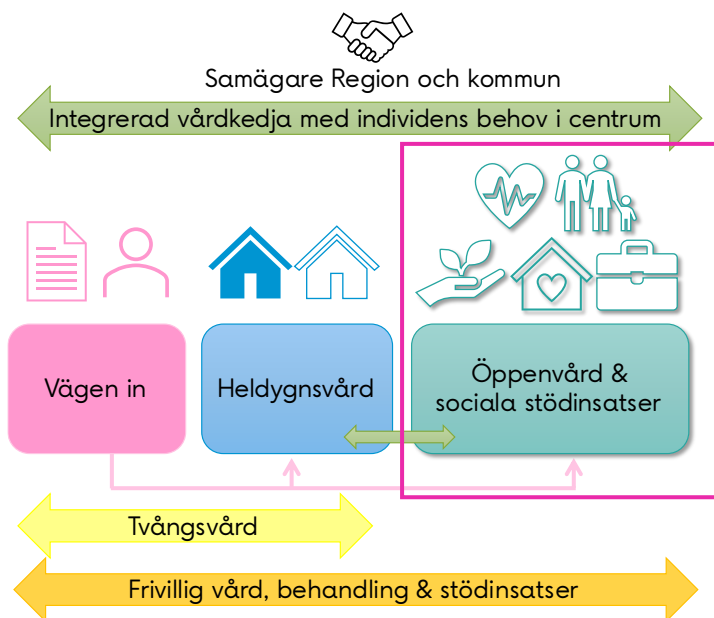


Skadligt bruk- och beroendevård nära Kronobergaren

Delrapport 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser



Implementeringsprojekt av en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja för skadligt bruk och beroende

Caroline Pettersson

Huvudprojektledare
Verksamhetsutvecklare förvaltningen
arbete och välfärd, Växjö kommun

Susanna Edvardsen

Projektägare
Enhetschef insats missbruksvård, Växjö
kommun

Martina Abrahamsson

Projektledare
Tf samordnare, Integrerad missbruks- och
beroendemottagning, Region Kronoberg

Jenny Blixt

Projektägare
Tf verksamhetsledare, Integrerad
missbruks- och beroendemottagning, Region
Kronoberg

Innehåll

Sammanfattning av delrapporten.....	4
--	----------

Läshänvisning.....	8
---------------------------	----------

DEL 1. BAKGRUND OCH METOD

1 Bakgrund.....	10
------------------------	-----------

1.1 Syfte och mål.....	10
------------------------	----

1.2 Frågeställningar inom delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser	12
--	----

2 Metod och genomförande	13
---------------------------------------	-----------

2.1 Öppet arbetssätt och stark delaktighet	13
--	----

2.2 Arbetssätt inom delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser	14
--	----

DEL 2. RESULTAT OCH FÖRSLAG

3 Kartläggning och resultat	19
--	-----------

3.1 Introduktion kartläggning.....	19
------------------------------------	----

3.2 Sammanställning resultat	20
------------------------------------	----

3.3 Resultat - Kartläggning och behovsanalys.....	23
---	----

3.4 Slutsatser kartläggning och behovsanalys	28
--	----

4 Vägen in- Tidig samverkan och gemensamt ansvar för en sammanhållen vårdkedja	29
---	-----------

4.1 Förslag för en samordnad vårdkedja – Struktur för tidig samverkan och ett gemensamt ansvar	29
--	----

4.2 Sammantagen bedömning och slutsatser - Vägen in	36
---	----

5 En hållbar samverkan - uppföljning, kontinuitet och samordnande roller i en sammanhållen vårdkedja	37
---	-----------

5.1 Förslag för en hållbar samverkan inom vårdkedjan – kontinuitet, uppföljning och samordnande roller	37
--	----

5.2 Slutsatser – kontinuitet, uppföljning och samordnande roller för en hållbar samverkan inom vårdkedjan	48
---	----

6 Kritiska övergångar och identifierade utmaningar - en behovsbaserad vårdkedja med viktiga förutsättningar för ett liv utan skadligt bruk och beroende.....	50
---	-----------

7 Sammanfattning av barnkonsekvensanalys och barnrättsbaserat underlag	53
---	-----------

8 Uppföljning av vårdkedjans implementerade verksamhet	54
---	-----------

9 Slutsatser och sammanfattning av samtliga förslag.....	55
---	-----------

9.1	Sammanställning av förslag till beslut delmoment 3	55
10	Källor	57

DEL 3. BILAGOR

11	Bilaga 1. Barnkonsekvensanalys.....	60
11.1	Bakgrund - barn påverkas av förälders skadliga bruk eller beroende	60
11.2	Barnkonsekvensanalys Delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser ...	62
11.3	Sammantagen bedömning och slutsats	65
12	Bilaga 2. Sammanställning av brukarenkät.....	66
12.1	Bakgrund brukarmedverkan inom projektet	66
12.2	Brukarmedverkan genom enkätundersökning inom delmoment 3.....	66

Sammanfattning av delrapporten

Bakgrund

Skadligt bruk och beroende är en folksjukdom som kan skapa ett stort lidande med negativa hälsomässiga, sociala och ekonomiska konsekvenser för den enskilda personen, hens närstående och för samhället. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att utifrån sina ansvarsområden tillhandahålla stöd och behandling till personer med ett skadligt bruk eller beroende. Problematiken vid skadligt bruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation.

Implementeringsprojektet av *Skadlig bruk- och beroendevård nära Kronobergaren – införandet av en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja* är ett samarbete mellan projektägare Växjö kommun, Alvesta kommun och Region Kronoberg. Idén med uppdraget om en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja är att invånare i Kronoberg ska ha rätt och möjlighet till en likvärdig skadligt bruk- och beroendevård.

Projektet ska klargöra olika arbetssätt och strukturer som är nödvändiga för att uppnå effektmålen med en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja.

Föreliggande rapport är en sammanställning av underlaget som har arbetats fram under projektets *delmoment 3-Öppenvård och sociala stödinsatser*.

Metod

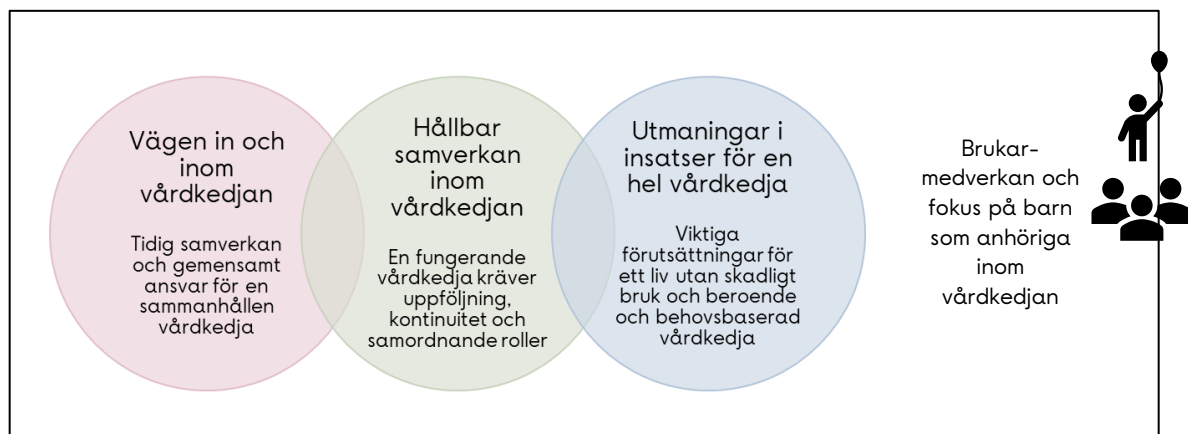
Resultatet har tagits fram genom ett aktivt deltagande från medarbetare och chefer som arbetar inom öppenvården och sociala stödinsatser, brukarmedverkan samt yttrande från remissgrupper som bestått av verksamhetsledare inom de olika organisationerna.

Underlag har inhämtats från ytterligare professioner för att kartlägga olika frågeområden. Allt underlag och resultat är grundade i samsjuklighetsutredningen resultat och intentioner, gällande lagstiftning och tillgänglig evidens.

Resultat

Inom *delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser* har arbetet fokuserat på att ta identifiera samverkansvägar och utvecklingsområden för en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja. Illustrationen nedan sammanfattar de frågor som hanterats inom ramen för *delmoment 3*. Redovisningen är uppdelad utifrån de tre centrala teman. Förslagen är grundade i samsjuklighetsutredningens intentioner men följer dagens gällande lagstiftning.

Sammanställning av resultat för delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser



Sammanfattningsvis visar kartläggningen att vägen in i vårdkedjan ofta försvåras av otydliga kontaktvägar, bristande struktur och ett personberoende arbetssätt. Fungerande samverkan grundar sig på relationella och strukturella faktorer, där ansvarsfördelning, uppföljning och gemensam planering utgör viktiga delar. För att samverkan ska vara effektiv och bestående krävs att den både initieras, upprätthålls och säkerställs över tid. Det bidrar till att individen får ett samordnat, tillgängligt och långsiktigt stöd.

Vägen in – Tidig samverkan och gemensamt ansvar för en sammanhållen vårdkedja

En effektiv samverkan börjar redan innan insatser sätts in och bygger på tydliga strukturer, roller och tillgängliga kontaktvägar. Kapitlet har visat att tidig och hållbar samverkan är avgörande för att personer med skadligt bruk eller beroende ska få rätt stöd i rätt tid och för att vårdkedjan ska komma igång på ett samordnat och tryggt sätt. När aktörer har kännedom om varandra, kontaktvägarna är tydliga och samtycke finns från individen, läggs grunden för ett samarbete som gynnar både professionella och klienter eller patienter.

För att möta de identifierade utmaningarna och skapa förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja föreslås flera utvecklingsinsatser. För att säkerställa snabb och tydlig kontakt mellan kommun och region, så individer får stöd och insatser i rätt tid, föreslås åtgärder som tydliggör kommunikations- och kontaktvägar. En verksamhetsbunden översikt över kontaktvägar bör tas fram där aktörer och funktioner listas utifrån behov och uppdrag. Parallellt föreslås att en särskild vårdkedjeremiss införs som en rutinmässig kontaktväg till specialistpsykiatri för personer som även behöver insatser inom andra psykiatriska enheter. Användningen av kontaktbegäran inom psykiatri föreslås att breddas till fler professioner och utgöra ett systematiskt verktyg för att underlätta ansökan om sociala stödinsatser från kommunen.

Utvecklingen av digitala lösningar med säkra videomöten och e-post via SDK föreslås fortsätta. För att stödja en gemensam digital kommunikation föreslås att inkorgar i Cosmic Link kartläggs. Det vilket kan bidra till en stabil och säker informationsöverföring mellan aktörer. Samtyckesblanketter behöver tas fram parallellt med genomarbetade kommunikationsunderlag och informativa broschyrer som på ett tydligt sätt förklarar vårdkedjeprocessen, syftet med insamling av samtycke och dess användning. Den juridiska grunden utvecklas vidare i delmoment 4 för att säkerställa att processen överensstämmer med aktuell lagstiftning.

Hållbar samverkan – En fungerande vårdkedja kräver uppföljning, kontinuitet och ett samordnande roller

En hållbar samverkan förutsätter att arbetet inte bara initieras utan också upprätthålls över tid. För att vårdkedjan ska fungera stabilt krävs tydliga strukturer, tydliga roller och ansvar samt kontinuerlig uppföljning av insatser och samordningsprocesser. Kapitlet belyser vad som krävs för att samverkan ska bli långsiktigt hållbar.

Tre kompletterande delar framstår som centrala för att skapa den struktur som behövs. Samordnad individuell tas fram tillsammans med individen och anhöriga som ger en överblick och tydlig ansvarsfördelning. SIP fungerar som grund för gemensam planering utifrån individens behov och delaktighet. Regelbundna professionella samverkansforum skapar kontinuitet och samsyn mellan aktörer och ger möjlighet till planering och uppföljning utan att ytterligare belasta individen. Den koordinerande funktionen håller ihop processen över tid, säkerställer att rutiner följs och frigör individen från ansvaret att själv samordna sina insatser. Tillsammans skapar dessa delar stabilitet och helhetssyn i vårdkedjan och stärker förutsättningarna för att individen får det stöd som behövs.

För att säkerställa långsiktig hållbarhet föreslås att användandet av Cosmic Link kartläggs för att förenkla dokumentation inom SIP för alla aktörer, att rutiner för regelbundna professionella samverkansforum etableras med tydliga syften, roller och ansvar samt att möjligheten att införa en vårdkedjekoordinator utreds vidare för att säkerställa att samordningsrutinerna följs och vårdkedjan hålls samman över tid.

Kritiska övergångar och utmaningar – Viktiga förutsättningar för ett liv utan skadligt bruk och beroende

En sammanhållen vårdkedja förutsätter att insatser på hemmaplan finns tillgängliga i tillräcklig omfattning och fungerar som ett stabilt komplement till heldygnsvården. För att vårdkedjans flexibla arbetssätt ska kunna tillämpas krävs att både heldygnsplatser och stödinsatser på hemmaplan motsvarar individens behov och bygger på beprövad vetenskap. Endast när alla delar finns på plats kan

vårdkedjan erbjuda rätt insatser vid rätt tidpunkt och ge individen möjlighet att utveckla ett stabilt och självständigt liv. Effektmålen för Skadligt bruk- och beroendevård Nära Kronobergaren hänger därmed samman och bildar tillsammans en integrerad, behovsbaserad och sammanhållen vårdkedja.

Särskilt sårbara övergångar i vårdkedjan kräver förstärkt samordning och målmedvetna insatser för att minska risken för återfall och långvarig utsatthet. Avsnittet lyfter fram situationer vid utskrivning från heldygnsvård där behovet av trygga boendelösningar och meningsfull, drogfri sysselsättning är särskilt tydligt. Dessa insatser fungerar som bryggor från stödverksamhet till arbete eller studier och bidrar till att skapa långsiktigt stabila lösningar för individen.

För att säkerställa hållbarhet i vårdkedjan rekommenderas att styrgruppen, med utgångspunkt i projektets fastställda mål, diskuterar hur en sömlös och sammanhållen övergång mellan Vägen in, Heldygnsvård och Stödinsatser på hemmaplan kan säkerställas. När dessa delar kompletterar varandra förstärks samordningen och samarbetet inom vårdkedjan och skapar förutsättningar för långsiktig stabilitet för individen.

Brukarmedverkan och fokus på barn och unga som anhöriga

Brukarmedverkan är central för utvecklingen av vårdkedjan och bygger på tidigare forskning, samsjuklighetsutredningen och erfarenheter från God och nära vård. Bedömningen är att vårdkedjans utformning och innehåll i sin helhet baseras på användardriven utveckling och de behov som tydliggjorts för målgruppen. För att komplettera detta genomförs brukarmedverkan även på lokal nivå under projektets gång. Under delmoment 3 genomfördes en brukarenkät. Syftet var att undersöka hur individer upplever samverkan mellan olika aktörer inom öppenvård och socialt stöd, både i vardagen och vid övergångar mellan heldygnsvård och hemmaplan. Resultaten används som underlag för att identifiera styrkor och utvecklingsområden i samverkan samt för att stödja verksamhetsutveckling och uppföljning över tid.

Inom implementeringsprojektet finns ett genomsyrande fokus på barn och unga som anhöriga. Även om vårdkedjans insatser i första hand riktas till vuxna personer är det viktigt att uppmärksamma barn som anhöriga tidigt. En förälders skadliga bruk- eller beroende har ofta en omfattande negativ påverkan på barn och unga. Barn är särskilt sårbara och behöver stöd innan negativa konsekvenser för deras livssituation blir omfattande. Fokus på barn och unga inom vårdkedjans implementeringsarbete fungerar som underlag för att utveckla insatser som är både samordnade och barnanpassade. Ett barnrättsbaserat beslutsunderlag har genomförts över de förslag som lämnas inom delmoment 3. Sammantaget visar analysen att arbetssätt inom *delmoment 3 öppenvård och sociala stödinsatser – skadligt bruk och beroendevård nära Kronobergaren*, är förenligt med barnkonventionen och respekterar barnets rättigheter inom berörda områden.

Läshänvisning

Föreliggande rapport består av tre delar. **Del 1** innehåller en beskrivning av projektets bakgrund samt en genomgång av arbetssätt och underlag som ligger till grund för delrapportens resultat. Bakgrunden till projektet återfinns även i projektplanen, *delrapport 1-Vägen in* och *delrapport 2-Heldygnsvård*. Projektbakgrunden i del 1 behöver därför inte upprepas för den som redan har läst denna information i tidigare underlag.

I rapportens **del 2** presenteras samtligt underlag som inhämtats samt de förslag på arbetssätt och uppdrag som lämnas kring vårdkedjans *delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser*. Kapitlets upplägg redovisas i avsnittet [disposition](#).

I **del 3** redovisas bilagor till rapporten. Bilaga 1 består av barnkonsekvensanalysen för ett barnrättsbaserat beslutsunderlag för de förslag som lämnas inom delmoment 3. Bilaga 2 är en sammanställning av metod och resultat av brukarundersökningen som genomförts under delmomentet.

Del 1

Bakgrund till projektet och
metod för arbetet med
delmoment 3 – Öppenvård och
sociala stödinsatser

1 Bakgrund

Skadligt bruk och beroende är en folksjukdom som kan skapa ett stort lidande med negativa hälsomässiga, sociala och ekonomiska konsekvenser för den enskilda personen, hens närstående och för samhället. Ansvar för missbruksvården i Sverige delas idag upp på två huvudmän. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att utifrån sina ansvarsområden tillhandahålla stöd och behandling till personer med ett skadligt bruk eller beroende. Skadligt bruk- och beroendevården omfattar ett brett spektrum av vård och stödinsatser, som faller inom både det sociala och det medicinska området där kommun och region har olika formella uppdrag att erbjuda behandling. Problematiken vid skadligt bruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation.

Implementeringsprojektet av *Skadlig bruk och beroendevård nära Kronobergaren – införandet av en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja* är ett samarbete mellan projektägare Växjö kommun, Alvesta kommun och Region Kronoberg. Idén med uppdraget om en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja är att invånare i Kronoberg ska ha rätt och möjlighet till en likvärdig skadligt bruk- och beroendevård – **En integrerad skadligt bruk- och beroendevård nära Kronobergaren**. Projektdirektiv för införandeprojektet antogs av projektägarna den 4 december 2023 samt projektplan den 6 februari 2024.¹

Enligt projektplanen ska fyra olika delmoment behandlas för en implementering av vårdkedjan. En delrapport för delmoment 1 – Vägen in presenterades och beslutades om i styrgruppen september 2024. Delmoment 1 hanterar aktualisering och vägen in i vårdkedjan. Delrapport för delmoment 2-Heldygnsvård presenterades i och hanterades av styrgruppen i februari 2025. Delmoment 2 hanterar samverkan och rutiner inom heldygnsvården samt med ett fokus på barn som anhöriga till personer som är placerade inom heldygnsvården. Föreliggande rapport är en sammanställning av det underlag som har arbetats fram under projektets delmoment 3 öppenvård och sociala stödinsatser på hemmaplan.

Utförligare information om vårdkedjans innehåll och bakgrund finns i Ramförslag om en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja.² (Länk öppnas i nytt fönster)

1.1 Syfte och mål

Projektet ska klargöra arbetssätt och strukturer som är nödvändiga för en implementering av vårdkedjan. Arbetsgrupper från berörda organisationer kommer att arbeta fram organisationsdetaljer, rutiner, finansiering och samverkansavtal inom fyra

¹ Region Kronoberg, Vårdgivarwebben, *Integrerad vårdkedja för skadligt bruk och beroende*

² Växjö kommun och Region Kronoberg, *Delrapport med ramförslag om en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja*, 2023-02-16, Dnr: NAV/2023-00054

olika delmoment och av styrgruppen godkända underlag till slutleverans med slutrapport under 2025.

1.1.1 En skadlig bruk- och beroendevård nära Kronobergaren

Syftet med en implementering av vårdkedjan har sin grund i *Samsjuklighetsutrednings* förslag på en genomgripande nationell reform och målbilder som utredningen tagit fram om en personcentrerad, samordnad och behovsbaserad skadligt bruk- och beroendevård. Införandet av vårdkedjan för en *skadligt bruk- och beroendevård nära Kronobergaren* ska möta målgruppens helhetsbehov och erbjuda en flexibel heldygnsvård samt likvärdiga stödinsatser och vård på hemmaplan som är framtagna genom samsjuklighetsutredningens kartläggning samt Socialstyrelsens rekommendationer. Genom att använda beprövade metoder med dokumenterad effekt sker en kvalitetssäkring av insatserna. Vårdkedjan har även sin grund i strategin *Närmare Kronobergaren – hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi med tillhörande målbilder om nära vård*. Utvecklingsstrategin har fyra inriktningar som handlar om att vården ska vara till för alla, nära och samordnad, där invånarna ska vara aktiva medskapare i sin vård och hälsa samt mötas av kompetens och en kunskapsbaserad vård. Effekter av vårdkedjan bedöms därmed utgöras av dessa målbilder om personcentrerad och kunskapsbaserad vård. Utöver detta följer även arbetet en implementering av nya socialtjänstlagen med tillhörande intentioner.

1.1.2 Delprojekt mål

Varje delmoment ska uppnå följande projektdelmål:

1. Delmomenten i vårdkedjan arbetas fram av arbetsgrupper med deltagare från berörda organisationer inom given tidsram.
2. Delmomenten är förankrade inom respektive organisation genom behandling av underlaget i referensgrupper som förankrar och ger input.
3. Mätbara indikatorer för effektmålen upprättas inom respektive delmoment.
4. Styrgruppen fattar beslut om att godkänna och skicka delmomentet till slutprodukt, alternativt att skicka tillbaka till arbetsgrupp för ytterligare underlag.
5. Slutprodukt sker genom slutrapport med ett sammantaget implementeringsförslag.

1.1.3 Effektmål

Projektets effektmål utgörs av innebörden av förslaget om en *integrerad, sammanhållen och behovsbaserad* vårdkedja. Nedan följer vilka effektmål som projektet ska uppnå inom respektive begrepp. Samtligt underlag inom projektet genomsyras av effektmålen.

Tabell 1. Projektets effektmål

 Integrerad	 Sammanhållen	 Behovsbaserad
 Verksamheterna inom Region Kronoberg, Alvesta kommun och Växjö kommun arbetar tillsammans inom vårdkedjans alla delar: Vägen in, heldygnsvård och insatser på hemmaplan.	 Vägarna mellan Vägen in, heldygnsvård och insatser på hemmaplan är sömlösa och sammanhållna. Delarna i vårdkedjan kompletterar varandra och ger en ökad samordning och samverkan.	 Fokus på social trygghet, egna resurser och möjligheter till ett självständigt liv genom likvärdiga insatser på hemmaplan.
 Stöd och vård som är lätt att hitta, komma i kontakt med och tillgänglig för individen.	 Samordning sker mellan verksamheter och huvudmän.	 Individen får insatser utefter egna behov.
 Tidiga insatser och vård genom samordnad verksamhet.	 Individen upplever ett sömlöst och sammanhållet vårdflöde och socialtjänst.	 Tillgängliga platser inom dygnsvårdsvården efter behov.
 Gemensamt ägarskap.		 Utformningen och samordningen av insatserna görs på rätt nivå i ett tidigt skede.
 Medarbetare som är trygga att arbeta utifrån vårdkedjan som modell och delar av sig med sin expertis.		 Individen erhåller vård och likvärdiga sociala stödinsatser baserat på beprövad vetenskap samt samsjuklighetsutredningens förslag.

1.2 Frågeställningar inom delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser

Arbetet inom delmoment 3 bygger vidare på ramförslaget om vårdkedjan och de resultat som presenterades i delmoment 1 och 2. Syftet är att förankra samt vidareutveckla resultaten med att arbeta fram rutiner och arbetssätt för en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja. ~~En del uppdrag har initierats genom tidigare delmoment.~~ Fokus i delmoment 3 är likvärdig öppenvård och sociala stödinsatser för individen på

hemmaplan, efterhaldygnsvård eller utan en sådan föregående placering. Frågeställningarna har handlat om att tillsammans arbeta fram strukturer och rutiner för att individer inom skadligt bruk och beroende ska få en sammanhängande och koordinerad vård och sociala stödinsatser. Arbetet har även innefattat frågor kring vägarna mellan heldygnsvård och öppenvård samt sociala stödinsatser på hemmaplan med fokus på en god samverkan och stabilitet för individens mående och ett liv utan skadligt bruk och beroende.

Bild 1. Öppenvård och sociala stödinsatser inom vårdkedjan



2 Metod och genomförande

2.1 Öppet arbetssätt och stark delaktighet

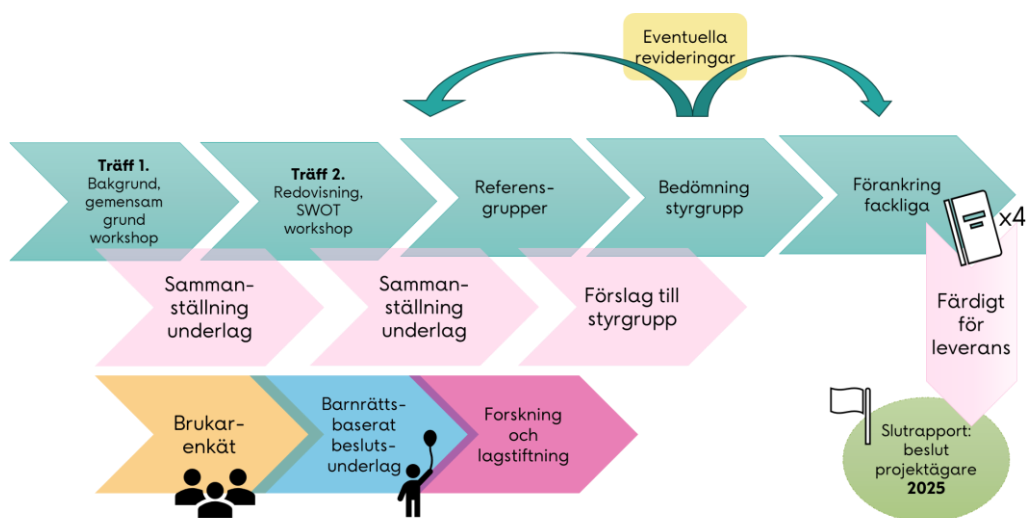
En god implementering av projektiden om vårdkedjan förutsätter en förankring inom respektive kommun och Region Kronobergs verksamheter. Kommunerna och regionen är skilda organisationer med olika förutsättningar som ska ansvara för olika delar inom vårdkedjan enligt gällande lagstiftning. Implementeringsarbetet och de förslag som utarbetas inom projektet sker på ett öppet och inkluderande sätt, där medarbetares och chefers engagemang och kompetens tas till vara. Att utgå från aktuell målgrupps behov är en central del av processen. Konkreta förslag på rutiner, nya sätt att arbeta och organisera verksamheten inom vårdkedjans alla delar arbetas fram genom delaktighet från medarbetare, verksamhetsledare samt brukarmedverkan inom verksamheterna. Framtaget underlag och analys stäms av löpande med referensgrupper och styrgruppen med en behandling inom fackliga forum vid behov. Utefter inkomna synpunkter bearbetas materialet tillsammans med forskning och faktaunderlag under projektets genomförandefas för att slutligen presenteras som en slutrapport under september 2025. Dessutom deltar projektgruppen på olika informationstillfällen och arbetar kontinuerligt med informationsspridning enligt framtagen kommunikationsplan.

2.2 Arbetssätt inom delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser

2.2.1 Metod delmoment 3

Projektgruppen har arbetat med arbetsgrupp 3 samt uppdrag från tidigare delmoment parallellt under projekttiden. För delmoment 3 har samma arbetssätt och metod använts som tidigare delmoment enligt projektplanen, se bild 2.

Bild 2. Processbeskrivning, arbetssätt för delmoment 3 samt till slutleverans



Projektets arbetsgrupp för delmoment 3 med medarbetare från relevanta verksamheter har träffats två gånger, tre timmar per tillfälle. Första träffen den 1 april syftade till att klarlägga en gemensam grund och förståelse för vårdkedjans idé och grundstruktur, lära känna varandra och verksamheterna samt att påbörja arbetet med frågeställningarna kring öppenvård och sociala stödinsatser inom skadligt bruk- och beroendevården. Frågeställningarna fokuserade på vilka aktörer som är involverade inom skadligt bruk och beroendevården, vad som fungerar bra och mindre bra i det nuvarande samarbetet samt förslag på hur arbetet kan bli mer samordnat. Under den andra workshopen den 24 april fortsatte arbetet inom de frågeställningar som hade identifierats som nyckelfaktorer genom den första workshopen Fallbeskrivningar användes i detta sammanhang för att identifiera behov, samordningsbrister samt föreslå arbetssätt för att implementera en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja utifrån projektets syfte och mål.

Det barnrättsbaserade beslutsunderlaget har tagits fram genom en sammanslagning av verksamheternas mallar för barnrättsbaserat beslutsunderlag för verksamhetsbeslut. Utöver detta har brukarundersökning genomförts genom planen för projektets brukarorienterade arbete. Inom delmoment 3 genomfördes en brukarenkät med frågeställningar hur individer inom aktuell målgrupp upplever samverkan mellan olika

aktörer inom öppenvård och socialt stöd, både i vardagen och i övergången mellan heldygnsvård sammanfattas nedan *under 2.2.4 Brukarmedverkan genom både nationell forskning och insamling på lokal nivå* samt beskrivs mer utförligt i bilaga 2.

Underlaget och de förslag som lämnas följer vårdkedjans ramförslag samt gällande lagstiftning, samsjuklighetsutredningens intentioner och har inhämtats från relevanta professioner. Samtligt underlag har mynnat ut till förslag på arbetssätt och rutiner som under maj och början av juni presenterades och stämde av med styrgruppen samt referensgrupperna för en slutlig sammanställning och förslag till styrgruppen att fatta beslut om i september.

2.2.2 Deltagare, delmoment – 3 öppenvård och sociala stödinsatser

Deltagare i arbetsgrupp 3 är medarbetare som arbetar med de olika stödinsatser och inom öppenvården som delmoment 3 har fokus på. Det är behandlings- och socialpedagoger, socialsekreterare, koordinators, samordnare, sjuksköterskor, läkare, verksamhetsledare. Sammantaget representerar de insatser och samordning inom myndighetsutredning, boendestöd med inriktning skadligt bruk eller beroende, sysselsättning, boendefrågor, allmänpsykiatriska enheten, psykosenheten samt representanter för primärvården på den integrerad missbruks och beroendemottagningen.

För att säkerställa ett gott projektgenomförande och att projektmålen nås är referensgrupperna en viktig resurs. Samtliga framtagna delförslag presenteras och stäms av med referensgrupperna som utgör ett rådgivande organ, tillför kompetens samt säkerställer en god förankring av projektet. För *delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser* utgörs referensgrupperna av ledningsgruppen för specialistpsykiatri Region Kronoberg, chefsgrupp myndighet IFO Växjö kommun, samt chefsgrupp IFO Alvesta kommun.

2.2.3 Deltagare i övergripande frågor

Avstämning genomförs med barnrättsombud i Växjö kommun löpande och barnombud inom Region Kronoberg för genomförda barnkonsekvensanalyser under projektets gång. Vidare har även andra professioner rådfrågats för att kartlägga olika frågeområden. Exempelvis har statistik och information om rutiner och lagstiftning inhämtats från socialsekreterare och specialister socialrätt. Vid kartläggning av digitala kommunikationsverktyg har information inhämtats från biträdande avdelningschef avdelning vuxna i Växjö samt verksamhetsutvecklare inom IT och digitalisering från berörda verksamheter. Kartläggningarna har till största delen genomförts under delmoment 1 och 2 samt stämts av för olika lägesbilder under delmoment 3.

2.2.4 Brukarmedverkan genom både nationell forskning och insamling på lokal nivå

Vårdkedjans struktur och innehåll följer *samsjuklighetsutredningens* samt strategin *Närmare Kronobergarens* resultat av användardriven utveckling. Att vårdkedjan även baseras på Socialstyrelsens riktlinjer bidrar till en kunskapsbaserad effektiv vård och stöd. Projektet baseras därmed på det omfattande nationella och regionala arbete som redan utförts för att klarlägga behov av insatser och samordning för målgruppen. Bedömningen är att vårdkedjans delar och innehåll på så vis baseras på användardriven utveckling och de behov som klarlagts för målgruppen.³ Genom projektets *referensgrupp brukarmedverkan* utförs även ett brukarorienterat arbete inom ramen för implementeringsprojektet av vårdkedjans delar och verksamheter på lokal nivå. Mer information om användardriven utveckling som grund för vårdkedjans arbete finns i projektplanen.

Brukarsamordnare och vårdutvecklare specialistpsykiatri barn, unga och vuxna från Region Kronoberg har tillsammans med projektledare tagit fram arbetssättet för brukarmedverkan på lokal nivå. För delmoment 1 och 2 bestod brukarmedverkan av samtalsintervjuer med heldygnsplacerade personer på Ekeliden och Novus. Intervjuerna leddes av företrädare från *Resursgruppen*, som består av patienter och närstående som har egen erfarenhet av vården.⁴ I delmoment 2 var även ett fokus på barn som anhöriga till personer som är placerade i vårdkedjans heldygnsvård.



För delmoment 3 har brukarmedverkan genomförts genom en enkätundersökning. Enkäten har bestått av frågor som till största del fokuserat på hur individen upplever samverkan mellan de aktörer individen får vård eller socialt stöd av. Nedan följer en sammanfattning av enkätundersökning. Den hela sammanställning av enkätundersökningens metod och resultat redovisas i sin helhet i bilaga 2 samt fortlöpande i föreliggande rapports resultatsdel.

³ Mer information om hur projektet baseras på användardriven utveckling finns i projektplanen

⁴ Resultatet används i delmoment 1 och 2. Se *Delrapport 1 – vägen in* för en redovisning av metod och sammanställt resultat av samtalsintervjuerna.

Sammanfattning brukarenkät, delmoment 3

Under våren 2025 genomfördes en brukarundersökning inom ramen för delmoment 3 i projektet för utveckling av vårdkedjan för personer med skadligt bruk och beroende i Region Kronoberg. Syftet är att undersöka hur individer upplever samverkan mellan olika aktörer inom öppenvård och socialt stöd, både i vardagen och i övergången mellan heldygnsvård och hemmaplan. Målet är att identifiera styrkor och svagheter i det nuvarande samarbetet mellan olika verksamheter samt använda resultaten som kunskapsunderlag för verksamhetsutveckling, förbättrad samverkan och uppföljning över tid.

Enkäten består av totalt 10 frågor uppdelade på bakgrundsfrågor (kön, ålder, folkbokföringskommun, placering) samt frågor om upplevd kvalitet i stöd och samverkan. Svarsalternativen är både stängda och öppna för att förenkla svarandet, möjliggöra statistikbearbetning samtidigt som mer fördjupade svar kunde samlas in. Frågor om kön och ålder inkluderas för att kunna analysera eventuella strukturella skillnader.

Enkäten har distribuerats genom dels uppsatta posters, dels informationsblad till aktuella individer inom den integrerade missbruks- och beroendemottagningen, de som erhåller boendestöd inom missbruksvården samt heldygnsplacerade på Novus och Ekeliden. Enkäten besvarades digitalt via en QR-kod en period under april 2025. Svaren samlades in anonymt och deltagandet var frivilligt. Svaren samlades i regionens databas och har analyserats av projektgruppen.

Totalt deltog 23 personer i undersökningen, varav 16 män, sex kvinnor och en som uppger svarsalternativet annat/vill inte svara. Majoriteten av respondenterna är i åldrarna 30–34 år eller 46–64 år som tillsammans utgör drygt 82 procent av deltagarna.

Sammanfattningsvis har de flesta fritextsvaren innehållit positiv respons där respondenterna är nöjda med vård och stöd som de erhållit och med samverkan mellan aktörer. Flera beskriver att det är enkelt att få hjälp och att de bemöts på ett professionellt och stöttande sätt. Ett fåtal beskriver mindre positiva erfarenheter, till exempel att efterbehandling tidigare saknats. Samtidigt framkommer det att situationen har förbättrats och att de nu har erbjudits sysselsättning. Det har bland annat lämnats förslag på ett gemensamt journalsystem samt möten med samtliga inblandade aktörer så att alla får samma information.

Av de svarande uppgav en klar majoritet att de helt eller delvis har fått adekvat stöd på hemmaplan efter sin behandling på behandlingshem. De upplever också att personalen på behandlingshemmet samarbetar med de vård- och stödpersoner på hemmaplan för att säkerställa ett fungerande stöd vid hemkomsten. Endast en person instämmer inte alls i detta. När det gäller samordningen mellan olika vård- och stödkontakter på hemmaplan, såsom beroendevård, socialtjänst och primärvård, svarar 82 procent att de upplever att aktörerna kommunicerar och planerar insatser på ett sådant sätt att hjälpen hänger ihop och utan att individen själv behöver hålla reda på rollfördelningen. Det är 16,5 procent som instämde lite eller inte alls i detta.

Del 2

Resultat för Delmoment 3 –
Öppenvård och sociala stödinsatser

Med förslag till arbetssätt och uppdrag
framåt för en implementering av vårdkedjan.

Det var bland annat flera som svarade *bättre samverkan, trygghet, snabbare vägar och vård, individen i fokus, samsyn och jämlikhet*. Innebörden i dessa svar finns med inom hela arbetet med att ta fram rutiner och arbetssätt för en implementering av integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja.

Deltagarna fick även svara på frågan "Vilka farhågor ser du med en implementering av vårdkedjan?". Den större delen av identifierade farhågor handlar om risk för rättsliga hinder såsom sekretess, högre arbetsbelastning, nuvarande köer för vård och insatser, eller att implementeringen inte blir som planerad. De farhågor som uppmärksammades har arbetats vidare med under workshop 2 i bearbetning av underlag. Resultatet redovisas genom hela delrapporten samt tas med i helhetsarbetet kring en implementering av vårdkedjan.

3.2 Sammanställning resultat

Inom *delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser* har arbetet fokuserat på att ta identifiera samverkansvägar och utvecklingsområden för en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja. Illustrationen nedan sammanfattar de frågor som hanterats inom ramen för *delmoment 3*. Förslagen är grundade i samsjuklighetsutredningens intentioner men följer dagens gällande lagstiftning. Om samsjuklighetsutredningens reform beslutas att implementeras kommer rutinerna behöva kompletteras utefter reformens lagförändringar.

Bild. 5 Sammanställning av resultat och fokusområden för delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser



3.2.1 Disposition

Resultatdelarna som följer är en sammanställning av förslag på arbetssätt och rutiner inom delmoment 3 – *Öppenvård och sociala stödinsatser*. Redovisningen är uppdelad utifrån de tre centrala teman:

1. [Vägen in](#) – Tidig samverkan och gemensamt ansvar för en sammanhållen vårdkedja
2. [Hållbar samverkan](#) – En fungerande vårdkedja kräver uppföljning, kontinuitet och ett samordnande roller
3. [Kritiska övergångar och utmaningar](#) – Viktiga förutsättningar för ett liv utan skadligt bruk och beroende

Den kartläggning och behovsanalys som genomförts genom workshops, referensgrupper, brukarmedverkan och faktaunderlag som lagstiftning och forskning presenteras inledningsvis nedan över samtliga förbättringsområden som helhet. Respektive fokusområde beskrivs sedan vidare i enskilda kapitel. Varje kapitel inleds med en kort sammanfattning och bakgrund till fokusområdet och knyter an till kartläggningen och behovsanalysen. Det ger en övergripande bild av identifierade utmaningar för att sedan utveckla dessa inom respektive utvecklingsområde. De huvudsakliga utmaningarna analyseras vidare samtidigt som rekommenderade arbetssätt och rutiner presenteras med en klar koppling till hur dessa kan adressera och hantera identifierade utmaningar.

Det tredje temat som kring öppenvård och sociala stödinsatser för ett stabilt liv utan skadligt bruk eller beroende har diskuterats under hela projektets kartläggningsarbete. Det är framförallt fokus på de insatser som ska tillhandahållas inom vårdkedjan för att individen ska ha ett stabilt och meningsfullt liv utan skadligt bruk och beroende på hemmaplan. Det framkommer brister eller avsaknad i sådana insatser idag gällande boendeanternativ och sysselsättning. Brister i dessa insatser har inte ingått i projektets uppdrag men eftersom frågorna uppkommit flertal gånger och är en tydlig del av en sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja adresseras de i sin helhet i ett eget kapitel.

Samtliga åtgärdsförslag återfinns dessutom sammanfattade i rapportens sista avsnitt för en övergripande översikt.



Utgångspunkt för förslagen – ansvarsområden inom vårdkedjan enligt gällande lagstiftning

Problematiken vid skadligt bruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Skadligt bruk- och beroendevården omfattar ett brett spektrum av vård- och stödinsatser, vilka faller inom både det sociala och det medicinska området.

Regionen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen. Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Medicinsk behandling av beroendesjukdomar ingår i hälso- och sjukvårdens ansvar. Exempel på insatser som en person med skadligt bruk eller beroende kan få inom hälso- och sjukvården är abstinensvård, somatisk vård, psykiatrisk vård och läkemedelsassisterad behandling.

Socialtjänsten har ett ansvar för att dels förebygga och motverka skadligt bruk och beroende, dels erbjuda insatser till den som behöver stöd eller vård för att komma ifrån ett skadligt bruk eller beroende. Socialtjänsten har ett generellt ansvar för att det finns lättillgängliga stödinsatser, både individuellt behovsprövade och insatser som ges utan behovsprövning.

Kommuner och regioner ska ingå en överenskommelse om att samverka i fråga om personer som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Om en enskild har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården, ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan.

Kommentarer: Sammanfattande ansvarsområde enligt SoL (2025:400) och HSL (2017:30) se källhänvisning för fördjupade och detaljerade paragrafer.⁵

⁵ Socialstyrelsen, LVM i hälso- och sjukvården Handbok för hälso- och sjukvårdens tillämpning av lagen om vård av missbrukare i vissa fall, 2022; Socialstyrelsen, LVM, Handbok för socialtjänsten, 2022; Statens offentliga utredningar, Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Samsjuklighetsutredningens delbetänkande, SOU 2021:93 bl.a. s. 140 Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård samt slutbetänkande Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)

3.3 Resultat - Kartläggning och behovsanalys

Avsnittet sammanställer den kartläggning som genomförts under projektets *delmoment 3 - Öppenvård och sociala stödinsatser på hemmaplan*. Arbetsgrupperna har under arbetets gång identifierat vad som fungerar bra i dagens samverkan och samordning samt vad som fungerar mindre för att implementera en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja. Två teman står i fokus. Dels samverkan vid vägen in i och inom vårdkedjan, dels hur samverkan i vårdkedjan kan bibehållas över tid. Avsnittet nedan belyser både hinder och möjligheter samt sammanfattar behovsanalysen som grund för förslag till förbättringar i nästkommande två kapitel över dessa teman.

3.3.1 När förutsättningarna finns fungerar samverkan bra...

Inom delmoment 3 har både vägen in i vårdkedjan och vägarna inom vårdkedjan diskuterats. En samstämmig bild från diskussionerna är att samverkan fungerar bra när rätt förutsättningar finns. Genom gruppdiskussionerna framkom att samverkan fungerar som bäst när det finns en personlig kännedom mellan professionella. Tidigare samarbete och ömsesidig förståelse för varandras uppdrag och ansvar gör det lättare att kommunicera och samordna insatser över verksamhets- och myndighetsgränser.

Ett positivt exempel som lyfts är samarbetet mellan kommunen, den integrerade missbruks- och beroendemottagningen samt samverkansteamet. Här beskrivs samverkan som smidig och gränsöverskridande där det är enkelt att känna till och ta kontakt med varandra. Att verksamheterna arbetar integrerat och är samlokaliserade bedöms vara en bidragande faktor till ett bra samarbete.

Samordnad individuell plan (SIP) och SIP-möten betraktas som ett effektivt verktyg när de genomförs korrekt och upprätthålls. Särskilt när samtliga relevanta professioner är involverade, ansvarsfördelningen är tydlig och en gemensam handlingsplan utarbetas. När det finns tydliga kontaktvägar och individen har gett sitt samtycke till informationsdelning möjliggörs ett samordnat arbete med insatser som ges tidigt, är sammanhängande och kompletterande.

3.3.2 ...Men när förutsättningar är otillräckliga försvåras samverkan

Med utgångspunkt i faktorer som främjar effektiv samverkan har arbetsgrupp 3 även identifierat nuvarande hinder för en integrerad och sammanhållen vårdkedjan samt de åtgärder som krävs för att möjliggöra en fortsatt utveckling.

Kartläggningen visar att flera yrkesgrupper är involverade i vårdkedjans processer men att det inte alltid finns fullständig kännedom om varandras kompetenser eller de olika verksamheternas möjliga bidrag. Vägen in kan präglas av osäkerhet på grund av otydliga kontaktvägar och svårigheter att hitta rätt person eller funktion. Det kan vara svårt att hitta rätt inom organisationerna om det inte redan finns en etablerad kontakt.

Professionella beskriver att de lägger tid på att ringa runt för att hitta rätt samverkansaktörer och att fel kontaktpersoner ibland kallas till SIP:ar. Det leder till att samverkan riskerar att bli personberoende och att insatser fördröjs eller uteblir.

Arbetsgruppens kartläggning visar vidare på brister i uppföljningen. Utan en funktion som tar ansvar för att följa upp beslut riskerar SIP eller samverkansplaner att endast bli ett dokument snarare än ett levande verktyg. Insatser kan därmed avslutas eller utebli utan att övriga aktörer informeras, vilket gör att ansvaret faller mellan stolarna. Individen riskerar att hamna i kläm i ett stuprörssystem där ingen ansvarar för att hålla ihop helheten. Följden blir att individen inte får det stöd som behövs och att anhöriga ibland tvingas ta en samordnande roll. Detta ökar risken för att individen tappar motivationen att fortsätta söka hjälp för sitt skadliga bruk eller beroende.

Särskilt tydligt blir detta i användningen av SIP. SIP har återkommande lyfts som ett centralt verktyg för samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. När det används på rätt sätt bidrar det till tydlighet, struktur och en gemensam plattform för planering och ansvarsfördelning. Individen och anhöriga får en bättre överblick över insatser och vem som gör

vad. Risken för att individen bollas mellan verksamheterna är mindre när alla samlas för ett SIP-möte. Samtidigt finns en samstämmig bild av att SIP ofta fungerar sämre i praktiken än i teorin. Det upplevs som administrativt tungt, särskilt för den som ansvarar för att sammankalla till mötet och följa upp. Flera professionella beskriver också svårigheter med att få till möten i tid. Det sammankallas till SIP sent i processen, ansvarsfördelningen är otydlig och uppföljningen uteblir. Det leder till att SIP riskerar att förlora sin funktion som ett samordnande verktyg. Bilden överensstämmer med både samsjuklighetsutredningens analys och utredningen "God och nära vård" som föreslår en utveckling av bestämmelserna i SIP. Brukarperspektivet visar att SIP kan ge en mer samordnad vård och omsorg, men att det inte är tillräckligt för personer med stora samordningsbehov.

Sammantaget har användandet av SIP diskuterats som ett viktigt verktyg inom projektets samtliga delmoment men att det finns behov av att vidareutveckla användningen SIP för att maximera dess effektivitet och tillämpning. För att SIP ska få reell effekt krävs att det integreras i ett helhetsperspektiv där både struktur, roller och ansvarsfördelning är tydligt definierade samt där uppföljning är en självklar del av processen. Rutiner för hur och när SIP ska användas finns dels genom lagstiftning, dels genom framtaget länsgemensamt underlag. För att stärka kontinuitet och samordning

Kort om SIP

Regionen och kommunen ska gemensamt upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när en individ har behov av både hälso- och sjukvårds- samt socialtjänstinsatser.

Planen bör innehålla individens mål och specificera de rehabiliterande och förebyggande insatser som behövs. Fokus ligger på individens behov snarare än myndigheternas ansvarsområden.



föreslås SIP att kompletteras. Professionella har efterlyst regelbundna samverkansmöten mellan aktuella aktörer, med tydligt syfte, dokumentation och ansvarsfördelning. Ett sådant forum kan fungera som ett professionellt samverkanskomplement till SIP där

Träffas gemensamt
med alla inblandade.

Respondent
brukarenkät



professionella gemensamt ansvarar för planering och att uppföljning sker och där det säkerställs att beslutade insatser faktiskt genomförs. Vidare framträder behovet av en samordnande funktion som håller ihop vårdkedjan över tid. Frånvaron av en sådan roll leder ofta till att "allas ansvar blir ett oklart ansvar". En vårdkedjekoordinator lyfts därför fram som en möjlig lösning för att säkerställa att planering, genomförande och uppföljning fungerar i praktiken och vårdkedjans hålls sammanhållen.

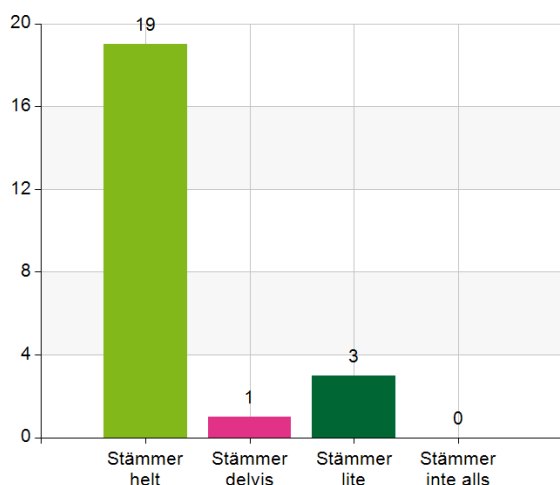
Behovsbilden överensstämmer med samsjuklighetsutredningens slutsatser. Personer med samsjuklighet är en heterogen grupp där vissa endast behöver vård medan andra även ett visst stöd från socialtjänsten. En tredje grupp har ett mer omfattande behov på flera livsområden. För dessa individer krävs flexibla, samordnade insatser och en tydlig funktion som tar ett helhetsansvar för samordningsprocessen.

3.3.3 Brukarens behov och syn på samverkan inom vård och stöd

Upplevelsen bland deltagare i arbetsgrupp 3 är att de flesta individer vill att professionella ska samverka för att få ihop helheten. En bild som även stöds av svaren i brukarenkäten där de flesta har svarat att de vill att de som hjälper mig med vård och stöd pratar med varandra kring den hjälp som jag behöver. Se diagram 1.

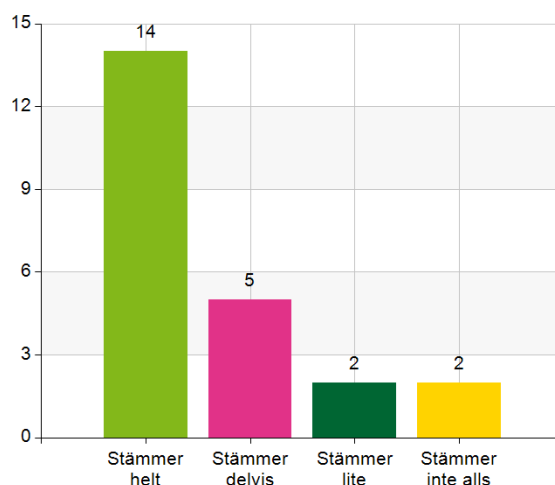
Vid frågan Jag upplever att de som hjälper mig med vård och stöd (till exempel inom beroendevård, socialtjänst och primärvård) pratar med varandra och planerar så att hjälpen hänger ihop, så att jag inte behöver hålla reda på vem som gör vad är det dock några färre som instämmer helt och fler som instämmer delvis, lite eller inte alls. Se diagram 2. Bilden visar att fler vill att professionella ska samverka än de som anger att de upplever att professionella samverkar.

Diagram 1. Önskan om samordning mellan vård och stöd



Kommentarer: Svar på enkätfrågan Jag vill att de som hjälper mig med vård och stöd pratar med varandra kring den hjälp jag behöver.

Diagram 2. Upplevelse av samordning mellan vård och stöd



Kommentarer: Svar på frågan Jag vill att de som hjälper mig med vård och stöd pratar med varandra kring den hjälp jag behöver.

I sitt delbetänkande *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* framhåller Samsjuklighetsutredningen behovet av tidig samverkan. Genom brukarmedverkan som genomförts inom Samsjuklighetsutredningen lyfts vikten av vård och stöd som hänger ihop som en helhet samt att vara lätt att komma i kontakt med och tillgängligt när det behövs. Enligt samsjuklighetsutredningen skiljer sig detta från dagens situation där insatser ofta ges på ett sätt som skapar mellanrum mellan verksamheter eftersom målet med insatserna är avgränsat till den egna verksamhetens uppdrag snarare än individens samlade behov. Som en följd av bristande samordning riskerar individen dessutom att inte få de insatser hen är i behov av. Samsjuklighetsutredningen har tagit fram tio målbilder för reformen. När det gäller målbilden "Vård och stöd som hänger ihop som en helhet" konstaterar utredningen:

Personer med samsjuklighet har beskrivit att man upplever att man skickas runt, hänvisas till, och avvisas från olika verksamheter. . . . Vi har i vårt arbete fått ett antal exempel på hur en person skrivits ut från sjukhus eller behandlingshem utan att varken psykiatrisk öppenvårdsbehandling eller sociala stödinsatser funnits tillgängliga eller att insatser efter ett avslutat heldygnsomhändertagande inte planerats tillräckligt.⁶

⁶ Samsjuklighetsutredningen sid 286

Samsjuklighetsutredningen beskriver även, precis som effektmålet i projektet *Skadligt bruk och beroendevård Nära Kronobergaren*, att det ska vara enkelt att komma i kontakt med vården när den behövs. Genom samsjuklighetsutredningens brukarmedverkan framkommer att personer med samsjuklighet beskrivit viljan att ta emot vård som ett fönster som kan vara öppet under begränsad tid. Det krävs därmed att vården har förutsättningar att ta emot personen vid det tillfället. Här behövs tydliga uppdrag till aktörer i systemet samt en effektiv organisering och tillräckliga resurser som även inbegriper tillgång till personal med rätt kompetens för uppgiften. Projektgruppen har i tidigare delrapporter beskrivit vägen in i vårdkedjan som nyckelfaktorer i att ta tillvara på individens egen motivation till att ta emot stöd och behandling och där förslag lämnats inom ramen för dygnsplacering. Inom delmoment 3 har samma behov synliggjorts inom ramen för öppenvård och sociala stödinsatser på hemmaplan, efter en dygnsplacering eller utan en sådan.

3.3.4 Samverkansmodeller

Kartläggningen visar att vägen in i vårdkedjan försvåras av bristande strukturer och otydligt ansvar. Beslutade insatser genomförs inte konsekvent och uppföljning saknas ofta, vilket leder till att ansvaret faller mellan stolarna. Trots en stark vilja till samarbete hos både individer och professionella riskerar den påbörjade samverkan att inte bibehållas över tid. Det finns alltså ett behov av kontinuitet, tydliga kontaktvägar och funktioner som säkerställer att planerade insatser verkligen genomförs.

Under workshoparna har olika samverkansmodeller och arbetssätt diskuterats för att stärka stödet kring personer med skadligt bruk och beroende. Eftersom flera aktörer ofta är involverade i samma individ krävs tydliga strukturer för planering och ansvarsfördelning. En modell som tagits upp som ett gott samverkansexempel när individen befinner sig placerad utanför hemmet är "Inslussning" inom Kriminalvården. Inslussning är en modell som ska underlätta dömdas förutsättningar att slussas in i samhället efter ett fängelsestraff. Modellen baseras på att det under den första tiden efter frigivning är avgörande för att minska risken för återfall i brott. Genom modellen startar planeringen av stöd och insatser redan under anstaltstiden och samordnas mellan Kriminalvården och aktörer på hemorten. Genom tidig samverkan skapas bättre förutsättningar för en fungerande övergång till livet i frihet.⁷ Modellen diskuteras som ett väl fungerande exempel där det finns tydligt vilka aktörer och kontaktpersoner som deltar i samarbetet tillsammans med individen.

Ytterligare en modell som nämnts under projektets gång är "Kronobarnsmodellen" där "min plan" har diskuterats. Kronobarnsmodellen är ett gemensamt arbetssätt inom Kronobergs län. Arbetssättet bygger på en modell som innebär att arbeta främjande och förebyggande, att möta barnets svårigheter tidigt samt att relevanta parter ska samverka när det finns behov av det. "Min plan" är ett samverkansdokument inom modellen där

⁷ Kriminalvården. *Samverkan och samarbete – Inslussning*, 2025

det anges vilka verksamheter som deltar och vilka insatser de ansvarar för. För varje verksamhet utses en kontaktperson med kontaktuppgifter. Det tydliggör för både barn, vårdnadshavare och berörda aktörer vem som gör vad och hur kontakt kan tas.

De samverkansmodeller som diskuterats under projektet lyfts fram som exempel på strukturer som fungerar bättre i praktiken. Modeller som "Inslussning" inom Kriminalvården och Kronobarnsmodellen med "Min plan" visar hur tydliga kontaktpersoner, definierade aktörer och gemensamma forum kan skapa en stabil och effektiv samverkan. Genom att klargöra vem som ansvarar för vad, hur kommunikationen ska ske och när uppföljning ska genomföras, säkerställs att insatser planeras, genomförs och följs upp på ett strukturerat sätt. Dessa modeller fungerar därför som inspiration för hur samverkan kan utvecklas kring personer med skadligt bruk och beroende där både kontinuitet och helhetssyn är avgörande för att stöd och vård ska fungera i praktiken.

3.4 Slutsatser kartläggning och behovsanalys

Erfarenheter som lyfts i detta kapitel visar att fungerande samverkan bygger på både relationella och strukturella förutsättningar såsom bred kännedom mellan aktörer, tydliga och smidiga kontaktvägar samt samtycke för informationsdelning. När dessa saknas blir ingångar till samverkan osäker, personberoende och sårbar. Individen riskerar då att inte få sina behov mötta på ett samordnat sätt trots att viljan till samarbete ofta finns hos både professionella och individer.

Sammanställning behovsanalys

- Individen får stöd från flera aktörer men ingen har helhetsansvar.
- Risk att insatser faller bort, försenas eller krockar.
- Vård och stöd planeras var för sig, inte tillsammans.
- Individen får själv koordinera sina insatser och kan uppleva att hen behöver springa mellan myndigheter
- Brist på kontinuitet och uppföljning, särskilt vid övergångar
- Kommunikationsbrister mellan kommun och region.
- SIP är administrativt tungrott eller upplevs inte tillräckligt

Förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja förutsätter inte endast att initiera samverkan utan också att upprätthålla den över tid. Det kräver kontinuitet, ansvarsfördelning och behovet av samordnande roller genom hela vårdkedjan så att beslutade insatser genomförs och följs upp. Kartläggningen visar att en hållbar samverkan kring personer med skadligt bruk och beroende

förutsätter tydliga strukturer, fungerande uppföljning och kontinuerliga forum för planering. Om samverkan inte upprätthålls riskerar insatser att fördröjas eller utebli, ansvar faller mellan stolarna och individenens behov riskerar att inte bli mötta.

Mot bakgrund av dessa insikter presenteras i nästkommande två kapitel konkreta förslag på arbetssätt och utvecklingsinsatser som syftar till att möta de utmaningar i samverkan som identifierats kring öppenvård och sociala stödinsatser på hemmaplan. Målet är att möta de identifierade utmaningarna för att säkerställa att samverkan smidigt kan initieras och upprätthållas över tid med individens behov i centrum.

4 Vägen in- Tidig samverkan och gemensamt ansvar för en sammanhållen vårdkedja

En effektiv samverkan börjar innan insatser sätts in och bygger på tydliga strukturer, roller och tillgängliga kontaktvägar. Kapitlet fokuserar på hur tidig och hållbar samverkan kan skapas för att säkerställa att personer med skadligt bruk eller beroende får rätt stöd i rätt tid. Centrala delar är gemensam planering, fungerande kommunikationskanaler och tydliga ingångar, liksom digitala verktyg, sekretess och samtycke. På så sätt kan aktörer lättare hitta rätt person att samverka med och bidra till en långsiktigt hållbar samordning.

Vårdkedjan startar vid ansökan om en placering som frivillig insats eller som en del av tvångsvård.⁸ Vid både öppen tvångsvård och frivilliga insatser utreder socialtjänstens socialsekreterare och fattar beslut efter behov. Verksamheterna ska ha smidiga kontaktvägar för att enkelt samverka och ta vara på individens egen motivation till behandling. Samordningen av insatserna i vårdkedjan ska ske på adekvat nivå i och initieras i ett tidigt skede. Inom *delmoment 1-Vägen in* påbörjades arbetet inom projektet med att klarlägga behov och förslag för att förenkla vägarna in till vårdkedjan. Fokus i delmoment 1 och 2 har varit till stor del på heldygnsvården. Avsnittet nedan redogör för fokus inom delmoment 3 och de förutsägningar som krävs för att samordningen ska ske i rätt tid och vara effektiv mellan öppenvård och sociala stödinsatser efter avslutad heldygnsvård eller vid behov utan en sådan placering.

4.1 Förslag för en samordnad vårdkedja – Struktur för tidig samverkan och ett gemensamt ansvar

Förslagen som diskuteras och lämnas inom kapitlet knyter an till behovsanalysen i tidigare kapitel gällande vägen in och inom vårdkedjan. Förslagen innefattar stärkta kommunikationsvägar mellan kommun och region, sekretessfrågor samt digitala kommunikationsverktyg.

För att förbättra samordningen krävs digitala verktyg som möjliggör säkert informationsutbyte och gör det enklare att kommunicera tvärprofessionellt. Men det handlar inte enbart om teknik, utan även om att skapa tydliga kontaktvägar. Utöver digitala dokumentationssystem har arbetsgruppen diskuterat olika förslag på kontaktvägar för att enkelt ta kontakt med berörda aktörer och arbeta samordnat inom

⁸ Vård enligt § 27 LVM

vårdkedjan. Enkla, strukturerade kontaktvägar är avgörande för att säkerställa att rätt person alltid kan nå snabbt. Frånsett tydliga kontaktvägar eller digitala kommunikationsverktyg är en utmaning med integrerade verksamheter som ofta lyfts fram möjligheter till informationsdelning och gemensam journalföring mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.⁹ Vad gäller sekretess vid samverkan inom vårdkedjan är grunden att respektive individ ger sitt samtycke till samverkan och delad information. Om samsjuklighetsutredningens förslag om en samordnad vård- och stödverksamhet implementeras, kommer förutsättningar för informationsdelning se annorlunda ut för den verksamheten och målgruppen genom lagen om sammanhållen vård och omsorgsdokumentation som beskrivits i delrapport 1. Fram till dess är det dagens lagar som gäller för samverkan inom vårdkedjan. Det kräver tydliga samtyckesrutiner och kompatibla system.

4.1.1 Förenkla kommunikationen mellan region och kommun – alla har ansvaret men ingen har helhetsansvaret

När en individ inom målgruppen har behov av både öppenvård och sociala stödinsatser råder det ofta en oklarhet kring vem som ansvarar för vad, vem som ska kontaktas inom verksamheterna och hur. Framför allt har det under diskussionerna framhållits svårigheter mellan psykiatri och kommun. Arbetsgruppen har diskuterat hur tydliga kontaktvägar kan etableras mellan psykiatri och kommunala enheter för att minska fördröjningar och förhindra att individer faller mellan stolarna. För att förenkla och effektivisera samarbetet mellan psykiatri och kommunen behövs tydliga rutiner och en klar förståelse för ansvarsfördelningen. Arbetsgruppen har diskuterat att ha aktuella kontaktpersoner inom både psykiatri och kommunen som enkelt kan kontaktas vid behov i syfte att minska problematiken med att ringa runt och inte hitta rätt väg. Andra samverkansmodeller, som Inslussning inom Kriminalvården och Kronobarnsmodellen, visar hur tydliga aktörer, kontaktpersoner och strukturer kan skapa fungerande samverkan i praktiken. Nedan redovisas de olika kontaktvägar som diskuterats och som föreslås arbetas vidare med.

- **Gemensam översikt av kontaktvägar för att hitta rätt verksamhet**

Flera deltagare under projektets gång har lyft behov av en gemensam digital telefonkatalog med en överblick av kontaktpersoner hos olika aktuella aktörer. Förslaget inkluderar även att utse kontaktpersoner inom myndigheter och enheter så att det finns en tydlig rutin för vem som ska kontaktas i olika situationer. Projektgruppen har diskuterat förslaget vidare och analyserat möjligheten till en gemensam telefonkatalog. I dag är sådana lösningar på telefonkataloger ofta lokala, manuellt uppdaterade och svåra att hålla aktuella. Att ha sådana telefonlistor till enskilda professionella inom vårdkedjan

⁹ Samsjuklighetsutredningen delbetänkande, SOU 2021:93

bedöms som tungrott med svårigheter att hållas aktuella och därmed adekvata. Att införa enskilda kontaktpersoner bedöms svårt när organisationer och verksamheter ständigt är föränderliga. Det kan även finnas flera kontaktpersoner inom varje organisation.

Behovet av en kontaktöversikt är ändå reellt. Projektgruppen föreslår en lösning på att strukturera upp med att tydliggöra aktörer och ingången till dessa via telefon eller e-post liknande den som finns inom Kronobarnsmodellen. På vårdgivarwebben finns ett dokument som heter "Kontaktvägar till hälso- och sjukvården för samverkan i Kronobarnsmodellen". Dokumentet är till för att underlätta för alla med etablerad vårdkontakt att hitta rätt verksamhet inom Region Kronoberg för samverkan inom Kronobarnsmodellen. Dokumentet listar kontaktorsak och kontaktvägar till varje verksamhet som finns på listan. Projektgruppen har tagit del av dokumentet och bedömer att ett liknande dokument som möjligt och användbart inom vårdkedjan. Även ett sådant dokument behöver givetvis följas upp och uppdateras. Eftersom det inte är personbundet utan istället verksamhetsbundet är det dock enklare för verksamheten att uppdatera vid förändrade kontaktuppgifter. Det föreslås även i delrapportens nästkommande kapitel att en vårdkedjekoordinator införs och kan ansvara för en kontaktsammanställning.

- **Vårdkedjeremiss som ingång till psykiatri**

När en individ har behov av vård från specialistpsykiatri skickas idag en remiss till psykiatrins remissport. När remissen skickas till specialistpsykiatri riktas remissen enbart till en enhet även om det beskrivs behov av insatser inom flera områden och från flera enheter. Det leder till att den mottagande enheten inom psykiatri påbörjar insatser enskilt för den problematik som enheten ansvarar att vårda. Först när vård för den problematiken bedöms som färdig skickas remiss till nästa enhet utifrån individens behov av vård. Det gör att nuvarande remisshantering ofta leder till att remisser där beroendeproblematik nämns främst hänvisas till beroendevården. Annan psykiatrisk problematik riskerar därmed att inte uppmärksammas och att individens helhetsbehov inte möts.

Till följd av att målgruppen med skadligt bruk eller beroende risker att inte få sammanhållen vård och stöd vid nuvarande remissförfarande föreslår projektgruppen att en särskild vårdkedje-remiss införs när flera olika enheter inom psykiatri som behöver samverka kring individen. Syftet är att säkerställa en samordnad vård där flera enheter kopplas in samtidigt utifrån individens samlade behov.

Förslag på rutin för vårdkedjeremiss till psykiatri

När remiss för målgruppen skickas till psykiatri ska den adresseras med Vårdkedjeremiss för att uppmärksamma remissporten på att fler enheter initialt ska samverka direkt. Processen inleds med ett gemensamt remissmöte där representanter från samtliga relevanta enheter inom psykiatri deltar. På mötet beslutas hur individens samlade problematik ska hanteras och i vilken ordning insatserna ska genomföras för en sammanhållen vårdkedja.

Remissen behöver innehålla en beskrivning av individens samlade behov i syfte att samtliga aktuella enheter kallas till mötet. Om individen ännu inte är drogfri, men syftet är att påbörja en behandling som förutsätter drogfrihet, ska även den enhet som ansvarar för drogfrihetsinsatser delta. Där har de möjlighet att informera om vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda före behandlingsstart samt samtidigt påbörja de insatser som inte förutsätter drogfrihet. Det möjliggör en snabbare behandlingsstart när individen väl uppnått drogfrihet.

- **Kontaktbegäran som ingång till kommunen**

Det har inom hela projektets gång diskuterats svårigheter att nå rätt enhet eller profession inom kommunen för målgruppen skadligt bruk eller beroende. Det är inte alltid tydligt inom vilken enhet eller verksamhet stödet finns inom. Det kan i och med kommunernas gemensamma ingång (gemensamma mottagning) vara svårt att hitta rätt person om inte en redan befintlig kontakt finns upprättad. Inom psykiatri finns idag ett dokument som kallas "Kontaktbegäran" som syftar till att hjälpa individer att ansöka om kommunala insatser. Samtliga medarbetare inom regionen har möjlighet att använda kontaktbegäran för att bistå personer som önskar stöd i samband med att ansöka om kommunala insatser. När en kontaktbegäran skickas till kommunen behandlas den som en ansökan av den mottagande kommunen. Individen har möjlighet att senare avstå från att ta emot det stöd som erbjuds.

I dagsläget används kontaktbegäran främst av läkare inom akutpsykiatriska avdelningen för att hjälpa individer som uppger en vilja och behov av fortsatt stöd vid skadligt bruk eller beroende. Det finns dock inga hinder för att andra delar av regionen också använder formuläret som ett verktyg för att stödja individen och vidarebefordra det till kommunen. Kontaktbegäran gör det möjligt för psykiatri att på individens uppdrag initiera kontakt med kommunen. Genom att bredda verktyget kan kontaktbegäran användas mer systematiskt och integreras som en självklar del i vård- och stödprocessen. Det blir en betydelsefull samverkanslänk mellan vård och socialt stöd. Fler individer får en snabbare väg in till rätt stöd, utan att själva bära hela ansvaret för kontakten. Projektgruppen föreslår därför att kontaktbegäran etableras som ett systematiskt och tydligt verktyg, som stärker regionens möjligheter att stötta målgruppen i kontakten med kommunen och därigenom underlätta vägen till rätt stöd."

Förslag till fortsatt arbete för att förbättra kontaktvägar mellan kommunen och region

Sammantaget behövs flera vägar in mellan region och kommun förtydligas och förenklas. Något som framkommit under samtliga delmoment under projektets gång.

Projektgruppen föreslår förslag till beslut om vidare arbete:

- ➔ Vid implementeringen av vårdkedjan upprättas en verksamhetsbunden översikt över kontaktvägar (liknande Kronobarnsmodellen) där aktörer och funktioner listas utifrån behov och uppdrag.
- ➔ En särskild Vårdkedje-remiss införs enligt föreslagen rutin som kontaktväg till specialistpsykiatri för målgruppen med skadligt bruk eller beroende och som även behöver insatser inom andra psykiatriska enheter.
- ➔ Användningen av kontaktbegäran breddas till fler professioner inom psykiatri och används systematiskt som en del av psykiatrins verktyg att hjälpa individer att ansöka om sociala stödinsatser från kommunen. Rutiner och information för hur verktyget ska användas i praktiken upprättas. Vidare föreslås även att användningen av kontaktbegäran följs upp för att säkerställa att fler individer får snabbare väg in till rätt stöd.



4.1.2 Gemensamma kommunikationsverktyg – digital infrastruktur som möjliggörare för samverkan

Ett återkommande tema under projektets samtliga delmoment har varit behovet av fungerande säkra digitala kommunikationsverktyg som stöd för samverkan mellan olika aktörer. Deltagare inom delmoment 3 har även diskuterat behovet av informationsdelning, dokumentation och samordning på ett säkert och strukturerat sätt.

Ett gemensamt
journalssystem så jag
slipper bli
kommunikatör

Respondent
brukarenkät



Utifrån ett ökat samarbete mellan de aktörer som ingår i vårdkedjan finns det behov av att tydliggöra hur information utbyts mellan aktörerna och vilka kommunikationsvägar som ska användas.

Projektgruppen har utgått ifrån att undvika ett ökat pappersarbete och användning av vanlig postgång för att skicka underlag om individer och deras insatser. Därför har fokus legat på att använda säker digital kommunikation. Frågan om digitala

kommunikationsverktyg hanteras sammanhållet inom *Delrapport 2 - Heldygnsvård* (kapitel 7) och gäller även de delar inom delmoment 3 som framkommit där samma frågor och behov har framkommit.

Sammanfattningsvis har projektgruppen föreslagit att samverkan initialt sker via säkra digitala videomöten och e-post samt att frågan hanteras vidare med av berörda professioner för att klargöra behövliga arbetssätt. Projektgruppen har även föreslagit att

fortsätta utreda möjligheterna till att använda Cosmic Link som en helhetslösning för digital informationsdelning inom vårdkedjan. Det har under arbetets gång under delmoment 3 ytterligare poängterats fördelar med att kunna använda det redan befintliga systemet Link inom vårdkedjan. Dels som en helhetslösning, dels framförallt för SIP vars dokumentationen upplevs tungrott (ytterligare beskrivning om SIP och Link finns inom nästkommande kapitel). Eftersom varje kommun endast har tillgång till en inkorg i Link har inte projektgruppen kunnat föreslå att använda Link inom vårdkedjan. Mot den bakgrund som framförts under hela projektets gång, inte minst delmoment 3, ser dock projektgruppen behovet av en initiering av att se över användandet av Link inom kommunerna och möjligheterna till en egen inkorg för den skadliga bruk- och beroendevården, alternativt för vårdkedjans målgrupp.

Förslag till fortsatt arbete gällande digitala kommunikationsverktyg

Sammanfattningsvis behöver rutiner och arbetssätt fortsättningsvis tas fram för att säkerställa att information flödar effektivt och snabbt mellan alla berörda parter och att den sker genom informationssäkra kanaler enligt gällande regler. Projektgruppen föreslår förslag till beslut om vidare arbete:

- ➔ Fortsätta arbetet med att införa gemensamma digitala kommunikationsplattformar genom säkra videomöten och säker e-post genom SDK enligt styrgruppens tidigare beslut i delmoment 2.
- ➔ Initiera en översikt av inkorgar i Cosmic Link och utvärdera framåt ifall den gemensamma kommunikationen kan införas i systemet som en gemensam digital plattform.



4.1.3 Sekretess och samtycke – samtyckesprocess med tydlig information till individen

Ramförslaget på vårdkedjan såväl som tidigare delmoment har beskrivit sekretess inom vårdkedjan. Sekretesslagstiftningen upplevs ibland utgöra ett hinder för samverkan när inte alla relevanta aktörer kan dela eller ta del av viktig information. Detta kan i vissa fall försvåra arbetet över myndighetsgränser och göra att viktig information inte når fram dit den behövs. Samtidigt framkommer i arbetsgruppens diskussioner att de flesta individer inom målgruppen vill att professionella samarbetar för att skapa en helhet i vård och stöd. Denna uppfattning bekräftas både i brukarenkäten inom delmoment 3 och i den användardrivna utveckling som lyfts i Samsjuklighetsutredningen. Det finns alltså en tydlig vilja till samverkan både hos professionella och hos målgruppen, men den praktiska förmågan att genomföra detta varierar beroende på om strukturella förutsättningar finns på plats.

Det är samtidigt avgörande att den enskildes skydd inte åsidosätts i ambitionen att skapa välfungerande samverskansarenor. I samtliga diskussioner som förts genom delmomenten råder det en enighet om att individens delaktighet är central. Det gäller såväl i utredningsprocessen som vid öppenvård och insatser samt heldygnsvård. För att vård och stöd ska vara effektiva och meningsfulla behöver individen uppleva inflytande och delaktighet i besluten.¹⁰ Att få en tydlig bild av helheten och vårdkedjans innehåll kan dessutom bidra till ökad trygghet, känsla av sammanhang och stärkt autonomi för individen och anhöriga.

En återkommande fråga under workshoparna har varit hur processen för att inhämta samtycke kan göras enklare och ske i ett tidigt skede. Det handlar också om att säkerställa att individen får tydlig och relevant information om syftet med samverkan. En tydlig och transparent kommunikation från början minskar risken för missförstånd och ökar viljan att lämna sitt samtycke. Ett konkret förslag är därför att förtydliga samtyckesprocessen och ta fram gemensam, lättillgänglig information som alla aktörer kan använda. På så sätt skapas en gemensam grund för tidig samverkan med individens behov i fokus.

Om individen inte vill delta i eller ge sitt samtycke till en SIP ska detta självklart respekteras, i enlighet med gällande lagstiftning som vilar på respekt för den enskilde. Det är dock viktigt att individen förstår vad gemensam planering innebär och vad det kan innebära för hans fortsatta vård och omsorgs att inte lämna sitt samtycke till samverkan. Det är dock viktigt att individen förstår innebörden av gemensam planering, och vad det kan innebära för den fortsatta vården och stödet att inte ge sitt samtycke. Att avstå från gemensam planering behöver inte innebära att individen tackar nej till insatser från olika verksamheter. Enligt gällande bestämmelser bör insatserna kunna genomföras som planerat även om en SIP inte kan fullföljas.¹¹

Förslag till vidare arbete för att förtydliga sekretess och samtycke

Projektgruppen föreslår förslag till beslut om vidare arbete:

- ➔ Ta fram kommunikationsunderlag och tydliga informationsfoldrar som på ett tydligt sätt förklarar vårdkedjeprocessen, varför samtycke behövs, hur det används samt vad det innebär för både individen och de inblandade aktörerna.
- ➔ Utveckla samtyckesblankett och juridisk grund: Detaljer hur samtyckesblankett utformas samt den juridiska förankringen för implementering behöver hanteras vidare i *delmoment 4 – juridik och ekonomi*.



¹⁰ Socialstyrelsen, LVM i hälso- och sjukvården Handbok för hälso- och sjukvårdens tillämpning av lagen om vård av missbrukare i vissa fall, 2022

¹¹ Regeringen socialutskottet, Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering, 2017, 2017/18:RFR5

4.2 Sammantagen bedömning och slutsatser - Vägen in

Kapitlet har tydliggjort att en fungerande samverkan tidigt i processen är avgörande för att vårdkedjan ska komma igång på ett samordnat och tryggt sätt. När aktörer har kännedom om varandra, kontaktvägar är tydliga och samtycke finns från individen läggs grunden för ett samarbete som gynnar både professionella och klienter eller patienter. Avsaknad av dessa förutsättningar leder däremot till osäkerhet, fördröjda insatser och ökad risk att individen faller mellan stolarna redan i inledningen av vårdkedjeförloppet. Samverkan kan skapas genom tydliga strukturer, roller och tillgängliga kontaktvägar. Centralt är gemensam planering, fungerande kommunikationskanaler och tydliga ingångar mellan kommun och region, liksom digitala verktyg, sekretess och samtycke för en långsiktigt hållbar samordning.

För att möta dessa utmaningar har olika förslag presenterats för en enklare samverkan i ett tidigt skede av vårdkedjeprocessen. Förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja förutsätter inte endast att samverkan initieras utan även upprätthålls över tid. Nästa kapitel fokuserar därför på hur samverkan och samordning upprätthålls och behålls samman över tid. Fokus ligger på kontinuitet, ansvarsfördelning och behovet av samordnande roller genom hela vårdkedjan.

5 En hållbar samverkan - uppföljning, kontinuitet och samordnande roller i en sammanhållen vårdkedja

Förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja är att samverkan inte endast initieras utan även upprätthålls över tid. Hållbar samordning uppnås när strukturer och ansvar fungerar tillsammans. Kapitlet fokuserar på vad som krävs för en fungerande vårdkedja, där både personligt och organisatoriskt ansvar är avgörande. Särskild vikt läggs vid kontinuitet, tydlig ansvarsfördelning samt uppföljning av SIP och professionella samverkansmöten för att bevara och utveckla samverkan över tid. Utifrån behovet av en koordinerande roll föreslås även att en vårdkedjekoordinator införs fört att hålla ihop processen och säkerställa att samordningsrutinerna inom vårdkedjan etableras och upprätthålls.

I vårdkedjan ingår flera olika vård- och stödinsatser som behöver samordnas för att skapa ett sammanhängande stöd för individen. Detta gäller inte bara vid initiering av vård och stöd utan under hela processen, särskilt vid övergångar mellan heldygnsvård och hemmet. Samsjuklighetsutredningen betonar risken för målgruppen att falla tillbaka i skadligt bruk eller beroende efter heldygnsvård om det inte finns tillräckligt stöd på hemmaplan. En trygg och välorganiserad övergång är betydelsefull för att individen ska kunna fortsätta eller påbörja insatser på hemmaplan utifrån behov och undvika återfall i skadligt bruk eller beroende efter en avslutad heldygnsvård. När individen befinner sig hemma involverar vård- och stödinsatser ofta flera aktörer, vilket ställer krav på tydliga strukturer, ansvarsfördelning och kontinuerlig samverkan.

5.1 Förslag för en hållbar samverkan inom vårdkedjan – kontinuitet, uppföljning och samordnande roller

Projektgruppen har efter delmoment 1–3 sett ett mönster av uttalade behov av samordning och koordinering för att hålla ihop vård- och stöd inom vårdkedjan när flera aktörer är involverade. Det kan då bli svårt för individen eller hens anhöriga att hålla ihop alla delar. Ambitionen är att individer med skadligt bruk eller beroende samt deras anhöriga inte själva ska ansvara för att koordinera kontakt och insatser samt uppleva att de skickas mellan myndigheter. Flera utmaningar i samordningen har identifierats när det gäller att hålla ihop vård- och stödinsatser över tid. Analysen visar att uppföljningen ibland är en svag länk, särskilt när flera aktörer är inblandade. Beslutade insatser kan utebli eller avslutas utan att övriga aktörer informeras. Utan fungerande uppföljning blir SIP ett stillastående dokument snarare än ett verktyg för samverkan. Detta leder till att

ansvaret hamnar mellan stolarna och individen eller hens anhöriga riskerar att själva behöva samordna vården. Flera deltagare har efterfrågat ytterligare verktyg samt mer effektiva forum för gemensam planering utöver SIP. Därför föreslås att SIP kompletteras med regelbundna samverkansmöten mellan yrkesverksamma, där syfte och ansvar tydligt definieras utifrån individens behov. Målet är att skapa ett professionellt forum som kompletterar SIP för att underlätta planering och uppföljning och därmed säkerställa att beslutade insatser genomförs.

Vidare beskriver professionella att frånvaron av en samordnande roll ofta leder till att ansvaret hamnar mellan stolarna och att "allas ansvar blir ett oklart ansvar". En samordnande funktion eller roll som håller ihop processen över tid pekas ut som avgörande för att säkerställa att besluten i SIP eller samordning inom vårdkedjan genomförs och följs upp. Behovsbilden stämmer överens med den i samsjuklighetsutredningen. Personer med samsjuklighet är en varierad grupp där psykisk ohälsa och skadligt bruk kan påverka hälsa och funktionsförmåga på olika sätt. Vissa behöver enbart vård, andra även ett visst stöd från socialtjänsten där samordningen kan ske med utgångspunkt i en individuell plan (SIP). Därutöver finns det en grupp som har behov av stöd på flera livsområden och omfattande behov av samordnade insatser i flexibla former. Socialstyrelsen ser dessutom en ökning av klienter med komplexa vårdbehov inom socialtjänsten. Samsjuklighetsutredningen beskriver att behovet för målgruppen med störst samordningsbehov inte helt kan täckas av exempelvis fast vårdkontakt. Det behövs en mer sammanhållen verksamhet.

Som tidigare redovisats i delrapporten har Samsjuklighetsutredningen upprättat tio målbilder för den föreslagna reformen. De beskriver att det kan behöva finnas särskilda oberoende funktioner som hjälper den enskilde att navigera i vård- och stödsystemet. För målbilden *En person som jag kan lita på och som följer med i hela processen* konstaterar samsjuklighetsutredningen:

Vård- och stödsystemet är fragmentiserat och svåröverblickat. För en person med behov av många kontakter är det av stort värde att det finns en person som håller ihop planering och genomförande av insatserna.¹²

Nedan följer de förslag som har diskuterats och lämnas kring att bibehålla samverkan inom vårdkedjan. Det handlar om en trygg och stabil övergång från heldygnsvård och hemflytt, minska dokumentationstyngden med SIP, att komplettera SIP med professionella samverkansform och om införandet av en sammanhållande roll som vårdkedjekoordinator.

¹² Samsjuklighetsutredningen sid 288

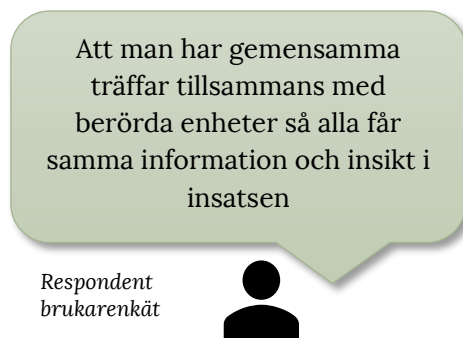
5.1.1 En trygg och stabil övergång mellan heldygnsvård och öppenvård samt sociala stödinsatser på hemmaplan

Samsjuklighetsutredningens genomgång av forskning och evidensbaserade insatser visar att det föreligger ett betydande behov av att sociala stödinsatser samt vård i hemmiljö tillhandahålls efter avslutad heldygnsplacering. Det är av stor vikt för individens



möjligheter att upprätthålla ett liv utan skadligt bruk eller beroende samt för att främja ett stabilt och självständigt liv. Det är även av stor vikt med en stabil och välplanerad övergång mellan heldygnsvård och hemflytt med en planering för kommande insatser som ska ske på hemmaplan. Inom projektets *delmoment 2 - Heldygnsvård* arbetades rutiner fram för att säkerställa att insatserna mellan heldygnsvård och övergången hem sker så smidigt som möjligt, med en långsiktig plan samt

eventuellt genom en gradvis hanterbar övergång. Som en del i den sammanhållna vårdkedjan påbörjas planeringen av öppenvård och socialtjänstinsatser på hemmaplan utifrån individens behov redan under placering på Novus och Ekeliden. Målet är att för individen skapa en sammanhållen vårdkedja och en sömlös övergång mellan heldygnsvård och sitt hem. Samverkan ska säkerställa individens delaktighet i sin vårdplanering för en hållbar behandling med ett långsiktigt liv utan skadligt bruk eller beroende. För att underlätta övergången från heldygnsvård till öppenvård genomförs SIP redan under pågående heldygnsvård för att planera och påbörja öppenvård och sociala stödinsatser i god tid. Det möjliggör att insatserna och vården redan är påbörjade och etablerade när individen skrivs ut.



Arbetet med att utveckla samverkan mellan heldygnsvård och de olika verksamheter på hemmaplan har fortsatt inom projektets delmoment 3, med fokus på likvärdig vård och sociala stödinsatser. Under arbetets gång har det blivit än mer tydligt att SIP behöver kompletteras med professionella samverkansforum och andra koordinerande insatser. Uppföljning av SIP behöver även förenklas, där dokumentationen upplevs som tungrodd.

5.1.2 Digitala verktyg för att underlätta uppföljning av SIP

SIP har återkommande lyfts som ett centralt verktyg för samverkan inom vårdkedjan och fördelarna har återkommande redovisats i delrapporten. I praktiken finns dock utmaningar med administration, ansvarsfördelning och uppföljning. SIP föreslås genom projektet förstärkas på flera sätt. Digitala kommunikationskanaler har adresserats inom olika delar av vårdkedjan för att förenkla samverkan. Även för användandet av SIP har det framkommit behov av förenklade kommunikationskanaler och digitala verktyg.

Det etablerade digitala verktyget Cosmic LINK används bland annat idag inom länet för att kalla till SIP samt för att sammankalla enheter inom region och kommun för fortsatt planering. Den somatiska vården använder LINK för att sammankalla kommunala omsorgsinsatser vid hemgång. Som tidigare redovisats inom projektet är en utmaning med LINK att kommunerna endast har en kommungemensam inkorg. Inom regionen har alla enheter varsin inkorg och där aktuella professioner har tillgång till sin enhets inkorg. För de kommunala inkorgarna utses vanligtvis ett fåtal personer med behörighet att hantera inkommande ärenden, mottagna kallelser och information genom att fördela dem till relevanta förvaltningar. När ett ärende registreras i LINK-systemet krävs därmed flera administrativa steg innan det når den avsedda mottagaren. Dessutom har de berörda professionerna inom kommunen ingen möjlighet att själv dokumentera direkt i LINK-systemet. När kommunala professioner ansvarar för dokumentation av gemensam SIP behöver detta därför upprättas och skickas ut till berörda manuellt utanför Link. Sammantaget gör det att skapade SIP-planer i LINK inte alltid når relevanta personer och att kommunikationen begränsas och fördröjs när professioner inom vårdkedjan saknar behörighet att arbeta i LINK. Det är även en fråga om individens integritet när andra professioner än berörda behöver hantera ärenden för att flöda information till rätt enhet. För att förenkla dokumentationsprocessen kring SIP, som har upplevts som administrativt krävande av arbetsgrupperna, föreslås att fler separata inkorgar införs inom kommunerna. Link kan då nyttjas inom vårdkedjan som ett hjälpmedel för kommunikation och planering mellan regionen och kommunen. Förslaget får i linje med delmoment 2 där frågan beskrivs mer utförligt samt i föreliggande delrapports avsnitt om digitala kommunikationsverktyg.

Förslag för att förenkla SIP-uppföljning genom dokumentation i Link.

I linje med tidigare underlag om att ha separata kommunala inkorgar i Link för att kunna använda verktyget inom vårdkedjan föreslår projektgruppen följande för det fortsatta arbetet:

- ➔ Initiering av kartläggning kring användandet av Cosmic Link i vårdkedjan i syfte att föra dokumentation inom SIP för alla inblandade aktörer.



5.13 Professionella samverkansmöten som komplement till SIP – en arena för samverkan och uppföljning

För många individer inom målgruppen för skadligt bruk- eller beroendevården är SIP ett användbart verktyg som tydliggör insatser och ansvar. Kartläggningen visar dock att SIP inte alltid räcker för att hålla ihop vård- och stödinsatser över tid. En återkommande erfarenhet är att SIP inte ensamt kan hantera komplexa samordningsbehov. Det saknas kompletterande forum för planering, uppföljning och gemensamt ansvarstagande.

Avsaknaden av sådana forum bidrar till personberoende samverkan, brist på helhetsperspektiv och risk för att beslutade insatser inte genomförs. Bristande uppföljning gör att planen riskerar att stanna som ett dokument istället för att fungera som ett levande verktyg. Beslutade insatser kan utebli eller avslutas utan att övriga aktörer informeras. Ibland kan det vara påfrestande för individen att delta i alla samverkansmöten genom SIP. Professionella beskriver därför behovet av mer kraftfulla samordningsforum där ansvarsfördelning, uppföljning och planering utan att belasta individen ytterligare.

Mot bakgrund av detta föreslår projektgruppen genom delmoment 3 att regelbundna samverkansforum etableras för professionella aktörer. Dessa forum ska utgöra en gemensam plattform som komplement till SIP. De ska med individens behov i fokus skapa förutsättningar för kontinuerlig uppföljning, tydlig ansvarsfördelning samt förbättrad samordning.

Forumet syftar till att utveckla en samsyn och känsla av teamarbete även mellan olika huvudmän. Det skapar ett mer sammanhållet omhändertagande där professionerna är väl insatta i vad, hur och när insatser ges. På så sätt minskar risken för att insatser faller bort samtidigt som helhetssynen kring individen stärks och individen själv inte behöver bära samordningsansvaret. Som komplement till SIP ger forumet de professionella en arena för gemensam planering, uppföljning och ansvarstagande utan att individen direkt behöver delta. Detta minskar risken att individen blir överbelastad och frigör tid för hen att fokusera på sina behov och mål. Samtidigt möjliggör forumet en mer kontinuerlig och stabil samverkan mellan aktörer. Här kan ansvarsfördelning, dokumentation och helhetsperspektiv diskuteras och säkerställas både inför beslut och vid uppföljning.

Förslag om professionella samverkansforum som ett samverkansverktyg

För att kunna implementera professionella samverkansforum som komplement till SIP inom vårdkedjan föreslår projektgruppen vidare arbete:

- ➔ Införa rutiner för återkommande professionella samverkansmöten som komplement till SIP. Rutinerna ska klargöra syfte, roller, dokumentation och ansvar i samband med mötena.
- ➔ Skapa en struktur som säkerställer att professionella samverkansforum kan användas regelbundet och oberoende av enskilda personer för långsiktig stabilitet. Rutinerna ska även säkerställa att forumet används både för planering och uppföljning.



5.1.4 En vårdkoordinator som har mandat och håller ihop vårdkedjeprocessen

Många individer med ett skadligt bruk eller beroende har behov av vård och stöd från flera aktörer samtidigt. Varje aktör har ansvar för sina egna insatser men ofta saknas

någon som tar ett helhetsansvar för att samordna dem. Konsekvensen blir att individen själv eller anhöriga tvingas hålla ihop vårdkedjan. Detta skapar otydlighet, risk för att insatser faller bort och en ökad belastning på individen i en redan utsatt situation.

Projektets kartläggning liksom samsjuklighetsutredningens underlag visar att befintliga samverkansverktyg som SIP och professionella samverkansforum är viktiga men inte alltid tillräckliga. SIP kan vara administrativt tungt och brister ofta i kontinuitet och uppföljning, särskilt vid övergångar mellan aktörer. Samtidigt förekommer kommunikationssvårigheter mellan kommun och region. Sammantaget leder det till att vård och stöd ofta planeras var för sig istället för tillsammans. Helhetsperspektivet går förlorat och insatser riskerar att försenas, krocka eller utebli.

Mot denna bakgrund framträder behovet av en tydlig koordinerande funktion som kan hålla ihop vårdkedjan över tid. En vårdkedjekoordinator föreslås därför som ett centralt utvecklingsförslag för en implementering av en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja. Rollen fungerar som en motor i arbetet genom att säkerställa att rutiner och strukturer följs samt skapa överblick och möjliggöra en långsiktig kontinuitet för samverkan inom vårdkedjan. Vårdkedjekoordinatorn utgör en sammanhållande resurs mellan kommun och region med mandat att kalla till möten, samordna kontakter, dokumentera och följa upp insatser. På så sätt kan rollen bidra till att stärka samsynen, minska personberoendet och säkerställa att individens behov möts på ett samordnat sätt.

De följande avsnitten beskriver hur en vårdkedjekoordinator kan bidra till att överbrygga glappen i samordningen och samtidigt komplettera andra befintliga roller inom vård och stödinsatser. Vidare behandlas hur funktionen kan organiseras, antingen genom att integreras i nuvarande roller eller genom att inrätta en särskild tjänst med ansvar för samordningen i vårdkedjan.

Jämförelse mellan vårdkedjekoordinator, fast vårdkontakt och socialsekreterares samordningsansvar

I arbetet med att stödja personer med skadligt bruk- och beroende och komplexa behov inom vårdkedjan aktualiseras frågan om hur olika aktörer kan samordna vård och insatser för en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja. Tre olika roller som har diskuterats i detta sammanhang är en utsedd vårdkedjekoordinator, den fasta vårdkontakten enligt hälso- och sjukvårdslagen samt socialsekreterarens samordningsansvar enligt socialtjänstlagen.

Projektgruppen har i analysarbetet tittat på dessa olika roller som en del i samordningsansvaret inom vårdkedjan utifrån det behov som kartlagts. Syftet med jämförelsen är att belysa skillnader och likheter mellan rollerna genom att analysera syfte, mandat, arbetsuppgifter och perspektiv. Både i löpande analys och i punktform redovisas nedan de mest centrala dragen. Därefter följer en samlad analys.

- **Vårdkedjekoordinatorns syfte och samordningsansvar**

Vårdkedjekoordinatorn fungerar som en personcentrerad länk mellan individen och alla berörda aktörer. Rollen syftar till att samordna vård och sociala för att undvika att individen faller mellan stolarna i vårdkedjan. Vårdkedjekoordinatorn har inget formellt myndighetsutövande mandat utan arbetar koordinerande och relationsskapande med fokus på att insatserna fungerar tillsammans i praktiken. Med ett övergripande helhetsperspektiv tar rollen hänsyn till individens hela livssituation, vilket bidrar till trygghet och kontinuitet. Arbetsuppgifterna omfattar bland annat att:

- Hålla ihop insatser från vård, socialtjänst och eventuellt andra aktörer.
- Underlätta samverkan mellan huvudmän och minska dubbelarbete genom att koordinera alla aktörer kring individens behov.
- Delta i vårdkedjans remissgrupp vid placeringar och hemflytt.
- Sammankalla till SIP och andra professionella möten vid behov samt dokumentera, samordna och säkerställa att planen hålls aktuell.
- Följa upp att insatser påbörjas och genomförs som planerat och agera vid förändringar.
- Bidra till att individen får ett sammanhållet och fungerande stöd inom den integrerade, sammanhållna och behovsbaserade vårdkedjan.
- Avlasta individen från att själv behöva samordna komplexa insatser.
- Minska risken för att insatser faller bort eller försenas för att säkerställa att individens behov inte hamnar mellan stolarna.
- Utföra övriga samordnande uppgifter såsom att uppdatera kontaktsammanställningar med information om kontaktorsak och kontaktuppgifter.

Sammantaget håller den koordinerande funktionen ihop processen över tid, säkerställer att samverkansrutiner inom vårdkedjan följs och frigör individen från ansvaret att själv samordna sina insatser.

- **Fast vårdkontakts syfte och samordningsansvar**

Den fasta vårdkontakten regleras enligt gällande hälso- och sjukvårdslagstiftning. Avsikten är att främja kontinuitet och trygghet inom vården genom att stärka patientens relation till vårdgivaren samt säkerställa att vårdinsatserna samordnas inom hälso- och sjukvårdssystemet. Rollen utses av vårdgivaren och innebär ansvar för att patienten får den vård som är planerad samt att patienten har en tydlig kontaktpunkt i vårdssystemet. Det finns ingen lagstadgad skyldighet att den fasta vårdkontakten ska samordna med andra aktörer som socialtjänst eller Försäkringskassan. Men eftersom hälso- och sjukvården enligt lagstiftning har ett övergripande ansvar att samverka med andra samhällsorgan när det behövs kan den fasta vårdkontakten därför i praktiken bli en länk

i sådan samverkan.

Den fasta vårdkontakten har mandat inom hälso- och sjukvården. Beroende på patientens medicinska och övriga behov kan en fast vårdkontakt vara en person inom hälso- och sjukvårdspersonalen, exempelvis läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan även i vissa fall utgöras av någon med en administrativ roll som ansvarar för samordning av vården. Arbetsuppgifter är bland annat att:

- Samordna vårdinsatser inom hälso- och sjukvården.
- Underlätta kontakten mellan patient och vårdpersonal.
- Säkerställa kontinuitet i vården.
- Förmedla individuellt anpassad information.
- fungera som kontaktperson gentemot andra delar av vården, socialtjänsten och vid behov andra myndigheter

Den fasta vårdkontakten har ett vårdcentrerat perspektiv med fokus på patientens medicinska behov och kontinuitet inom vården.

- **Socialekreterarens syfte och samordningsansvar**

Socialekreterarens syfte är att säkerställa att individen får de sociala insatser som hen har rätt till enligt socialtjänstlagen (SoL 2025:400). Socialekreteraren har ett tydligt formellt mandat som myndighetsutövare enligt socialtjänstlagen. Det innebär att socialekreteraren både utreder behov, fattar beslut om insatser samt följa upp insatsernas genomförande och säkerställa att individens behov tillgodoses på ett ändamålsenligt sätt. Socialekreteraren har ett socialt perspektiv, med tyngdpunkt på den enskildes sociala situation såsom boende, ekonomi, relationer och vardagsstöd.

Socialekreterarens arbetsuppgifter i vårdkedjan är:

- Utredda individens behov enligt SoL.
- Fatta beslut om bistånd och andra stödformer.
- Säkerställa att beviljade insatser genomförs.
- Samverka med vården och andra aktörer vid behov, men med fokus på socialtjänstens område.

Skillnader och likheter i samordningsansvar inom vårdkedjan

Diskussionerna som följt inom projektets olika workshops och projektgruppens analys visar på olikheter i ansvar för de olika aktörerna. Skillnaderna mellan rollerna blir tydliga när de redovisas sida vid sida. Vårdkedjekoordinatören är tänkt att ha ett helhetsansvar över samordning av vård och sociala stödinsatser men utan eget mandat att fatta beslut.

Rollen är snarare koordinerande och relationsskapande med uppgiften att se till att insatserna hänger ihop i praktiken. Den fasta vårdkontakten har ett tydligt mandat inom vården ett vårdcentrerat perspektiv, med inriktning på patientens medicinska behov och kontinuitet inom hälso- och sjukvården. Socialsekreteraren har ett starkt mandat genom myndighetsutövning och ska säkerställa att den enskilde får de sociala insatser som hen har rätt till enligt socialtjänstlagen. Perspektiven skiljer sig också åt.

Vårdkedjekoordinatören har helhetssyn och arbetar tvärsektoriellt, den fasta vårdkontakten är vårdcentrerad och socialsekreteraren har ett socialtjänstperspektiv med tyngdpunkt på den enskildes sociala situation såsom boende, försörjning, relationer och stöd i vardagen.

Sammantaget är bedömningen att den gemensamma nämnaren är att alla tre rollerna ska skapa trygghet och samordning för individen men skillnaderna i mandat och fokusområde gör att de kompletterar varandra snarare än ersätter varandra.

Vårdkedjekoordinatören är tänkt att vara *en övergripande länk* som täcker båda vård och socialtjänst genom att samordna insatser medan fast vårdkontakt och socialsekreterare har mandat inom sitt specifika område. Att rollerna skiljer sig åt innebär inte att vårdkedjekoordinatören måste vara en separat profession. I projektet har det diskuterats att funktionen kan integreras i befintliga yrkesroller, exempelvis socialsekreterare, eller utformas som en egen profession. Denna frågeställning och de olika alternativen redovisas i nästa avsnitt.

Tabell 2. Jämförelse mellan vårdkedjekoordinators, fast vårdkontakts och socialsekreterares samordnarroll

Roll	Fokusområde	Mandat	Begränsning
Vårdkedje-koordinator	Helhetslänk och se till att insatserna hänger ihop, följs upp och fungerar i praktiken. övergripande hela vårdkedjan	Ingen myndighetsutövning, koordinerande funktion	Kräver samverkan med både kommun och region
Fast vårdkontakt	Hälso- och sjukvården. ansvar för att patienten får samordnad vård och information inom vården.	Vårdmandat enligt HSL, ofta läkare/sjuksköterska	Medicinskt vårdcentrerat och samordning inom vården

Socialsekreterare	Socialtjänsten, fattar beslut om bistånd enligt SoL, följer upp insatser och ser till att de genomförs.	Myndighetsutövning enligt SoL	Socialtjänstcentrerat och sociala insatser
--------------------------	---	-------------------------------	--

Organisering av vårdkedjekoordinator

Utifrån den behovskartläggning som gjorts samt återkoppling från referensgrupper och styrgruppen har projektgruppen gått vidare med att beskriva två förslag på hur en vårdkedjekoordinator kan implementeras. Det ena förslaget är att rollen integreras som en del av befintliga professioners uppdragsram. Det skulle förutsätta att tid och ett tydligt ansvar säkerställs. Det andra förslaget är att en tjänst upprättas och delas mellan cirka två professioner som annars inte är delaktig i individernas behandling. Två separata personer föreslås på grund av en sårbarhet vid frånvaro men även utifrån tillgänglighet och tillhörighet. Om en vårdkedjekoordinator är anställd inom regionen och en inom kommunen har de vardera tillgång till huvudmännens olika system och kontaktuppgifter. Det förutsätter nära samarbete mellan vårdkedjekoordinatorerna och samtycke från individerna som erbjuds vård och stöd inom vårdkedjan.

Om vårdkedjekoordinatorrollen organiseras inom befintliga professioner uppdrag inom endast socialtjänsten eller hälso- och sjukvården är bedömningen att det inte blir någon större skillnad jämfört med dagens organisering. Det finns en skyldighet hos alla professioner inom vårdkedjan att initiera eller ansvara för att samverka och samordna vid behov. Samma problematik med svårigheter att veta vem som ska kontaktas inom organisationerna kvarstår. Om vårdkedjekoordinator som roll införs inom befintliga professioner som socialsekreterare eller sjukvårdspersonal inrättas behöver rutiner och ansvars- samt mandatfördelning utredas vidare och tydliggöras. Det behöver i sådant fall kartläggas och analyseras hur insatsen skulle fördelas över organisationen samt mellan kommun och region.

Nedan återfinns en översikt av analysen rörande för- och nackdelar med att införa vårdkedjekoordinator antingen inom ramen för befintliga roller såsom socialsekreterare med tydligare samordningsansvar eller hos yrkesgrupper med mer administrativa arbetsuppgifter.

Tabell 3: Jämförelse mellan vårdkedjekoordinator som en enskild roll eller som en del av befintlig profession

	Samordnare som del av befintlig profession	Dedikerad koordinator
Styrkor	• Redan etablerad kontakt med individen • Kännedom om verksamhetens regelverk • Kostnadseffektivt – ingen ny tjänst krävs	• Fullt fokus på koordinering • Tydlig för individen och aktörer vem som ansvarar och vem man kontaktar • Kan arbeta gränsöverskridande mellan kommun och region
Utmaningar	• Risk för rollkonflikter (myndighetsutövning vs stöd) • Risk att samordning nedprioriteras • Mindre tid för ren koordinering/samordning	• Kan sakna mandat i organisationerna • Kräver nya resurser och finansiering • Risk att bli en 'mellanhand' utan beslutskraft
Mandat och legitimitet	• Stark förankring i den egna organisationen • Har ofta formell beslutskraft inom sitt område • Oklart mandat inom andra organisationer	• Behöver få mandat från flera parter • Risk att sakna tyngd om inte alla huvudmän erkänner rollen
Effektivitet	• Bra vid enklare ärenden och när kontakterna redan finns	• Särskilt effektivt för komplexa ärenden med många aktörer
Lämpligast när	• Det finns begränsat antal samordningsärenden • Individerna redan har stark relation till en befintlig yrkesperson	• Målgruppen har samsjuklighet eller stora samordningsbehov • Många aktörer är inblandade och det finns risk att individen faller mellan stolarna

5.1.5 Viktigt med ett fortsatt ansvar för samordning hos alla aktörer

Innan delrapporten går vidare med att lämna förslag om vårdkedjekoordinatorsrollen vill projektgruppen särskilt framföra att införandet av en sådan roll inte påverkar bestämmelser som ställer krav på verksamheter att planera och samordna vården och stödet på individuell nivå. Det innebär inte heller att de verktyg som finns idag för samordning på individuell nivå inte ska användas. Delrapporten föreslår tvärtom att ansvaret ska stärkas och förtydligas så att verktygen används mer och mer

ändamålsenligt inom vården och omsorgen för personer med skadligt bruk och beroende.

5.1.6 Sammantagen bedömning och förslag vårdkedjekoordinator

Behovet av en koordinerande roll inom vårdkedjan har tydliggjorts genom projektets arbete och samsjuklighetsutredningens underlag. Förslaget om en koordinerande roll är ett steg i riktningen mot samsjuklighetsutredningens föreslagna vård- och stödverksamhet genom särskild lag. Hur rollen ska se ut är dock inte klarlagd. Förslaget om vårdkedjekoordinator har inte kunnat bearbetas förrän under slutskedet av delmoment 3. Utefter arbetsgruppernas identifiering av utmaningar och förslag om en koordinerande roll har referensgrupper och styrgruppen kunnat lämna synpunkter. Utefter det har projektgruppen tagit fram underlag och ställt de olika förslag som har diskuterats för en påbörjad analys som presenterats i föreliggande kapitel. För att klarlägga helheten behöver frågan utredas vidare, roller klargöras både organisatoriskt och arbetsmiljömässigt samt förankras. Projektgruppen föreslår därför styrgruppen besluta att:

- ➔ Utformandet av en vårdkedjekoordinator utreds vidare för att säkerställa att samordningsrutinerna inom vårdkedjan efterlevs. Underlaget presenteras i slutrapporten för beslut.



5.2 Slutsatser – kontinuitet, uppföljning och samordnande roller för en hållbar samverkan inom vårdkedjan

Kapitlet har belyst att en långsiktigt hållbar samverkan inte bara handlar om att starta vårdkedjan på ett samordnat sätt utan också om att hålla ihop den över tid. För att undvika glapp, ansvarsförskjutningar och bristande kontinuitet behövs en tydlig struktur där både individ och professionella ges rätt förutsättningar.

Tre kompletterande delar framstår som centrala. SIP används för att ge individen överblick, tydlig ansvarsfördelning och en gemensam planering utifrån delaktighet och behov. Regelbundna professionella samverkansforum skapar kontinuitet och samsyn mellan aktörer som ger möjlighet till gemensam planering och uppföljning oberoende av personförändringar. Den koordinerande funktionen håller ihop processen över tid, säkerställer att rutiner följs och frigör individen från ansvaret att själv samordna sina insatser. Tillsammans kan dessa delar skapa den struktur och kontinuitet som behövs för att samverkan ska bli långsiktigt hållbar. De minskar risken för glapp, stärker helhetsperspektivet och ökar förutsättningarna för att individen får det stöd som behövs.

Bild 6: Bilden illustrerar relationen mellan de tre kompletterande centrala samverkansverktygen. SIP skapar en tydlig plan tillsammans med individen, samverkansforumet säkerställer att planen hålls levande och följs upp mellan aktörerna. Den en koordinerande roll håller ihop vårdkedjeprocessen. Kombinationen minskar risken för att ansvar faller mellan stolarna och stärker individens möjlighet att få ett sammanhållet stöd utifrån behov



6 Kritiska övergångar och identifierade utmaningar - en behovsbaserad vårdkedja med viktiga förutsättningar för ett liv utan skadligt bruk och beroende

I vårdkedjan finns övergångar som är särskilt sårbara för personer med skadligt bruk eller beroende där behovet av stöd ofta är stort. Avsnittet fokuserar på dessa kritiska punkter och på hur förstärkt samordning och målmedvetna insatser kan minska risken för återfall och långvarig utsatthet. Projektet har lokalt identifierat flera sådana sårbara övergångar, framför allt vid utskrivning från heldygnsvård, där det finns behov av tillgängliga och trygga boendelösningar samt meningsfull, drogfri sysselsättning som fungerar som brygga från stödverksamhet till arbete eller studier. Genom att lyfta fram dessa situationer kan avsnittet bidra till att tydliggöra var ytterligare insatser och samordning behövs för att skapa tryggare och mer hållbara lösningar.

Personer med samsjuklighet har ofta komplexa behov där både psykisk ohälsa och skadligt bruk eller beroende påverkar livssituationen.

För att skapa förutsättningar för återhämtning och ett självständigt liv utan skadligt bruk och beroende krävs en vård och ett stöd som hänger ihop över tid. Samsjuklighetsutredningens sammanställning och Socialstyrelsens riktlinjer visar att sociala stödinsatser och vård på hemmaplan är avgörande för att motverka återfall i skadligt bruk eller beroende. Boende, försörjning och sysselsättning utgör basala behov som påverkar hälsa, livskvalitet och möjligheten att ta emot behandling. Brist på sådana insatser, särskilt efter avslutad heldygnsvård, är en vanlig orsak till återfall i skadligt bruk eller beroende. Erfarenheterna visar att behandling och sociala insatser är ömsesidigt beroende av varandra. Utan stabilt boende och sysselsättning blir det svårt att ta emot behandling och utan behandling blir det svårt att tillgodogöra sig sociala insatser.

Innan har jag inte fått någon efterbehandling. bara blivit släppt i vardagslivet. Det har inte varit bra



Respondent brukarenkät

Öppenvård och sociala stödinsatser är en del av grunden av den integrerade, sammanhållna och behovsbaserade vårdkedjan. Det är en modell baserad på den forskning och de rekommendationer som finns idag om effektiva insatser och metoder.

Individen ska inom vårdkedjan erhålla vård och likvärdiga sociala stödinsatser baserat på beprövad vetenskap samt samsjuklighetsutredningens förslag. Fokus är på social trygghet, egna resurser och möjligheter till ett självständigt liv genom likvärdiga insatser på hemmaplan. Under samtliga arbetsgruppers diskussioner har det framkommit en brist i eller avsaknad av de sociala stödinsatser som enligt vårdkedjans ramförslag ingår. Det föreligger inte i projektets uppdrag att utveckla respektive kommuns insatser men eftersom frågorna återkommit genomgående under hela projektets gång och insatserna är betydelsefull del av vårdkedjan behöver dessa belysas. Två särskilda sårbara punkter identifierades återkommande under samtliga delmoment:

1. Brist på tillgängliga och trygga boendelösningar efter avslutad heldygnsvård.

Arbetsgrupperna betonar behovet av ett mellansteg mellan placering på HVB eller stödboende och eget boende, särskilt med hänsyn till ensamhetsproblematik. Det finns anledning att överväga lågtröskelboenden där individer kan erhålla ett visst stöd utan att omfattas av heldygnsvårdens fullständiga insatser. För den aktuella målgruppen är en långsiktig återhämtningsprocess central för att förebygga återfall i skadliga beteendemönster eller beroende. Ytterligare steg i utslussningen, såsom utslusslägenheter, kan vara nödvändiga. Dessa boenden bör utformas så att individer med svårigheter att bo helt på egen hand får adekvat stöd samtidigt som möjligheten till ökad självständighet främjas. Kartläggningen visar att kommuner tillhandahåller lösningar i olika utsträckningar men att det är önskvärt med likvärdiga insatser.

2. Svårigheter att hitta meningsfull, drogfri sysselsättning som kan fungera som brygga till arbete eller studier.

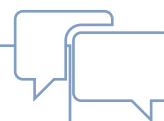
En ytterligare utmaning är att nuvarande insatser för sysselsättning inte fullt ut tillgodoser målgruppens behov. I Växjö identifieras ett behov av ett mellansteg mellan Sjötiden och de sysselsättningsalternativ som ställer krav på drogfrihet, nykterhet och högre arbetsförmåga än vad samtliga individer besitter. Ett sådant mellanled skulle kunna stödja individer i återgången till meningsfull sysselsättning. I Alvesta föreligger behov av samtliga nivåer av insatser inom sysselsättningsverksamhet. Vidare efterfrågas en utökad samverkan med civilsamhället för att skapa fler möjligheter för målgruppen att få tillgång till sysselsättning, även med lön.

Bedömning och förslag för en sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja

Att vård och sociala stödinsatser finns tillgängliga är en stor del av den sammanhållna och behovsbaserade vårdkedja. Om inte insatser på hemmaplan enligt ramförslaget finns fungerar inte heller de samverkansrutiner och arbetssätt som har arbetats fram under projektets gång. Det flexibla arbetssättet med heldygnsvården i vårdnivåer utifrån behov för en samverkan vid övergången till hemmaplan förutsätter att heldygnsvårdsplatser finns i tillräcklig omfattning samt att insatserna på hemmaplan möter upp behandlingen

och för individen ett stabilt liv i skadligt bruk eller beroende. Risken finns att om öppenvård och sociala stödinsatser inte finns i tillräcklig utsträckning, i enlighet med ramförslaget, att heldygnsplaceringarna även blir längre. Vårdkedjan förlorar sitt syfte och riskerar att inte kunna erbjuda den flexibla vård och tillgängliga platser inom heldygnsvården och insatser på hemmaplan utefter individernas behov och beprövad vetenskap. Det visar tydligt hur avgörande en komplett sammanhållen vårdkedja är för att rätt insatser ska kunna finnas tillgängliga vid rätt tidpunkt och för att ge individen möjlighet att bygga ett stabilt och självständigt liv. Effektmålen för införandet av *Skadligt bruk- och beroendevård Nära Kronobergaren* hänger ihop och bildar tillsammans den integrerade, sammanhållna och behovsbaserade vårdkedjan.

Mot bakgrund av ovanstående rekommenderar projektgruppen att styrgruppen, med utgångspunkt i de fastställda projektmålen, diskuterar hur en sömlös och sammanhållen övergång mellan Vägen in, heldygnsvård och insatser på hemmaplan kan säkerställas. En välfungerande vårdkedja innebär att dessa delar kompletterar varandra och därmed stärker samordningen och samarbetet inom verksamheten.



7 Sammanfattning av barnkonsekvensanalys och barnrättsbaserat underlag

Barnkonsekvensanalys genomförs för att systematiskt synliggöra och beakta hur beslut, åtgärder och arbetssätt inom vårdkedjan påverkar barn och unga som anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende. Syftet är att säkerställa att barnets rättigheter och behov beaktas i planering, samordning och genomförande av insatser, även när fokus för vårdkedjans insatser ligger på vuxna. Analysen bidrar till att identifiera risker och möjligheter för barns trygghet, delaktighet och stöd. Fokus på barn och unga inom vårdkedjans implementeringsarbete fungerar som underlag för att utveckla insatser som är både samordnade och barnanpassade. Utfört barnrättsbaserat beslutsunderlag görs inom respektive delmoment. För delmoment 3 redovisas analysen i bilaga 1.

Sammanfattningsvis visar analysen att arbetssätten inom *delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser* för personer med skadligt bruk och beroende är förenliga med barnkonventionen och tar hänsyn till barnets rättigheter. Det finns etablerade rutiner för orosanmälan, familjeorienterat arbete, vräkningsförebyggande insatser, anhörigstöd och direkta insatser för barn inom både regional och kommunal verksamhet. BRA-samtal används för att identifiera barns behov som anhöriga, och implementeringen av dessa har utökats inom kommunal verksamhet i linje med tidigare beslut från styrgruppen i delmoment 1.

Under delmoment 2 och 3 har fokus legat på att synliggöra barn och unga som anhöriga inom både heldygnsvård och öppenvård samt att skapa handlingsplaner för att förbättra stöd och uppmärksamma deras behov. Kartläggningarna har byggt på dokumentation från Socialstyrelsen, nationella studier, forskning, samt brukarorienterat arbete och tidigare utredningar, inklusive Samsjuklighetsutredningen. Enskilda barn har inte direkt deltagit i delmoment 3 men deras perspektiv har beaktats genom intervjuer med vuxna klienter och genom det strukturerade arbetet med barn som anhöriga som projektgruppen tagit del av från både nationella och lokala brukarundersökningar.

Statistik från Bris visar en tydlig ökning av samtal från barn som är anhöriga till vuxna med skadligt bruk och beroende, med en ökning på 85 procent mellan 2016 och 2024. Detta understryker vikten av att inkludera barnperspektivet i vårdkedjan och säkerställa att barns behov som anhöriga uppmärksammas.

8 Uppföljning av vårdkedjans implementerade verksamhet

Vårdkedjan som modell vilar på det omfattande arbete som har utförts för att klarlägga behov av ett insatser och samordning för målgruppen. Vårdkedjans struktur och innehåll följer samsjuklighetsutredningens intentioner samt *Närmare Kronobergarens* resultat av användardriven utveckling. Att vårdkedjan även baseras på Socialstyrelsens riktlinjer bidrar till en behovsbaserad vård och insatser genom fokus på insatser som är vetenskapligt utvärderade och effektiva.

Inom projektet ska mätbara indikatorer arbetas fram som är kopplade till projektets effektmål. Olika mätbara indikationer har identifierats inom delmoment 1 och 2 samt ytterligare aktuella kvalitetsuppföljningar. Utöver dessa förväntas fler tillkomma när samtliga delmoment arbetats fram och pusslats ihop till en helhetsbild i slutet av implementeringsprojektet.

Vidare genomförs det idag ett omfattande omställningsarbete för införandet av den nya socialtjänstlagen. I och med omställningen pågår ett arbete inom kommunerna att arbeta mer kunskapsbaserat enligt nya socialtjänstlagen. I detta ingår att införa bedömningsinstrument för att säkerställa att socialtjänsten arbetar kunskapsbaserat och arbeta mer systematiskt för att få mer kunskap om berörda målgrupper samt hur insatser och verksamheter möter deras behov. Implementering av vårdkedjan står inte utanför detta arbete utan är en del av den omställning som görs utifrån nya socialtjänstlagen.

Utöver att följa det omfattande arbete som görs inom omställningen till ny socialtjänstlag ser dock arbetsgruppen att en del uppföljning kan utföras direkt vid en implementering av vårdkedjan. Statistik och uppföljning har föreslagits inom respektive delar att föras och följas upp. Den individuella systematiska upplöjningen som redans görs idag fortsätter även givetvis. Utöver detta föreslås även att en uppföljning av arbetssättet planeras in cirka ett halvår efter en implementering. Förslagsvis skickas en enkät ut till berörda socialsekreterare för att utvärdera samarbetet med remissgruppen.

Sammantaget är bedömningen att implementera de uppföljningsindikationer som föreslagits inom tidigare delmoment och i delrapportens föreslagna arbetssätt, upprätthålla den övergripande uppföljning som görs idag samt att följa och vara del av det utvecklingsarbete som pågår i kommunerna i omställningen till nya socialtjänstlagen.

9 Slutsatser och sammanfattning av samtliga förslag

Inom den integrerade, sammanhållna och behovsbaserade vårdkedjan ska samordning mellan verksamheter och huvudmännen ske så att individen upplever ett sömlöst och sammanhållet vårdflöde och sociala stödinsatser. Insatserna ska ges utifrån individens behov. Fokus är på social trygghet, egna resurser och möjligheter till ett självständigt liv genom likvärdiga insatser på hemmaplan, med en tidig och gemensam planering under dygnsplaceringen för sociala stödinsatser och vård på hemmaplan. Föreliggande utredningsunderlag har arbetats fram med ramförslaget och effektmålen för en integrerad, samordnad och behovsbaserad vårdkedja som grund i syfte att identifiera vilka arbetssätt som behövs inom heldygnsvården för en implementering av vårdkedjan.

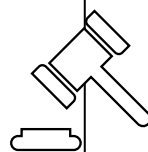
Sammanfattningsvis har arbetet med delmoment 3 Öppenvård och sociala stödinsatser identifierat nya arbetssätt och förändringar i samverkan, både för vägen in i vårdkedjan och för att säkerställa kontinuerlig och hållbar samverkan genom hela vårdkedjans process. En hållbar samverkan kring personer med skadligt bruk och beroende bygger på tydliga roller, fungerande kommunikationsvägar, kontinuerlig uppföljning och tillgång till stödinsatser. SIP, professionella samverkansforum och en koordinerande funktion kompletterar varandra och skapar tillsammans en sammanhållen struktur som stärker helhetsperspektivet och säkerställer att individens behov möts på ett samordnat och tryggt sätt. Helhetsmässigt syftar förslagen till att öka samordningen och samverkan inom vårdkedjan, med individens delaktighet i fokus.

Utredningen lämnar utefter underlaget förslag på förändringar inom arbetssätt och rutiner samt initiering av uppdrag för en lyckad implementering av vårdkedjan och en skadligt bruk- och beroendevård nära Kronobergaren. Nedan följer en sammanställning av samtliga förslag till beslut som inkluderar en implementering av arbetssätt samt förslag på uppdrag framåt för att kunna klargöra arbetssätt som behövs för en lyckad implementering.

9.1 Sammanställning av förslag till beslut delmoment 3

Utredningen föreslår följande förändringar i arbetssätt för en implementering av vårdkedjan och som inte redan är fastställda i de arbetssätt som finns inom vårdkedjans ramförslag:

Sammanställning av förslag till beslut inom delmoment 3 - Öppenvård och sociala stödinsatser



- ➔ Vid implementeringen av vårdkedjan upprätta en verksamhetsbunden översikt över kontaktvägar (liknande Kronobarnsmodellen) där aktörer och funktioner listas utifrån behov och uppdrag.
- ➔ Införa en särskild Vårdkedje-remiss enligt föreslagen rutin som kontaktväg till specialistpsykiatri för målgruppen med skadligt bruk eller beroende och som även behöver insatser inom andra psykiatriska enheter.
- ➔ Bredda användningen av kontaktbegäran till fler professioner inom psykiatri och används systematiskt som en del av psykiatriens verktyg att hjälpa individer att ansöka om sociala stödinsatser från kommunen. Rutiner och information för hur verktyget ska användas i praktiken upprättas. Vidare föreslås även att användningen av kontaktbegäran följs upp för att säkerställa att fler individer får snabbare väg in till rätt stöd.
- ➔ Fortsätta arbetet med att införa gemensamma digitala kommunikationsplattformar genom säkra videomöten och säker e-post genom SDK enligt styrgruppens tidigare beslut i delmoment 2.
- ➔ Initiera en översikt av inkorgar i Cosmic Link och utvärdera framåt ifall den gemensamma kommunikationen kan införas i systemet som en gemensam digital plattform.
- ➔ Ta fram kommunikationsunderlag och tydliga informationsfoldrar som på ett tydligt sätt förklarar vårdkedjeprocessen, varför samtycke behövs, hur det används samt vad det innebär för både individen och de inblandade aktörerna.
- ➔ Utveckla samtyckesblankett och juridisk grund: Detaljer hur samtyckesblankett utformas samt den juridiska förankringen för implementering behöver hanteras vidare i delmoment 4 – juridik och ekonomi.
- ➔ Införa rutiner för återkommande professionella samverkansmöten som komplement till SIP. Rutinerna ska klargöra syfte, roller, dokumentation och ansvar i samband med mötena samt användas både för planering och uppföljning. Rutiner och struktur ska säkerställa att professionella samverkansforum kan användas regelbundet och oberoende av enskilda personer för långsiktig stabilitet.
- ➔ Utformandet av en vårdkedjekoordinator utreds vidare för att säkerställa att samordningsrutinerna inom vårdkedjan efterlevs. Underlaget presenteras i slutrapporten för beslut.

Vidare rekommenderar projektgruppen att styrgruppen med utgångspunkt i de fastställda projektmålen, diskuterar

- ➔ hur en sömlös och sammanhållen övergång mellan Vägen in, heldygnsvård och insatser på hemmaplan kan säkerställas. En välfungerande vårdkedja innebär att dessa delar kompletterar varandra och därmed stärker samordningen och samarbetet inom verksamheten.

10 Källor

Socialtjänstlagen (2025:400), SoL

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL

Bris, Barnrapporten 2025,

https://www.bris.se/globalassets/pdf/rapporter/barnrapporten_2025.pdf

Inspektionen för vård och omsorgs (IVO), *Med missbruksvården i fokus Socialtjänstens planering och uppföljning av insatser till vuxna med missbruksproblem*, 2015,

<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2015/med-missbruksvarden-i-fokus-rapport.pdf>

Kriminalvården. *Samverkan och samarbete – Inslussning*, 2025

<https://www.kriminalvarden.se/om-kriminalvarden/samverkan-och-samarbete/inslussning/> , Hämtat 2025-08-25

Region Kronoberg, *En dålig dag eller en svår livssituation – en studie om psykisk ohälsa bland ungdomar i Kronobergs län*, 2020,

<https://www.regionkronoberg.se/contentassets/4218a5a43cba4b07a8fccd7e09be802e/en-dalig-dag-eller-en-svar-livssituation.pdf>

Region Kronoberg, *Instruktioner till enkel prövning av barnets bästa, barnrättsbaserat beslutsunderlag*. 2022-08-08,

<https://www.regionkronoberg.se/contentassets/4218a5a43cba4b07a8fccd7e09be802e/instruktioner-till-enkel-provning-av-barnets-basta-augusti-2022.pdf>

Region Kronoberg, *Uppmärksamma barn som närstående*, 2022,

<https://www.regionkronoberg.se/contentassets/c1a522b5fd56458fa36f9bfa8dc0b0ce/uppdaterad-riktlinje---uppmarksamma-barn-som-narstaende-version-4-2022-2025.pdf>

Socialstyrelsen, *LVM i hälso- och sjukvården Handbok för hälso- och sjukvårdens tillämpning av lagen om vård av missbrukare i vissa fall*, 2022

Socialstyrelsen, LVM, *Handbok för socialtjänsten*, 2022

Socialstyrelsen, *Barn som anhöriga – Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*, 2013,

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-6.pdf>

Socialstyrelsen, *Stärkt stöd till barn som anhöriga – slutrapport från regeringsuppdrag 2017-2020*, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6851.pdf>

Socialstyrelsen, *Utreda barn och unga Handbok för socialtjänsten*, 2023,

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker--juridisk-handbok/2023-6-8657.pdf>

Region Kronoberg, *Uppmärksamma barn som närstående*, 2022,
<https://www.regionkronoberg.se/contentassets/c1a522b5fd56458fa36f9bfa8dc0b0ce/uppdaterad-riktlinje---uppmärksamma-barn-som-närstående-version-4-2022-2025.pdf>

Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, *Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag*, SOU 2020:47

Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet*. Samsjuklighetsutredningens delbetänkande, SOU 2021:93

Socialdepartementet, Statens offentliga utredningar, *Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*, Samsjuklighetsutredningens slutbetänkande, SOU 2023:5

Stiftelesen Allmänna Barnhuset, *BRA-modellen för samtal med barn*,
<https://allmannabarnhuset.se/vart-arbete/barn-som-anhoriga/bra-barns-ratt-som-anhoriga/>

Pettersson Caroline, Blixt Jenny, Edvardsen Susanna, Stoij Tinna, Växjö kommun och Region Kronoberg, *Delrapport med ramförslag om en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja*, 2023-02-16, Dnr: NAV/2023-00054

Pettersson Caroline, Blixt Jenny, Edvardsen Susanna, Stoij Tinna, Växjö kommun och Region Kronoberg, *Delrapport 1 – Vägen in för en implementering av integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja*, 2024-07-04, Dnr: NAV/2023-00054

Pettersson Caroline, Edvardsen Susanna, Växjö kommun och Blixt Jenny, Hagström Sara, Region Kronoberg, *Delrapport 2 – Heldygnsvård för en implementering av integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja*, 2025-02-03, Dnr: NAV/2023-00054

Övrigt

Enkätundersökning genomförd under delmoment 3, april 2025 (sammanställning finns i bilaga 2).

Brukarintervjuer genomförda på Ekeliden 2024-04-17 och Novus 2024-04-18 (sammanställt underlag från intervjuerna finns i *delrapport 1 – Vägen in*)

Workshops med arbetsgrupp 3, 2025-04-01 och 2025-04-24

Redovisning och diskussion inom projektets referensgrupper

- Växjö kommun: chefsgrupp 2025-05-13
- Region Kronoberg chefsgrupp 2025-05-15
- Alvesta kommun: Chefsgrupp 2025-06-09

Del 3

Bilagor: Sammanställning av
barnrättsbaserat beslutsunderlag och
enkätundersökning för *delmoment 3 – Öppenvård
och sociala stödinsatser*

11 Bilaga 1. Barnkonsekvensanalys

Barnrättsbaserat underlag för verksamhetsbeslut, *Öppenvård och sociala stödinsatser inom Skadligt bruk och beroendevård nära Kronobergaren*

Implementering av integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja för en skadligt bruk- och beroendevård Nära Kronobergaren

11.1 Bakgrund - barn påverkas av förälders skadliga bruk eller beroende

Vård och insatser inom vårdkedjan riktas i första hand till vuxna personer. Barn kan dock vara närstående eller anhörig till vuxna personer som har en skadligt bruk- eller beroendeproblematik. Barn är som anhörig särskilt sårbar. De behöver uppmärksammas tidigt och få det stöd de behöver innan konsekvenserna blir för stora.

En förälders skadliga bruk- eller beroende har ofta en omfattande negativ påverkan på barn och unga. Barn och unga riskerar att påverkas negativt av de vuxnas och sin egen oro, förändringar i vardagen, orimligt stort ansvarstagande, bristande omsorg och svåra upplevelser. Att växa upp med missbruk i familjen innebär en svår och påfrestande situation för barn och unga med påtagliga konsekvenser för hälsa och utvecklingen i vardagen men även en ökad risk för en rad olika problem i framtiden. Förälder som har missbruksproblem försvårar för föräldrar att tillgodose sina barns behov. Sambandet mellan missbruk, våld och försummelse är tydligt. Alla former av våld är betydligt vanligare om det finns missbruk. Konsekvenserna för barnen är påtagliga, både här och nu och i framtiden. Barn som inte får sina grundläggande behov tillgodosedda utsätts för psykiska påfrestningar och behöver ofta ta orimligt ansvar både för sig själva och för sina föräldrar och syskon. Koncentrationen och skolresultaten påverkas och risken ökar för att dessa utsatta barn ska utveckla egna svårigheter såsom missbruk, kriminalitet eller annat socialt nedbrytande beteende. Ytterst handlar det om att tidigt uppmärksamma vart och ett av de barn som växer upp i utsatta situationer och ge stöd för att tillförsäkra dem goda och jämlika uppväxtvillkor. Ett stärkt stöd till barn som anhöriga handlar om att inget barn ska glömmas bort och behöva kämpa ensam med svårigheterna.¹³

Bris sammanställer varje år en barnrapport som belyser barnens livssituation utifrån aktuella teman. Rapporterna redovisar även statistik över samtal till BRIS och samtalskategorier. Samtalen till Bris där barnet är hjälpsökande utifrån en upplevelse av en vuxens missbruk eller riskbruk av alkohol, droger eller spel har sedan 2016 ökat stadigt. Från 721 samtal under 2016 till 1335 under 2024 är en ökning på 85 procent.¹⁴ Detta understryker behovet av att inkludera barnperspektivet i vårdkedjan och

¹³ Socialstyrelsen, Stärkt stöd till barn som anhöriga – slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020

¹⁴ Bris, Barnrapporten 2025

säkerställa att deras situation uppmärksammas och får stöd även när insatserna primärt riktas till vuxna.

11.1.1 Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ansvar att uppmärksamma barns behov

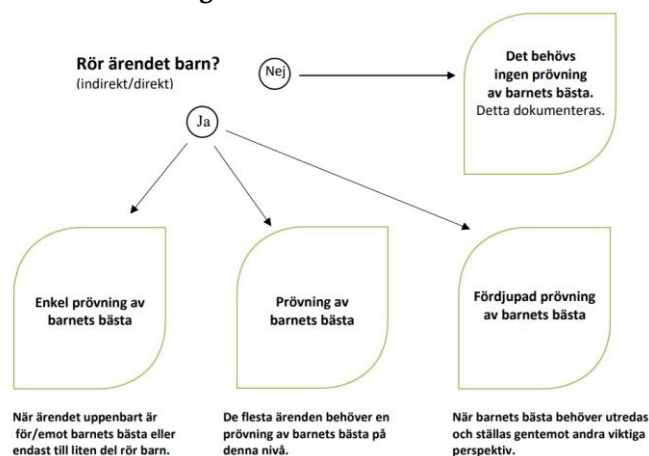
Att uppmärksamma och stödja barn som anhöriga är en lagstadgad uppgift som rör flertalet verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialtjänsten har dessutom ett ansvar att verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden och har därmed en viktig funktion att utreda förhållanden och vidta adekvata åtgärder i barnfamiljer där det finns skadligt bruk och beroende. Alla barn som anhöriga har ett grundläggande behov av information och råd. Några barn och familjer kan även behöva till exempel praktisk hjälp, föräldrastöd eller familjebehandling. Där fyller hälso- och sjukvården en viktig roll att motivera och hjälpa föräldrarna att ta kontakt med socialtjänsten. En del barn kan också behöva specifik hjälp med sina egna svårigheter till följd av föräldrarnas skadliga bruk och beroende, till exempel i form av psykoterapi eller traumabehandling, vilket även är insatser som finns inom hälso- och sjukvårdens ansvar.

11.1.2 Barnrättsbaserat beslutsunderlag

Region Kronoberg, Alvesta kommun och Växjö kommun har genom styrande dokument och vägledningar beslutat att det vid beslut i nämnder, styrelse eller fullmäktige, som berör barn, samt vid verksamhetsförändringar som rör barn, ska ett barnrättsbaserat beslutsunderlag tas fram i enlighet med barnkonventionen. Samtliga delar inom vårdkedjan kommer att prövas utifrån hur respektive delmoment påverkar barn. Slutligen kommer vårdkedjan som helhet prövas utifrån ett barnrättsbaserat beslutsunderlag i slutrapporten.

Föreliggande underlag berör vårdkedjans del 3-Öppenvård och sociala stödinsatser. Initialt har en bedömning gjorts att förslagen och arbetssätt inom momentet rör barn indirekt och bedöms vara uppenbart för barnets bästa. (Se bild 1 för bedömningsverktyg).¹⁵ Detta resulterar i att endast en enklare prövning är nödvändig inom delmoment 3 utifrån gällande lagstiftning. Professioner i vårdkedjan

Bild 1. Bedömning barnrättsbaserade beslut



¹⁵ Region Kronoberg, Instruktioner till enkel prövning av barnets bästa, barnrättsbaserat beslutsunderlag. 2022-08-08, [Rapport \(regionkronoberg.se\)](https://regionkronoberg.se)

möter barn som anhöriga men samverkar vid behov med andra professioner som ger stöd till barn och unga, exempelvis inom socialtjänstens barn- och familjeeenheter.

Inom delmoment 1 identifierades det behov av att implementera BRA-samtal inom vårdkedjans verksamheter. Styrgruppen fattade därför beslut om att arbeta för en sådan implementering. Inom delmoment 2 har det genomförts en kartläggning och analys för att synliggöra barn och unga som anhöriga inom heldygnsvården och skapa förutsättningar för att uppmärksamma och hantera deras behov. Genom arbetet har projektgruppen tillsammans med verksamheterna tagit fram en handlingsplan som identifierar utvecklingsområden förbättra stödet för barn som anhöriga inom heldygnsvården.

11.2 Barnkonsekvensanalys Delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser

Ansvariga för underlaget						
Projektgruppen och arbetsgrupp för delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser för en implementering av integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja.						
Vad handlar beslutet om?						
Implementering av integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja inom skadligt bruk och beroendevården för vuxna personer, delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser.						
Vad är syftet med beslutet?						
I alla situationer där professionella möter personer med skadligt bruk eller beroende som är föräldrar eller lever med barn, måste barns och ungas situation uppmärksammas. Barns rättigheter, behov av hjälp och stöd ska tillgodoses.						
Vilka barn berörs?						
Att växa upp med missbruk eller beroende i familjen innebär ofta en tung situation i vardagen för barn och unga och medför dessutom en ökad risk för olika problem i framtiden. Det kan också ge påtagliga konsekvenser för barns och ungas hälsa, utveckling och vardag, i familjen och i förskola eller skola. Barn som berörs av beslutet är anhöriga till föräldrar, vårdnadshavare eller annan vuxen närstående som lider av ett skadligt bruk eller beroende och som till följd av detta och erhåller öppenvård eller sociala stödinsatser.						
Är beslutet förenligt med följande barnrättsprinciper:						
Likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård samt socialtjänst, förbud mot diskriminering (art. 2)	Ja	Delvis	Nej	Vet inte	Inte relevant	Kommentarer
Oavsett ålder	X					
Oavsett kön	X					

Oavsett könsidentitet/könsuttryck	X					
Oavsett sexuell läggning	X					
Oavsett funktionsnedsättning	X					
Oavsett etnicitet, hudfärg och språk	X					
Oavsett religion eller politisk åskådning	X					
Oavsett socioekonomisk bakgrund	X					
Oavsett bostadsort/postnummer		X				Se sammanfattande bedömning
Sammantagen bedömning Bedömning görs att en implementering av arbetssätt för <i>delmoment 3- Öppenvård och sociala stödinsatser - implementering av integrerad vårdkedja inom skadligt bruk och beroendevården</i> innebär likvärdiga villkor för alla barn i Växjö kommun och Alvesta kommun. Det finns inget i analysen som tyder på att barn kommer att diskrimineras på något sätt av beslutet, eller att några barn gynnas på andra barns bekostnad. Implementeringsprojektet omfattar dock inte i dagsläget resterande kommuner i Kronobergs län som omfattas av Region Kronobergs ansvarsområde. Det medför att barn i dessa kommuner inte i samma utsträckning som barn i Växjö och Alvesta kan tillgodogöra sig de insatser som inom ramen för projektet utvecklas. Kommunerna kan dock, när så beslut fattas inom kommunen, ingå i vårdkedjans arbetsmodell.						
Rätt till bästa uppnåeliga hälsa, goda levnadsvillkor, trygghet och utveckling. (art. 6, 19, 24)	Ja	Delvis	Nej	Vet inte	Inte relevant	Kommentarer
Rätt till liv och överlevnad	X					
Goda förutsättningar för optimal utveckling	X					
Bästa uppnåeliga hälsa	X					
Skydd mot att fara illa	X					
Sammantagen bedömning Beslutet bedöms ha en viss positiv påverkan på barnens förutsättningar för en optimal utveckling genom att barnens perspektiv som anhörig till målgruppen belyses och tas tillvara på inom implementeringsprojektet.						
Barnets bästa (art. 3) Är förslaget förenligt med...	Ja	Delvis	Nej	Vet inte	Inte relevant	Kommentarer
... relevanta lagkrav	X					
... nationella styrdokument	X					
... praxis i andra regioner	X					
... vår beprövade erfarenhet	X					
Sammantagen bedömning Bedömningen är att barnets bästa utifrån forskning, evidensbaserad kunskap, rådande nationell praxis från nationella myndigheter och vår egen beprövade erfarenhet samt barnens åsikter om barnets bästa både på kort och lång sikt är förenligt med <i>delmoment 3 - Öppenvård och sociala stödinsatser</i> i vårdkedjan. Se nedan för nationella styrdokument, utredningar, analyser samt Region Kronobergs kunskapsunderlag som har använts i den sammantagna bedömningen.						
Barns delaktighet och inflytande (art. 12)	Ja	Delvis	Nej	Vet inte	Inte relevant	Kommentarer

Det finns relevanta åsikter från barn	X					Nationella styrdokument och beprövad erfarenhet samt Region Kronobergs återkommande studie om psykisk ohälsa bland ungdomar i Kronobergs län.
Dessa åsikter har beaktats	X					
Vad behöver vi förstå ur barnets perspektiv i ärendet och beslutet? Fokus på vad barn och unga behöver för stöd och hjälp som anhörig till vuxna som lider av skadligt bruk eller beroende. Projektet kartlägger inom vilka områden vi möter dessa barn och hur vi kan möta dem i verksamheten och lotsar dem till rätt stöd och hjälp utifrån varje individs behov. Arbetet med att uppmärksamma barnen som målgruppen fortsätter inom projektet.						
Sammantagen bedömning Vi har lyft fram barnens åsikter utifrån forskning, nationella kartläggningar samt Region Kronobergs tidigare egna undersökningar. Enskilda barn har inte direkt blivit delaktiga i processen för <i>delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser</i>. Dock har intervjuer gjorts med vuxna som är dygnsplacerade på Ekeliden och Novus inom <i>delmoment 1-vägen in</i>, där frågan om anhöriga har tagits upp. Inom <i>delmoment 2 – Heldygnsvård</i> lades även fokus på barn som anhöriga till vuxna som placeras inom vårdkedjans heldygnsvård med en kartläggning av behov och förslag på förbättringsåtgärder. Behov hos målgruppen barn som anhörig inom vårdkedjan anses även har inhämtats genom det brukarorienterade arbetssätt som vårdkedjans implementering vilar på och samsjuklighetsutredningens omfattande kartläggning. Kartläggningen har även inhämtat dokumentation från Socialstyrelsen och andra kartläggningar om barn som anhöriga och deras behov. Om det framöver bedöms föreligga behov av ytterligare synpunkter från aktuell grupp						
Följande underlag har använts för att inhämta barnens synpunkter inom aktuell målgrupp: Region Kronoberg, En dålig dag eller en svår livssituation – en studie om psykisk ohälsa bland ungdomar i Kronobergs län, 2020, https://www.regionkronoberg.se/contentassets/4218a5a43cba4b07a8fccd7e09be802e/en-dalig-dag-eller-en-svar-livssituation.pdf Socialstyrelsen, Barn som anhöriga – Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider, 2013, https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-6.pdf Statens offentliga utredningar, Från delar till helhet -En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Samsjuklighetsutredningens delbetänkande, SOU 2021:93, Från delar till helhet. En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet, SOU 2021:93 (regeringen.se) Region Kronoberg, Uppmärksamma barn som närstående, 2022, https://www.regionkronoberg.se/contentassets/c1a522b5fd56458fa36f9bfa8dc0b0c						

e/uppdaterad-riktlinje---uppmärksamma-barn-som-narstaende-version-4-2022-2025.pdf

Bris, Barnrapport 2025, bris.se/globalassets/pdf/rapporter/barnrapporten_2025.pdf

BARNRÄTTSLIG SLUTSATS	Ja	Delvis	Nej	Vet inte	Inte relevant	Kommentarer
Är beslutet förenligt med barnets bästa och barnets rättigheter?	X					
Om beslutet inte är förenligt med barnets bästa, är det legitimt, viktigt och proportionerligt?					X	
Om beslutet inte är förenligt med barnets bästa, behövs kompenserande åtgärder för att beslutet ska bli så bra som möjligt för barn?					X	

11.3 Sammantagen bedömning och slutsats

Analysen visar att arbetssätt inom *delmoment- 3 Öppenvård och sociala stödinsatser - skadligt bruk och beroendevård nära Kronobergaren*, är förenligt med barnkonventionen och respekterar barnets rättigheter inom berörda områden. Det finns idag upparbetade rutiner för orosanmälan från berörda aktörer, familjeorienterat arbetssätt, vräkningsförebyggande arbete, anhörigstöd och direkta insatser för barn både inom regionala och kommunal verksamhet. BRA-samtal används inom regionen samt integrerad missbruks- och beroendemottagning för att klarlägga barns behov som anhörig. I delrapport 1 – vägen in föreslogs även att BRA-samtal implementeras ytterligare inom den kommunala verksamheten. Förslaget antogs av styrgruppen och har arbetats med under delmoment 2 och 3 med samplanering av kompetensutveckling för Novus och Ekeliden. Inom delmoment 2 har det genomförts en kartläggning och analys för att synliggöra barn och unga som anhöriga inom heldygnsvården och skapa förutsättningar för att uppmärksamma och hantera deras behov. Genom arbetet har projektgruppen tillsammans med verksamheterna tagit fram en handlingsplan som identifierar utvecklingsområden förbättra stödet för barn som anhöriga inom heldygnsvården. Inom delmoment 3 har barn och unga fortsatt belysas som anhöriga till målgruppen som erhåller stöd och vård inom vårdkedjan.

Områden att utreda vidare som hänger ihop med vårdkedjan men som inte ligger inom projektets uppdrag är sammanhängande insatser för barn och unga som är anhöriga till föräldrar som har en beroendeproblematik och som är placerade på ett HVB eller stödboende. Att utveckla rutiner och arbetssätt för hur barnen ska bemötas sammanhållet och vilket stöd de ska erhålla i relation till sin förälders problematik och den negativa påverkan det blir för det enskilda barnet eller ungdomen.

12 Bilaga 2. Sammanställning av brukarenkät

Bilagan redovisar bakgrund och sammanställning av den brukarenkät som genomförts under projektets delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser.

12.1 Bakgrund brukarmedverkan inom projektet

Brukarmedverkan är en grundpelare i framtagande av arbetssätt och insatser inom vårdkedjan. Projektet baseras på det omfattande arbete som redan utförts för att klarlägga behov av insatser och samordning för målgruppen genom forskning, *samsjuklighetsutredningens* brukarmedverkan samt arbetet inom *God och nära vård*. Bedömningen är att vårdkedjans delar och innehåll i sin helhet på så vis baseras på användardriven utveckling och de behov som klarlagts för målgruppen. Som ett komplement till den forskning och brukarmedverkan som finns inom området genomförs det på olika sätt en brukarmedverkan under projektets gång för att även inkludera den lokala nivån för de verksamheter som ingår inom vårdkedjan.

Projektgruppen har tillsammans med brukarsamordnare/vårdutvecklare från Region Kronoberg tagit fram arbetssättet för brukarmedverkans under projektets olika delar. För varje delmoment och frågeområde väljs några av frågeställningarna ut av projektgruppen tillsammans med brukarsamordnaren att hanteras som ett uppdrag genom brukarmedverkan. Dessa frågor tar brukarsamordnaren med sig till företrädare från *Resursgruppen* (resursgruppen består av patienter och närstående som har egen erfarenhet av vården) som deltar inom arbetet. Under delmoment 1 och 2 genomfördes samtalsintervjuer med personer som var placerade inom vårdkedjans heldygnsvård och syftade till att redogöra hur brukare upplever verksamheten och dess insatser kopplade till sina behov. Under delmoment 3 genomfördes en enkätundersökning med sitt syfte kopplat till delmomentets aktuella verksamheter och mål. Metod och underlaget från samtalsintervjuerna redovisas i delrapport 1 och 2. I föreliggande bilaga redovisas metod och resultat från enkätundersökningen.

12.2 Brukarmedverkan genom enkätundersökning inom delmoment 3 Brukarens erfarenheter av samordning mellan vård och stöd inom skadligt bruk och beroendevården

Under våren 2025 genomfördes en brukarundersökning inom ramen för delmoment 3 i projektet för utveckling av vårdkedjan för personer med skadligt bruk och beroende i Kronobergs län. Undersökningen riktar sig till personer med erfarenhet av att erhålla skadligt bruk- och beroendevård och syftar till att samla in deras upplevelser av hur samordningen mellan olika aktörer inom öppenvård och socialt stöd, både i vardagen och i övergången mellan heldygnsvård och hemmaplan fungerar i praktiken. Syftet var att undersöka hur individer upplever samverkan.

Målet med undersökningen var att samla in synpunkter från brukarna för att identifiera styrkor och svagheter i det nuvarande samarbetet mellan olika verksamheter. Fokus

ligger på hur väl aktörerna samverkar för att individen inte ska behöva upprepa sin livssituation samt om det finns en upplevd samordning där aktörer har kännedom om varandra och delar information utifrån den enskildes önskan och behov.

Undersökningen vill fånga brukarnas syn på helheten i stödet. Brukarnas svar ger viktig kunskap om hur samverkan fungerar i praktiken och hur det påverkar upplevelsen av trygghet, tillgänglighet och sammanhållna insatser. Deras perspektiv är centralt i arbetet med att förbättra samverkan mellan kommun, region och andra aktörer.

Resultaten används som ett kunskapsunderlag för verksamhetsutveckling och förbättrad samverkan samt utvärdering av projektets arbete framåt med jämförelser över tid.

12.2.1 Målgrupp och val av respondenter

För att få en heltäckande bild av samverkan inom vårdkedjans valdes målgruppen för enkäten med utgångspunkt i samtliga delar av vårdkedjan – från vägen in och heldygnsvård till öppenvård och sociala stödinsatser på hemmaplan. Enkäten riktades till personer som under mätperioden erhöll vård och insatser genom integrerad missbruks- och beroendemottagning, personellt boendestöd med inriktning missbruk inom Alvesta och Växjö samt placerade personer på Ekeliden och Novus

12.2.2 Frågeställningar

Frågorna till brukarenkäten togs fram av projektgruppen i samråd med brukarsamordnare på Region Kronoberg enligt planen för brukarmedverkan inom projektet. Synpunkter inhämtades även från verksamhetsutvecklare inom Växjö kommun med erfarenhet av nationella såväl som lokala brukarenkäter samt individuell systematisk uppföljning. Frågorna följer projektets syfte och effektmål med implementeringsarbetet. Underlaget gäller en lokal nivå för att få en nulägesbild av upplevelsen av samordning. Hela projektet vilar i sin helhet på brukarmedverkan på flera sätt, vilket beskrivs i bakgrundskapitlet.

Frågorna består av 10 frågor. Det finns tre bakgrundsfrågor, två frågor som särskiljer heldygnsplacering eller ej samt fem kvalitetsfrågor kring individens upplevelse av vård, stöd samt samverkan mellan olika aktörer. Frågan om kön finns med för att mäta eventuella strukturella olikheter mellan upplevelser av stödet. Vid redovisningen av resultatet visas enbart svarsalternativen kvinnor och män eftersom undersökningen har relativt få svar och det finns stora risker för röjande av identitet om "annat" redovisas. Syftet med att ändå använda svarsalternativet "annat" är framförallt att ingen ska känna sig exkluderad. Det är viktigt att ha med kön som en variabel för att kunna få syn på omotiverade skillnader och jämföra. Vård och stöd ska vara jämlik.

Frågan om ålder finns för att kunna mäta om yngre och äldre tycker olika om vård och stöd samt samordningen. Syftet är att mäta strukturella skillnader och få insikter om hur

olika åldersgrupper upplever vård, stöd och samordning. Det gör det även möjligt att mer träffsäkert kunna möta olika behov eller upplevde brister utifrån målgruppens ålder.

Öppna och stängda svarsalternativ

De flesta frågorna har stängda svarsalternativ med en gradering av hur individen stämmer in på påståenden om hur de upplever vård, stöd och samordning av insatser. Stängda svarsalternativ bedöms enklare att besvara utan att själv som individ veta vad för insatser eller samordning som finns tillgänglig. De stängda svarsalternativ bedöms även öka svarsfrekvensen, är enklare att sammanställa statistiskt och analysera med standardiserade svar. Det blir även en ökad möjlighet till jämförbara resultat och kunna se tydliga trender och skillnader mellan grupper. Frågorna ska även kunna användas igen efter implementering och enkelt jämföras.

Fritextalternativ finns även som komplement till de flesta frågor för att komplettera den kvantitativa insamlingen. Det ger en mer kvalitativ nyansering där deltagarna kan utveckla sin tankar och erfarenheter. Med de öppna svarsalternativen kan individuella synpunkter fångas mer nyanserat. Helhetsmässigt ska enkäten ge ett underlag för mätbar statistik och en fördjupad förståelse för individens upplevelse idag och framåt efter en implementering av vårdkedjan.

Frågor

1. Vilket kön identifierar du dig som?

Man/ Kvinna/ Annat eller vill inte svara

2. Hur gammal är du?

18-29 år/ 30-45 år/ 46-64 år/ 65 år och äldre

3. Vilken kommun är du folkbokförd i

Alvesta/ Lessebo/ Ljungby/ Markaryd/ Tingsryd/ Uppvidinge/ Växjö/ Älmhult/
Annan kommun

4. Är du placerad på Ekeliden eller Novus idag?

Ja/ Nej

5 a. Jag upplever att jag har fått tillräckligt med stöd för att klara min vardag, exempelvis hjälp från socialtjänst, sjukvård eller andra som kan hjälpa mig?

Stämmer helt/ Stämmer delvis/ Stämmer lite/ Stämmer inte alls

5 b. Beskriv gärna mer här vilket stöd som fungerat bra eller inte bra:

Fritextruta

6. Jag vill att de som hjälper mig med vård och stöd pratar med varandra kring den hjälp jag behöver.

Stämmer helt/ Stämmer delvis/ Stämmer lite/ Stämmer inte alls

7 a. Jag upplever att de som hjälper mig med vård och stöd (till exempel inom beroendevård, socialtjänst och primärvård) pratar med varandra och planerar så att hjälpen hänger ihop, så att jag inte behöver hålla reda på vem som gör vad.

Stämmer helt/ Stämmer delvis/ Stämmer lite/ Stämmer inte alls

7 b. Beskriv gärna vad som fungerat bra eller inte bra:

Fritextruta

8. Har du under senaste fem åren fått stöd och behandling genom behandlingshem? (Om ja, kommer du vidare till fråga 9 – om nej, kommer du vidare till fråga 10)

Ja/ Nej

9 a. Jag upplevde att jag har fått rätt stöd på hemmaplan efter min behandling på behandlingshem och att personalen där arbetade tillsammans med de som hjälper mig på hemmaplan för att stödet skulle fungera när jag kom hem.

Stämmer helt/ Stämmer delvis/ Stämmer lite/ Stämmer inte alls

9 b. Beskriv gärna mer här vad som fungerat bra eller inte bra:

Fritextruta

10. Beskriv vad du tycker skulle kunna förbättras i kommunikationen och samarbetet mellan de olika personer som hjälper dig med vård och stöd, för att bättre kunna hjälpa dig.

Fritextruta

12.2.3 Tillvägagångssätt

Avsnittet redovisar tillvägagångssätt, urval och metod för brukarmedverkan inom vårdkedjans delmoment 3 – Öppenvård och sociala stödinsatser.

Förberedelser

- Innan brukarenkäten genomfördes lämnades information till berörda chefer och medarbetare om utförandet enligt följande:
 - Information från verksamhetsledare till medarbetare på integrerad mottagning som ska dela ut enkätundersökningen samt samtliga som arbetar på integrerad missbruks- och beroendemottagning där posters publiceras i allmänna utrymmen.
 - Enhetschefer på Ekeliden och Novus informerar sina medarbetare om enkäten och hur den delas ut samt posters publiceras på gemensam anslagstavla.
 - Enhetschefer för personellt boendestöd med inriktning missbruksvård informerar medarbetare i Alvesta och Växjö kommun om att dela ut enkäten till individer som de under tidsperioden ger stöd till.

- Medarbetare får information om syfte, metod och hur resultatet ska användas samt vad de ska informera klienten om när de lämnar ut enkäten.
- Kontaktperson utsågs som medarbetare eller brukare kunde kontakta kring frågor gällande enkäten. Kontaktpersonen utgjordes *Tf samordnare, Integrerad missbruks- och beroendemottagning, Region Kronoberg* av som arbetar på mottagningen och som projektets ena projektledare.
- Information lämnas till deltagande klienter om att deltagandet är anonymt och svaren inte kan spåras samt redovisas på gruppnivå. De får även information om att det är frivilligt att delta.

Genomförande

Tidsperiod:

Enkäten delades ut under en tvåveckorsperiod i april. På grund av logistiska och organisatoriska skäl startade utdelningen vid olika tidpunkter för olika verksamheter

Distributionssätt av enkät

Undersökningen genomfördes som en webbenkät som kunde nås via en QR-kod. För att nå hela målgruppen delades postrar ut på den integrerade missbruks- och beroendemottagningen och av behandlare och boendestödjare som under mätperioden träffade klienterna. Posters hängdes upp i dagrum och andra samlingsytor inom heldygnsvården samt i integrerad missbruks- och beroendemottagnings väntrum. På detta sätt kunde alla individer som hade besök eller möte med någon av verksamheterna som ingår i undersökningen nås.

Till dig som får stöd eller insatser inom skadligt bruk och beroendevård. Vi vill höra från dig!

Hur upplever du stödet från oss?



Skanna QR-koden för att svara på enkäten och dela med dig av dina upplevelser. Tack för din tid!



12.2.4 Sammanställning och redovisning

Syftet med brukarundersökningen är att undersöka hur brukare upplever samordningen och flödet av insatser inom delmoment 3 i vårdkedjan. Resultatet används som kunskapsunderlag på lokal nivå för att utveckla samverkan mellan olika aktörer och insatser samt för att utvärdera effekter efter implementering av en integrerad, samordnad och behovsbaserad vårdkedja inom skadligt bruk och beroendevården,

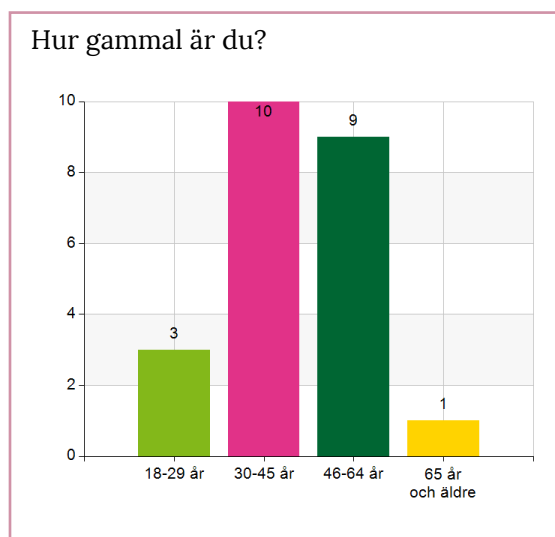
Enkätens svar samlades digitalt i regionens databas. Råmaterialet har sammanställts av projektledarna, som också anonymiserar fritextkommentarer för att säkerställa att inga personuppgifter redovisas. Analysen har utförts av projektgruppen. Resultatet redovisas i sammanställd form och går inte att spåra till enskilda individer.

Bortfallshantering och svarsfrekvens

Endast svar från de som faktiskt deltagit i enkäten ingår i analysen. De som valt att avstå räknas inte. Projektgruppen har bedömt att risken för att samma person svarar flera gånger är låg.

Resultat

Avsnittet redovisar en sammanställning av brukarenkätens resultat. Totalt har 23 personer besvarat enkäten, varav 16 är män, 6 kvinnor och en som uppger annat/vill inte svara. Åldersmässigt har enkäten besvarats till största del av personer som är 30-34 år och 46-64 år och utgör tillsammans en total på drygt 82% av de besvarande.



Nedan redovisas diagram av svaren på kvalitetsfrågorna. Samtliga bakgrundsfrågor redovisas inte löpande format utan dessa har använts vid analys och jämförelse av resultat, exempelvis struktur kring skillnader mellan män/kvinnor eller placerad/inte placerad. Vid indelning av sådana svar blir gruppindelningarna för liten för att redovisa per fråga. Fritextsvaren redovisas inte i sin helhet av integritetsskäl utan en

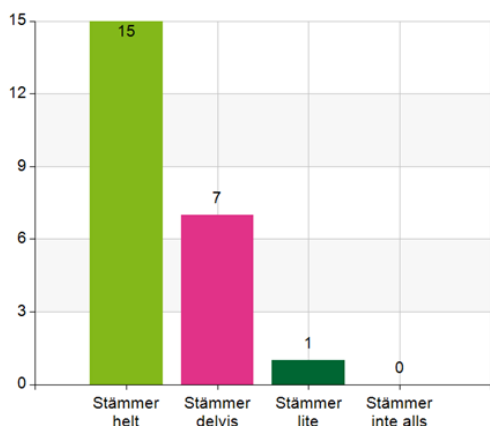
sammanfattning lämnas nedan. Vid relevans har citat redovisats löpande i rapporten.

Generellt har de flesta fritextsvaren innehållit positiv respons där respondenterna är nöjda med vård och stöd som de erhållit och med samverkan mellan aktörer.

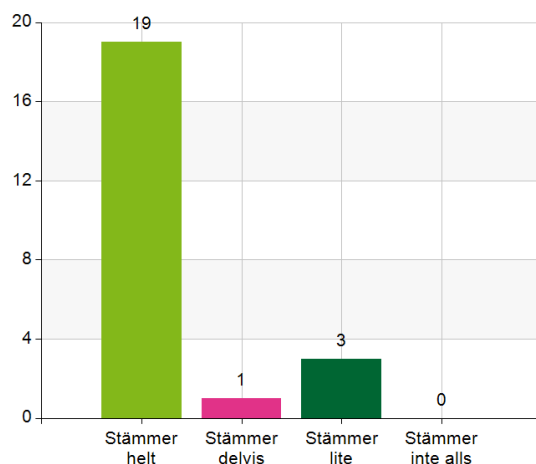
Upplevelsen beskrivs även som att det är enkelt att få hjälp och att de fått ett professionellt och hjälpsamt bemötande inom vård eller stöd. Ett fåtal har lämnat mindre positiv respons där det påtalats att det tidigare inte fungerat bra när de inte fått

efterbehandling men att de nu erbjudits ex. sysselsättning. Det har även lämnats förslag på ett gemensamt journalsystem samt möten med samtliga inblandade.

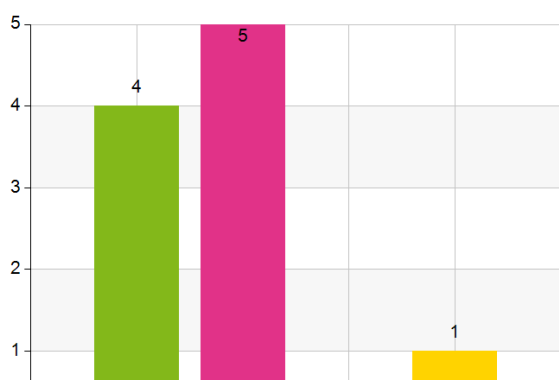
Jag upplever att jag har fått tillräckligt med stöd för att klara min vardag, exempelvis hjälp från socialtjänst, sjukvård eller andra som kan hjälpa mig?



Jag vill att de som hjälper mig med vård och stöd pratar med varandra kring den hjälp jag behöver.



Jag upplevde att jag har fått rätt stöd på hemmaplan efter min behandling på behandlingshem och att personalen där arbetade tillsammans med de som hjälper mig på hemmaplan för att stödet skulle fungera när jag kom hem.



Jag upplever att de som hjälper mig med vård och stöd (till exempel inom beroendevård, socialtjänst och primärvård) pratar med varandra och planerar så att hjälpen hänger ihop, så att jag inte behöver hålla reda på vem som gör vad.

