

Integrerad missbruksvård nära Kronobergaren

Delrapport med ramförslag om en integrerad,
sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja

2023-02-16

Växjö kommun

Susanna Edwardsen

Enhetschef insats missbruksvård, AoV

Caroline Pettersson,

verksamhetsutvecklare,
utvecklingsenheten, AoV

Region Kronoberg

Tinna Stoj

Verksamhetsledare, Integrerad
missbruks- och beroendemottagning

Jenny Blixt

Sektionsledare, Integrerad missbruks-
och beroendemottagning

Sammanfattning

Skadligt bruk och beroende är en folksjukdom som kan skapa ett stort lidande med negativa hälsomässiga, sociala och ekonomiska konsekvenser för den enskilda personen, dennes närstående och för samhället. Ansvaret för missbruksvården i Sverige delas idag upp på två huvudmän. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med ett skadligt bruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Problematiken vid skadligt bruk och beroende är dock ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Missbruks- och beroendevården omfattar därmed 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.

Inom Kronobergs län berörs den kommunala och regionala missbruksvården av två omfattande omställningar de kommande åren. Dels omställningen till *god och nära vård nära Kronobergaren*, dels samsjuklighetsutredningens förslag att samla hela ansvaret för vård och behandling inom beroendevården till hälso- och sjukvården. I Kronobergs län bedöms det finnas goda förutsättningar att med god kvalitet genomföra dessa förändringar i samverkan genom att utveckla den etablerade samverkan i den länsgemensamma integrerade missbruks- och beroendemottagningen.

Uppdraget

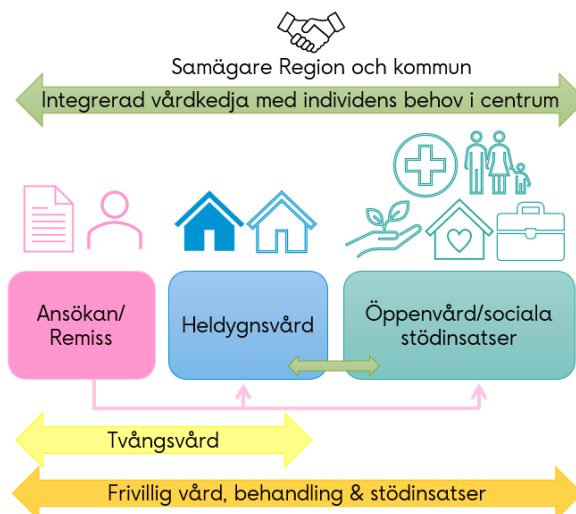
Med kommande förändringar som bakgrund fattade *Ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst* i juni 2022 beslut att utreda och lämna förslag på hur det inom Kronobergs län kan skapas en integrerad missbruksvård nära Kronobergaren. Uppdraget syftar till att lämna förslag på en länsgemensam vårdkedja av öppenvårdsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och utslussning till eget boende och sysselsättning som följer individernas behov av stöd med rätt kompetens och insatser. Uppdraget innefattar att utöka den länsgemensamma verksamheten med HVB Ekeliden och stödboendet Novus med utslussning till respektive kommun samt lämna förslag på huvudmannaskap och finansiering för verksamheten. Enligt uppdragsdirektivet ska förslagen ha sin grund utifrån Integrerad mottagning som modell samt med utgångspunkt i samsjuklighetsutredningens förslag.

Förslag

Föreliggande utredningen är ett ramförslag på en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja med likvärdiga vård- och sociala stödinsatser för Kronobergs läns invånare och utgör ett första steg i att skapa ett sådant arbetssätt. Föreslagen vårdkedja grundar sig, enligt uppdragsbeskrivningen, i den integrerade missbruks- och beroendemottagningens modell samt förslagen i den nationella

samsjuklighetsutredningens delbetänkande och slutbetänkande.¹ Att den integrerade modellen grundas i samsjuklighetsutredningens förslag resulterar i att om samsjuklighetsutredningen går igenom kan vårdkedjan implementeras enligt förslag. Går inte samsjuklighetsutredningens förslag igenom kan vårdkedjan ändå implementeras men med vissa revideringar i ansvarsfördelning och finansiering utefter aktuell lagstiftning.

Ett skadligt bruk eller beroende utgör en komplex problematik där behoven av insatser ofta behöver mötas utifrån både sociala och medicinska aspekter. Föreslagen vårdkedja utgör för målgruppen en integrerad och behovsbaserad process från öppen tvångsvård eller frivillig placering, till likvärdiga sociala stödinsatser samt öppenvård på hemmaplan i ordinärt boende. Den integrerade vårdkedjan är ett gemensamt ansvar för regionen och kommunerna i Kronobergs län.



Kommentarer: Förenklad bild över process-beskrivningen i rapporten. Ägarskapet förutsätter att samsjuklighetsutredningens förslag går igenom.

Heldygnsvård



Inom föreslagen vårdkedja är Region Kronoberg och kommunerna gemensamma

ägare för Ekeliden HVB och stödboendet Novus. Målet med verksamheteten på de båda boendena är att för individen bli en del av samhället och uppnå en förbättrad livssituation med stabilt mående och när det gäller drogfrihet, boende, ekonomi, sysselsättning och hälsa. Skillnaderna mellan placering på Ekeliden och Novus är individens funktions- och vårdbehov. Vårdinsatser och sociala stödinsatser erbjuds inom båda verksamheter, men inom Ekeliden kan placering baseras på betydande inslag och behov av hälso- och sjukvårdsinsatser med behov av en fysisk och psykisk återhämtning under placeringen. Placering på Novus kan ske enskilt innan annan insats eller efter slutenvård samt som ett steg efter Ekeliden i vårdkedjan. På Novus erbjuds både insatser inom hälso- och sjukvården samt sociala stödinsatser men utgör ett naturligt steg i vårdkedjan där graden vårdinsatser minskar medan de sociala stödinsatserna ökar med än mer fokus på individens hemsituation och planering av det fortsatta stödet i öppna former för att utveckla den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv.

¹ Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet (SOU 2021:9); Från delar till helhet –Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5).

Likvärdig öppenvård och sociala stödinsatser på hemmaplan



Uppdraget har att beskriva en läns gemensam vårdkedja där även öppenvårdsinsatser och utslussning till eget boende och sysselsättning ska ingå. Insatser inom den integrerade missbruks- och beroendemottagningen blir en naturlig del av vårdkedjan. Förslag på likvärdiga sociala stödinsatser är grundade i Socialstyrelsens riktlinjer och samsjuklighetsutredningens förslag om att socialnämndens ansvar ska vara att verka för att människor med skadligt bruk eller beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra samt att socialtjänstens roll understryks ytterligare när det gäller ansvaret att personer som tvångsvårdats får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv.

Försörjning, sysselsättning och boende är basala behov som är viktiga för de flesta människor. Det påverkar inte bara hälsa och livskvalitet, utan även förutsättningar att delta i behandling och behandlingens resultat på både kort och lång sikt. Skadligt bruk och beroende kan det leda till svårigheter för individen att behålla arbete och bostad. För att må bra och undvika återfall i skadligt bruk eller beroende är det av stor vikt av en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang. Inom den integrerade och behovsanpassade vårdkedjan föreslås likvärdiga sociala stödinsatser i enlighet med samsjuklighetsutredningens intentioner, såsom stöd för att erhålla och behålla ett boende, personellt boendestöd, sysselsättning samt anhörigstöd.

Huvudmannaskap och finansiering



Den integrerade vårdkedjan är ett gemensamt ansvar för regionen och kommunerna i Kronobergs län där huvudmannaskapet utgår från ansvar för de insatser och vård som utförs och inte utifrån en den enskilda verksamheten. Verksamheterna inom vårdkedjan bedrivs med en gemensam styrning, ledning och ägandeskap. Målgruppen har ofta behov av både socialtjänstinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och ett samordningsbehov. Det ekonomiska förslaget utgår från att samsjuklighetsutredningens förslag går igenom där regionen ska ha ansvar för all vård och behandling för skadligt bruk och beroende.

Kostnadsfördelningen bygger på samma modell som den integrerad missbruk- och beroendemottagningen som även senare använts som modell för exempelvis *Barnahus* och *Barnets bästa gäller i Kronoberg*. Modellen går dessutom i linje med samsjuklighetsutredningens förslag på kostnadsfördelningar om att regionen och kommunerna i länet i huvudregel gemensamt ska stå för 50 procent vardera av kostnaden för verksamheten i länet (om inte regionen och kommunerna kommer överens om några annat). Därför är bedömning att det är rimligt att kostnaderna för verksamheten fördelas jämnt mellan dels regionen, dels kommunerna i länet.

Ska vårdkedjan implementeras utan samsjuklighetsutredningens föreslagna reform behöver ansvarsfördelningen och finansieringsnyckeln justeras utifrån dagens lagstiftning och ansvarsfördelning.

Bedömning

De förslag som lämnas om arbetssätt, ansvarsfördelning och utvecklingsfrågor inom vårdkedjan knyter an till de intentioner som samsjuklighetsutredningen framhåller och lämnar förslag om. Det finns goda förutsättningar för en implementering av vårdkedjan oberoende av om samsjuklighetsutredningens förslag går igenom. De verksamheter som ingår i vårdkedjan är idag redan etablerade med en kompetens och erfarenhet av målgruppen. Samverkansformen är dessutom känd genom den integrerade missbruks- och beroendemottagningen. Oavsett vilka beslut som fattas gällande samsjuklighetsutredningens föreslagna reform är samarbete mellan region och kommun samt likvärdiga sociala stödinsatser utifrån individens behov viktiga aspekter för Kronobergaren. Vårdkedjan främjar dessa aspekter med en vård och ett stöd som hänger ihop som en helhet samt en helhetssyn på individen utifrån psykiska, fysiska och sociala behov.

Ett gemensamt huvudmannaskap och ansvar för verksamheten inom den integrerade och behovsanpassade vårdkedjan möjliggör byggandet av en gemensam verksamhet riktad till Kronobergarens behov och utifrån länets förutsättningar. En sådan gemensam organisation utgör möjligheten att skräddarsy en flexibel verksamhet utifrån behoven och framtida förändringar.

Rapporten avslutas med förslag på det fortsatta arbetet och frågor att vidare bevaka vid ett beslut om implementering av föreslagen vårdkedja.

Innehåll

1	Bakgrund	10
2	Beskrivning av uppdrag	11
2.1	Syfte och frågeställningar	11
2.2	Mål	12
2.3	Tidplan och resurser	12
3	Metod	13
3.1	Rapportens disposition	13
4	Samsjuklighetsutredningen	14
4.1	Samsjuklighetsutredningens 10 bärande delar	15
4.2	Beskrivning av samsjuklighetsutredningens förslag som berör förslag om integrerad vårdkedja nära Kronobergaren	16
4.2.1	Förstärka den enskildes inflytande	19
4.3	Ikraftträdande och genomförande	20
4.3.1	Förändring av begreppet samsjuklighet	20
5	Kartläggning	21
5.1	Nuvarande lagstiftning	21
5.1.1	Samverkan mellan Region och kommun	22
5.1.2	Avtalssamverkan	23
5.1.3	Sekretess	23
5.1.4	Ny lag som sammanhållen vård och omsorgsdokumentation	25
5.2	Missbruks- och beroendevården idag inom Kronobergs län	25
5.2.1	Integrerad missbruks- och beroendemottagning, gemensamma insatser	25
5.2.2	Kommunernas öppenvård	27
5.2.3	Ekeliden HVB	30
5.2.4	Novus stödboende	32
6	Förslag på integrerad vårdkedja nära Kronobergaren	34
6.1	Bakgrund till förslaget	34
6.1.1	Individens behov som styr	35
6.1.2	Målgrupp	35

6.2	Förslag på integrerad vårdkedja.....	36
6.2.1	Helhetsbedömningar genom samverkan.....	40
6.2.2	HVB Ekeliden och stödboende Novus.....	41
6.2.3	Likvärdiga sociala stödinsatser.....	42
6.2.4	Stöd till anhöriga och närstående.....	45
6.3	Huvudmannaskap.....	45
6.3.1	Samverkansform.....	46
6.3.2	Sekretess och dokumentation.....	47
6.4	Finansiering för drift.....	48
6.5	Finansiering för uppföljning.....	49
7	Slutsatser och rekommendation om arbetet framåt.....	51
7.1	Bedömning om förslag till sammanhållen integrerad vårdkedja.....	51
7.2	Förslag till fortsatta arbetet.....	52
8	Källor.....	54
9	Bilagor.....	56
9.1	Bilaga 1. koppling mellan samsjuklighetsutredningens förslag och framtagna målbilder.....	56
9.2	Bilaga 2. Fördelningsnyckel för integrerad missbruks- och beroendemottagning.....	57

Begreppsförklaring

Centrala begrepp som används i utredningen

God och nära vård

God och nära vård kan beskrivas som ett övergripande mål för den omställning som sker inom hälso- och sjukvården. Omställningen till en god och nära vård syftar till att patienter och anhöriga ska känna sig delaktiga i hälso- och sjukvården och att vården ska vara lättillgänglig och ges med god kontinuitet. För att lyckas med detta behöver hälso- och sjukvården i högre grad organiseras och bedrivas med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar.

Samsjuklighet

Samsjuklighet innebär att ha flera diagnoser samtidigt. I den här utredningen handlar det om skadligt bruk eller beroende samtidigt med andra psykiatriska diagnoser. Sådana tillstånd kan påverka och förstärka varandra på olika sätt, och det finns flera förklaringar till hur de hänger ihop med varandra

Skadligt bruk och beroende

Det finns flera olika begrepp för att beskriva ett skadligt eller problematiskt bruk av alkohol, narkotika, andra substanser och spel om pengar. Skadligt bruk och beroende är det begrepp som ingår i nuvarande version av det diagnossystem som främst används inom hälso- och sjukvården.

Lagar och förordningar

HSL

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

LPT

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

LRV

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

OSL

Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

SoL

Socialtjänstlagen (2001:453)

ÖPT

Öppenpsykiatrisk tvångsvård. ÖPT kan bli aktuellt om en patient som vårdas enligt LPT inom slutenvården inte längre bedöms ha ett oundgängligt behov av inneliggande vård men fortsatt behöver följa särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Beskrivning av insatser nämnda i utredningen

Affektskola

En pedagogisk metod som syftar till att göra deltagarna mer medvetna om sina affektsignaler och att lära sig att hantera sina känslor. Man lär sig också hur affekthanteringen påverkar sina relationer till andra människor och därmed också sig själv.

Kognitiv beteendeterapi KBT

KBT syftar generellt till att underlätta för personer att förstå och hantera problematiska tankar, känslor och beteenden. Syftet är också att skapa mer realistiska och funktionella tankar, känslor och beteenden.

**Hasch-
avvärjningprogrammet
(HAP)**

HAP syftar till att påverka droganvändningen, tankemönster samt psykologisk och social kompetens. Det ingår 18 sessioner med fokus på medicinsk, psykologisk och social påverkan.

LARO

Läkemedelassisterad rehabilitering vid opiatberoende. LARO-programmet följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende

**Motiverande samtal
(MI)**

MI är en samtalsmetodik som syftar till att öka personens egen motivation till beteendeförändring. Genom samtalen görs klienten eller patienten medveten om den bild som hen har av sig själv och sina alkohol- eller narkotikaproblem, hur väl den bilden stämmer överens med verkligheten och vilka vägar som finns till förändring.

Previct

Previct är ett komplement och stöd vid behandling av skadligt bruk eller beroende av alkohol. Produkten består av en liten alkomätare, en mobilapp och en webbaserad vårdportal för hantering av klienter och data

Seeking safety

Ett manualbaserat program och integrerad behandling av PTSD och beroende där målet är att kunna hantera traumasymtom (grounding m.m.) och kunna leva sitt liv utan att behöva använda droger och, göra sig fri från våld och andra kränkningar och avstyra självdestruktiva handlingar.

Återfallsprevention (ÅP)

En form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och bygger på social inlärningsteori och kognitiv psykologi. Metoden ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

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, dennes närstående och för samhället. Att ha en förälder eller vårdnadshavare med problematisk alkoholkonsumtion kan få negativa konsekvenser för barns hälsa, utveckling och vardag på både kort och lång sikt.²

Alkohol är en av de främsta riskfaktorer för sjukdom och tidig död som går att förebygga. Omkring 4 procent (ca 300 000 individer) av Sveriges vuxna befolkning beräknas ha ett alkoholberoende 2021.³ År 2019 var det omkring 40 500 personer i åldern 15 år och äldre som vårdades i slutenvård eller specialiserad öppenvård för någon alkoholrelaterad diagnos.⁴ Samma år vårdades 43 843 personer i samma åldersgrupp för substansrelaterade diagnos (med undantag för alkohol)⁵ samt 779 enligt diagnosen spelberoende.⁶ Enligt Socialstyrelsens kartläggning har 50 procent av dem som söker stöd hos socialtjänsten för missbruksrelaterade problem någon gång fått slutenvård psykiatrisk vård och 30 procent öppen psykiatrisk vård, utöver insatserna för missbruk. Målgruppen har enligt kartläggningen ökat inom socialtjänsten.

Ansvar för missbruksvården i Sverige delas idag upp på två huvudmän. Kommuner och regioner har ett gemensamt ansvar för att tillhandahålla stöd och behandling till personer med missbruk eller beroende utifrån sina ansvarsområden. Problematiken vid missbruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Missbruks- och beroendevården omfattar därmed 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.⁷

Inom Kronobergs län berörs den kommunala och regionala missbruksvården av två omfattande omställningar de kommande åren. Dels omställningen till *god och nära vård nära Kronobergaren*, dels samsjukhetsutredningens förslag att samla

² Folkhälsomyndigheten, Alkohol, narkotika, dopning, tobak och spel (ANDTS), [Alkoholens skadeverkningar – Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/skadeverkningar)

³ enligt undersökningen Vanor och konsekvenser utförd av Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning 2021 (CAN).

⁴ 13 500 kvinnor och 27 000 män. Beroende utgjorde den vanligaste diagnosen

⁵ 13 926 kvinnor och 29 917 män. Varierande diagnos vanligast beroende och skadligt bruk mellan de olika substanserna

⁶ Uppgifter i patientregistret

⁷ Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*, 2019

hela ansvaret för vård och behandling inom beroendevården till hälso- och sjukvården. I Kronobergs län bedöms det finnas goda förutsättningar att med god kvalitet genomföra dessa förändringar i samverkan genom att utveckla den etablerade samverkan i den länsgemensamma Integrerade missbruks- och beroendemottagningen.⁸

Med kommande förändringar som bakgrund fattade *Ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård, skola och socialtjänst* i juni 2022 beslut om att utreda och lämna förslag på hur det inom Kronobergs län kan skapas en integrerad missbruksvård nära Kronobergaren. Uppdraget syftar till att lämna förslag på en länsgemensam vårdkedja av placering, öppenvårdsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och utslussning till eget boende och sysselsättning som följer individernas behov av stöd med rätt kompetens och insatser.

2 Beskrivning av uppdrag

2.1 Syfte och frågeställningar

Mot bakgrund av beskrivna kommande förändrade förutsättningar gav ledningsgruppen för hälso- och sjukvård och socialtjänst i Kronobergs län i uppdrag att utreda och lämna förslag på framtida länsgemensam organisation och verksamhet enligt följande inriktning:

- Fortsätta utveckla missbruksvården i Kronobergs län utifrån Integrerad mottagning som modell/basverksamhet samt med utgångspunkt i förslagen i samsjuklighetsutredningen.
- Förslaget ska syfta till att skapa en länsgemensam vårdkedja av öppenvårdsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och utslussning till eget boende och sysselsättning.
- Utöka den länsgemensamma verksamheten med HVB Ekeliden och stödboendet Novus med utslussning till respektive kommun.
- Lämna förslag på huvudmannaskap för verksamheten
- Lämna förslag på finansiering för drift och uppföljning

⁸ Uppdragsbeskrivning, antagen av Länets ledningsgrupp för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst

2.2 Mål

Målet med uppdraget är att alla invånare i Kronoberg ska ha rätt och möjlighet till likvärdig missbruks- och beroendevård oavsett var i länet man bor - *en integrerad missbruksvård nära Kronobergaren*. Föreliggande rapport ska beskriva ett ramförslag på arbetssätt och organisationsstruktur för att uppnå målet genom att skapa en integrerad missbruksvård med en länsgemensam vårdkedja av öppenvårdsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och en utökning av den länsgemensamma verksamheten med HVB Ekeliden och stödboendet Novus med utslussning eget boende samt sysselsättning.

2.3 Tidplan och resurser

Uppdragstagare för uppdraget är Tinna Stoj, verksamhetsledare på den integrerade missbruk- och beroendemottagningen samt Susanna Johnsson, enhetschef för insats missbruksvård på förvaltningen arbete och välfärd inom Växjö kommun. För att bistå uppdragstagarna upprättades en arbetsgrupp med Caroline Pettersson, verksamhetsutvecklare på förvaltningen arbete och välfärd och Jenny Blixt, utvecklingsledare på Region Kronoberg samt olika nyckelpersoner som tagits in vid behov. Halvvägs in i uppdraget har även Christina Olsson, ny enhetschef för Ekeliden, deltagit i arbetsgruppen. Mari Persson, områdescontroller/stabschef Primärvård psykiatri och rehab inom Region Kronoberg samt Vlora Uka, controller på Växjö kommun har deltagit i arbetet och tagit fram underlag till den ekonomiska konsekvensanalysen.

Arbetsgruppen initierade sitt arbete under september 2022 och har haft att åiterrapportera till länets ledningsgrupp i oktober 2022 samt delrapportera i januari 2023. Arbetsgruppen föreslog dock under slutet av 2022 att skjuta på delrapporteringen till februari då det under arbetets gång framkommit att slutbetänkandet för samsjuklighetsutredningen skulle presenteras 31 januari. För att ha med slutbetänkandet som underlag sköts deadline för delrapporten fram, vilket föreliggande utredning utgör, till behandling på ledningsgruppen 3 mars 2023. Enligt uppdragsbeskrivningen ska slutrapport lämnas i juni 2023.

Arbetsgruppen har kontinuerligt stämt av under uppdragets gång och fört dialog med Sandor Eriksson, verksamhetschef specialistpsykiatri inom Region Kronoberg samt Rizana Talic, förvaltningschef på förvaltningen arbete och välfärd inom Växjö kommun.

Finansiering för utvecklingsprojektet sker genom befintliga utvecklingsresurser på Integrerad mottagning samt framåt genom medel inom Psykisk hälsa-uppdraget under vidare utredning samt implementeringsfas.

3 Metod

Olika rapporter, vägledningar och forskning inom området finns redan idag och utgör en stark grund i framtagandet av målgruppens behov och empiriskt lyckade arbetssätt. Uppdraget vilar på samsjuklighetsutredningens omfattande utredning till både delbetänkandet och slutbetänkandet med olika sammanställningar, analyser och kartläggningar av lagstiftning, behov och insatser samt arbetssätt till målgruppen i kommuner, regioner och privata verksamheter. En styrka i samsjuklighetsutredningens underlag är att utredningen har tillsammans med personer med samsjuklighet och dess anhöriga tagit fram tio målbilder för vad som är viktigt i det stöd som samhället ger målgruppen. Målbilderna används som en av utgångspunkterna i samsjuklighetsutredningens analyser och förslag och utgör en röst för användarna av insatser inom missbruksvården. I bilaga 1 redovisas en förenklad bild över hur de olika målbilderna hänger ihop med samsjuklighetsutredningens förslag och bedömningar i sitt del- och slutbetänkande.

I uppdraget ingår att titta på utslussning till eget boende samt stödinsatser och sysselsättning på hemmaplan. För att klargöra hur kommunerna i Kronobergs län arbetar idag inom öppenvården skickades en kortfattad enkät ut till samtliga kommuner. I enkäten ställdes frågor om vad kommunen erbjuder för stödinsatser inom öppenvården och särskilt om boendestöd finns för målgruppen. Enkäten har besvarats av samtliga kommuner i länet.

3.1 Rapportens disposition

Avsnitten ovan har gett in introduktion av utredningens bakgrund, uppdrag och utgångspunkter samt några för utredningen centrala begrepp. Nästkommande två kapitel presenterar en kartläggning över de frågor som hänger ihop med uppdragets utgångspunkter och som på olika vis knyter an till de förslag som lämnas. Kapitel 4 beskriver samsjuklighetsutredningens förslag som påverkar föreliggande uppdrag och förslag till vårdkedja. Här återfinns förslag från delbetänkandet såväl som slutbetänkandet. I kapitel 5 beskrivs resultatet av den kartläggning som gjorts som ligger till grund för förslagen i den integrerade vårdkedjan. Här finns en beskrivning av gällande lagstiftning, möjligheter till

samverkan samt en översikt av den stöd- och vårdverksamhet som finns idag och som direkt knyter an till uppdragsbeskrivningens fokusområden: integrerad missbruks- och beroendemottagning, HVB Ekeliden, Novus samt kommunernas öppenvård/sociala stödinsatser.

Vidare i kapitel 6 lämnas förslag på en integrerad och sammanhållen vårdkedja. Vårdkedjan illustreras i en översiktsbild, detaljerad processbild samt beskrivs i text. Beskrivningen innefattar dels innebörden i de olika stegen inom vårdkedjan samt med en grund kopplad till samsjuklighetsutredningens förslag. Avsnittet beskriver förslag till verksamhet inom HVB Ekeliden och stödboendet Novus samt skillnaderna och kopplingen dem emellan i vårdkedjan. Här redovisas även förslag till likvärdiga sociala stödinsatserna inom kommunerna på hemmaplan för en integrerad och sammanhållen vårdkedja nära Kronobergaren. Avsnitt 6 innehåller även förslag på finansiering för verksamheten inom den föreslagna vårdkedjan.

Slutligen i kapitel 7 redovisas förslag på det fortsatta arbetet såvida beslut fattas att arbeta vidare med en implementering av en integrerad och sammanhållen vårdkedja.

Under utredningen kommer förslagen som samsjuklighetsutredningen lämnat att benämnas som *samsjuklighetsutredningens förslag* eller *delbetänkandets förslag*. Detta att särskilja till de förslag eller slutsatser som dras av föreliggande uppdrags arbetsgrupp. De benämns som *utredningens förslag* eller *föreliggande utrednings förslag*.

4 Samsjuklighetsutredningen

Samsjuklighetsutredningen tillsattes av regeringen i juni 2020. Utredningen fick i uppdrag att föreslå hur samordnade insatser när det gäller vård, behandling och stöd kan säkerställas för barn, unga och vuxna personer med samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd. I samsjuklighetsutredningens uppdrag har bland annat ingått att analysera och lämna förslag på hur samverkan för personer med samsjuklighet kan förbättras mellan huvudmännen och mellan verksamheter med samma huvudman, se över ansvarsfördelningen mellan huvudmännen och lämna förslag på hur ansvaret för personer med samsjuklighet kan samlas hos en huvudman. I november 2021 presenterades uppdraget i delbetänkandet *Från delar till helhet* -

En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.⁹

Den 28 oktober 2021 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv. Samsjuklighetsutredningen fick då även i uppdrag att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Samsjuklighetsutredningen lämnade sin slutredovisning den 31 januari genom slutbetänkandet *Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*.¹⁰

Därtill, efter riksdagsvalet 2022, presenterade den nya regeringen i sin deklaration att de fastslagit att man avser förändra missbruksvården i linje med samsjuklighetsutredningens förslag. I Tidöavtalet redovisas följande direktiv:

Personer med missbruksproblematik och beroendesjukdom ska ges en sammanhållen vård och behandling. Ansvaret ska ligga på regionerna och en långsiktig plan ska arbetas fram för en bättre beroendevård i hela landet. Stöd till närstående och barn behöver utvecklas, bland annat genom stödlinjer. Socialtjänstens ansvar för stöd i vardagen, till exempel i form av boende, sysselsättning och hjälp att utveckla egna resurser, ska kvarstå.¹¹

4.1 Samsjuklighetsutredningens 10 bärande delar

Samsjuklighetsutredningen har lämnat förslag, dels i sitt delbetänkande 2021, dels i sitt slutbetänkande som presenterades januari 2023, på en omfattande reform inom dagens missbruk- och beroendevård. Av förslagen och bedömningarna i båda betänkandena följer att den föreslagna reformen även omfattar insatser till personer med skadligt bruk eller beroende som inte har samsjuklighet. Begreppet samsjuklighetsreformen används ändå vid beskrivning av förändringen eftersom reformen i hög grad syftar till att öka tillgången till samordnad behandling av olika psykiatriska tillstånd samt på att ge ett samordnat, behovsanpassat och personcentrerat stöd till personer som behöver insatser på flera livsområden samtidigt.¹²

⁹ Socialdepartementet, *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* SOU 2021:93

¹⁰ Socialdepartementet, *Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*, SOU 2023:5,

¹¹ Tidöavtalet, *Direktiv samarbetsprojekt Hälso- och sjukvården- Stärk beroendevården*, 2022

¹² Socialdepartementet, 2023

Samsjuklighetsutredningen föreslår en omfattande reform som ska bidra till ökad samordning, behovsanpassning och personcentrering. Reformen består av följande tio bärande delar:

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
4. Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligat uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för de med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörig-organisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.

4.2 Beskrivning av samsjuklighetsutredningens förslag som berör förslag om integrerad vårdkedja nära Kronobergaren

Nedan beskrivs de avsnitt från samsjuklighetsutredningen som direkt berör föreliggande utredning om att skapa en länsgemensam vårdkedja för Kronobergaren. Avsnitten är numrerade utefter förslagsnummer i samsjuklighetsutredningen.¹³

¹³ Socialdepartementet 2021 och 2023

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

Samsjuklighetsutredningen föreslår att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende. Det ska framgå av hälso- och sjukvårdslagen. Syftet med förtydligandet av hälso- och sjukvårdens ansvar är främst att skapa förutsättningar för att hålla ihop behandlingen av alla psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende, oavsett om behandlingen sker med läkemedel, psykologiska, psykosociala eller andra behandlingsmetoder. Förslaget är inte avgränsat till personer med samsjuklighet, utan omfattar allt det som i dag brukar benämnas missbruks- och beroendevård inklusive de insatser som utgör behandling inom heldygnsvård.

4. Fortsatt och förtydligande uppdrag för socialtjänsten

Socialtjänstens uppdrag när det gäller personer med skadligt bruk eller beroende ska enligt samsjuklighetens förslag kvarstå och förtydligas för följande huvudsakliga fyra områden:

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

5. Regionerna får ett förtydligt ansvar för hälso-och sjukvårdsinsatser på HVB men socialtjänsten ska ha fortsatt ansvar

Samsjuklighetsutredningen drar slutsatsen att HVB både idag och med en ny ansvarsfördelning främst tillhandahåller socialtjänstinsatser. Socialtjänsten ska därför ha fortsatt ansvar för placering på HVB både för barn och för vuxna. Dock konstateras det att det är av avgörande betydelse att den enskilde får sitt hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosett under placering på HVB och att detta inte sker i tillräcklig grad i dag. Därför ska regionens ansvar för sådana insatser, inkluderat behandling för skadligt bruk eller beroende, förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Om regionen inte planerar och tar ansvar för att hälso- och sjukvårdsinsatser genomförs under placeringen inträder betalningsansvar enligt en schablon.

Eftersom det även fortsättningsvis kommer vara två huvudmän som ansvarar för olika delar av de samlade vård- och stödinsatserna som ges till personer som vårdas utanför det egna hemmet trycker samsjuklighetsutredningen på att samverkan är nödvändigt och att det ställer krav på att det finns en samsyn i exempelvis kvalitetsfrågor och gemensamma rutiner för samverkan inför sådana placeringar. Samsjuklighetsutredningen föreslår därför en skyldighet för regionen och kommunen att ingå en överenskommelse om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna ska tillgodoses för vuxna med skadligt bruk och beroende, eller andra psykiatriska tillstånd, som vårdas utanför det egna hemmet.

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

Samsjuklighetsutredningen föreslår att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för en avgränsad målgrupp med särskilt stora samordningsbehov och bristande förmåga att själv samordna insatser. Med samordnad vård- och stödverksamhet menas en gemensam verksamhet där olika professioner från båda huvudmännen jobbar tillsammans. Syftet med verksamheten är att främja deltagarnas hälsa, trygghet och levnadsvillkor genom samordnade och kontinuerliga vård- och stödinsatser som utgår från personens individuella mål, behov, resurser och sociala sammanhang.¹⁴ Samsjuklighetsutredningen framhäver i sitt slutbetänkande att den samordnade vård- och stödverksamheten är en väsentlig del av den föreslagna reformen och utgår därför ifrån att det ska finnas en skyldighet för regioner och kommuner att bedriva en gemensam vård- och stödverksamhet.¹⁵

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

I slutbetänkandet föreslås en ny reglering av tvångsvård för skadligt bruk och beroende med principen att tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska ges samordnat med annan psykiatrisk vård och vara en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. Tvångsvård för skadligt bruk eller beroende ska enligt förslaget ges enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och på en sjukvårdsinrättning som drivs av regionen. Det innebär att LVM upphör och

¹⁴ Socialdepartementet, 2021

¹⁵ Observera att den särskilda lag och vård och stödsamordning som samsjuklighetsutredningen föreslår ställer ytterligare krav på regioner och kommuner att bedriva en samordnad verksamhet än vad föreliggande utredning föreslår. Den särskilda målgruppen uppskattar samsjuklighetsutredningen utgöra maximalt 33 000 personer.

att Statens institutionsstyrelse (SIS) inte längre ska ha uppdraget att bedriva tvångsvård för vuxna personer med skadligt bruk eller beroende. Målet med förslagen är bland annat att få så få övergångar mellan huvudmän som möjligt, att individanpassa vården i högre grad och ge en ökning av tillgängligheten till evidensbaserad behandling. Syftet är även att verksamheten som ansvarar för tvångsvården enligt huvudregeln ska finnas i närheten av de hälso- och sjukvårds- och socialtjänstverksamheter som ska ge insatser före och efter att tvångsvården har avslutats.

Förslagen bedöms leda till kortare vårdtider i tvångsvården och skapa förutsättningar för individanpassande insatser som kan handla om boende, sociala stödinsatser, behandling för skadligt bruk eller beroende, behandling för andra psykiatriska tillstånd och insatser som skapar förutsättningar för utbildning, arbete och andra sysselsättning. Med förslagen avser även samsjuklighetsutredningen att uppmärksamma att samsjuklighet mellan skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd är mycket hög bland personer som vårdas enligt LVM och tvångsvård för skadligt bruk och beroende därför behöver innehålla både kvalificerad vård för beroendesjukdomen och annan specialiserad psykiatrisk vård av hög kvalitet.

Samsjuklighetsutredningen bedömer vidare att en fortsatt utveckling av samarbetet mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten är en viktig förutsättning för att personernas samlade behov ska tillgodoses och för att regionerna ska kunna hantera tvångsvårdsuppdraget när det gäller personer med skadligt bruk och beroende.¹⁶

4.2.1 Förstärka den enskildes inflytande

Klienter och patienter har ofta ett annat fokus på förbättringar som kan komplettera verksamheternas egna förbättringsförslag. Det finns en rad olika möjligheter att involvera klienter och patienter i förbättringsarbete. Det är viktigt att se till att både kvinnor och män ges möjlighet att vara delaktiga.¹⁷

Samsjuklighetsutredningen bedömer att kunskapen om metoder som stödjer den enskildes inflytande och delaktighet behöver öka och implementeras.

Samsjuklighetsutredningen föreslår därför att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ansvara för ett femårigt nationellt program som syftar till att förstärka inflytande för och att minska stigmatiseringen av personer med psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Programmet ska

¹⁶ Socialdepartementet 2023

¹⁷ Sveriges kommuner och regioner SKR, *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år- så här vänder vi utvecklingen*, 2018

genomföras i samverkan med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för delaktighet samt i samarbete med berörda patient, brukar- och anhörigorganisationer. Delar av uppdraget föreslås genomföras tillsammans med Socialstyrelsen.

4.3 Ikraftträdande och genomförande

Samsjuklighetsutredningen föreslår att föreslagen reform ska genomföras stegvis under en femårsperiod med ikraftträdande under tredje året samt att de lagändringar som föreslås i delbetänkandet ska träda i kraft den 1 januari 2026. Det kommer att behöva ske ett nära samarbete mellan region och kommunerna för att kompetens som i dag finns i deras verksamheter ska tas till vara. Regionerna och kommunerna kommer också behöva ha en gemensam ledningsstruktur för genomförandet av reformen för att kunna ta ett gemensamt ansvar. Regionen ska ensamt ansvara för all vård och behandling till målgruppen medan kommunerna samtidigt ska ställa om sin verksamhet från ett behandlingsfokus till att utveckla sociala stödinsatser.

Samsjuklighetsutredningen föreslår att det inrättas en nationell stödstruktur på SKR och att det ska utgå stimulansmedel till regioner och kommuner under femårsperioden. Förslag lämnas även att tillsätta en särskild utredare för att utveckla den tvångsvård inom SiS som bedrivs enligt LVM idag. Utvecklingen ska påbörjas 2024 och slutföras under 2026.

4.3.1 Förändring av begreppet samsjuklighet

Samsjuklighet som begrepp innebär att ha flera diagnoser samtidigt. I föreliggande rapport och samsjuklighetsutredningen innefattar det skadligt bruk eller beroende samtidigt med andra psykiatriska diagnoser. Av samsjuklighetsutredningens förslag och bedömningar i båda betänkandena följer att reformen även omfattar insatser till personer med skadligt bruk eller beroende som inte har samsjuklighet. Samsjuklighet är dock inom målgruppen vanlig. Socialstyrelsens rapportering visar att en majoritet av de personer som får vård på grund av skadligt bruk eller beroende också har vårdats för en annan psykiatrisk diagnos och därför kan beskrivas ha en samsjuklighet. Det är en heterogen målgrupp. Vissa har endast behov av behandling av de psykiatriska tillstånden inklusive skadligt bruk och beroende, medan andra också har omfattande behov av sociala insatser. Antalet personer med omfattande missbruk och psykisk ohälsa har ökat inom socialtjänsten.

Samsjuklighetsutredningen föreslår i sitt delbetänkande att i begreppet psykiatrisk diagnos, i de diagnoser som kan leda till en psykisk

funktionsnedsättning och därmed utgöra grund för samsjuklighet, ska alla psykiatriska diagnoser inkluderas, inklusive skadligt bruk och beroende. Samsjuklighetsutredningen breddar således begreppet samsjuklighet i att det skadliga bruket och beroendet kan utgöra en psykiatrisk diagnos som kan leda till en psykisk funktionsnedsättning. Att beroende kan vara ett tillstånd som likställs med funktionshinder överensstämmer också med förarbetena till socialtjänstlagen. Det innebär dock inte att merparten av personer med skadligt bruk eller beroende kommer anses ha en psykisk funktionsnedsättning, men att tillstånden liksom för andra psykiatriska sjukdomar kan få sådana konsekvenser.¹⁸

5 Kartläggning

För att lämna förslag om ett nytt arbetssätt baserat på modellen för integrerad mottagning samt samsjuklighetsutredningens förslag har först en kartläggning över gällande lagstiftning och dagens verksamhet gjorts. I avsnittet nedan presenteras kortfattat all den kartläggning och omvärldsanalys som gjorts inom ramen för uppdraget. I att utreda och föreslå en mer likvärdig öppenvård i hela Kronoberg har arbetsgruppen dels kartlagt vad forskning och Socialstyrelsens riktlinjer visat vara mest gynnsamma insatser för aktuell målgrupp samt samsjuklighetsutredningens förslag till socialtjänstens stödinsatser. För att klarlägga kommunernas utgångsläge skickades en enkät ut till samtliga kommuner i länet med frågor om vilka insatser som idag erbjuds samt om boendestöd erbjuds till personer med skadligt bruk och boende.

5.1 Nuvarande lagstiftning

Kommun och Region har olika formella möjligheter att erbjuda behandling till personer i skadligt bruk eller beroende. Lagstiftningen förtydligar ansvarsfördelningen mellan huvudmännen när det gäller vissa uppgifter. 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. Här ingår skadligt bruk och beroende.¹⁹

Kommunerna ansvarar enligt Socialtjänstlagen (SoL) inom sitt område och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver. Socialnämnden ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol

¹⁸ Socialdepartementet 2021

¹⁹ 8 kap. 1 §, 2 kap. § 2 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL; Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – stöd för styrning och ledning, 2019

och andra beroendeframkallande medel samt spel om pengar.²⁰ I SoL finns vidare särskilda bestämmelser om socialtjänstens ansvar för behandling vid skadligt bruk eller beroende. Socialnämnden ska aktivt sörja för att den enskilde får den hjälp och vård som hen behöver för att komma ifrån missbruket.²¹ Att kommunen innehar det yttersta ansvaret innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

Vidare har socialtjänsten ett generellt ansvar för stödinsatser. I SoL anges att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Socialnämnden ska i sin verksamhet främja den enskildes rätt till arbete, bostad och utbildning. För människor med funktionsnedsättningar (där personer med samtidigt missbruk eller beroende kan vara en grupp) ska socialnämnden medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter hens behov av särskilt stöd.²² När det finns skäl att tvångsvårda någon på grund av missbruk, ansvarar socialnämnden för att ansöka om tvångsvård hos förvaltningsrätten enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

När det gäller barn och unga har kommunen i egenskap av huvudman för socialtjänsten ett särskilt ansvar där socialnämnden aktivt ska arbeta för att förebygga och motverka missbruk bland barn och unga.²³

5.1.1 Samverkan mellan Region och kommun

Problematiken vid skadligt bruk och beroende är ofta sammansatt och insatser behöver samordnas för att möta individens hela situation. Kommuner och regioner ska ingå en överenskommelse om ett samarbete i fråga om personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar.²⁴

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan (SIP).²⁵ Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde

²⁰ Socialtjänstlagen (2001:453) SoL 3 kap 7 § första stycket

²¹ 5 kap. 9 § SoL.

²² SoL 4 kap. 1 §, 3 kap. 2 § 5 kap. 7 §

²³ 5 kap. 1 § 4 SoL

²⁴ 5 kap. 9 a § SoL och 16 kap. § 3 HSL

²⁵ 2 kap. 7 § SoL och 16 kap. § 4 HSL

samtycker till att den upprättas. Även den enskilde, dennes närstående eller någon annan kan ta initiativ till att kommun eller region prövar om det behövs en plan. Enligt bestämmelsen ska en plan upprättas om kommunen eller regionen bedömer att det behövs. Det räcker att en av huvudmännen gör den bedömningen för att skyldigheten ska inträda för båda. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Det ska av planen framgå

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

5.1.2 Avtalssamverkan

Av kommunallagen (KL) framgår att en kommun eller region får ingå avtal om någon av dess uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun eller en annan region (avtalssamverkan).²⁶ Avtalssamverkan är en enklare form av kommunal samverkan vid sidan av kommunalförbund och gemensamma nämnder och är undantagen från lokaliseringsprincipen i KL.²⁷ Detta möjliggör att en kommun eller en region kan utföra uppgifter åt en annan region eller kommun utan att det finns en tydlig anknytning till den egna kommunens eller regionens område eller dess medlemmar. En kommun får dock inte med stöd av nuvarande bestämmelse om avtalssamverkan i kommunallagen utföra uppgifter som ankommer på en region och vice versa. Detta begränsar i praktiken möjligheten att ingå samverkansavtal mellan kommuner och region att utföra insatser inom respektive ansvarsområde.²⁸

5.1.3 Sekretess

Sekretess inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården gäller enligt Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Sekretess gäller för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till hen lider men.²⁹ Med röjas avses att muntligen berätta om uppgiften eller att på annat sätt lämna ut den.

²⁶ 9 kap. 37 § första stycket KL (jfr 2 kap. 5 § SoL)

²⁷ 2 kap. 1 § KL

²⁸ Socialdepartementet, 2021

²⁹ 25 kap 1§ och 26 kap 1 § OSL

Sekretessregleringen i OSL innebär att det finns en sekretessgräns runt en myndighet som gäller utåt, det vill säga gentemot juridiska eller fysiska enskilda och andra myndigheter. Sekretessgräns kan även uppstå inom en myndighet, då runt en självständig verksamhetsgren. Sekretessgränsen innebär alltså att sekretessbelagda uppgifter inte får lämnas ut över sekretessgränsen om inte en sekretessbrytande bestämmelse eller om menprövning tillåter det. Sekretessen gäller alla som arbetar, praktiserar eller har uppdrag inom verksamheten. Den gäller även när dessa personer har slutat sitt uppdrag.³⁰

Undantag från sådan sekretess gäller i beslut i ärende inom hälso- och sjukvården enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet avser frihetsberövande åtgärd eller inom socialtjänsten vad gäller beslut om omhändertagande av enskild.³¹ Vidare, hindrar sekretessen inte att en uppgift om en enskild eller närstående till hen lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en myndighet inom socialtjänsten och tvärtom, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och hen:

- fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
- vårdas med stöd av lag om psykiatrisk tvångsvård eller lag om rättspsykiatrisk vård.³²

Sekretessbrytande bestämmelser

Om det vid en menprövning framkommer att sekretess gäller, det vill säga att det inte står klart att den enskilde eller närstående inte kommer lida men av att uppgiften lämnas ut, kan uppgiften ändå lämnas ut om någon av de sekretessbrytande reglerna i OSL är tillämpliga. Det finns sekretessbrytande bestämmelser som är möjliga att tillämpa i all offentliga verksamhet:³³

- bestämmelsen om samtycke
- bestämmelsen om visst nödvändigt utlämnande
- bestämmelsen om uppgiftsskyldighet till annan myndighet

Utöver dessa tre sekretessbrytande regler finns en del som gäller för socialtjänst specifikt och en del för hälso- och sjukvård.

³⁰ OSL

³¹ OSL 25 kap § 10, kap 26 § 7

³² OSL 25 kap § 12, kap 26, § 9

³³ OSL 10 kap. §§ 1–2, § 28 och 12 kap § 2

Samtycke

Sekretess till skydd för enskild hindrar inte att en uppgift lämnas till en enskild eller en annan myndighet, om den enskilde samtycker till det. Den enskilde kan alltså helt eller delvis häva den sekretess som gäller till skydd för hen, om inte annat anges i OSL.³⁴ Ett delvis eller partiellt samtycke kan avse en viss uppgift i en större informationsmängd eller rikta sig enbart till en viss adressat. Ett samtycke får inte ha ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt avstår från sekretessen hos en viss myndighet eller en viss tjänsteperson. Den enskilde kan alltid häva sitt samtycke. Muntligt samtycke ska dokumenteras.³⁵

5.1.4 Ny lag som sammanhållen vård och omsorgsdokumentation

Den 1 januari 2023 börjar lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation gälla. Enligt lagen kan vårdgivare och socialtjänstens verksamheter som gäller omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning under särskilda förutsättningar dela personuppgifter med varandra. Syftet med sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation är att förbättra och förenkla kommunikationen mellan vårdgivare och omsorgsgivare och därmed förbättra vården till och insatserna för den enskilde.

För att dela uppgifter behöver verksamheterna vara anslutna till ett system för sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation. Det är frivilligt att ansluta sig till ett sådant systemet.³⁶

5.2 Missbruks- och beroendevården idag inom Kronobergs län

Nedan avsnitt beskriver verksamheten som finns idag inom uppdragets ramar. Det finns givetvis även annan vård och socialtjänstinsatser som inte bedömts relevant inom ramen för aktuellt uppdrag och beskrivs därför inte i föreliggande utredning.

5.2.1 Integrerad missbruks- och beroendemottagning, gemensamma insatser

Alla invånare i Kronoberg ska ha rätt och möjlighet till lika missbruks- och beroendevård oavsett var i länet man bor. Därför driver Region Kronoberg tillsammans med länets samtliga kommuner en gemensam missbruks- och beroendemottagning med mottagningslokaler i både Växjö och Ljungby. Där samlas spetskompetens kring missbruks- och beroendevården i länet.

³⁴ 10 kap. 1 § OSL; 12 kap. 2 § OSL

³⁵ Socialstyrelsen 2012

³⁶ Socialstyrelsen, *Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation*, 2022

Målgruppen för den integrerad mottagningen är personer från 16 år som har ett substansmissbruk eller spel om pengar samt även anhöriga i form av kommunalt anhörigstöd.

Mottagningen är uppdelad i två block utifrån att det finns två huvudmanskap gällande missbruk- och beroendevården i Sverige. Ett av blocken är kommunalt och det andra sköts av Region Kronoberg. I regionens del ingår behandling för patienter inom psykiatri och primärvården och i den kommunala ingår kommunala behandlingsinsatser. Därav ser vägen in till mottagningen olika ut beroende på vilken insats som är aktuell för den enskilde.³⁷ Mottagningen har en gemensam verksamhetsledare som har ansvar för det dagliga arbetet på mottagningen. Anställande chef har personalansvar. Mottagningen har en gemensam kompetensplattform och den täcker hela länet så att samtliga i länet som arbetar med missbruk och beroende får erbjudande om utbildningar som genomförs utifrån sammantaget behov.

Region Kronobergs insatser inom integrerad mottagning

För individer med samsjuklighet, i detta sammanhang individer med en psykiatrisk diagnos och missbruk- eller beroendediagnos, är det regionens psykiatriska del av mottagningen som är aktuell. För patienter som tillhör primärvården krävs ingen samsjuklighet utan dit kommer individer som primärvården bedömer behöver specialistkompetens utifrån den problematik och dess konsekvenser individen har av sitt skadliga bruk eller beroende. För att få insatser inom verksamheten krävs en remiss genom antingen egenremiss som skickas in av individen själv eller en remiss från annan vårdinstans.

Inom regionens del av integrerad mottagning kartläggs patienter med missbruksproblematik och misstänkt samsjuklighet, det vill säga både missbruk och psykiatrisk sjukdom. Regionen erbjuder behandling av patienters problematik utifrån skadligt bruk eller beroende vid samsjuklighet. Genom medicinsk och psykosocial behandling används, Motiverande samtal, Återfallsprevention, HAP, Affektskola, LARO, KBT, CRAFT, BRA. För LARO krävs inte heller någon samsjuklighet men ett dokumenterat beroende av opioider. Primärvårdens uppdrag inom integrerad mottagning är att behandla patienter med en komplicerad missbruk- och beroendeproblematik och sociala svårigheter samt att ge stöd till vårdcentraler och hantera läkemedelsnedtrappning.

³⁷ Region Kronoberg vårdgivare, *Arbetsområden och processer -missbruk- och beroendevård*, 2022

Inom integrerad mottagning genom regionen finns även samverkansteamet. Samverkansteamet träffar främst patienter med samsjuklighet. För att patienten ska bli aktuell för verksamheten krävs att remiss skickas från både psykiatrin och hemkommunen. Teamets huvudsakliga uppgift är att skapa samarbete i patientens nätverk, se till att patienterna har en fungerande vardag och få en ökad livskvalité. I teamet arbetar två sjuksköterskor och två skötare tillsammans med läkare, kurator och arbetsterapeut. Teamet har inga färdiga koncept att arbeta utifrån. För bästa resultat utarbetas vården i samråd med den enskilde och hans nätverket.³⁸

Kommunernas insatser inom integrerad mottagning

Om individen inte har en psykiatrisk diagnos är det kommunernas del av den integrerade missbruks- och beroendemottagningen som erbjuder insatser för skadligt bruk och beroende. Hit kommer individerna via biståndsbeslut från socialtjänsten i sin hemkommun där individen är folkbokförd.³⁹

Mottagningen är fördelad genom nio behandlare placerade i Växjö med en tjänst som är inriktad gentemot ungdomar samt tre behandlare i Ljungby. Här erbjuds bland annat samtal en gång per vecka eller enligt överenskommelse genom ÅP, HAP, KBT, Psykodynamisk, Craft, Systemisk, MI, familjesamtal, nätverk. Verksamheten genomsyras av ett lösningsfokuserat förhållningssätt och utifrån individens behov i centrum. Inom integrerad mottagning ingår även 12-stegsprogrammet.

5.2.2 Kommunernas öppenvård

Föreliggande uppdrag om förslag på en sammanhållen och integrerad vårdkedja innefattar även öppenvårdsinsatser, utslussning till eget boende samt stödinsatser och sysselsättning på hemmaplan. Fokus på hemmaplanslösningar finns även i samsjuklighetsutredningen som föreslår en uppdelning mellan huvudmännen samt att kommunerna uppdrag inom stödinsatser ska förtydligas, bland annat vad gäller sociala stödinsatser för försörjning, boende, sysselsättning, trygghet och sociala sammanhang. Fokus ska vara på att stärka den enskildes resurser, funktionsförmåga och möjligheter till självständigt liv.⁴⁰

För att klarlägga hur kommunerna i Kronobergs län arbetar idag inom öppenvården skickades en kortfattad enkät ut till samtliga kommuner. I enkäten

³⁸ Ibid

³⁹ Ibid

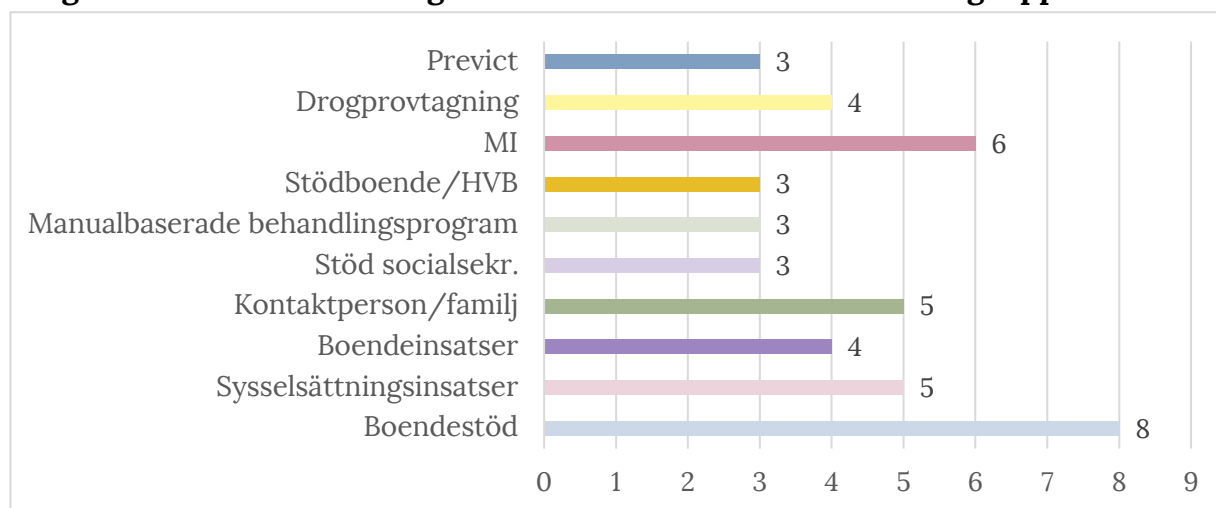
⁴⁰ Socialdepartementet 2021

ställdes frågor om vad varje kommun erbjuder för stödinsatser inom öppenvården till målgruppen, exklusive insatserna från den integrerade missbruks- och beroendemottagningen (eftersom samtliga kommuner är en del av mottagningen). Det ställdes även en fråga särskilt ifall boendestöd erbjuds för målgruppen, med eller utan samsjuklighet. Enkäten har besvarats av samtliga kommuner i länet. Nedan presenteras en sammanställning av resultatet.

Vilka stödinsatser och eftervård erbjuder kommunen målgruppen

Samtliga kommuner i länet ingår i den länsövergripande integrerade missbruks- och beroendemottagningen. Utöver de insatser som erbjuds där har kommunerna svarat ungefär likvärdigt i vad kommunen erbjuder målgruppen. Nedan i diagram 1 redovisas en förenklad sammanställning av kommunernas insatser. Som synes i tabellen har samtliga åtta kommuner svarat att de erbjuder boendestöd till målgruppen. Sex kommuner erbjuder motiverande samtal (MI) och fem kommuner erbjuder någon form av sysselsättningsinsats respektive kontaktperson. Inom sysselsättningsinsats ryms praktik, koordinator, arbetskooperativ, dagverksamheter eller annan form av riktad verksamhet för sysselsättning till målgruppen via exempelvis en arbetsmarknadsenhet.

Diagram 1. Sammanställning av kommunernas insatser till målgruppen



Kommentarer diagram 1. Resultatet över insatser är exklusive insatser från den integrerade missbruks- och beroendemottagningen.

Tre kommuner har svarat att de erbjuder någon form av manualbaserad behandling, såsom HAP och ÅP. En kommun erbjuder dessutom Affektskola, Seeking safety och Kriminalitet som livsstil som manualbaserade program. Vad gäller manualbaserade program erbjuds dessa även inom integrerad mottagning, varför en del kommuner sannolikt inte svarat att de erbjuder dessa. En kommun

uppgger även att de erbjuder AA och NA-grupper.⁴¹

Tre kommuner har uppgett stödboende, mellanboende eller HVB som insats. En kommun har angett stödboende som insats inom egenregi. Fyra kommuner erbjuder någon form av insats för att erhålla/behålla boende (benämns för boendeinsats i diagrammet). Boendeinsatser innefattar akutbostad, hyresgaranti, förmedlingsmedel och andrahandslägenhet såväl som samarbete med ekonomiskt bistånd. En kommun uppger att de erbjuder boendegaranti.

Det finns även indirekta insatser som kommunerna beskrivit men som inte redovisas som direkta insatser i diagrammet. Exempelvis har en kommun uppgett att det drivs ett utvecklingsarbete inom det vräkningsförbebyggande arbetet där målgrupperna skadligt bruk och beroende, funktionsnedsättning och samsjuklighet ryms inom. Vad gäller samarbete uppges samverkan med ekonomiskt bistånd, barn- och familj, sysselsättningsverksamheter boendestödet inom annan verksamhet.

Erbjuder kommunen boendestöd eller likvärdig insats till målgruppen?

Samtliga kommuner, dvs. åtta kommuner har svarat att boendestödsinsats erbjuds till målgruppen. Som synes i bild 1 skiljer sig kommunerna dock åt i vad insatsen benämns som. En kommun benämner insatsen som personellt boendestöd, en annan för hemnära stöd. Två kommuner benämner insatsen för behandlingsassistent inom missbruksvården men där även boendestöd inom socialpsykiatri finns. Tre kommuner svarar enkelt att boendestöd erbjuds målgruppen och tre kommuner att boendestöd från socialpsykiatri erbjuds målgruppen. Kommunerna skiljer sig även åt vid om insatsen erbjuds inom socialpsykiatri eller missbruksvård/från båda verksamheter beroende av behov. Av den beskrivning som lämnas kan läsas att insatsen utgör boendestöd eller likvärdig insats.

Boendestöd
Boendestöd inom socialpsykiatri
Behandlingsassistent
Personellt boendestöd
Hemnära stöd

Bild 1. Begreppsanvändning av boendestöd eller likvärdig insats till målgruppen, fallande ordning

⁴¹ Anonyma alkoholister och Anonyma narkomaner

Vad gäller kompetens inom boendestödet svarar en kommun att socialpedagog eller socionomkompetens finns hos behandlingsassistenterna. I en kommun utför specialpedagoger insatsen som är en mix av boendestöd samt stödjande och motiverande samtal för missbruksproblematiken. En kommun uppger att det är samma boendestödare som ger boendestöd inom socialpsykiatri som inom missbruksvården men där två boendestödare har mer kompetens och erfarenhet av missbruksproblematik. En kommun uppger att personellt boendestöd ges från öppenvården inom missbruksvården och vid samsjuklighet ges den från socialpsykiatri. Flera kommuner uppger att samverkan mellan missbruksvården och socialpsykiatri finns.

Slutsatser

Sammanställningen utgör en överblick av vad kommunerna erbjuder för insatser idag i syfte att kunna analysera möjligheten till förslag om likvärdiga sociala stödinsatser inom den integrerade sammanhållna vårdkedjan nära Kronobergaren. Svaren i enkäten uppskattas som ofullständiga, alltså att kommuner som erbjuder en viss insats kanske inte har svarat att detta erbjuds inom ramen för den kortfattade enkät som skickades ut. Exempelvis pågår säkerligen samverkan med olika enheter inom kommunerna, men endast ett fåtal har svarat detta likväl som sysselsättningsverksamheter säkerligen erbjuds i högre utsträckning än vad som redovisats. Det är alltså inte en allomfattande bild på detaljnivå som har frågats efter i utredningen men utgör ändå en god bild över vad kommunerna erbjuder, kan och skulle kunna erbjuda.

Sammanställningen visar en nulägesbild av att flera insatser som även föreslås inom likvärdiga sociala stödinsatser inom vårdkedjan, idag erbjuds i viss mån inom kommunerna men på olika vis. Bedömningen är att det finns en stark grund hos kommunerna att utveckla och erbjuda likvärdiga sociala stödinsatser så att invånarna i Kronobergs län får en likvärdig vård och likvärdigt stöd inom sin hemkommun och som är i linje samsjuklighetsutredningens intention.

5.2.3 Ekeliden HVB

Ekelidens vård- och behandlingshem tillhör region Kronoberg och tar emot personer över 25 år som har ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika och läkemedel. Boendet kan ta emot klienter med lättare rörelsehinder som exempelvis rullator och mild psykisk ohälsa/samsjuklighet. Ekeliden har 18 vårdplatser och är beläget i Tingsryds kommun och tar i första hand emot klienter från Sveriges södra region. Vanligast placering idag på Ekeliden är personer mellan 40–60 år med en alkohol- eller drogproblematik. Det är även vanligt att klienten har varit på behandling tidigare.

Placering

Ansökan till Ekeliden sker genom hemkommunens socialförvaltning. Placeringen föregås av ett studiebesök tillsammans med socialsekreterare där både klient och medarbetare på Ekeliden kan bilda sig en uppfattning om placering. Ett placeringsavtal och en vårdplan skrivs efter aktualisering och utredning från socialtjänsten samt beslut från Ekeliden. Varje klient får en kontaktperson med vilken individuella samtal utförs och en genomförandeplan tas fram med som ligger till grund för den fortsatta individuella behandlingen. På Ekeliden kan klienter vårdas enligt § 27 LVM (öppnare vårdform under tvångsplacering).

Bemannning

På Ekeliden arbetar totalt 16 medarbetare som bemannar boendet dygnet runt. Här arbetar behandlingspedagoger med formell kompetens inom skadligt bruk och beroende. En del medarbetare innehar även formell kompetens inom psykiatri, juridik och grundläggande utbildning i Kognitiv beteendeorienterad psykoterapi (KBT steg 1). Bemanningen består också sjuksköterskor med missbruksutbildning, psykiatriutbildning samt drogekunskap, undersköterskor, läkare 1 gång/vecka, kökspersonal och nattpersonal.⁴²

Behandling

Ekelidens verksamhetsmål är att klienter som vårdats på boendet ska uppleva en ökad livskvalitet och drogfrihet samt åter finna sin plats i samhället. På Ekeliden sker en lågintensiv behandling med möjlighet till återhämtning. Verksamheten använder sig av lösningsfokuserad kognitiv behandling och erbjuder läkemedelsnedtrappningar, återfallsprevention med åtta sessioner i grupp eller enskilt, motiverande samtal (MI)⁴³, ASI-kartläggningar, enskilda samtal med KBT-terapeut, Nada-öronakupunktur. Det finns möjlighet till sysselsättning i kök, städ och trädgård, promenader, gymträning bad och bowling. Även mindfulness erbjuds i grupp och individuellt utefter klientens önskemål för att minska stress och bidra till mer fokus, lugn och en bättre livskvalitet. På Ekeliden används både samtalsgrupper och individuella samtal anpassat individuellt för varje klient. Gruppsamtal genom mindre grupper följer bestämda teman i tre olika nivåer och sker under cirka 2-3 tillfällen i veckan. Storgrupper används i form av föreläsningar om skadligt bruk och beroende.

⁴² 1177 Vårdguiden Kronoberg- Ekeliden

⁴³ Motiverande samtal (MI, Motivational interviewing) är en specifik samtalsmetod och ett förhållningssätt med syfte att uppnå ökad motivation till beteendeförändring

5.2.4 Novus stödboende

Novus är ett stödboende som ligger i Växjö kommun precis vid Växjösjön. Novus verksamhetsmål är att skapa bättre förutsättningar för vuxna personer i skadligt bruk eller beroende, med eller utan samsjuklighet, och i förlängningen hjälpa individen till att leva ett meningsfullt och självständigt liv. På boendet arbetar 20 behandlingsassistenter enligt lågaffektivt bemötande och individuella planeringar i syfte att skapa bra förutsättningar för varje enskild individ. Boendet har 13 platser och en plats för insluss. Behandlingsassistenterna är socialpedagoger eller socionomer.

Placering sker genom biståndsbeslut av socialsekreterare inom socialtjänsten. Vid inflytt tilldelas en kontaktperson för individen och en genomförandeplan upprättas tillsammans med klienten. Verksamheten har olika behandlingssteg med ett fokus på att skapa en helhetssyn över individens samlade behov. Verksamheten erbjuder en strukturerad tillvaro med tillgång till insatser och aktiviteter som stödjer den enskildes möjlighet till att förändra sin situation.

Insatserna som erbjuds är manualbaserade program, social färdighetsträning, matlagning, fysisk träning, MI-samtal samt insatser för att skapa hållbar sysselsättning utanför Novus. För att skapa en struktur och förutsägbarhet utformas en veckoplanering tillsammans med individen. Manualbaserade program som erbjuds är återfallsprevention, HAP, affektskola, kriminalitet som livsstil och Seeking safety. Behandlingarna erbjuds i grupp men även individuellt vid behov förutom HAP som endast är individuell behandling. Drogtester genomförs för att säkerställa ett drogfritt boende.

På Novus är anhörigperspektivet viktigt. Behandlingsassistenterna är vid behov med i planering kring umgänge med barn och samtal om föräldraförmågan hos klienten. Om familjen är aktuell på avdelning barn och familj samverkar socialsekreterare och behandlingsassistent för att tillgodose barnets bästa, trygghet och säkerhet. Utifrån barnkonsekvensanalys på Novus bedöms boendets lokaler utgöra en hemlik miljö omgiven av fin natur, lekplatser, simhall och Växjösjöns badplats som möjliggör ett gott umgänge mellan förälder och barn under placering även utanför boendet. Trygghetsaspekten är viktigt dels utifrån barnperspektivet, att barnet inte ska vistas i en otrygg miljö lokalmässigt eller utifrån att fler personer bor på boendet. Dels utifrån barnets perspektiv att

kunna få följa med in i boendet och lägenheten för att se hur sin förälder bor och få känna en trygghet i den kunskapen.⁴⁴

Novus har en stor utemiljö på både fram- och baksida av byggnaden som öppnar upp för samvaro, odling och aktiviteter. Geografiskt ligger Novus med närhet till ytterligare utemiljö och naturliga promenadstråk runt både Växjösjön och Trummen. Simhallen ligger i närheten samt olika gymanläggningar, utegym och idrottsanläggningar. Det finns ett flertal affärer i området med promenadavstånd till. Novus ligger även med promenadavstånd till den integrerad missbruks- och beroendemottagningen, Piva samt Växjö centrallasarett som flera av klienterna kan behöva ta sig till under sin tid på Novus. Det går ett flertal busslinjer utanför Novus, tätortslinjer såväl som lantorts.



Kommentarer: Bilden visar baksidan av boendet Novus

⁴⁴ Växjö kommun, Behovsanpassad missbruksvård i Växjö kommun- Tillägsrapport till detaljerad ramorganisation, deluppdrag 4, boende- & behandlingsinsats – boendet NOVUS flyttar till Kampagården, 2019

6 Förslag på integrerad vårdkedja nära Kronobergaren

Inledande avsnitt beskriver en kort sammanfattande bakgrund till de förslag som görs i föreliggande utredningen. Förslag på vårdkedja presenteras i en illustrerande överblicksbild i avsnitt 6.2 och som detaljerad processbild utifrån uppdragets syfte och uppdragskriterier. Vårdkedjans steg beskrivs därefter i löpande text. Vidare i avsnitt 6.3 lämnas förslag till huvudmannaskap för verksamheten följt av finansieringsform för drift i avsnitt 6.4.

6.1 Bakgrund till förslaget

Föreliggande förslaget syftar i enlighet med uppdragsbeskrivningen till att skapa en länsgemensam vårdkedja av öppenvårdsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och utslussning till eget boende och sysselsättning samt att utöka den länsgemensamma verksamheten HVB Ekeliden, stödboendet Novus. Förslaget grundar sig i den integrerade missbruk- och beroendemottagningen som modell samt förslagen i samsjuklighetsutredningen.

Förslag på arbetssätt och vårdkedja följer i mångt om mycket samsjuklighetsutredningens förslag på arbetssätt i lagförslaget om samordnad vård- och stödverksamhet. Samsjuklighetsutredningens förslag till en ny lag om samordnad vård- och stödverksamhet är dock mer begränsat och riktar sig enbart till:

personer som tillhör en avgränsad målgrupp med särskilt stora samordningsbehov och bristande förmåga att själv samordna insatser. ... Det är personer som har behov av både hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.⁴⁵

Föreliggande utrednings förslag breddar den föreslagna lagstadgade samverkansformen till samtliga personer i skadligt bruk eller beroende, även utan samsjuklighet. Dels eftersom det ofta är svårt att initialt veta om personen lider av samsjuklighet eller inte. Dels för att behovet av samverkan anses finnas för hela målgruppen inom missbruk- och beroendevården. Socialstyrelsens rapportering visar att en majoritet av de personer som får vård på grund av skadligt bruk eller beroende också har vårdats för en annan psykiatrisk diagnos

⁴⁵ Socialdepartementet, 2021

och därför kan beskrivas ha en samsjuklighet.⁴⁶ I begreppet psykiatrisk diagnos inkluderar dessutom samsjuklighetsutredningen alla psykiatriska diagnoser inklusive skadligt bruk och beroende i de diagnoser som kan leda till en psykisk funktionsnedsättning och därmed utgöra grund för samsjuklighet och behov som målgruppen inom den föreslagna vård- och stödverksamhetslagen bedöms ha. Samsjuklighetsutredningen breddar således begreppet samsjuklighet.⁴⁷

6.1.1 Individens behov som styr

De samordnade insatserna syftar till att bidra till en förbättrad hälsa och levnadsvillkor för målgruppen när det gäller funktionsnivå, boendesituation, vardagsinnehåll, bruk av substanser och/eller spel om pengar samt symtombelastning på det psykiska och fysiska hälsotillståndet. För att uppnå detta syfte krävs att personalen arbetar gemensamt med individerna i verksamheten och när det inte är olämpligt tillsammans med anhöriga.

Centralt för hela vårdkedjan är att vid planering, samordning och genomförande av insatser i verksamheterna ska hänsyn tas till individernas individuella mål, behov och resurser. Verksamhetens innehåll fokuserar på den enskildes behov av vård och stöd där omfattning av insatser anpassas efter hens aktuella hälsa och levnadsvillkor och kan skalas upp eller ner. Verksamheten baseras på graden av komplexitet i individens livssituation och behov av insatser. Det är individens behov är i centrum och inte samsjukligheten i sig som är avgörande. Hänsyn tas till det sammanhang som personen befinner sig i, exempelvis vad gäller personens nätverk, sysselsättning och boende. Även risker som personen kan vara utsatt för samt hens erfarenheter kan ha betydelse i en personcentrerad planeringsprocess.

6.1.2 Målgrupp

Ett skadligt bruk eller beroende utgör en komplex problematik där behoven av insatser ofta behöver mötas utifrån både sociala och medicinska aspekter.⁴⁸ Verksamhetens målgrupp är personer som har behov av hälso- och sjukvård- och/eller socialtjänstinsatser på grund av ett skadligt bruk eller beroende, med en samtidig psykisk funktionsnedsättning eller utan. I många fall kommer det vara personer som har eller har haft sådana insatser, men där målen med

⁴⁶ Ibid

⁴⁷ Ibid; Observera att den särskilda lag och vård och stödsamordning som samsjuklighetsutredningen föreslår ställer ytterligare krav på regioner och kommuner att bedriva en samordnad verksamhet än vad föreliggande utredning föreslår. Den särskilda målgruppen uppskattar samsjuklighetsutredningen utgöra maximalt 33 000 personer.

⁴⁸ SKR, 2017

insatserna inte uppnåtts eller där insatsen har avbrutits. I andra fall är det personer som inte tidigare har haft sådana insatser men som har behov av det. Bedömningen av vilka insatser individen har behov av sker i varje enskilt fall i enlighet med det regelverk som styr hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens verksamhet. Här ingår även målgruppen för den särskilda vård- och stödverksamheten enligt samsjuklighetsutredningens förslag. Skulle lagstiftningen införas för en särskild vård- och stödverksamhet behöver dock detta analyseras ytterligare då än fler reformer krävs för den målgruppen.

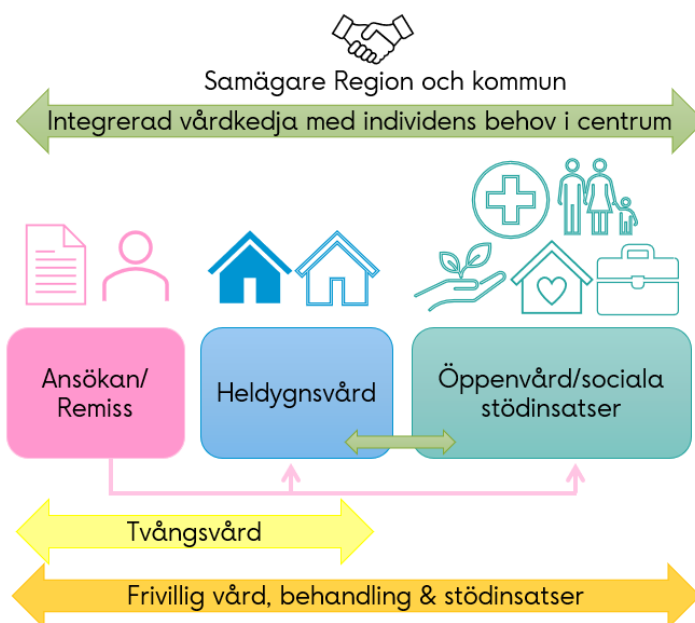
6.2 Förslag på integrerad vårdkedja

Vårdkedjan redovisas i bild 2 på nästkommande sida genom en vågrät process. Detta för att få en överblick över hela vårdkedjan, från öppen slutenvård till öppenvård och stödinsatser på hemmaplan. Inom ramen för den integrerade vårdkedjan bedrivs socialtjänst och hälso- och sjukvård utifrån individens behov. Den enskilde kan givetvis närsom i vårdkedjan aktualiseras för insatser, såväl som att återkomma till steg i processen.. Precis som idag kan en enskilda erhålla stödinsatser inom integrerad mottagning, socialtjänsten, genom HVB eller stödboende. Vårdkedjan är följaktligen flytande och inte statisk med en början till vänster och avslut till höger.

Beskrivningen av vårdkedjan i bild 3 görs genom en detaljerad process där bedömningar, ansvar, roller, lagrum, avvägningar och insatser redovisas. Processbeskrivningen sammanfattas här bredvid, i bild 2, genom en översiktsbild över de olika delar som utgör den sammanhållna vårdkedjan. Översiktsbilden är en förenklad vy och redovisar inte roller och lagrum.

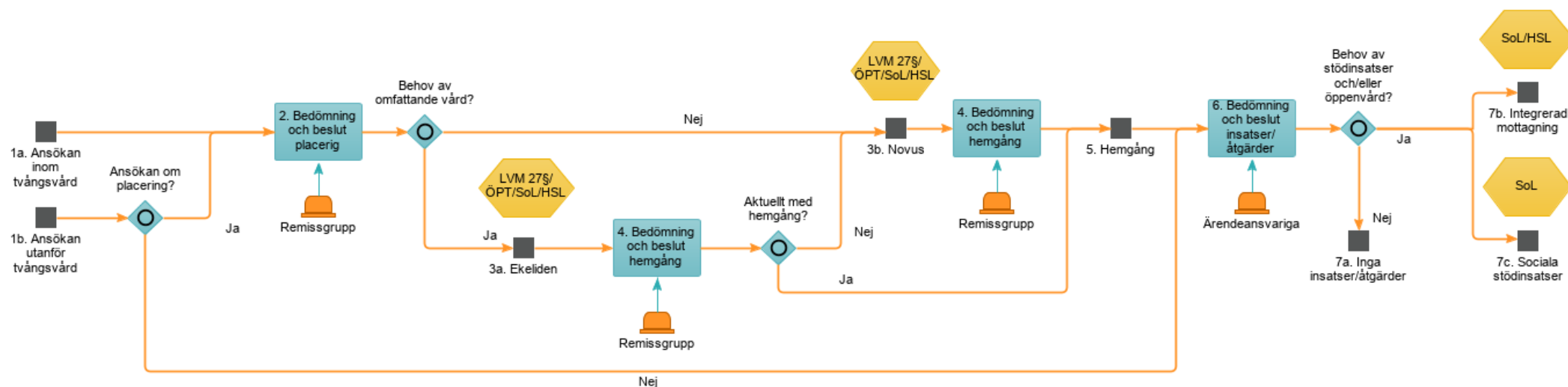
Efter processbilden beskrivs vårdkedjan inledningsvis kortfattat för respektive steg i processen samt med en grund kopplad till samsjuklighetsutredningens förslag. Sedan följer en mer detaljerad beskrivning av förslagen vad gäller samordning genom remissgrupp, SIP, boendeverksamhet samt likvärdiga sociala stödinsatser.

Bild 2. Översiktsbild integrerad vårdkedja



Kommentarer bild 2. Förenklad bild över processbeskrivningen. Ägarskapet förutsätter att samsjuklighetsutredningens förslag går igenom.

Bild 3. Pocesbeskrivning över förslagen integrerad vårdkedja nära Kronobergaren



Kommentarer bild 3: Processbilden illustrerar en kedja över öppen slutenvård till öppenvård och stödinsatser på hemmaplan utifrån hälso- och sjukvård samt socialtjänst. Processen är flytande där individer i sakligt bruk eller beroende kan vara aktuella och aktualiseras inom samtliga steg i vårdkedjan såväl som att återkomma till steg i processen utifrån behov. Placeringen genom LVM 27§ är enligt dagens lagstiftning. ÖPT står för placering enligt samsjuklighetsutredningens reform gällande tvångsvård.

1. Ansökan



Ansökan av den enskilde eller myndighet kan göras närsom i vårdkedjan.

Det kan vara en första ansökan om öppenvård eller stödinsatser på hemmaplan, integrerad mottagning eller likväl en ansökan från slutenvård om placering inom öppen tvångsvård. Ansökan följs av biståndsbeslut eller remiss beroende av verksamhet.

Ett vanligt förfarande idag är att den enskilde personen är tvångsplacerad enligt LVM och ansöker om att slutföra sin placering på Ekeliden eller Novus genom LVM §27. Bedömning och beslut görs av SIS. I föreslagen vårdkedja fungerar samma förfarande, utöver att samtliga kommuner har inom föreslaget samverkansavtal likvärdiga möjligheter att utifrån den enskildes behov ansöka om placering till Novus. Om samsjuklighetsutredningens förslag går igenom blir placering i stället utifrån LPT och vidare till Ekeliden eller Novus via öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT). Detta eftersom samsjuklighetsutredningen föreslår att avveckla LVM-lagstiftningen och i stället inkorporera tvångsvården som en del av LPT-lagstiftningen.

När en ansökan utanför tvångsvården sker, dvs. frivilliga insatser, är det inom den integrerade vårdkedjan liknande förfarande som idag, beskrivet i avsnitt 5.2 ovan. Skillnaden i den integrerade vårdkedjan är att samtliga kommuner har inom föreslaget samverkansavtal och sammanhållen vårdkedja likvärdiga möjligheter att utifrån den enskildes behov ansöka om placering till Novus. Beslut fattas om dygnsvård enligt delegationsordningen i den kommun där den enskilde är bosatt. Skillnaden är även att inom den integrerade vårdkedjan ska likvärdiga sociala stödinsatser erbjudas av länets kommuner.

Om samsjuklighetsutredningens förslag går igenom ska socialtjänsten fortsatt ha ansvar för placering på HVB medan Region Kronoberg kommer ha ansvar för all vård och behandling, även på HVB. Detta både möjliggör och kräver en ökad samverkan mellan region och kommun samt ändrar ansvarsfördelningen dem emellan.

2. Bedömning och beslut om placering

Inom föreslagen vårdkedja gör en remissgrupp placeringsbedömningar utifrån individens behov och placeringsgrund för Ekelidens respektive Novus verksamhet och målgrupp.

3a. Ekeliden HVB



I föreslagen vårdkedja samägs Ekeliden HVB av Region Kronoberg och länets kommuner och finansieras enligt föreslagen finansieringsmodell i enlighet med samsjuklighetsutredningens förslag och modellen för integrerad mottagning. Placering kan därmed avropas av samtliga av länets kommuner och regionen. Genom föreslagen remissgrupp bedöms individens behov av placering och insatser på Ekeliden.

Målgrupp: På Ekeliden kommer både hälso- och sjukvårdsinsatser samt sociala stödinsatser erbjudas. Placering baseras på betydande inslag och behov av hälso- och sjukvårdsinsatser med behov av en fysisk och psykisk återhämtning under placeringen. Samsjuklighet är vanligt med behovet av behandlingsinsatser för både skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser samtidigt. Det kan vara behov av inställning eller nedtrappning av olika läkemedlen, behov av somatisk återhämtning samt viss nivå av abstinensbesvär.

3b. Novus stödboende



I föreslagen vårdkedja samägs Novus stödboende av Region Kronoberg och länets kommuner och bekostas av den föreslagna finansieringsmodellen. Placering kan därmed avropas av samtliga av länets kommuner. Genom föreslagen remissgrupp bedöms individens behov av placering och insatser på Novus.

Målgrupp: På Novus kommer både hälso- och sjukvårdsinsatser samt sociala stödinsatser erbjudas. Skillnaden från Ekeliden är att graden vårdinsatser minskar och sociala stödinsatser ökar. Placering på Novus kan ske direkt genom biståndsansökan utan tidigare placering, via tvångsvård eller från Ekeliden som ett nästa steg i den integrerade vårdkedjan. Novus ska utgöra en verksamhet som förenar boende med stöd och hjälp som utvecklar den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv.

4. Bedömning och beslut om hemgång

Bedömning av hemgång görs dels vid placering på Ekeliden, dels vid Novus. Om behov av fortsatt behov av heldygnsvård/stöd finns efter placering på Ekeliden, och hemgång inte är aktuellt, kan Novus vara ett steg i vårdkedjan för en likvärdig vårdkedja för Kronobergaren. Läs mer om de olika vårdnivåerna på de båda boendena under avsnitt 6.2.3.

5. Bedömning och beslut om fortsatta stödinsatser och/eller öppenvård

Enligt samsjuklighetsutredningen ska all vård och behandling ansvaras av Region Kronoberg. Socialtjänsten ska ansvara för sociala stödinsatser till målgruppen. Vid bedömning och beslut om stödinsatser och eller öppenvård vid hemgång inom föreslagen integrerad vårdkedja görs utredning och bedömning av ärendeansvariga inom kommun och region. SIP används vid behov som verktyg för individens behovsplanering för att få en sammansatt vårdkedja och sammansatta insatser.

6. Likvärdiga stödinsatser på hemmaplan



Den länsgemensamma vårdkedjan ska av uppdragsdirektivet bestå av öppenvårdsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och utslussning till eget boende och sysselsättning. I den integrerade vårdkedjan föreslås likvärdiga stödinsatser inom boende, sysselsättning, boendestöd och anhörigstöd för att få en likvärdig grund av insatser inom Kronobergs läns missbruks- och beroendevård. Se mer i avsnitt 6.2.3 om vad dessa insatser innebär. Insatser inom den integrerade missbruks- och beroendemottagningen blir naturligt en del av vårdkedjan.

6.2.1 Helhetsbedömningar genom samverkan

Enligt samsjuklighetsutredningen ska HVB fortsatt vara ett ansvar för socialtjänsten men all vård och behandling för skadligt bruk eller beroende vara regionens ansvar, även på HVB. Eftersom hälso- och sjukvård är en betydande del av innehållet på HVB och eventuellt kommer att bli det ännu mer med den fördelning som samsjuklighetsutredningen föreslår, behöver det vara tydligt vem som har ansvar för att sådana insatser genomförs och att de följs upp. Den integrerade och behovsbaserade vårdkedjan utgår från en gemensam vårdplan som bygger på en medicinsk bedömning av hälsotillståndet, och en planering av de hälso- och sjukvårdsinsatser som behövs såväl som de sociala stödinsatserna. En sammanhållen och likvärdig process för planeringen är viktig med syftet att individen ska få den vård och det stöd hen behöver utifrån sina mål, behov, resurser och sammanhang.

Remissgrupp

Vid placering vid Ekeliden och Novus ska en remissgrupp göra bedömningen utifrån individens behov samt verksamheternas förutsättningar samt syfte och prioriteringsordning. I remissgruppen ingår verksamheternas chefer samt berörda professioner från hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Remissgruppen gör bedömning både vid placering enligt ÖPT och utifrån frivillig placering.

Förslaget om bedömning och beslut om hemgång går i linje med samsjuklighetsutredningens förslag. Samsjuklighetsutredningen framhåller vikten av en fungerande planeringsprocess och föreslår att nuvarande lagstiftning om att regioner och kommuner ska ingå överenskommelser kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med skadligt bruk och beroende ska innehålla former och rutiner för planeringen vid utskrivning. Av dessa bör det framgå hur individens mål, behov, resurser och sammanhang ska vara utgångspunkt för planeringen. Därför behöver personer med erfarenhet av insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten bidra i arbetet med överenskommelserna.

Individuell plan, SIP

I vårdkedjan används den samordnade individuella planen, SIP, och samtycke till samverkan enligt gällande lagstiftning för att få en integrerad verksamhet som ger stöd utifrån individens sammansatta behov.

Samsjuklighetsutredningen trycker även på vikten av att upprätta en individuell plan och föreslår en lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om hälso- och sjukvårdsansvaret vid placering utanför det egna hemmet. Samsjuklighetsutredningen föreslår även om att lagstadga om en skyldighet i socialtjänstlagen för kommunen att underrätta regionen att den har beslutat om en HVB-placering och att kalla till möte om individuell plan så att regionen får möjlighet att planera hälso- och sjukvårdsinsatserna.⁴⁹

6.2.2 HVB Ekeliden och stödboende Novus

Målet med verksamheten på Ekeliden och Novus är att för individen bli en del av samhället och uppnå en förbättrad livssituation med stabilt mående när det gäller drogfrihet, boende, ekonomi, sysselsättning och hälsa. Innehållet i verksamheterna förändras inte i den föreslagna vårdkedjan men blir delar och olika steg i den föreslagna integrerade vårdkedjan. Skillnaderna mellan placering på Ekeliden och Novus är individens funktions- och vårdbehov. Vårdinsatser och sociala stödinsatser erbjuds inom båda verksamheter, men inom Ekeliden kan placering baseras på betydande inslag och behov av hälso- och sjukvårdsinsatser med behov av en fysisk och psykisk återhämtning under placeringen. Samsjuklighet är vanligt med behovet av behandlingsinsatser för både skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska diagnoser samtidigt. Det kan vara behov av inställning eller nedtrappning av olika läkemedlen, behov av somatisk återhämtning samt viss nivå av abstinensbesvär.

⁴⁹ Socialdepartementet 2021 och 2023

Placering på Novus kan ske enskilt innan annan insats eller efter slutenvård samt som ett steg efter Ekeliden i vårdkedjan. På Novus erbjuds både insatser inom hälso- och sjukvården samt sociala stödinsatser. Placering på Novus kan vara ett naturligt steg i vårdkedjan där graden av vårdinsatser minskar jämfört med Ekeliden medan de sociala stödinsatserna ökar med än mer fokus på individens hemsituation och planering av det fortsatta stödet i öppna former för att utveckla den boendes resurser och förmåga att leva ett självständigt liv. Miljön inom båda verksamheter ska bidra till trygghet, drogfrihet och stabilitet på ett sätt som inte bedöms vara möjligt där den enskilde normalt vistas.

Hur stor del av insatserna på HVB och stödboende som är hälso- och sjukvård varierar med den enskildes hälsotillstånd och individuella behov. Utifrån samsjuklighetsutredningens förslag att regionen ska ansvara för all vård och behandling vid skadligt bruk och beroende bedömer samsjuklighetsutredningen att denna del generellt kommer att öka. Det kan vara psykosociala behandlingsinsatser, läkemedelsbehandling, hälsoundersökning, läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), utredning av missbruk, utredningar av kognitiva funktioner, neuropsykiatriska utredningar eller övriga psykiatriska utredningar.⁵⁰

Planering av öppenvårdsinsatser och socialtjänstinsatser på hemmaplan eller integrerad mottagning påbörjas utefter individens behov under tiden individen är placerad på Novus och Ekeliden för att få en sammanhållen vårdkedja med en överlappande övergång. Insatserna kan med fördel även inledas under det att tvångsvården samt den öppna tvångsvården pågår.

6.2.3 Likvärdiga sociala stödinsatser

Uppdraget har att beskriva en länsgemensam vårdkedja där även öppenvårdsinsatser och utslussning till eget boende och sysselsättning ska ingå. Nedan är en beskrivning på de insatser arbetsgruppen föreslår. Förslagen är grundade i Socialstyrelsens riktlinjer och samsjuklighetsutredningens förslag i del- och slutbetänkandet. Delbetänkandet har bland annat föreslagit att det i SoL ska formuleras att socialnämndens ansvar ska vara att verka för att människor med skadligt bruk eller beroende som möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. I sitt slutbetänkande föreslår samsjuklighetsutredningen dessutom vidare att socialtjänstens roll behöver understrykas ytterligare när det gäller personer som tvångsvårdas. I slutbetänkandet lämnas därför förslag på att det i SoL ska framgå

⁵⁰ Socialdepartementet 2023

att socialnämnden aktivt ska arbeta för att en patient som vårdats enligt LPT eller LRV, vid öppen psykiatrisk tvångsvård, öppen rättspsykiatrisk vård och efter tvångsvårdens upphörande får bostad, sysselsättning, arbete eller utbildning samt personligt stöd för att kunna leva ett självständigt liv.⁵¹

Försörjning, sysselsättning och boende är basala behov som är viktiga för de flesta människor. Det påverkar inte bara hälsa och livskvalitet, utan även förutsättningar att delta i behandling och behandlingens resultat på både kort och lång sikt. Skadligt bruk och beroende kan det leda till svårigheter för individen att behålla arbete och bostad. För att må bra och undvika återfall i skadligt bruk eller beroende är det av stor vikt av en fungerande vardag och ett meningsfullt sammanhang. Sammantaget av stödinsatser och hemtagning är vikten av ekonomisk och social trygghet. Det handlar bland annat om stöd med praktiska saker som ekonomi, söka jobb och studier eller erhålla annan sysselsättning. Men också om stöd till en mer strukturerad vardag och utveckling av funktioner som personen tycker är viktiga för att kunna få en ökad kontroll över sin livssituation samt att kunna finnas i ett sammanhang med andra människor där det finns möjlighet till sysselsättning, till exempel arbete eller föreningsliv och sitt nätverk. Enligt samsjuklighetsutredningens kartläggning beskrivs att det ofta är avsaknaden av sådana insatser som gör att man återfaller i skadligt bruk, till exempel efter en vistelse på HVB.⁵²

Stöd för att få/behålla ett boende



En förutsättning för att kunna ta till sig olika insatser för att nå eller bibehålla drogfrihet samt erhålla stöd i boendet är att individen har en bostad i någon form. I vårdkedjan föreslås att individer inom målgruppen som saknar boende bör erhålla stöd till att erhålla ett boende samt för att behålla sitt boende. Kommunerna i länet har olika förutsättningar för att kunna erbjuda olika former av stöd till att erhålla och behålla sin bostad. För en lyckad föreslagen vårdkedja är det en förutsättning att målgruppen erhåller någon form av bostad samt stöd för att behålla den oavsett vilken insats kommunen har förutsättningar för. Det kan vara bostad först, vårdkedja som utgår från ett vård- och behandlingsperspektiv, andrahandskontrakt, hyresgarantier, stödlägenheter och ekonomiskt bistånd eller andra insatser som förebygger vräkningar. I de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården rekommenderas insatserna *Bostad först* eller *Vårdkedja* för personer som saknar bostad.⁵³ Stöd för att behålla sitt boende kan även vara personellt boendestöd (se nedan).

⁵¹ Socialdepartementet 2021 och 2023

⁵² Socialdepartementet 2021

⁵³ Ibid

Stöd i boendet – personellt boendestöd



En fråga som ställdes i enkäten till länets kommuner var om boendestöd till målgruppen erbjuds. Samtliga nio kommuner svarade att boendestöd eller likvärdig insats erbjuds personer med ett skadligt bruk eller beroende. Det förekommer dock olika begrepp till målgruppen mellan kommunerna även där insatserna är likartade och med liknande syfte. (Se avsnitt 5.2.2 ovan om kommunernas öppenvårdsinsatser som finns idag).

I linje med Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården och samsjuklighetsutredningen rekommenderar föreliggande vårdkedja ett personellt boendestöd för målgruppen inom vårdkedjan, även när en samsjuklighet inte föreligger. Vid behov av personellt boendestöd är det en förutsättning för en sammanhållen vårdkedja att varje hemkommun kan erbjuda sådant stöd. Även här har olika kommuner olika förutsättningar för hur insatserna organiseras i verksamheten, om det är boendestödjare, behandlingsassistent eller socialpedagog som utför insatsen. Dock föreslås att personellt boendestöd ska vara ett gemensamt begrepp och kunna erbjudas vid behov för målgruppen som en del i den sammanhålla, integrerade och behovsbaserade vårdkedjan.

Med personellt boendestöd menas ett individanpassat stöd som tillhandahålls av personal med adekvat kompetens för att stödja personer med ett skadligt bruk och beroende att hantera sådant i vardagen som är mer eller mindre relaterat till boendet samt skapa och följa struktur och rutiner i vardagen. Ett syfte kan bland annat vara att förhindra vräkningar och stödja möjligheten till kvarboende. Det personella boendestödet anpassas utifrån individens behov och kan innebära en rad olika insatser med olika intensitet och regelbundenhet. Det kan vara såväl praktiskt som socialt stöd för att stärka förmågan att klara av vardagen i bostaden och i samhället. Exempel på stöd är hjälp att sköta sin ekonomi, sköta hemmet, ta ansvar för sitt boende, kontakt med vården och myndigheter, bibehålla och skapa goda relationer, meningsfull sysselsättning samt få goda levnadsvanor och livsstil. Stödet ska utformas tillsammans med individen och beskrivas i en genomförandeplan där målen framgår.

I insatsen ingår stöd för att hantera vardagliga sociala relationer och aktiviteter i syfte att minska ensamhetsproblematik och för att utöka sociala färdigheter för målgruppen. Det kan vara stöd och uppmuntran till sociala aktiviteter med sitt nätverk eller social närvaro med det personella boendestödet.

Sysselsättning



Möjligheten till någon form av sysselsättning och daglig aktivitet bör erbjudas i varje hemkommun för en meningsfull vardag i den integrerade och behovsbaserade vårdkedjan. Det kan vara daglig verksamhet enligt LSS, sysselsättningsverksamhet enligt SoL, studier, arbetsmarknadspraktik eller stöd till att nå den reguljära arbetsmarknaden. Socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevården föreslår i första hand IPS-modellen.

6.2.4 Stöd till anhöriga och närstående



I samsjuklighetsutredningens delbetänkande föreslås att Socialtjänstens ansvar för anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende ska tydliggöras genom att det lyfts särskilt i socialtjänstlagen. Detta för att tydliggöra det offentliga åtagandet, vilket i sin tur kan vara trygghetsskapande och göra det lättare för enskilda att förstå vilka rättigheter de har.

Anhöriga till personer med samsjuklighet ger ofta själva insatser eller samordnar insatser till sina närstående. De känner också ofta en oro för sin närstående. Forskning visar att ohälsa är vanligare bland anhöriga till personer med skadligt bruk och beroende än i befolkningen i övrigt. Anhöriga utför ett omfattande praktiskt, organisatoriskt och emotionellt arbete som utgör en avlastning för den offentliga vården och omsorgen. Därmed fyller anhöriga en samhällsbärande funktion.⁵⁴ Stöd till anhöriga eller närstående ska ges under hela den integrerade vårdkedjan och alla aktörer ska involvera nätverket när det är möjligt.

6.3 Huvudmannaskap



Enligt samsjuklighetsutredningen ska hälso- och sjukvården ansvara för all vård och behandling för skadligt bruk och beroende och kommunerna för sociala stödinsatser samt HVB. Regionen ska dock ansvara för hälso- och sjukvård inom HVB. Föreslagen vårdkedja innefattar en integrerad behovsbaserad stöd- och behandlingskedja samt en grund för en eventuell vård- och stödverksamhet enligt samsjuklighetsutredningens förslag om sådan lagstiftning. Verksamheterna inom vårdkedjan bedrivs med en gemensam styrning, ledning och ägandeskap. Det innebär att det behövs någon form av gemensam organisation för verksamheten. Huvudmannaskapet kommer att delas upp genom de olika insatser som utförs inom en och samma verksamhet. Regionen blir huvudman för hälso- och sjukvårdsinsatser, dvs. all vård och behandling. Kommunen blir huvudman för sociala stödinsatser.

⁵⁴ Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära Underlag till en nationell strategi*, 2021; Socialdepartementet 2021

Ett gemensamt huvudmannaskap och ansvar för verksamheten inom den integrerade och behovsanpassade vårdkedjan möjliggör byggandet av en gemensam verksamhet riktad till Kronobergarens behov och utifrån länets förutsättningar. En sådan gemensam organisation utgör möjligheten att skraddarsy en flexibel verksamhet utifrån behoven och framtida förändringar.

Förslaget om huvudmannaskap går i linje med samsjuklighetsutredningens förslag om en lagreglerad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om hälso- och sjukvårdsansvaret vid placering utanför det egna hemmet. Samsjuklighetsutredningen bedömer att det i praktiken kommer krävas att region och kommun bedriver HVB tillsammans eller gör gemensamma upphandlingar. Behovet av ett gemensamt ansvarstagande är särskilt stort när vården sker under öppen psykiatrisk tvångsvård. Samsjuklighetsutredningen föreslår även att det blir en skyldighet för regioner och kommuner att komma överens om hur hälso- och sjukvårdsinsatserna på HVB ska genomföras.⁵⁵

Om samsjuklighetsutredningen inte går igenom kan vårdkedjan fortfarande implementeras men med en förändring i ägandeskap av respektive verksamhet utifrån dagens lagstiftning och ansvarsfördelning.

6.3.1 Samverkansform

För att syftet med den föreslagna integrerade och behovsbaserade vårdkedjan ska uppnås behöver det finnas en väl fungerande samverkan mellan huvudmännen. Föreliggande utredning ska föreslå en integrerad vårdkedja med integrerad mottagning som modell. Utredningen föreslår därför att verksamheterna bedrivs genom avtal mellan region och kommunerna, (vilket även är fallet för flera integrerade verksamheter som redan existerar).⁵⁶ Avtalet bör gälla för samverkansform, finansiering och organisation. Att använda avtalssamverkan möjliggör att kommunerna inom regionen får avtala om att uppgifter helt eller delvis ska utföras av en annan kommun, exempelvis placering på stödboendet Novus. Kommunerna får dock inte genom bestämmelsen som ankommer på Region Kronoberg och vice versa.

Samsjuklighetsutredningen bedömer att det i praktiken kommer krävas att region och kommun bedriver HVB-verksamheter gemensamt eller utför gemensamma upphandlingar för att säkerställa att både de medicinska och sociala insatserna beskrivs och bedöms baserat på rätt kompetens.

⁵⁵ Socialdepartementet, 2023

⁵⁶ Socialdepartementet, 2021

Samsjuklighetsutredningen föreslår även viss utökad möjlighet till kommunal samverkan, men inom ramen för den särskilda samordnade vård- och stödverksamheten. Eftersom samsjuklighetsutredningens slutbetänkande nyligen redovisats behöver detta tas vidare i beaktning och i bevakning av sådana möjligheter och om en annan form än samverkansavtal blir aktuell.

Utredningen föreslår finansieringsform och kostnadsfördelning enligt redovisning i avsnitt 6.4 nedan.

6.3.2 Sekretess och dokumentation

I den samordnade integrerade verksamheten kommer personal arbeta både utifrån socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Som redovisas i kartläggningens avsnitt 5.1.2 om sekretess, råder sekretess inom föreslagen vårdkedja vad gäller socialtjänsten och hälso- och sjukvården för uppgift om enskilda hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till hen lider men. Undantag från sådan sekretess gäller i beslut i ärende inom hälso- och sjukvården enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård, om beslutet avser frihetsberövande åtgärd eller inom socialtjänsten vad gäller beslut om omhändertagande av enskild. Vidare, kan uppgift lämnas ut om någon av de sekretessbrytande reglerna i OSL är tillämpliga.

Beslut om tvångsvård kommer inte vara den enda grund till placering eller insatser inom föreslagna integrerade vårdkedjan utan placeringar kan även ske på frivillig grund. Samverkan i vårdkedjan förutsätter att den enskilde samtycker till att uppgifter lämnas och att samverkan sker. Ett samtycke får dock inte ha ett så generellt innehåll att den enskilde allmänt avstår från sekretessen hos en viss myndighet eller tjänsteperson. Förslaget är att respektive verksamhet initialt dokumenterar i sitt verksamhetssystem och att samtycke används för att dela information och ta fram en gemensam individuell plan. Med ovanstående som bakgrund behövs dock ytterligare utredning med en bedömning från jurist för att strukturera upp verksamheten på adekvat vis utefter sekretessen och värdera de möjligheter som finns.

Om samsjuklighetsutredningens förslag går igenom kommer även sekretessfrågan påverkas. Dels genom olika föreslagna lagstiftningar om krav på samverkan och SIP, dels genom förändrad innebörd i begreppet samsjuklighet. Med den nya lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan sekretessen bli annorlunda för de enskilda som tillhör målgruppen för den nya lagen. Lagen har precis dock trätt i kraft. En konsekvensanalys över målgruppen i

lagen och målgruppen för den integrerade vårdkedjan behöver därför genomföras. Dessutom, om samsjuklighetsutredningens förslag går igenom kommer målgruppen för en samordnad vård och stödverksamhet utökas. Om förslaget att skadligt bruk och beroende är att anse som funktionsnedsättning enligt lagens mening och samsjuklighetsutredningens förslag, kan målgruppen kunna anses beröras av den nya lagen om samordnad vård- och omsorgsdokumentationen. Där finns särskilda vidgade bestämmelser om sekretess. Detta behöver framöver beaktas.

6.4 Finansiering för drift

Den integrerade och behovsbaserade vårdkedjan är ett gemensamt ansvar för regionen och kommunerna i Kronobergs län. Målgruppen har ofta behov av både socialtjänstinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och ett samordningsbehov. Det ekonomiska förslaget utgår från att samsjuklighetsutredningens förslag går igenom där regionen ska ha ansvar för all vård och behandling för skadligt bruk och beroende.

Om samsjuklighetsutredningens förslag inte går igenom behöver föreslagen vårdnyckel nedan justeras. En implementering av föreslagen integrerad vårdkedja är dock inte avhängig den föreslagna finansieringsmodellen. Kostnadsfördelningen bygger på samma modell som den integrerad missbruk- och beroendemottagningen som även senare använts som modell för exempelvis *Barnahus* och *Barnets bästa gäller i Kronoberg*. Modellen går dessutom i linje med samsjuklighetsutredningens förslag på kostnadsfördelningar om att Regionen och kommunerna i länet i huvudregel gemensamt ska stå för 50 procent vardera av kostnaden för verksamheten i länet (om inte regionen och kommunerna kommer överens om några annat). Därför är bedömning att det är rimligt att kostnaderna för verksamheten fördelas jämnt mellan dels regionen, dels kommunerna i länet. Samsjuklighetsutredningen bedömer även, precis som använd modell är byggd, att huvudregeln bör vara att kostnaderna mellan kommunerna fördelas utifrån befolkningsunderlaget och skattekraft.

Tabell 1. Fördelning kostnader för integrerad vårdkedja

		Personal	Lokalhyra	Övrig drift	Totalt
NOVUS		-11 202	-1 521	-1 579	-14 302
EKELIDEN		-9 564	-751	-1 789	-12 104
TOTALT		-20 766	-2 272	-3 368	-26 406
FÖRDELNING					
Region Kronoberg	50%	-10 383	-1 136	-1 684	-13 203
	Andel % kvarvarande 50%				
Växjö	44,79	-4 651	-1 136	-754	-6 541
Ljungby	14,48	-1 503		-244	-1 747
Lessebo	4,49	-466		-76	-542
Tingsryd	6,94	-721		-117	-837
Uppvidinge	5,3	-550		-89	-640
Markaryd	5,07	-526		-85	-612
Älmhult	8,47	-879		-143	-1 022
Alvesta	10,46	-1 086		-176	-1 262
Totalt kommuner		-10 383	-1 136	-1 684	-13 203

Kommentarer: Kostnadsfördelning, andel % samt tkr.

Procentberäkningarna bygger på 2014 års skattekraft enligt samma modell som Integrerad missbruks- och beroendemottagning och summorna på 2022 års utfall. Förutsätter att intäkter inte är aktuella då anläggningarna används fullt ut av länets kommuner och Region Kronoberg.

Som redovisas i tabell 1 är 50% av personalkostnad, lokalhyra och övrig drift för verksamheten Ekeliden och Novus fördelad till Region Kronoberg. Resterande 50% är fördelad till kommunerna gällande skattekraft enligt gällande modell, förutom lokalhyra där resterande 50% är fördelad till Växjö kommun i enlighet med modellen som används för integrerad mottagning. Personalkostnad är den bemanning som funnits under 2022 på de båda verksamheterna och övrig drift utgör kostnader utöver personal och hyra.

6.5 Finansiering för uppföljning

Verksamheterna i vårdkedjan har enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen att följa upp insatserna samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:) att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

Vård och omsorg ska motsvara individens behov, vara säker och av god kvalitet. En framtida uppföljning över föreslagen verksamhet är av stor vikt för att på individnivå bedöma nyttan för enskilda personer av de insatser som erbjuds inom föreslagen organisation i syfte att säkerställa att de får de insatser de behöver samt vad insatserna får för resultat. Resultatet på individnivå där individen är i centrum för uppföljningen kan handla om objektiva förbättringar i hälsa och livssituation för respektive individ med kritiker som minskade symtom, fungerande boendesituation, minskat bruk av substanser eller spel om pengar och minskat behov av slutenvård. Uppföljningen bör också ske mot de enskilda individernas mål som verksamheten och individen har satt upp tillsammans. Hur individen uppfattar sin livssituation, trygghet, mening i vardagslivet, relationer och självbild behöver ges stor betydelse.

Uppföljning på individnivå är också en förutsättning för att kunna sammanställa uppgifter på gruppnivå, som sedan kan användas i verksamhetsuppföljning och i nationell uppföljning. Uppföljning på verksamhetsnivå är viktigt som en grund för att identifiera eventuella brister, för lärande och förbättring, och för att säkerställa att resurserna används på bästa sätt. Uppföljningen på verksamhetsnivå kan till exempel omfatta hur många deltagare som minskat sin slutenvårdskonsumtion, fått ett eget boende och givits möjlighet till egen sysselsättning eller arbetsträning.

Uppföljning på individ- och verksamhetsnivå ska ske löpande enligt gällande rutiner för sådan uppföljning som idag görs i verksamheten.

7 Slutsatser och rekommendation om arbetet framåt

7.1 Bedömning om förslag till sammanhållen integrerad vårdkedja

Arbetsgruppen har haft i uppdrag att lämna förslag på hur det inom Kronobergs län kan skapas en integrerad missbruksvård nära Kronobergaren med en vårdkedja av öppenvårdsinsatser, hälso- och sjukvårdsinsatser och utökning av den länsgemensamma verksamheten med HVB Ekeliden och stödboendet Novus med utslussning till respektive kommun, eget boende och sysselsättning. Förslagen ska ha sin grund utifrån integrerad missbruks- och boendemottagning som modell samt med utgångspunkt i samsjuklighetsutredningens förslag.

Föreliggande utredningen är ett ramförslag på en integrerad, sammanhållen och behovsbaserad vårdkedja med likvärdiga vård- och sociala stödinsatser för Kronobergs läns invånare och utgör ett första steg i att skapa ett sådant arbetssätt. De förslag som lämnas om arbetssätt, ansvarsfördelning och utvecklingsfrågor knyter an till de intentioner som samsjuklighetsutredningen framhåller och lämnar förslag och utifrån individernas behov av stöd med rätt kompetens och insatser.

Arbetsgruppen bedömer att det finns goda förutsättningar för en implementering av vårdkedjan oberoende av om samsjuklighetsutredningens förslag går igenom. Vårdkedjan som modell kan användas vid den reform samsjuklighetsutredningen föreslår likväl om reformen inte går igenom och dagens lagstiftning och ansvarsfördelning kvarstår. Ska vårdkedjan implementeras utan samsjuklighetsutredningens föreslagna reform kommer dock ansvarsfördelningen och finansieringen se annorlunda ut eftersom den är beräknad utifrån att regionen, enligt reformen, ska ansvara för all vård och behandling för personer med skadligt bruk eller beroende.

Förutsättningarna bedöms goda då de verksamheter som ingår i vårdkedjan är idag redan etablerade med en kompetens och erfarenhet av målgruppen. Samverkansformen är dessutom känd genom den integrerade missbruks- och beroendemottagningen. Oavsett vilka beslut som fattas gällande samsjuklighetsutredningens föreslagna reform är samarbete mellan region och kommun samt likvärdiga sociala stödinsatser utifrån individens behov viktiga aspekter för Kronobergaren. Vårdkedjan främjar dessa aspekter med en vård och ett stöd som hänger ihop som en helhet samt en helhetssyn på individen utifrån psykiska, fysiska och sociala behov.

Ett gemensamt huvudmannaskap och ansvar för verksamheten inom den integrerade och behovsanpassade vårdkedjan möjliggör byggandet av en gemensam verksamhet riktad till Kronobergarens behov samt utifrån länets förutsättningar. En sådan gemensam organisation utgör möjligheten att skraddarsy en flexibel verksamhet utifrån behoven och framtida förändringar.

7.2 Förslag till fortsatta arbetet

Föreliggande utredningen hade i uppdrag att lämna ett delförslag och utgör därmed en ram över den föreslagna vårdkedjan och dess innehåll. Vid beslut om implementering av den föreslagna vårdkedja rekommenderas att tillsätta en arbetsgrupp att fortsätta utveckla arbetet för en implementering enligt följande:

→ Brukarmedverkan i fortsatta arbetet

Ett skadligt bruk och beroende utgör en komplex problematik där behoven av insatser ofta behöver mötas utifrån både sociala och medicinska aspekter. Patient-, brukar- och anhörigperspektivet har varit vägledande för samsjuklighetsutredningens förslag och ska fortsätta vara vägledande för genomförandet. Den föreslagna integrerade vårdkedjan nära Kronobergaren ska även grundas i behovet hos målgruppen och varit en del av föreliggande utrednings kartläggning och förslag. Samsjuklighetutredningen bedömer att kunskapen om metoder som stödjer den enskildes inflytande och delaktighet behöver öka och implementeras. Utvecklingsarbetet bör vägledas av vad som skapar värde för patienter, klienter och anhöriga utifrån ett helhetsperspektiv, och inte med utgångspunkt från varje organisation eller huvudmän.

→ Tydliggöra samverkansform, planera och avtala om organisationen

Regionen och kommunerna i länet ska sluta avtal om formen för samverkan, budget och om verksamhetens organisation. Förutsättningarna för samarbetet kring den integrerade verksamheten på Ekeliden och Novus ska regleras i ett avtal mellan regionen och kommunerna. Av avtalet bör det framgå hur många enheter som ingår, vilka tjänster som ska finnas, organisationsform, kostnadsfördelning och finansiering. Det bör också framgå vem som är verksamhetschef för den hälso- och sjukvård som bedrivs och vilka delegationer som finns för beslut enligt socialtjänstlagen. Avtalet ska också ange hur ansvaret för arbetsmiljön och övriga arbetsgivaruppgifter är fördelade. Av avtalet bör även framgå hur eventuella avvikelser och tvister ska hanteras.

→ **Tydliggöra sekretessen**

Klargöra på detaljnivå hur dokumentation och verksamheten kan drivas utefter sekretess och de möjligheter som samtycke eller lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan ge. Juridiskt utlåtande bör inhämtas.

→ **Tydliggöra organisation och kriterier för uppföljning utefter vald avtalsupplägg**

Om föreliggande förslag implementeras bör uppföljningskriterier tas fram av en arbetsgrupp innan införandet samt en organisation eller resurs säkerställas för en framtida uppföljning av dessa uppföljningskriterier.

→ **Bevaka statsbidrag för att genomföra samsjuklighetsutredningens förslag**

Samsjuklighetsutredningen föreslår att det årligen under femårsperioden ska utgå stimulansmedel till regioner och kommuner. 200 miljoner kronor ska fördelas i syfte att underlätta den omställning som krävs på grund av det förändrade huvudmannaskapet.

8 Källor

1177 Vårdguiden Kronoberg- Ekeliden, https://www.1177.se/Kronoberg/hitta-vard/kontaktkort/Ekeliden?utm_source=compro&utm_medium=hvblss&utm_campaign=company, hämtat 2022-11-18

Region Kronoberg vårdgivare, Arbetsområden och processer -missbruk- och beroendevård, senast uppdaterad 2022-08-22, <https://www.regionkronoberg.se/vardgivare/arbetsomraden-processer/integrerad-missbruks--och-beroendemottagning/> hämtat 2022-11-22

Socialdepartementet, *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* SOU 2021:93, https://www.regeringen.se/4ad4d1/contentassets/28394e4d03594dd5880aac2214a3efa7/sou-2021_93-webb.pdf

Socialdepartementet, *Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja*, SOU 2023:5, https://www.regeringen.se/490bd3/contentassets/c784f61021274f0d98fb1552192cda81/sou-2023_5-tvangsvarden-som-en-del-av-en-sammanhallen-och-personcentrerad-vardkedja.pdf

Socialstyrelsen, *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*, 2019, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen, *Ny lag om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation*, 2022-12-27, <https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/ny-lag-om-sammanhallen-vard--och-omsorgsdokumentation/>

Socialstyrelsen, *Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära Underlag till en nationell strategi*, 2021, <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-6-7464.pdf>

Sveriges kommuner och regioner (SKR), *Missbruk och beroende i åldern 13-29 år- såhär vänder vi utvecklingen*, 2018, dåvarande SKL,

https://skr.se/download/18.4829a209177db4e31aa28684/1615213724929/missbruk_beroende1329_kunskap.pdf

Tidöavtalet, Direktiv samarbetsprojekt Hälso- och sjukvården- Stärk beroendevården, 2022, <https://www.xn--tidavtalet-gcb.se/>, hämtad senast 2022-12-21

Regeringen, Samsjuklighetsutredningen överlämnar förslag för en förbättrad och samordnad vård för personer med samsjuklighet, Socialdepartementet 2021-11-25, <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/11/samsjuklighetsutredningen-overlamnar-forslag-for-en-forbattrad-och-samordnad-var-d-for-personer-med-samsjuklighet/> hämtad 2022-09-28

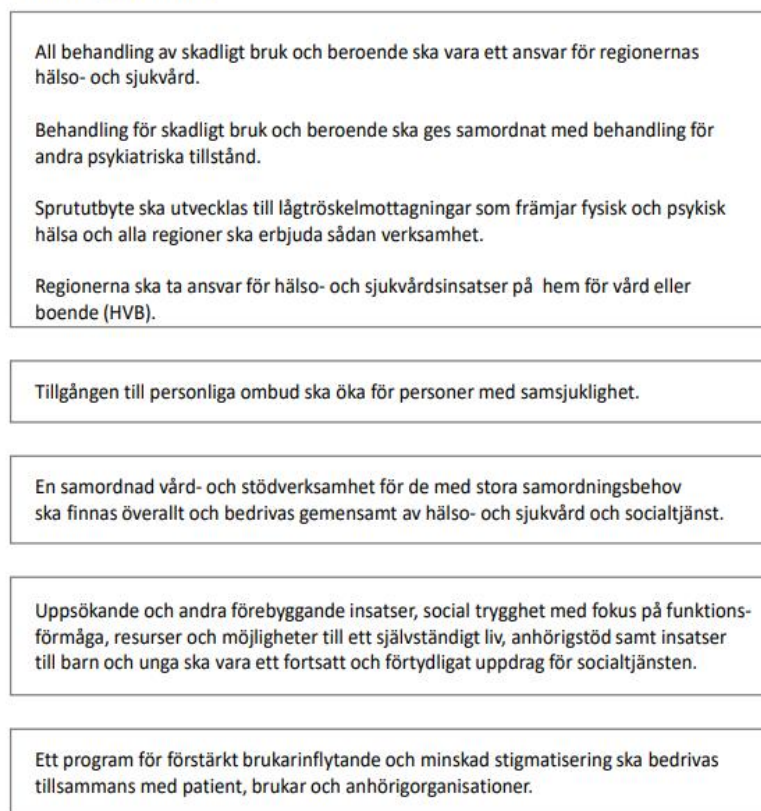
Växjö kommun förvaltningen arbete och välfärd, Behovsanpassad missbruksvård i Växjö kommun- Tilläggsrapport till detaljerad ramorganisation, deluppdrag 4, boende- & behandlingsinsats – boendet NOVUS flyttar till Kampagården, 2019, Dnr: NAV/2019-00214

9 Bilagor

9.1 Bilaga 1. koppling mellan samsjuklighetsutredningens förslag och framtagna målbilder⁵⁷

Figur 3.1 Kopplingen mellan våra förslag och målbilderna

Utredningens förslag



Målbilder



⁵⁷ Socialdepartementet, *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* SOU 2021:93, Sid 74

9.2 Bilaga 2. Fördelningsnyckel för integrerad missbruks- och beroendemottagning

INTEGRERAD MISSBRUKS- OCH BEROENDEMOTTAGNING (enligt tidigare avtal)

Kronobergs läns kommuner åtar sig att bidra med:

	Medarbetare	Årlig summa	Årligt bidrag (% av kommunernas bidrag)	Engångssumma
Växjö kommun				
Befintliga anställda	8			
Bidrag nytillskott 1 behandlare, 0,25 metodstöd			44,79	
Anställning, behandlare	1			
Drift lokaler, Växjö		Halva kostnaden		
Lokalvård, Växjö		Halva kostnaden		
Investering, lokaler Växjö				Halva kostnaden
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling			44,79	
Alvesta kommun				
Befintliga anställda	1,5			
Bidrag nytillskott 1 behandlare, 0,25 metodstöd			10,46	
Anställning, beroendeterapeut	1			
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling			10,46	
Uppvidinge kommun				
Bidrag tjänst, 1 beroendeterapeut		0,3 tjänster		
Bidrag nytillskott 1 behandlare, 0,25 metodstöd			5,3	
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling			5,3	
Tingsryds kommun				
Bidrag tjänst, 1 beroendeterapeut		0,5 tjänster		
Bidrag nytillskott 1 behandlare, 0,25 metodstöd			6,94	
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling			6,94	
Lessebo kommun				
Bidrag tjänst, 1 beroendeterapeut		0,2 tjänster		
Bidrag nytillskott 1 behandlare, 0,25 metodstöd			4,49	
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling			4,49	
Ljungby kommun				
Befintliga anställda	3			

Bidrag nytillskott 1 behandlare, 0,25 metodstöd			14,48	
Drift lokaler, Ljungby		Halva kostnaden		
Lokalvård, Ljungby		Halva kostnaden		
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling			14,48	
Markaryds kommun				
Bidrag tjänst, 0,75 receptionist		0,25 tjänster		
Bidrag nytillskott 1 behandlare, 0,25 metodstöd			5,07	
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling			5, 07	
Älmhults kommun				
Bidrag tjänst, 0,75 receptionist		0,5 tjänster		
Bidrag nytillskott 1 behandlare, 0,25 metodstöd			8,47	
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling			8,47	

Region Kronoberg åtar sig att bidra med:

Region Kronoberg	Medarbetare	Årlig summa	Årligt bidrag (%)	Engångssumma
Drift lokaler, Växjö och Ljungby		Halva kostnaden		
Lokalvård, Växjö och Ljungby		Halva kostnaden		
Investering, lokaler Växjö				Halva kostnaden
Befintliga anställda, beroendemottagning	14			
Anställda, primärvården	4			
Resurstillskott sjuksköterska	1	1 tjänst		
Resurstillskott metodstöd	0,5	0,25 tjänst		
Anställning, receptionist	0,75			
Kompetensplattform 0,25 utvecklingsledare, kompetensutveckling		50		