnt fördelat över länet i övrigt.<sup>39</sup>

<sup>38</sup> Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund, Östersund

<sup>39</sup> Berg, Bräcke, Härjedalen, Krokom, Ragunda, Strömsund, Östersund



Vad gäller de insatser som behövs för att få till en fungerande vårdkedja så handlar det om insatser som kommer vara båda huvudmännens ansvar. Regionen kommer ha ansvar för fortsatt öppenvårdsbehandling och kommunerna kommer ha ansvar utifrån sitt grundläggande uppdrag att personen efter vårdtiden får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv. Det uppdraget kan därför börja förberedas redan nu oavsett om tvångsvårdslagstiftningen förändras eller ej. Det handlar både om att respektive huvudman förbereder sig för att bättre kunna möta behoven som om behovet att samordna de insatser som bör ske i samverkan med varandra.

### Önskade utvecklingsområden del 10

- Kommunerna behöver successivt planera för åtgärder för att möta utvecklingsbehoven i sina verksamheter när det gäller boende och andra sociala stödinsatser.
- Regionen behöver börja förbereda sig för att ta emot personer som omhändertagits enligt LOB på tillnyktringsenhet, inom slutenvården eller på annat sätt.

## 12. Slutsatser och rekommendationer

Rekommendationerna bygger på det material som inhämtats via omvärldsbevakning, dialoger med referenspersoner och grupper, enkätundersökningar samt workshops.

För att Jämtland Härjedalen ska kunna fortsätta med sitt arbete att utvecklas mot samsjuklighetsutredningens förslag behövs att länet fattar beslut om riktningen framåt.

De största behoven som identifieras kan sammanfattas på följande vis:

- Behov av kulturarbete och kompetensutveckling
- Behov att förbereda arbetet med primärvårdens och psykiatrins utökade uppdrag
- Behov av att säkerställa vårdövergångar och vård -och omsorgsprocesser



- Behov att anpassa arbetet med kommunernas sociala stödinsatser
- Behov av helhetsperspektiv för individen, säkra deras delaktighet och öka brukarmedverkan
- Behov av integrerade arbetssätt

## 12.1. Prioriterade områden

### *Övergripande beslut om riktningen framåt*

Reformen uppmanar att omställningen ska genomföras stegvis under femårsperioden enligt samsjuklighetsutredningen. Första året uppmanas att Regioner och kommuner tillsätter en gemensam ledningsstruktur för genomförandet i respektive län samt att göra en inventering vad Region och kommuner ska genomföra och därefter förbereda förflyttningen som ska ske utifrån reformens delar. Femårsplanen är enbart en riktlinje och en checklista som varje län kan utgå från, utifrån de förutsättningar som finns i respektive län.

Politiker och styrning i Jämtland Härjedalen behöver fatta beslut om hur det fortsatta arbetet med att förbereda införandet av samsjuklighetsreformens förslag ska genomföras.

Det kommer även innebära att det behövs ett gemensamt ansvarstagande från båda huvudmännen för hur det fortsatta arbetet med att förbereda införandet av samsjuklighetsreformens förslag ska genomföras.

### *Kulturarbete*

För att kunna göra den förflyttning som reformen avser så behöver politiker, medarbetare och all profession få fördjupad kunskap om grunderna och de förändringar som samsjuklighetsutredningens förslag kommer innebära. Arbetet kommer att behöver göras stegvis inom och mellan huvudmännen och fokusera mer ingående på vad det mer specifikt kommer att innebära för de olika verksamheterna.

- Inom primärvården
- Mellan primärvård och specialistsjukvård
- Inom respektive kommun och mellan kommunerna i länet för att hitta samverkansmöjligheter

### *Kompetens -och utvecklingsbehov*

Det finns ett behov av att kartlägga och inventera vilka utbildningsinsatser som behövs hos respektive huvudman och verksamhet för att kunna göra en plan för kompetensutvecklingen. Det handlar framför allt om;

- de fokusförflyttningar som reformen kommer innebära
- skadligt bruk och beroende
- psykisk ohälsa
- psykosociala behandlingsmetoder
- screenings -och kartläggningsmetoder
- kunskapen om varandras respektive verksamheter och ansvarsområden

### ***Screening, kartläggning och utvärdering***

Under arbetets gång har det visa sig vara svårt att ta fram en rättvisande bild av målgruppen och dess behov. För att kunna utveckla beroendevården i Jämtland Härjedalen behöver målgruppen och dess behov kartläggas hos båda huvudmännen. Det innebär att;

- Ta fram och implementera gemensamma screeningsverktyg.
- Ta fram gemensamma indikatorer för uppföljning/utvärdering av den vård som idag ges till målgruppen inom samtliga områden.
- Säkerställa att verksamheternas journalsystem stödjer en kvalitetssäkrad screening som går att följa upp och utvärdera, även på gruppnivå.

### ***Stegvis vård och vårdkedjor inom Regionen och mellan huvudmännen***

Utifrån reformen delar kommer det att ske en fokusförflyttning där Regionen får ett tydligt ansvar för samtlig vård och behandling och kommunerna får ett förtydligt ansvar för sina kärnuppdrag. För att få till en stegvis vård som inkluderar alla nivåer, förebyggande och främjande, egenvård, råd, stöd och behandling där primärvården kommer att spela en avgörande roll för behandling av skadligt bruk och beroende behövs;

- En översyn av organisationsstruktur för kommunal och regional primärvård och hur en stegvis omställning kan ske för att utveckla stöd och insatser för målgruppen inom verksamheterna.
- Förslag på definierade vårdnivåer inom ramen för den stegvisa vården gällande skadligt bruk, beroende och samsjuklighet för primärvård och specialistvård.
- Förslag på en arbetsstruktur för att säkerställa fast läkarkontakt/teamkontakt för målgruppen.
- Förslag på samordnade verksamhetssystem med gemensam dokumentation
- Ta fram en användarvänlig och ur individens perspektiv säker samtyckeshantering.
- En förstudie som förberedelse inför reformens del 10 gällande tvångsvårdens förändring, Regionens ansvar för LOB och tillnyktring samt slutenvårdsplatser och samordning med kommunens kärnuppdrag.

### ***Samordnade och integrerade verksamheter/insatser***

I rapporten belyses olika exempel på integrerade verksamheter med olika insatsmetoder. För att länet ska kunna påbörja arbetet med integrerade insatser behövs;

- Kartlägga och förbereda (målgrupp, profession, berörda verksamheter, geografiskt område etc) en uppstart av mindre pilotprojekt.
- Följ upp och utvärdera för att eventuellt skala upp till permanenta verksamheter.

### ***Tillgängligheten av sprututbyte och LARO och lågtröskelverksamheter***

Av reformens förslag framgår att det finns behov av att arbeta mer skadereducerande. Därmed kommer det finnas behov av att utöka tillgängligheten för sprututbyte och LARO-behandling samt att Regionens primärvård ska tillhandahålla lågtröskelverksamheter. Behov finns att;

- En förstudie för att bedöma hur tillgängligheten ska öka (filial, vårdbuss, andra öppettider etc).

### ***Personliga ombud***

Enligt reformen kommer de personliga ombudens målgrupp att förändras och innefatta även skadligt bruk och beroende. Det kommer mest troligt att innebära att målgruppen ökar i antal och att arbetssättet behöver förändras. Med anledning av det behövs;

- En förstudie för att kartlägga målgruppen och vilka nya arbetssätt som kommer krävas utifrån deras behov.

### ***Kommunernas stödinsatser***

Enligt reformen får kommunerna ett förtydligt ansvar för sina kärnuppdrag vilket innebär att de ska gå från att arbeta med psykosocial behandling till att arbeta med uppsökande och förebyggande arbete samt sociala stödinsatser som försörjning, boende, sysselsättning, personligt stöd och anhörigstöd. För att nå upp till reformens målsättning kommer det behövas;

- Kartlägga kommunernas utvecklingsbehov gällande sociala stödinsatser gällande boende och sysselsättning med hänsyn taget till lokala förutsättningar och samtliga målgruppers behov
- Göra en förstudie gällande hur kommunerna själva eller tillsammans över kommungränserna samordnar sig och utvecklar sitt arbete
- Utveckla och samverka runt det uppsökande och förebyggande arbetet i länet
- Att utveckla och samverka i länet gällande ett länsövergripande anhörigstöd
- Skapa informationskanaler om stödinsatser i alla åldrar så att information kan spridas till personer som behöver hjälp.

### ***SIP-implementering***

Både i reformen och i de olika workshoppen så framkommer behovet av att använda SIP (Samordnad Individuell Plan) såsom det är tänkt att användas. Det vill säga att utgå att SIP är individens möte och ska utgå från dennes behov av planering av insatser och samordning. I Jämtland Härjedalen pågår ett arbete som ska förbättra SIP-arbetet i länet och en ny överenskommelse presenteras i november 2025.

- Implementera den nya överenskommelsen hos båda huvudmännen.

### ***Gemensamma HVB-hem i länet***

Enligt reformförslaget ska Regionen ansvara för all vård och behandling och kommunerna ska fortsätta ha ansvaret för HVB-placeringen. Ansvaret kan ske på olika sätt endera genom att Regionen står för HSL-kostnaderna alternativt att Regionen utför det i egen regi. Det kan som ett komplement till vård inom Regionen och den externa vården finnas skäl att prioritera frågan angående att utreda behovet av ett gemensamt HVB i länet. Arbetet är på gång via Kommunförbundet och ett utredningsuppdrag är formulerat.

- Invänta Kommunförbundets arbete.

### ***Brukar- och patientmedverkan***

Reformen bygger på brukarnas och patienternas målbilder och är tänkt att genomsyra allt det arbete som görs på samtliga områden framöver. Reformen föreslår att Folkhälsomyndigheten får ett uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Tills programmet är klart så uppmanas det att verksamheterna redan nu påbörjar att involvera brukare och patienter. Behov som framkommit är;

- att patienter och brukare görs mer delaktiga i den övergripande planeringen och genomförandet av reformens arbete.
- att den hjälpsökande bereds möjlighet att vara mer delaktig i sin egen vård och behandling.
- att genomföra fler brukarrevisioner
- att identifiera behov av stöd kopplat till brukar -och patientinflytande.
- att ha en dialog mellan NSPH/Hjärnkoll, Regionen och länets kommuner om hur ett framtida samarbete kan utformas ex via brukarrevisioner eller andra former av samverkan.

## **12.2. Aktivitetsplan**

Aktivitetsplanen redogör för de prioriterade områden och steg som behöver tas och avser inte något tidsspänn. Siffrorna i fokusområdena anger den prioritetsordning som bedöms mest lämpligt att börja med. Mer detaljerad information om varje fokusområde finns i avsnittet ovan.

Fokusområden	Steg 1	Steg 2	Steg 3
<b>1. Övergripande beslut om riktningen framåt</b>	-Att arbetet ska prioriteras	-Hur förflyttningen ska ske	-Se över resursfördelningen
<b>2. Brukar- och patientmedverkan</b>	-Göra brukare mer delaktiga i den övergripande planeringen och genomförandet av reformens arbete. -Den hjälpsökande ska beredas möjlighet att vara mer delaktig i sin egen vård	-Identifiera behoven genom länsamverkan -Se över behov av samverkansforum och ta ställning till NSPH/Hjärnkolls förslag till samverkan -Genomföra fler brukarrevisioner	
<b>2. Kulturarbete - fördjupad kunskap om grunderna och de förändringar som samsjuklighetsutredningens förslag kommer innebära</b>	-Inom primärvården -Mellan primärvård och specialistsjukvård -Inom respektive kommun -Mellan kommunerna i länet		
<b>2. Kompetens -och utvecklingsbehov</b>	-Kartlägga och inventera utbildningsinsatser	-Lägga en plan för kompetensutveckling	-Genomföra kompetensutveckling
<b>2. Screening -och kartläggning</b>	-Ta fram gemensamma screeningsverktyg -Ta fram gemensamma indikatorer för uppföljning/utvärdering	-Säkerställa att verksamheternas journalsystem stödjer en kvalitetssäkrad screening som går att följa upp och	-Implementera -Kartlägga målgruppen utifrån de framtagna indikatorerna

Fokusområden	Steg 1	Steg 2	Steg 3
	av den vård som idag ges till målgruppen inom samtliga områden.	utvärdera, även på gruppnivå.	
<b>3. Stegvis vård och vårdkedjor</b>	-En översyn av organisationsstruktur för kommunal och regional primärvård och hur en stegvis omställning kan ske för att utveckla stöd och insatser för målgruppen inom verksamheterna.	-Förslag på definierade vårdnivåer -Förslag på en arbetsstruktur för att säkerställa fast läkarkontakt/teamkontakt för målgruppen. -Förslag på samordnade verksamhetssystem med gemensam dokumentation -En förstudie som förberedelse inför reformens del 10 -Ta fram en användarvänlig och ur individens perspektiv säker samtyckeshantering	-Implementera
<b>3. Samordnade och integrerade verksamheter/insatser</b>	-Kartlägga och förbereda (målgrupp, profession, berörda verksamheter, geografiskt område etc) en uppstart av mindre pilotprojekt	-Beslut fattas att påbörja arbetet om lämpliga pilotprojekt	-Följ upp och utvärdera för att eventuellt skala upp till permanenta verksamheter.
<b>3. Tillgängligheten av sprututbyte och LARO och lågtröskelverksamheter</b>	-Förstudie för att bedöma hur tillgängligheten ska öka	-Fatta beslut	-Påbörja arbetet med utvecklingen
<b>3. Personliga ombudens utökade målgrupp</b>	-En förstudie för att kartlägga målgruppen och vilka nya arbetssätt som kommer krävas utifrån deras behov	-Implementera	
<b>3. Kommunernas stödinsatser</b>	-Kartlägga kommunernas utvecklingsbehov gällande sociala stödinsatser gällande boende och sysselsättning med hänsyn taget till lokala förutsättningar och samtliga målgruppers behov -Göra en förstudie gällande hur kommunerna själva eller tillsammans över kommungränserna samordnar sig och utvecklar sitt arbete	-Utveckla och samverka runt det uppsökande och förebyggande arbetet i länet -Att utveckla och samverka i länet gällande ett länsövergripande anhörigstöds	-Skapa informationskanaler om stödinsatser i alla åldrar så att information kan spridas till personer som behöver hjälp.
<b>3. SIP</b>	-Implementera den nya överenskommelsen hos båda huvudmännen.		

Fokusområden	Steg 1	Steg 2	Steg 3
<b>4. Gemensamma HVB-hem i länet</b>	-Invänta Kommunförbundets arbete		

## 13. Slutord

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

Härmed överlämnas slutrapporten med en förhoppning om att förslagen ska komma till nytta i det fortsatta utvecklingsarbetet.

## **Bilaga 1; Frågeställningar till Workshops**

### **Workshop 1 den 2 september Styrning och ledning**

#### **Regionen del 1**

Regionen har ansvar för behandling av skadligt bruk och beroende och Stegvis vård. Vad behöver ni som ledning och styrning inom regionen påbörja/utveckla/tillsätta?

Vad behöver ni inom ledning och styrning i regionen påbörja/utveckla/tillsätta för att det ska ske en förflyttning där primärvården blir navet?

#### **Regionen del 2**

Behandlingen för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling av andra psykiatriska tillstånd. Vad behöver ni som ledning och styrning inom regionen påbörja/utveckla/tillsätta för att möjliggöra uppdraget och för att skapa vårdkedjor?

#### **Regionen del 3**

Sprututbytet ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet. Vad behöver ni som styrning och ledning inom regionen påbörja/utveckla/tillsätta för att öka tillgängligheten och öppna fler filialer?

#### **Kommunerna del 4**

Kartläggning, förebyggande arbete och uppsökande verksamhet riktat till vuxna samt information om och förmedling till samhällets stöd varierar i länets kommuner. Vad behöver ni som ledning och styrning inom kommunerna påbörja/utveckla/tillsätta för att ge övergripande förutsättningar för arbetet?

Vad behöver ni som ledning och styrning inom kommunerna påbörja/utveckla/tillsätta ENSKILT i varje kommun och GEMENSAMT I LÄNET så att sociala stödinsatser för a) försörjning b) boende c) sysselsättning d) trygghet och sociala sammanhang inriktas på att den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv stärks?

Vad behöver ni inom ledning och styrning i kommunerna påbörja/utveckla/tillsätta för att det ska finnas ett likvärdigt anhörigstöd i länet (enskilt, grupp och familj)?

#### **Regionen del 5**

Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser för alla som är placerade utanför det egna hemmet exempelvis på hem för vård eller boende (HVB). Vad behöver ni som ledning och styrning inom regionen påbörja/utveckla/tillsätta för att nå målsättningen?

Reformen bedömer att slutenvårdstillfällen i psykiatrisk heldygnsvård kommer öka och att det kommer finnas behov av vårdavdelning specifikt avsedda för beroendepatienter samt en egen slutenvårdsavdelning för barnpsykiatri. Vad behöver ni som ledning och styrning inom regionen påbörja/utveckla/tillsätta för att möta upp behovet av fler vårdplatser?

### **Gemensamt del 5**

Vilka skäl finns för regionen och länets kommuner att starta ett gemensamt HVB-hem i länet?

### **Gemensamt del 6**

Vad behöver ni som ledning och styrning inom regionen och kommunerna påbörja/utveckla/tillsätta för att återuppta arbetet och skapa rätt förutsättningar för en samordnad och integrerad verksamhet för vuxna med samsjuklighet?

### **Kommunerna del 7**

Personliga ombud ska utöka sin målgrupp och även arbeta med personer med skadligt bruk och beroende. Vad behöver ni inom ledning och styrning i kommunerna påbörja/utveckla/tillsätta för att ge rätt förutsättningar för arbetet?

### **Gemensamt del 10 (Kommunerna)**

En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning föreslås med en sammanhållen vårdkedja där hälso- och sjukvården ska ansvara för tvångsvården för skadligt bruk och beroende och kommunerna ska ansvara för stödinsatser före och efter tvångsvården. Vad behöver ni som ledning och styrning inom kommunerna påbörja/utveckla/tillsätta för att vara förberedda inför den nya lagstiftningen?

### **Gemensamt del 10 Regionen**

En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning föreslås med en sammanhållen vårdkedja där hälso- och sjukvården ska ansvara för tvångsvården för skadligt bruk och beroende och kommunerna ska ansvara för stödinsatser före och efter tvångsvården. Vad behöver ni som ledning och styrning inom regionen påbörja/utveckla/tillsätta för att vara förberedda inför den nya lagstiftningen?

### **Regionen del 10**

Regionen ska ha ansvar för tillnyktring och LOB. Vad behöver ni som ledning och styrning inom regionen påbörja/utveckla/tillsätta för att skapa rätt förutsättningar?

### **Gemensamt Hur fortsätter vi framåt**

Vilken övergripande lednings- och organisationsstruktur behövs i länet?

Kan dessa frågor lyftas till befintliga forum eller behövs det tillskapas nya?

Vilka beslut behöver inledningsvis fattas?

## **Workshop 2 den 11 september länets kommuner**

### **Del 4**

Kartläggning av levnadsförhållanden är viktigt för att skaffa kunskap om olika målgrupper och deras olika behov av stöd och hjälp. Hur ska vi arbeta för att kartläggning ska ske systematiskt och strukturerat för samtliga åldersgrupper över hela länet? (socialtjänst, vård och omsorg, äldreomsorg)

Uppsökande verksamhet är extra viktigt för att fånga upp målgrupper som av olika skäl inte själva kontaktar vården trots att de har ett stöd eller hjälpbehov. På vilket



sätt behöver vi i länet utveckla och förändra vårt uppsökande arbete för att nå ut till samtliga målgrupper?

På vilket sätt behöver vi förändra och utveckla våra informationskanaler och metoder inom den egna kommunen och i länet som helhet så att information om och förmedling till samhällets stöd når fram?

På vilket sätt kan vi som enskilda kommuner och övergripande i länet arbeta förebyggande för att förhindra att skadligt bruk och beroende hos vuxna utvecklas eller försämrats?

Sociala stödinsatser för försörjning med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv är socialtjänstens kärnuppgift. Vad behöver utvecklas i respektive kommun och i länet som helhet för att vi ska nå upp till målsättningen?

Sociala stödinsatser för boende med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv är socialtjänstens kärnuppgift. Vad behöver utvecklas i respektive kommun och i länet som helhet för att vi ska nå upp till målsättningen?

Sociala stödinsatser för sysselsättning med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv är socialtjänstens kärnuppgift. Vad behöver utvecklas i respektive kommun och i länet som helhet för att vi ska nå upp till målsättningen?

Sociala stödinsatser för trygghet och sociala sammanhang med fokus på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv är socialtjänstens kärnuppgift. Vad behöver utvecklas i respektive kommun och i länet som helhet för att vi ska nå upp till målsättningen?

Anhörigstöd förtydligas i reformen till att innefatta allt från samtal och stöd i grupp eller enskilt till praktisk hjälp och stöd till barn och familjer. Vad behöver utvecklas i respektive kommun och i länet som helhet för att utbudet ska vara likvärdigt?

## **Del 8**

Reformen betonar att det är viktigt att öka brukarinflytandet för att minska stigmatiseringen av målgruppen och öka delaktigheten. Vi behöver prova olika former av inflytande och utvärdera tillsammans med brukarna. På vilket sätt kan vi påbörja det arbetet i respektive kommun och i länet som helhet?

## **Workshop 3 den 18 september länets kommuner och regionen**

### **Samordnat, behovsprövat och personcentrerat**

Vilka värderingar präglar vårt arbete idag och påverkar vår förmåga att arbeta samordnat, behovsprövat och personcentrerat?

Vilka tre konkreta saker kan vi förändra i vår egen vardag för att komma närmare samordnat, behovsprövat och personcentrerat arbete?

### **Samordnat**

Hur skulle ett idealläge för samordning av våra gemensamma insatser vara om det är samordnat ur individens perspektiv och inte av organisatoriska skäl?

Vilka första steg behöver tas för att nå idealläget?

Vilka roller och mandat behöver finnas för att samordning ska fungera i praktiken?

Hur hanterar vi situationer när olika professioner eller huvudmän har motstridiga prioriteringar?

### **Behovsprövat**

Hur kan vi utveckla flexibla insatser som snabbt kan anpassas när individens situation förändras?

Hur säkerställer vi att behoven får styra utformningen av insatser - inte tillgången på platser, pengar, personal?

Hur integrerar vi personens upplevelser i vår bedömning av behov?

På vilket sätt följer vi upp om insatsen faktiskt möter personens behov över tid?

### **Personcentrerat**

Vilka organisatoriska förändringar skulle det kräva för att låta personen vara "chef i sitt eget liv"?

Hur kan vi använda delaktighet i beslut som en faktisk metod - inte bara en värdegrund?

Hur arbetar vi med att bygga tillit i mötet - särskilt med personer med erfarenhet av tidigare bristande bemötande? (Se målbild från brukar - och patientundersökning)

Hur inkluderar vi närstående och nätverk på individens villkor?

## **Workshop 4 den 9 oktober på Beroendedagen**

### **Vårdkedjor**

Vilka konkreta förändringar krävs i det dagliga arbetet för att underlätta och möjliggöra väl fungerande vårdkedjor för målgruppen? (inom respektive huvudman och mellan huvudmännen)

### **Samordnade insatser**

Kom med konkreta exempel på olika pilotprojekt vi kan starta för att komma i gång med arbetet med samordnade, behovsprövade och personcentrerade insatser för målgruppen?

### **Delaktighet**

Ge konkreta exempel på hur vi kan säkerställa att målgruppen blir ”chef i sitt eget liv”. (val av vårdens innehåll och/eller insats, hur arbetet läggs upp och planeras, hur nätverket involveras etc)

## **Bilaga 2; GAP-analys**

Se separat dokument.