

Delrapport Uppdrag samsjuklighet

- Kartläggning av nulägesbild avseende samsjuklighet i länet inklusive åtgärdsförslag



Datum 2022-06-01	Diarienummer HSN 2022/2541
För verksamhet Region Dalarna och Dalarnas Kommuner	Framtagen av Caroline Mörk Utvecklingsledare Avdelningen för Hälsa och Vårld, RSS Dalarna

Innehållsförteckning

1 Inledning	3
1.1 Bakgrund.....	3
1.2 Beskrivning av samsjuklighetsuppdraget RSS Dalarna.....	3
2 Mål och syfte.....	4
2.1 Mål	4
2.2 Syfte.....	4
3 Metod.....	4
3.1 Metodreflektioner.....	4
4 Definition, förekomst och konsekvenser av samsjuklighet.....	5
4.1 Vad är samsjuklighet?	5
4.2 Förekomst	5
5 Användning och beroende	8
5.1 Alkohol	8
5.2 Narkotika	9
5.2.1 Narkotikarelaterade dödsfall.....	10
5.3 Spel om pengar	11
5.4 Dopingpreparat.....	12
5.5 Samband mellan alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar samt psykisk hälsa och allmän hälsa	13
6 Hälsotillståndet hos målgruppen samsjukliga.....	14
7 Samverkan.....	16
7.1 Varför samverka?	16
7.2 Konsekvenser av bristande samverkan	16
8 Stöd, vård och behandling vid samsjuklighet.....	17
8.1 Samordnad planering	18
8.2 Rekommenderade behandlingsmetoder enligt nationella riktlinjer	18
9 Kartläggning av nulägesbilden i länet.....	19
9.1 Tillvägagångssätt vid kartläggning av nulägesbilden i länet	19
9.2 lakttagelser från kartläggning av nulägesbilden i länet.....	20
9.2.1 Den yngre målgruppen.....	22
10 Analys av statistiska data om målgruppen	23
10.1 Samsjukliga inom länets hälso-och sjukvård.....	23
10.2 Samsjukliga inom länets socialtjänster	24
10.3 Samsjukliga i länet utifrån befolkningsundersökningar.....	25
11 Sammanfattning av kartläggningen	26
12 Sammanfattande slutsatser.....	28
13 Åtgärdsförslag för fortsatt arbete i länet.....	29

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Den första stora kartläggning av samsjuklighet i Sverige gjordes i samband med den statliga missbruksutredningen som presenterades 2011¹. Regeringen gav 2018 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik och kartläggningen presenterades i sin helhet 2019.² Regeringen beslutade därefter i juni 2020 om att tillsätta en statlig utredning som skulle föreslå hur samordnade insatser kan säkerställas vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende³ och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.⁴ I november 2021 presenterades ett delbetänkande som en reform med tio bärande delar.⁵ *Från delar till helhet - en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

1.2 Beskrivning av samsjuklighetsuppdraget RSS Dalarna

I december 2020 fattade Länschefsnätverket⁶ beslut om fortsatt samverkans- och utvecklingsarbete inom områdena psykisk hälsa samt skadligt bruk och beroende i Dalarna. Ett fokusområde avsåg specifikt samsjuklighet- insatser som syftar till att skapa goda förutsättningar för samverkan för personer med samsjuklighet i form av skadligt bruk eller beroende och samtidig psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd.

I februari 2021, mot bakgrund av den nationella satsning som samtidigt riktas mot målgruppen samsjukliga⁷, fattades ett specifikt beslut av Länschefsnätverket om ett brett regionalt uppdrag. Uppdraget syftar till att bidra till förutsättningar för att personer med samsjuklighet i Dalarna erbjuds en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg samt får de insatser de är i behov av. RSS Dalarna fick uppdraget och en utvecklingsledare rekryterades för att leda uppdraget från september 2021 fram till utgången av 2022 med placering på Avdelningen för Hälsa och välfärd på Region Dalarna. Den inledande fasen i arbetet var att kartlägga nulägesbilden i länet samt omvärldsbevaka och följa samsjuklighetsutredningens arbete. Kartläggningen av nulägesbilden i länet presenteras härmed som en delrapport.

Delrapporten ska tydligt innefatta ett brukarperspektiv samt ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv. Rapportens underlag baseras på bästa tillgängliga kunskap avseende nationella riktlinjer, beprövad erfarenhet och forskning inom området. Rapporten tar även hänsyn till den lagstiftning som berör målgruppen och samverkan inom området.

¹ [Bättre insatser vid missbruk och beroende Individ, kunskapen och ansvaret SOU 2011:35](#)
Slutbetänkandet av missbruksutredningen, 2011

² Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019.

³ Samsjuklighetsutredningen föreslår att begreppet missbruk helt tas bort i lagtext och vid beskrivning av målgruppen och anser att begreppet skadligt bruk och beroende ska ersätta det helt, då missbruk anses vara alltför stigmatiserande och ha en negativ innebörd. Därav att missbruk nämns delvis i denna delrapport där det finns med i olika källors namn men annars används begreppet skadligt bruk eller beroende i delrapporten för att beskriva målgruppen som har ett skadligt bruk eller beroende av något slag.

⁴ [Samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd](#) Direktiv 2020:68

⁵ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

⁶ En samverkansform på högsta tjänsteledningsnivå mellan kommunerna och regionen i frågor som rör kunskapsstyrning och kunskapsutveckling av socialtjänsten och närliggande hälso- och sjukvård. Kommunerna representeras av socialtjänstens förvaltningschefer (socialchef eller dylikt) och regionen representeras av divisionschef psykiatri och divisionschef primärvård.

⁷ Insatser inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) 2021–2022.

Nulägesbilden som den kartläggande fasen resulterat i, har gett vägledning och prioriterad inriktning för utvecklingsarbetet framåt, gällande olika åtgärder kring målgruppen samsjukliga i länet.

2 Mål och syfte

2.1 Mål

Målet med kartläggningen är att skapa en lägesbild av målgruppen samsjukliga i Dalarna och identifiera behov av olika åtgärder och insatser.

2.2 Syfte

Syftet är att kartlägga målgruppen samsjukliga i länet. Vidare är syftet att identifiera verksamheternas behov av att möta målgruppen avseende vilka kompetensutvecklings- behov som finns, vilka metoder som ges och används vid behandling och stödinsatser samt hur brukardelaktighet och inflytande inkluderas. Ett annat syfte är att undersöka hur samverkan kring målgruppen fungerar, vilka verksamhets- och samverkansformer som finns samt hur arbetet med samordnad individuell plan, SIP sker. Slutligen är syftet att beskriva hur det systematiska utvecklingsarbetet bedrivs gällande uppföljning och utvärdering av metoder och insatser till målgruppen.

3 Metod

Datainsamlingen har särskilt fokuserat på de befintliga verksamheter inom hälso- och sjukvården som idag möter målgruppen samsjukliga samt brukarrepresentanter och har innefattat:

- Statistik,
- Dialoger,
- Studiebesök,
- Rapporter, riktlinjer, överenskommelser,
- Forskning,
- Samsjuklighetsutredningen SOU 2021:93
- ANDTS-strategin, nationella uppföljningar kring ANDTS-arbetet m.m.

3.1 Metodreflektioner

Kartläggningen och delrapporten kommer inte att ge en exakt bild av antalet samsjukliga i länet då det inte finns tillgänglig data idag som kan ge en enhetlig bild. Delrapporten visar på olika sätt att hur man kan analysera den data som finns från kommunerna, regionen samt från nationell nivå kring målgruppen.

Generellt råder brist på systematisk uppföljning på både nationell och regional nivå inom detta område. Många undersökningar och datainhämtningar som rör skadligt bruk och beroende, är behäftade med olika felkällor och problem. Befolkningsundersökningar har till exempel ofta ett stort bortfall då man kan ha svårt att nå personer som ingår i målgruppen. Exempelvis gällande antal med ett svårt beroende eller samsjuklighet kan det vara svårt att nå ut via digitala befolkningsundersökningar eller per brev om personerna även saknar bostad, telefon, benägenhet att svara lägre etc. Ett annat problem med uppgifter som baseras på antalet personer som har fått insatser inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, är att det inte nödvändigtvis speglar hur många som faktiskt har behov av insatserna, utan de bedömningarna påverkas också ofta av prioriteringar i vården och socialtjänsten samt hur många personer man verkligen når med olika insatser.⁸ En annan felkälla att ha i beaktande är det faktum att olika verksamheter registrerar ärenden på olika sätt, vilket gör att den data som går att hämta inte visar en enhetlig bild. Arbetet

⁸ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

med statistik behöver utvecklas och anpassas till målgruppen samt röra sig från enskilt problemfokus till ett helhetsperspektiv avseende hela hälsan kring individerna. Detta ligger också i linje med god och nära vård.

Dialogerna har genomförts med utvalda verksamheter i kommuner och region som möter denna målgrupp idag, med ett representativt urval så väl geografiskt, i mindre och större kommuner, öppenvård och slutenvårdsverksamheter, myndighetsutövande och utförarverksamheter, chefer, personal samt med brukarrepresentanter.

4 Definition, förekomst och konsekvenser av samsjuklighet

4.1 Vad är samsjuklighet?

Med samsjuklighet menas att en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar samtidigt. I denna kontext handlar samsjuklighet om skadligt bruk eller beroende samtidigt med andra psykiatriska diagnoser eller näraliggande tillstånd. Personer med beroende har en förhöjd risk för olika former av psykisk ohälsa. Omvänt så har personer med psykisk ohälsa och psykiatriska diagnoser en ökad risk för att utveckla ett beroende. Det finns olika sätt att förklara hur samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik uppstår och hur de kan kopplas till varandra. Det är mycket vanligt att personer som har ett skadligt bruk eller beroende samtidigt också har psykisk sjukdom.⁹ Samsjuklighet medför större utmaningar när det kommer till diagnostik och behandling och det ställer i sin tur stora krav på samverkan mellan huvudmän och verksamheter.

Samsjuklighet kan förstås mot bakgrund av fyra (inte varandra uteslutande) förklaringsmodeller:

- 1) Skadligt bruk eller beroende samexisterar med psykisk sjukdom på grund av gemensamma riskfaktorer.
- 2) Skadligt bruk eller beroende är en konsekvens av självmedicinering vid existerande psykisk sjukdom.
- 3) Skadligt bruk eller beroende orsakar bestående psykisk sjukdom som fortskrider oberoende av drogkonsumtionen.
- 4) Temporär psykisk sjukdom som orsakas som konsekvens av intoxikation eller abstinens från specifik drog¹⁰.

Personer med samsjuklighet är en heterogen grupp. Behov av vård och stöd varierar avsevärt inom gruppen beroende på typ av substans(er), i vilken omfattning dessa brukas samt vilka andra psykiatriska tillstånd som tar sig uttryck.¹¹ Samsjukliga har en särskild sårbarhet och utsatthet där de generellt har en sämre fysisk och psykisk hälsa, högre överdödlighet, högre risk för suicid, våldsutsatthet, hög grad av stigmatisering, högre andel med upplevda trauman samt fler som begått brott än befolkningen i övrigt.¹²

4.2 Förekomst

Mycket talar för att det finns en underdiagnostisering av målgruppen samsjukliga och att mörkertalet är stort. Det finns brister i statistikföring, diagnosticering, uppföljning och utvärdering

⁹Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019. Med hänvisning till: Sverige, M. Missbruket, kunskapen, vården : Missbruksutredningens forskningsbilaga : delbetänkande / av Missbruksutredningen

¹⁰Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019. Med hänvisning till: EMCDDA. *Comorbidity of substance use and mental health disorders; 2016*

¹¹Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019. Med hänvisning till *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2019*

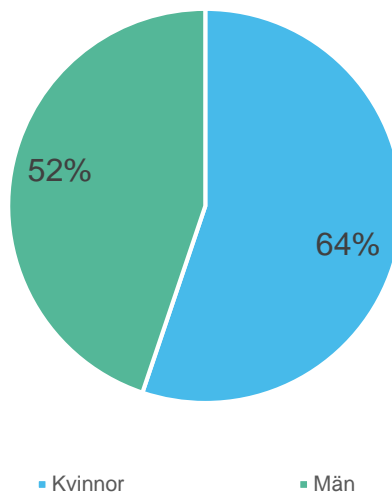
¹² [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

av vård och insatser för målgruppen generellt och nationellt. Inom primärvården saknas statistik helt då de inte alls statistikförs där. Sammantaget gör detta att det är svårt att få en tydlig bild av hur stor målgruppen egentligen är och troligtvis finns, som nämnts, ett ansevärt mörkertal. Samsjuklighet behöver även förstås i en bredare bemärkelse, eftersom det också innefattar personer med psykisk ohälsa och beroendeproblematik som *inte* har fastställda dubbla diagnoser. Här ingår exempelvis personer med ångest/depression med oupptäckt risk- eller missbruk och beroende m.fl.¹³ I denna delrapport kommer det även inledningsvis presenteras och redogöras för en del data och fakta från kartläggningar som gjorts nationellt inte minst av Samsjuklighetsutredningen (se ovan).

Nedan visas data över bl.a. hur många med ett skadligt bruk eller beroende som samtidigt vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser, de vanligaste psykiatriska diagnoserna kopplade till ett skadligt bruk eller beroende samt hur samsjuklighet bland unga ter sig. Socialstyrelsens kartläggning av psykisk hälsa och beroendeproblematik från 2019, som baseras på inrapporterade diagnoser till Socialstyrelsens nationella patientregister, visade att 51 835 personer (10 år och äldre) vårdades för intag av beroendeframkallande substanser 2017. Av dessa hade 64 procent av kvinnorna och 52 procent av männen även vårdats för en eller flera psykiatriska diagnoser under perioden 2016–2018, se figur 1 nedan. Omvänt visar den kartläggningen att beroende också är omkring 20-30% vanligare bland personer med psykisk ohälsa än i befolkningen i övrigt.¹⁴

Figur 1. Könsfördelning. Andel i % procent av individer med ett skadligt bruk eller beroende som även vårdats för flera psykiatriska diagnoser 2016-2018

Könsfördelning uppskattade samsjukliga



Källa: Cirkeldiagram framtaget utifrån Socialstyrelsens kartläggning av målgruppen samsjukliga 2019

Sammanfattningsvis konstateras i Samsjuklighetsutredningen att omkring hälften av alla vuxna personer med skadligt bruk eller beroende samtidigt har en annan psykiatrisk diagnos. Denna uppskattning baseras på en sammanvägning av de olika vetenskapliga studier och registerdata som sammanställts och redovisats. Samsjuklighetsutredningen bedömer att cirka 250 000 personer i Sverige uppskattas ha en samsjuklighet. Vanligt förekommande psykiatriska diagnoser med ett samtida skadligt bruk eller beroende är depression, ångestsyndrom, personlighetsyndrom samt ADHD. Inom den specialiserade

¹³ Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019

¹⁴ Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019

psykiatrin har personer med psykosjukdomar och bipolär sjukdom samtidigt högst förekomst av skadligt bruk och beroende.¹⁵

ADHD är den psykiatriska diagnos som är vanligast bland de som samtidigt har ett skadligt bruk eller beroende. Detta eftersom en ADHD-diagnos i stor utsträckning även är den diagnos som samtidigt förekommer med andra psykiatriska diagnoser. (Se tabell 1 nedan)

Tabell 1. ADHD och samtidig annan psykiatrisk diagnos bland personer med ett skadligt bruk eller beroende

Andelen (%) personer som också har adhd jämte en annan psykiatrisk diagnos (bland personer som vårdades för skadligt bruk eller beroende 2017 n = 51 835). Adhd-diagnos och annan psykiatrisk diagnos som ställdes under perioden 2016–2018.

	Schizofreni och liknande tillstånd	Bi-polärt syndrom	Ängest-			Personlighets-syndrom	Au-tism	Beteende-störningar (ej adhd)
			De-pres-sioner	syn-drom	Ät- och sömnstörningar			
Före-komst av adhd	28	31	23	25	31	40	63	38

(Källa: Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019)

Bland unga 10-17 år vårdade för skadligt bruk och beroende har > 30% också behandlats för ADHD.¹⁶ När det gäller förekomsten av samsjuklighet bland unga är det ännu svårare att göra en liknande uppskattning än för vuxna, eftersom registrerade uppgifter för den unga målgruppen är mer begränsade. En rapport från Maria Ungdomsmottagningar i Stockholm, Västra Götaland och Skåne visar dock att hela 45 % av barn och unga med ett skadligt bruk eller beroende vid dessa mottagningar hade pågående eller tidigare fått psykiatrisk vård¹⁷. Ungdomars alkohol- och narkotikaanvändning har ett samband med flera olika medicinska problem och konsekvenser, som till exempel drogutlösta psykoser, alkoholförgiftning, olycksfall, självskadebeteende, självmord och psykisk ohälsa.¹⁸

Enligt en rapport från Socialstyrelsen framkommer även att av 1 750 barn mellan 10 och 17 år som för första gången fick vård för intag av beroendeframkallande substanser 2019, nydiagnostiserades en mycket liten andel av dem med en substansrelaterad huvuddiagnos (cirka 6 %) av barn- och ungdomspsykiatrin. Bland barn och unga kan det även röra sig om akuta intoxicationer och vård ges då oftast istället, av förklarliga skäl, inom akutsjukvård eller liknande. Det är också där den substansrelaterade huvuddiagnosen ställs, vilket medför att den unge/barnet inte kommer till barn- och ungdomspsykiatris verksamhet. Samtidigt är samsjuklighet mellan substansrelaterade diagnoser och andra psykiatriska diagnoser väl känt (exempelvis är ADHD en känd riskfaktor för skadligt bruk och beroende) och de individer som får vård inom barn- och ungdomspsykiatrin kan antas ha en förhöjd risk för att utveckla substansrelaterade problem. Rapportens resultat åskådliggör att barn- och ungdomspsykiatrin i Sverige behöver utveckla och ha arbetssätt för att identifiera barn och unga som riskerar att utveckla ett mer omfattande skadligt bruk eller beroende och samverka med andra relevanta aktörer för att kunna erbjuda adekvat stöd och behandling. Vikten av tidiga insatser i barn- och ungdomspsykiatrin och en välfungerande

¹⁵ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

¹⁶ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

¹⁷ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) med hänvisning till: *Dahlberg, M. & Anderberg, M. 2019, Maria-mottagningarna i Stockholm, Göteborg och Malmö – Ungdomar i öppenvård år 2019 samt*

¹⁸ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

samverkan mellan beroendevård, socialtjänst och vuxenpsykiatri påpekas särskilt för den yngre målgruppen.¹⁹

Enligt en sammanställning av Statens institutionsstyrelse, SiS, baserad på uppgifter från 2018, hade omkring 70 procent av ungdomarna placerade på SiS särskilda ungdomshem, en placering mot bakgrund av skadligt bruk eller beroende. Många av dessa ungdomar uppgav även en samtidig psykiatrisk problematik. Månaden före intagning på SiS-institution hade 24 % upplevt svår depression, 36 % svår oro/spänning, 11 % självmordstankar, 6 % självmordsförsök och 14 % hallucinationer.²⁰ Socialstyrelsen har också i denna undersökning av SiS särskilda ungdomshem visat att mer än 70 % av barnen och de unga hade minst en psykiatrisk diagnos (utöver skadligt bruk eller beroende), 45 % hade minst två och 20 % hade minst tre samtidiga diagnoser. Den vanligaste diagnosen var ADHD. Omkring 40 % hade varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna, vanligast var självmords- respektive självskadebeteende och panikattacker.²¹

5 Användning och beroende

5.1 Alkohol

Alkoholkonsumtionen i befolkningen i Sverige har minskat sedan mitten av 00-talet. Bland tonåringar är dagens konsumtionsnivåer historiskt låga medan personer 65 år och äldre dricker mer än tidigare. Män dricker generellt mer alkohol än kvinnor men över tid har skillnaden mellan mäns och kvinnors alkoholkonsumtion minskat. I jämförelse med andra europeiska länder ligger den totala alkoholkonsumtionen i befolkningen 15 år och äldre i Sverige under genomsnittet för Europa.²² Centralförbundet för alkohol och narkotika upplysning, CAN, beskriver en sannolik pandemieffekt på alkoholkonsumtionen i sin senaste rapport. Den totala alkoholkonsumtionen ökade med 2% under 2021 jämfört med 2020, men konsumtionen var fortfarande 4% lägre än under 2019.²³ I tabell 2 nedan visas andelen i Sveriges befolkning som hade ett alkoholberoende enligt DSM-5²⁴ för åren 2013, 2017 och 2021.

¹⁹ Socialstyrelsen 2019, Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård.

²⁰ Statens institutionsstyrelse – SiS 2019, Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2018. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus nr 2 2019

²¹ Statens institutionsstyrelse-SiS 2019, Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2018. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus nr 2 2019.

²² Drogutvecklingen i Sverige, CANs rapport 180, 2019

²³ Alkoholkonsumtionen 2021, Björn Trolldal. CANs preliminära rapport Mars 2022.

²⁴ DSM, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, är tillsammans med WHO's ICD-system, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, det mest utbredda systemet för att kategorisera psykiatriska sjukdomar och tillstånd. DSM-5 är den femte upplagan av diagnosmanualen.

Tabell 2. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som hade ett alkoholberoende enligt DSM-5, uppdelat på kön och ålder. År 2013, 2017 och 2021.

	Totalt			Kvinnor			Män		
	2013	2017	2021	2013	2017	2021	2013	2017	2021
Alla	4,2	4,0	3,8	3,0	3,1	3,1	5,5	4,8	4,4
Åldersgrupper									
17–29 år	8,0	7,4	7,6	7,6	7,7	8,2	8,4	7,1	6,8
30–49 år	3,9	4,3	3,2*	2,3	2,5	2,6	5,5	5,9	3,9*
50–64 år	3,8	2,5	3,5*	1,8	1,8	1,9	5,8	3,2	4,9*
65–84 år	1,3	1,8	1,7	0,8	1,3	0,7 ^a	1,9	2,5	2,7

* Statistiskt signifikant förändring mellan år 2017 och 2021 på minst 5-% nivå.

^a Cellen innehåller färre än 10 svars personer.

(Källa: CAN Rapport 209, 2022)

5.2 Narkotika

Jämfört med 1990-talet har både användningen och tillgången av narkotika ökat under 2000-talet. Ökningarna är störst avseende användning av cannabis och narkotikaklassade läkemedel. Även en ökning i användandet av kokain och ecstasy har kunnat ses under denna period. Tillgängliga data visar också på att narkotikatillgången ökat regionalt. Till skillnad från läget för 20 år sedan då tillgången av viss narkotika mer var centrerad till storstäder finns numera exempelvis kokain och marijuana att tillgå i de flesta svenska län. Ökningarna är störst avseende användning av cannabis och narkotikaklassade läkemedel. Även en ökning i användandet av kokain och ecstasy har kunnat ses under denna period. Narkotikaanvändningen är sammantaget vanligast bland unga vuxna men den största konsumtionsökningen som skett under 2000-talet har främst skett inom åldersgruppen 30-50 år. Även om narkotikaanvändning har ökat i Sverige under 2000-talet ligger konsumtionen i befolkningen på betydligt lägre nivåer jämfört med exempelvis USA eller flertalet andra europeiska länder. Däremot är Sverige bland de länder som har flest antal narkotikarelaterade dödsfall i Europa. Detta rapporteras dock olika i olika länder vilket är viktigt att ha med sig i tolkningen av dessa siffror.²⁵ Under åren 2017- 2021 har dock narkotikaanvändningen varit oföränderlig för män medan det för kvinnor finns en signifikant nedgång med en procentenhet för samma period. År 2021 uppgick narkotikaanvändningen till 8% i den totala befolkningen. Det var något vanligare att män hade använt narkotika jämfört med kvinnor.²⁶

Tabell 3 nedan visar att när det gäller substansbrukssyndrom i Sveriges befolkning hade totalt 1,6 % ett substansbrukssyndrom 2021. 1,5 % av kvinnorna hade ett substansbrukssyndrom och av männen hade 1,6 % ett substansbrukssyndrom.²⁷

²⁵ Drogutvecklingen i Sverige, CANs rapport 180, 2019

²⁶ Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak En studie med fokus på år 2021 i Sverige. CAN rapport 209.

²⁷ Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak En studie med fokus på år 2021 i Sverige. CAN rapport 209.

Tabell 3. Andel (%) i befolkningen (17–84 år) som hade ett substansbrukssyndrom av narkotiska preparat och/eller läkemedel enligt DSM-5, uppdelat på kön och ålder. År 2017 och 2021.

	Totalt		Kvinnor		Män	
	2017	2021	2017	2021	2017	2021
Totalt (2+)	1,8	1,6	1,6	1,5	1,9	1,6
<i>Milt (2–3)</i>	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	0,8
<i>Måttligt (4–5)</i>	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,3
<i>Svårt (6+)</i>	0,4	0,4	0,3	0,2	0,4	0,6
Åldersgrupper						
<i>Totalt (2+)</i>						
17–29 år	3,4	4,3	3,4	4,6	3,5	3,9
30–49 år	1,8	1,7	1,4	1,5	2,1	2
50–64 år	1,3	0,4 ^{a*}	1,3	0,4 ^{a*}	1,4	0,4 ^a
65–84 år	0,6	0,3 ^{a*}	0,7 ^a	0,3 ^a	0,6 ^a	0,2 ^a

* Statistiskt signifikant förändring mellan år 2017 och 2021 på minst 5-% nivån.

^a Cellen innehåller färre än 10 svarspersoner.

Källa: CAN rapport 209, 2022

Det är också en stor del av kriminalvårdens klienter som använder narkotika eller har ett skadligt bruk och beroende. Bland klienter som var inskrivna på anstalt den 1 oktober 2019 bedömdes 58 % ha problem med någon form av missbruk under de senaste 12 månaderna före anstaltsvistelsen. En stor del av Kriminalvårdens klienter är dömda för narkotikabrott, det är det näst vanligaste brottet som de intagna är dömda för på kriminalvårdens anstalter.²⁸

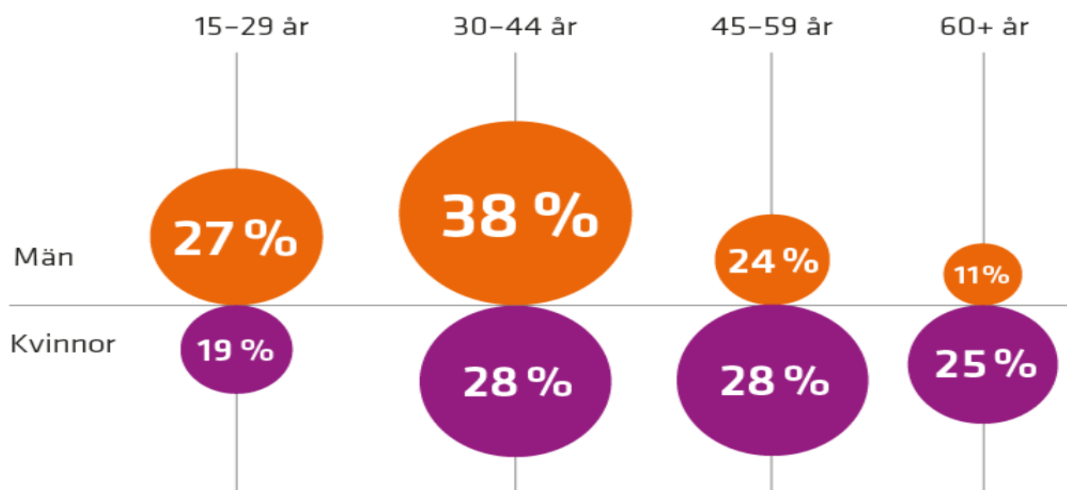
5.2.1 Narkotikarelaterade dödsfall

Under 2020 inträffade 524 narkotikarelaterade dödsfall i Sverige, och därmed fortsatte de senaste årens minskning (21 färre dödsfall jämfört med 2019). Överdoser var den vanligaste orsaken till narkotikarelaterade dödsfall under 2020 för både kvinnor och män. Opioder var involverade i närmare 90 procent av alla dödsfall där man känner till substansen. Sammantaget är narkotikarelaterade dödsfall vanligast bland män i åldersgruppen 30-44 år. Dödsfall för kvinnor är också vanligast i åldersgruppen 30-44 år respektive 45-59 (se figur 2).²⁹

²⁸ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) med hänvisning till: Kriminalvården 2020, Kriminalvård och Statistik 2019.

²⁹ Den svenska narkotikasituationen i Sverige 2021, Artikel nr: 21251. Folkhälsomyndigheten Mars 2022.

Figur 2. Andel i % narkotikarelaterade dödsfall fördelat på ålder och kön i Sverige, 2020



(Källa: Den svenska narkotikasituationen i Sverige 2021, FHM Mars 2022.)

5.3 Spel om pengar

Andelen personer som vårdats för spelberoende inom hälso- och sjukvården har ökat under en tio-årsperiod, främst män får denna behandling men behandlingen är fortfarande mycket begränsad. År 2019 behandlades 779 unika individer i Sverige för problem relaterade till spel om pengar. Från 2018 syns en viss nedgång i antalet individer som får behandling via hälso- och sjukvården men det kan också ha sin orsak i att socialtjänsten genom lagförändring fick ett tydligare uppdrag att erbjuda stöd och behandling för spelberoende ³⁰. Omkring 35 % av de som vårdats för spelberoende hade en annan samtidig psykiatrisk diagnos. Vanligast var problem relaterade till alkohol eller narkotika, men även depressioner (främst kvinnor) och ångestsyndrom (främst män) var vanliga.³¹ Studier visar att risken för suicid bland spelberoende är 15 gånger högre än hos befolkningen i övrigt.³²

Under hösten 2021 samlade Folkhälsomyndigheten in nya data till Swelogs, en av världens största undersökningar av relationen mellan spel om pengar och människors hälsa, se figur 3. Sammanlagt deltog omkring 7 000 personer i Swelogs-studien, som visar att andelen i befolkningen som har spelproblem inte har minskat men heller inte ökat sedan år 2018. Drygt 4 % av befolkningen har någon grad av spelproblem och 0,5 % har allvarliga spelproblem enligt mätmetoden Problem Gambling Severity Index (PGSI 8+) som använts i undersökningen.³³

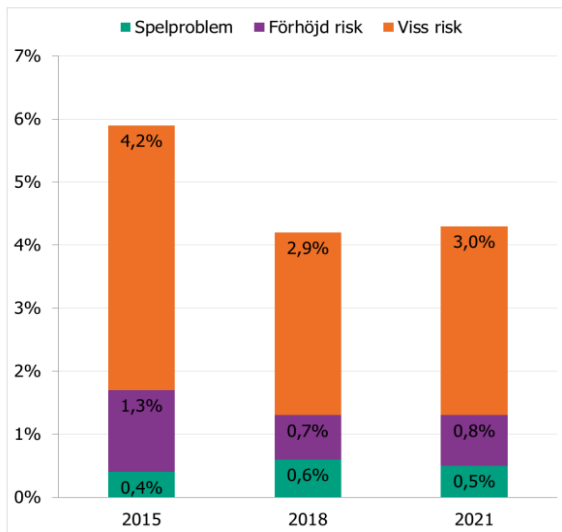
³⁰ Ändringarna i socialtjänstlagen återfinns i 5 kap. 1, 7 och 9 a §§

³¹ Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar. Socialstyrelsen 2021

³² [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021. Med hänvisning till: Karlsson & Håkansson, Gambling disorder, increased mortality, suicidality and associated comorbidity. A longitudinal nationwide register study, Journal of Behavioral Addictions publicerad online November 2018. Håkansson, A., Karlsson, A. Suicide attempt in patients with gambling disorder – associations with comorbidity including substance use disorders. Front Psychiatry 2020;11:593533.

³³ [Återrapportering av RU: Uppdrag att genomföra en befolkningsstudie om spel](#) Folkhälsomyndigheten Februari 2022. Swelog.

Figur 3. Omfattning av spelproblem i landet 2015-2021



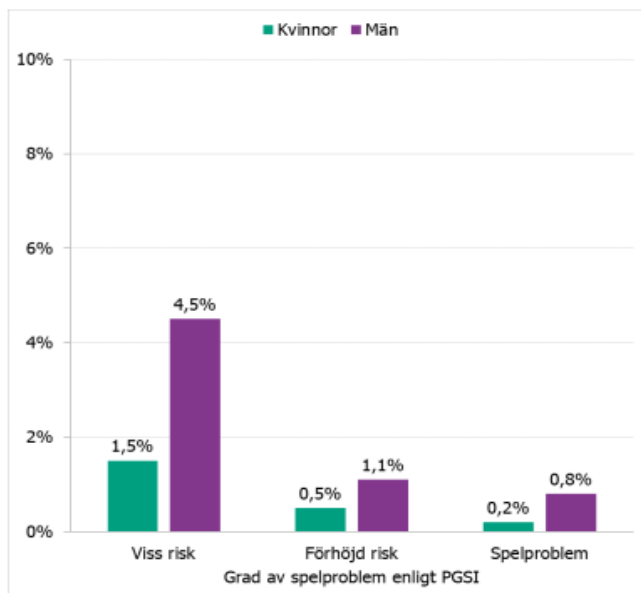
- Enligt Swelogs 2021 hade 3 procent viss risk, knappt 1 procent förhöjd risk och en halv procent spelproblem, vilket var detsamma som 2018.
- Andelen med viss risk och förhöjd risk för spelproblem minskade från 2015 till 2018 och låg kvar på den lägre nivån 2021.
- Andelen med spelproblem (PGSI 8+) är i stort sett densamma 2021 som den varit sedan 2015.

(Källa: Swelogs 2021, Folkhälsomyndigheten)

En kvalitativ intervjustudie som gjorts ger fördjupad kunskap om spelproblem bland personer med ADHD. Denna visar att bristande impuls kontroll kan vara en av de viktigaste bakomliggande och vidmakthållande faktorerna för spelproblem bland personer med ADHD.³⁴

Män spelar oftare och har även högre andel av risk, förhöjd risk samt spelproblem än kvinnor, se figur 4 nedan.

Figur 4. Könsskillnader spelproblem 2021



- Män har betydligt högre andel med såväl viss risk, förhöjd risk som spelproblem jämfört med kvinnor.
- För kvinnor har andelen med spelproblem minskat från 2018 till 2021.
- För männen är andelarna i alla kategorier av spelproblem ungefär lika stora som de var 2018.

(Källa: Swelogs 2021, Folkhälsomyndigheten)

5.4 Dopingpreparat

När det gäller dopningspreparat visar undersökningar att det är relativt få svenskar som har använt hormondopningsmedel som anabola androgena steroider (AAS) och tillväxthormon. Enligt en befolkningsundersökning från 2019 bland 17–84-åringar är det 0,6 % som använt detta någon gång och 0,1 % som använt det under senaste 12 månaderna. Främst handlar det om yngre och

³⁴ Resultat från regeringsuppdrag att genomföra en befolkningsstudie om spel om pengar. Folkhälsomyndigheten med hänvisning till: Kvalitativ studie bland personer med ADHD.

medelålders män.³⁵ År 2021 uppgav totalt 0,5 % i befolkningen att de någon gång använt hormondopningsmedel (vilket motsvarar ungefär 40 000 personer i befolkningen) och omfattningen har varit nästintill oförändrad sedan 2013. Praktiskt taget inga kvinnor rapporterade sådana erfarenheter, i jämförelse med männen.³⁶

5.5 Samband mellan alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar samt psykisk hälsa och allmän hälsa

Folkhälsomyndigheten har nyligen publicerat en rapport om vilka risk- och skyddsfaktorer som är gemensamma för ANTS, alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar utifrån de kontinuerliga befolkningsundersökningar som de genomför angående hälsa på lika villkor, HLV. Dessa undersökningar bygger på självrapporterade svar vid ett och samma tillfälle. Rapporten visar att det finns samband mellan ANTS och andra områden kopplade till folkhälsan, till exempel psykisk ohälsa och suicid. Sambanden finns i förekomst, konsekvenser och bakomliggande faktorer. I jämförelse mellan kvinnor och män visar rapporten att andelen med flera samtida bruk är betydligt högre bland män än bland kvinnor. Problem med ANTS har även samband med ojämlikhet i hälsa, både för kvinnor och för män.³⁷ Se Tabell 4 nedan.

Tabell 4. Andelen med riskabelt spelande, dagligt tobaksbruk och cannabisanvändning senaste året hos personer med respektive utan en riskkonsumtion av alkohol 2021, med 95 % konfidensintervall (KI).

Bruk	Inte riskkonsumtion alkohol % (KI)	Riskkonsumtion alkohol % (KI)
Riskabelt spelande	3 (2.9–3.2)	6 (5.6–6.7)
Dagligt tobaksbruk	19 (18.7–19.5)	46 (44.7–47.0)
Cannabis senaste året	2 (1.5–1.8)	8 (7.2–8.5)

Källa: HLV data 2021, FHM

Sambanden i dessa data är liknande för män och kvinnor, däremot visar de att en större andel män hade ett riskbruk av alkohol och samtidigt riskabelt spelande än kvinnorna. Analyserna av HLV visar vidare att exempelvis ju fler samtida bruk av ANTS, definierat som riskkonsumtion av alkohol, riskabelt spelande, dagligt tobaksbruk och cannabisanvändning senaste året, desto vanligare med sämre allmän hälsa och psykiska besvär samt suicidtankar.³⁸ Se tabell 5 nedan.

³⁵ Drogutvecklingen i Sverige, CANs rapport 180, 2019

³⁶ Användning och beroendeproblem av alkohol, narkotika och tobak. En studie med fokus på år 2021 i Sverige. CAN rapport 209.

³⁷Risk- och skyddsfaktorer för alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar hos barn och unga. Så utvecklar vi ett hållbart förebyggande arbete inom området alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar (ANTS) med stöd av kunskap om risk- och skyddsfaktorer. FHM, 2022.

Artikelnummer: 22050.

³⁸Risk- och skyddsfaktorer för alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar hos barn och unga.

Så utvecklar vi ett hållbart förebyggande arbete inom området alkohol, narkotika, tobak och spel om pengar (ANTS) med stöd av kunskap om risk- och skyddsfaktorer. FHM, 2022.

Artikelnummer: 22050.

Tabell 5. Andelen med suicidtankar, god hälsa, psykiskt välbefinnande och högt psykiskt välbefinnande utifrån antal samtida bruk, med 95 % konfidensintervall (KI).

Hälsovariabel	Inga bruk % (KI)	Ett bruk % (KI)	Två bruk % (KI)	Tre bruk % (KI)
Suicidtankar senaste året	3 (2,6–2,9)	4 (3,5–4,2)	6,0 (4,8–6,4)	12 (9,0–15,3)
God hälsa	75 (74,7–75,6)	74 (73,0–74,6)	67,0 (65,8–69,0)	66 (61,0–70,0)
Psykiskt välbefinnande	87 (86,8–87,5)	84 (83,7–85,0)	78,0 (76,8–79,6)	69 (64,2–73,1)
Högt psykiskt välbefinnande	13 (12,3–13,0)	11 (10,0–11,1)	7,0 (6,3–8,1)	5 (2,8–6,9)

Källa: HLV data 2021, FHM

6 Hälsotillståndet hos målgruppen samsjukliga

Målgruppen samsjukliga har generellt en dålig hälsa och stor överdödlighet samt ökad risk för suicid. När det gäller den somatiska hälsan visar nationella kartläggningar att det finns en markant överdödlighet både bland personer med skadligt bruk och beroende, och bland personer med andra psykiatriska tillstånd. Andelen som har begått eller varit utsatt för brott är även högre bland personer med samsjuklighet än i befolkningen i övrigt.³⁹ Särskilt bland kvinnor är det vanligt med erfarenheter av våld, övergrepp och trauman. Kopplingen mellan psykisk ohälsa och skadligt bruk och beroende är starkare hos kvinnor än hos män. Det finns också uppgifter som visar att det är vanligare att kvinnor har kontakt med psykiatrin och fler problem med psykisk hälsa, familj och sociala relationer, medan det är vanligare med ekonomiska problem och kriminalitet bland män.⁴⁰

Målgruppen hänvisas och avisas vilket gör att deras behov av somatisk, psykiatrisk och medicinsk vård ofta inte tillgodoses. Insatserna till denna målgrupp är därmed inte jämlik och rättvis i jämförelse med andra målgrupper. Samsjuklighet innebär ofta ett sämre hälsotillstånd, framför allt om vården inte samordnas. Jämfört med personer med endast ett sjukdoms-/diagnos tillstånd uppvisar personer med samsjuklighet en svårare sjukdom, ökad risk för följsjukdomar, högre förekomst av riskfyllt beteende, kriminalitet samt sociala problem som exempelvis ensamhet, ökad familjebörda, arbetslöshet och hemlöshet. Samsjuklighet innebär också en ökad risk för dålig följsamhet eller avhopp från behandling och sämre behandlingsresultat än övriga.⁴¹

Amerikanska epidemiologiska studier visar att samsjukligheten i Posttraumatisk stress syndrom (PTSD) och beroende är hög, och personer med samsjuklighet kan ha behov av traumavårdsinsatser.⁴² PTSD kan utvecklas till följd av ett upplevt trauma och ett trauma kan uppstå av svåra händelser i livet såsom utsatthet för våld, krig, övergrepp etc. PTSD-symptom tenderar att föregås av skadligt bruk eller beroende. De amerikanska dataanalyserna visar att 46,4 procent av de med PTSD också någon gång i livet utvecklar en beroendesjukdom. Människor som har både PTSD och beroendesjukdom har svårare PTSD,

³⁹ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

⁴⁰ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Med hänvisning till: Storbjörk, J. (2011), Gender differences in substance abuse, problems, social situation and treatment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm, Nordic studies on alcohol and drugs vol. 28 2011; Socialstyrelsen 2021, Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning.

⁴¹ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

⁴² [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) med hänvisning till: Psykologförbundet, Psykologtidningen nr 10 2014.

sämre fysisk och psykisk hälsa, större funktionsnedsättning, återfaller oftare och tenderar att ha sämre effekt av behandling än personer utan samma samsjuklighet. Cirka hälften av dem som söker behandling för beroendesjukdom har visat sig exempelvis även ha PTSD. Ökade PTSD symptom har även kopplats till ökat substansbruk och minskade PTSD-symptom till minskat substansbruk, medan förändringar i substansbruk inte funnits vara relaterade till förändrade PTSD-symptom. Förbättringar av PTSD-symptom verkar således ha större effekt på substansbruk än tvärtom.⁴³ Svenska studier och data om samsjuklighet av beroende och PTSD saknas idag.

Ojämlighet i somatiska vårdinsatser är vanligt förekommande när det gäller målgrupperna med skadligt bruk och beroende eller andra psykiatriska diagnoser. När det gäller diagnoserna stroke, diabetes och hjärtsjukdomar har det visat sig att dessa målgrupper mer sällan får adekvat behandling än övriga befolkningen. Den behandling som ges är även av sämre kvalitet. Ojämligheten i de somatiska vårdinsatserna är liknande för diagnosen depression men där är skillnaderna mindre mellan den samsjukliga gruppen och den övriga befolkningen. Dödligheten hos personer med exempelvis en psykosjukdom är dubbelt så hög när det gäller stroke, diabetes och hjärtsjukdom.⁴⁴

När det gäller alkoholdiagnoser visar en systematisk översikt en mer än tre gånger högre dödlighet bland män, och mer än fyra gånger för kvinnor i kliniska populationer⁴⁵. Personer med tungt narkotikamissbruk har upp till 25–30 år kortare medellivslängd och personer som vårdas för psykosjukdom 15–30 år kortare medellivslängd än övriga befolkningen.⁴⁶ Undersökningar av hälsotillståndet hos vuxna individer har visat att de som använder narkotika upplever sämre fysisk och psykisk hälsa vilken upplevs försämrats ytterligare vid frekvent användande av narkotika. Självmedicinering av dåligt mående är vanligt bland de som använder narkotika. Hälsostatusen upplevs av individerna vara olika beroende på vilken narkotika som används. Sämst upplevd fysisk och psykisk hälsa hade de som använt narkotikaklassade läkemedel utan läkares ordination. Medan de som använder övriga narkotikaklassade preparat visade på en upplevd försämring endast av den psykiska hälsan.⁴⁷

Personer med psykisk sjukdom, skadligt bruk eller beroende löper en förhöjd risk att ta sitt liv. Sverige är ett av de länder med högst dödsfall inom narkotikaförgiftning per invånare, 70 % är män⁴⁸. Dödsfallen är heterogena, inträffar således i alla åldrar och bland både män och kvinnor. En stor andel av de som avlidit av narkotikaförgiftning hade vårdats inom slutenvården eller öppenvård psykiatri de senaste 5 åren. Dödsfall genom alkoholförgiftning minskar bland män men är för kvinnor bestående. Narkotikaförgiftningsrelaterade dödsfall minskar bland män men ökar bland kvinnor. Exempelvis har 43% av kvinnorna och 31% av männen som vårdats enligt LVM försökt ta sina liv.⁴⁹

⁴³ Psykologtidningen 2015, forskningsartikel 1. Integrerad behandling vid PTSD och beroendesjukdom. Med hänvisning till: Jacobsen L K, Southwick Steven M, et al. Substance Use Disorder in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Am J Psychiatry*, 158(8). 14 ; McFarlane A C (1998) Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: The nature of the association. *Addictive Behaviors* (2006) ; Trauma, PTSD, and substance use disorders: Findings from the Australian National Survey of mental health and well-being. *Am J Psychiatry*, 163(4); Berenz, E.C. and S.F. Coffey, Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 14.

⁴⁴ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) med hänvisning till: Socialstyrelsen 2011, Somatisk vård och sjuklighet vid samtidig psykisk sjukdom.

⁴⁵ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) med hänvisning till :Roerecke, M. & Rehm, J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and metaanalysis. 2013, doi:10.1111/add.12231.

⁴⁶ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) med hänvisning till: Läkartidningen. 2018;115:E6AM

⁴⁷ CANs fokusrapport 11 från 2021, Ramstedt.M Hur mår de som använder narkotika? – Hälsotillståndet hos de vuxna i befolkningen som använder narkotika

⁴⁸ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) med hänvisning till: EMCDDA-Europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk

⁴⁹ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) med hänvisning till: Missbruk, substansrelaterade diagnoser och spel om pengar. Tematisk uppföljning av behov, vård och stöd i förhållande till det nationella ANDT-arbetet och spel om pengar, 2021. Nationellt utvecklingsarbete för att motverka narkotikarelaterad dödlighet, Socialstyrelsen 2017.

Förekomsten av skadligt bruk och beroende, och av samsjuklighet, mellan olika grupper i befolkningen varierar. Även konsekvenserna i form av ohälsa och livssituation skiljer sig åt mellan olika grupper. Det kan bland annat skilja sig mellan kvinnor och män samt mellan personer med olika sociala förhållanden. Vissa personers sociala situation kan vara stabil under lång tid, andras förändras på sikt genom sjukskrivning och relationer som påverkas negativt och i vissa fall hamnar personen ganska snabbt i utanförskap, hemlöshet och kriminalitet.

7 Samverkan

7.1 Varför samverka?

Personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik har behov av vård och behandling för båda eller flera av sina tillstånd samtidigt och därför berörs flera myndigheter och behandlingsverksamheter. För att vården och omsorgen ska fungera, och patienten eller brukarens sammansatta behov ska kunna mötas på ett effektivt sätt, krävs samverkan mellan både huvudmän och verksamheter. Personer med samsjuklighet i form av psykisk sjukdom och beroende kan vara särskilt sårbara för brister i samverkan, eftersom de ofta har behov av samtidiga och samordnade insatser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att komma till rätta med sina problem. Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet från 2019 påvisar några faktorer som påverkar förutsättningarna för en god samverkan. Faktorerna fanns inom områdena organisation, kultur, ekonomi, regelverk och styrning, och handlar bland annat om:

- otydlig ansvarsfördelning mellan huvudmän och verksamheter i vården och omsorgen för personer med samsjuklighet
- oklarhet kring vem som har det ekonomiska ansvaret för olika insatser
- brist på samsyn mellan professioner om begrepp
- administrativa hinder såsom icke kompatibla IT-system.⁵⁰

7.2 Konsekvenser av bristande samverkan

Bristande samverkan får svåra konsekvenser för personer med samsjuklighet. Det kan leda till att insatser blir försenade eller sker i fel ordning, att ingen tar ett övergripande ansvar för den enskilda och att den helhetssyn som krävs för att möta individens sammansatta behov saknas. I värsta fall leder det till att patienten eller brukaren faller mellan stolarna och inte får den vård eller det stöd som behövs. Personer med samsjuklighet i form av psykisk sjukdom och beroende är särskilt sårbara för brister i samverkan, eftersom de ofta har behov av samtidiga och samordnade insatser mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att komma till rätta med sina problem.⁵¹ När samverkan och samordningen inte fungerar läggs ansvaret för att koordinera insatserna på patienten eller brukaren själv eller på deras närstående⁵². Att ansvaret läggs över på den enskilde kan vara särskilt problematiskt för personer med samsjuklighet, som även kan ha kognitiva svårigheter som är kopplade till deras dubbla problematik. När vård- och omsorgssystemet inte är anpassat till deras utsatta situation riskerar de dessutom att tappa motivationen att fortsätta söka hjälp för sitt beroende eller sin psykiska ohälsa.⁵³ Psykisk ohälsa

⁵⁰ Kartläggningen av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019 med hänvisning till :*Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2019*

⁵¹ Kartläggningen av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019 med hänvisning till :*Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2019*

⁵² Kartläggningen av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019 med hänvisning till :*Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv [Elektronisk resurs]. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.*

⁵³ Kartläggningen av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019 med hänvisning

och skadligt bruk eller beroende leder, förutom till försämrad hälsa och livskvalitet hos drabbade individer och deras anhöriga, även till kostnader för olika verksamheter i samhället. Kostnaderna faller bland annat på den drabbade och deras anhöriga, kommunerna som ansvarar för socialtjänst, regionerna som ansvarar för psykiatri inklusive beroendevård, och även på det övriga samhället i form av exempelvis arbetslöshet eller sjukskrivning.⁵⁴

De direkta kostnaderna, det vill säga huvudsakligen verksamhetskostnaderna för kommuner och regioner, anger resursåtgången för samhället och går att visa. Samsjuklighetsutredningen har som allmän utgångspunkt för beräkningarna av kommunernas och regionens kostnader för målgruppen med skadligt bruk och beroende använt de räkenskapsammandrag för kommuner och regioner som SCB varje år sammanställer. Med det som utgångspunkt gör Samsjuklighetsutredningen bedömningen att kostnaderna för Hälso- och sjukvård och socialtjänst på grund av skadligt bruk och beroende i kommuner och regioner år 2020 var sammanlagt knappt 13,8 miljarder kronor, varav cirka 8,4 miljarder kronor i kommunerna och cirka 5,4 miljarder kronor i regionerna.⁵⁵

8 Stöd, vård och behandling vid samsjuklighet

I de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende betonas vikten av att vid beroendetillstånd och psykiatrisk samsjuklighet så behöver samsjukligheten uppmärksammas och patienter få hjälp med både beroendet och andra psykiatriska tillstånd samtidigt. Behandling och insatser för både beroendet och de psykiatriska tillstånden involverar flera huvudmän och förutsätter samordning och samverkan. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten har utifrån sina ansvarsområden ett gemensamt ansvar för klienter och patienter med skadligt bruk eller beroende och samtidig annan psykiatrisk diagnos. Personer med samsjuklighet kan behöva vård och stöd av flera verksamheter inom såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten samtidigt. Det är viktigt att se till personens hela livssituation och hälsa, att bedöma personens totala vård- och stödbehov och tillsammans med denne noggrant identifiera problemen samt göra en samordnad planering av vård och behandlingsinsatser.⁵⁶

I den länsövergripande överenskommelsen för missbruk och beroende för Dalarna förtydligas också att det på ett regionalt och lokalt plan ska skapas helhetslösningar som utgår ifrån individernas olika behov och önskemål. Att kommunen och regionen tillsammans, skapar en behovsanpassad, personcentrerad och sammanhållen vård- och omsorgskedja mellan huvudmän och inom huvudmännens verksamheter för individerna. För att lyckas med detta är det en nödvändighet att samverka över organisationsgränserna och fokusera på individernas behov snarare än respektive organisation och professions enskilda ansvar samt istället sträva efter att tillsammans skapa en sömlös vårdkedja.⁵⁷ De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid missbruk och beroende belyser även att när en person har ett skadligt bruk eller beroende och annan samtidig psykiatrisk diagnos kan det även krävas längre behandlingstider, större flexibilitet och tillgänglighet i vård och behandlingsinsatser. Vikten av att ha ett stödjande, pedagogiskt förhållningssätt i mötet med individerna betonas också som avgörande. Det är även viktigt att sätta realistiska mål som inte bara fokuserar på drogfrihet utan som också har ett skadereducerande perspektiv med prioritet att öka personens livskvalitet och förbättra hälsan i sin helhet.

till : *Samverkan för patienter och brukares välbefinnande. Missbruks- och beroendevården. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2016.*

⁵⁴Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019

⁵⁵ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.

⁵⁶ Kartläggningen av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019 med hänvisning

till : *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2019*

⁵⁷ Länsövergripande överenskommelse om samverkan- rörande personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. RD/21-00238

Utöver vård för det skadliga bruket eller beroendet och de psykiatriska tillstånden krävs i regel även andra stödinsatser, exempelvis hjälp till försörjning, stöd att hitta och behålla ett boende, stöd i anhörigkontakter och hjälp med sysselsättning. Vissa personer kan behöva hjälp att samordna sina vård- och stödåtgärder med hjälp av en Case manager eller ett personligt ombud.⁵⁸

8.1 Samordnad planering

När en person har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. För personer med omfattande behov, såsom personer med skadligt bruk eller beroende och annan psykiatrisk diagnos, bör regionen och kommunen utgå från att det finns behov av en individuell plan. Särskilda bestämmelser om samordnad individuell plan (SIP), finns i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL och 16 kap. 4 § HSL. Syftet med bestämmelsen är att förtydliga det ansvar som kommunen och regionen har för samarbete, även på ett individuellt plan. I bestämmelserna anges att en individuell plan ska upprättas när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården, förutsatt att planen behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och att den enskilde samtycker till det. Det räcker att en av huvudmännen gör bedömningen att en plan behöver upprättas för att skyldigheten ska inträda för båda.⁵⁹ Organisatoriska förutsättningar för att SIP ska användas tydliggörs i Socialstyrelsens nationella vägledning om fast vårdkontakt och SIP. Där poängteras vikten av nedanstående faktorer:

- Vård som utformas utifrån individens behov inte verksamhetens
- Kontinuitet, sammanhållen vårdkedja
- Trygghet i form av fast vårdkontakt eller liknande funktion
- Gemensamt journalsystem, användarvänligt
- Tillräckligt med arbetstid avsatt för samverkan
- Enkelt tillgängligt metodstöd
- Förankring och implementering av metoden inom alla led i organisationen

Idag är det enbart ett fåtal huvudmän som erbjuder mer än en typ av kunskapsbaserad psykologisk eller psykosocial behandlingsform för vuxna personer med skadligt bruk eller beroendeproblematik. Enligt Socialstyrelsen riktlinjer bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten erbjuda integrerade behandlingsmetoder till personer med skadligt bruk eller beroende och samtidig svår psykisk sjukdom. Integrerade behandlingsmetoder kan bestå av både psykologiska och psykosociala behandlingsinslag. De riktar sig till individer med samsjuklighet och fokuserar på det skadliga bruket eller beroendet och andra psykiatriska tillstånd samtidigt.⁶⁰

8.2 Rekommenderade behandlingsmetoder enligt nationella riktlinjer

Några metoder som rekommenderas i nationella riktlinjer specifikt för den vuxna målgruppen med samsjuklighet är följande:

- Kognitiv beteendeterapi, KBT, samt vid behov i kombination med motiverande samtal, MI
- Post traumatic stress syndrome, PTSD, behandling kan erbjudas som integrerad behandling, kognitiv beteendeterapi, KBT
- Cope (som bygger på traumabehandling prolonged exposure, PE) kan kombineras med Återfallsprevention, ÅP
- Dialektisk beteendeterapi, DBT⁶¹

⁵⁸ Kartläggningen av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019 med hänvisning till : *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning Socialstyrelsen; 2019*

⁵⁹ SoL 2001:453, 2 kap. 7§. HSL 2017:30 ,16 kap. 4§.

⁶⁰Om fast vårdkontakt och individuell plan. Nationell vägledning. Socialstyrelsen, 2017. Artikelnummer 2017-10-25

⁶¹ Nationella vård och insatsprogrammet, VIP, missbruk och beroende.

Vid skadligt bruk eller beroende hos ungdomar samspelar ofta psykiska och sociala faktorer vilket påverkar det skadliga bruket. Liksom för vuxna är det viktigt att samsjukligheten med psykiska problem uppmärksammas och att ungdomarna får hjälp med båda tillstånden samtidigt. Både bedömning och behandling av psykiska tillstånd behöver därför genomföras samtidigt som de insatser som rekommenderas i nationella riktlinjer.⁶²

Några metoder som rekommenderas specifikt för den yngre målgruppen med samsjuklighet är följande:

- Motivationshöjande behandling, MET, i kombination med kognitiv beteendeterapi, KBT
- Ungdomsversionen av Community reinforcement approach, A-CRA, eller Assertive continuing care, ACC
- Funktionell familjeterapi, FFT, och multidimensionell familjebehandling, MDFT, samt kort strategisk familjeterapi och multisystemisk terapi⁶³

För att förebygga ohälsa hos närstående till individer med skadligt bruk eller beroende så rekommenderas olika stödande insatser. Enligt socialstyrelsen nationella rekommendationer om stöd till närstående rekommenderas metoderna Community reinforcement and family training, CRAFT, Al-anon- och Nar-anon⁶⁴ inspirerade stödprogram för närstående samt Coping Skills training, CST.⁶⁵

Andra sociala stödinsatser som enligt Samsjuklighetsutredningen behöver utvecklas och implementeras i större utsträckning är exempelvis Bostad Först, Interpersonal support- IPS, Assertive community treatment- ACT, Case management.⁶⁶

9 Kartläggning av nulägesbilden i länet

En kartläggning av målgruppen har genomförts och består av två delar: Omvärldsspaning och analys av statistiska data.

Omvärldsspaningen har tagit sin utgångspunkt i:

- Hur samverkan kring målgruppen ser ut, vilka verksamhets- och samverkansformer som finns och efterfrågas samt behöver utvecklas
- Hur det arbetas med SIP i de olika verksamheterna
- Insatser och behandlingar som ges till målgruppen
- Kompetensutvecklingsbehov
- Uppföljning och utvärdering av metoder och insatser
- Brukaraktivitet och brukarinflytande

9.1 Tillvägagångssätt vid kartläggning av nulägesbilden i länet

Kartläggningen har genomförts via dialoger/intervjuer med representanter från ett stort antal verksamheter i länets kommuner och regionens verksamheter.⁶⁷

⁶² Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2019.

⁶³ Nationella vård och insatsprogrammet, VIP, missbruk och beroende.

⁶⁴ Al- eller Nar-Anon är anhängargrupper till anonyma alkoholister, AA, samt anonyma narkomaner, NA. Al- eller Nar-Anon-inspirerade stödprogram är till för anhängare till personer med ett skadligt bruk eller beroende av alkohol- eller narkotika.

⁶⁵ Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2019.

⁶⁶ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021

⁶⁷ Verksamheter och representanter inom socialtjänst, psykiatri, habiliteringen, barn och ungdomsmedicin, barn och ungdomspsykiatri, samtalsmottagningen för unga, ungdomsmottagning, ungdomshälsan, beroendeenheten samt beroendeteam psykiatri, LARO, primärvård, LOVIS verksamheter, Högskolan Dalarnas samverkan med Falu kommun kring målgruppen och MOVE metoden, Högskolan Dalarna kring deras forskning och implementeringsstudie kring SIP samt brukarrepresentanter.

Kartläggningen har även innefattat omvärldsbevakning som innefattat läsning av rapporter, utvärderingar, rutiner, riktlinjer, överenskommelser, Samsjuklighetsutredningens delbetänkande, statistik samt aktuellt forskningsläge. Arbetet har utgått från evidens och rådande rekommendationer och riktlinjer för målgruppen.

Kartläggningen av nulägesbilden i länet och omvärldsspaningen, utgör utgångspunkt för framtagande av förslag till åtgärder och fortsatta utvecklingsinsatser i länet gällande målgruppen med samsjuklighet. I de olika verksamhetsdialogerna beskrevs flertalet utvecklingsområden som har beaktats i förslagen.

9.2 lakttagelser från kartläggning av nulägesbilden i länet

Flera nämner i dialogerna att deras uppfattning är att målgruppen är större än vad resurserna idag kan hantera och man tror också att mörkertalet är stort. Brister som lyfts fram rör samverkan mellan region och kommun men även samverkan inom respektive huvudman. Vikten av att skapa en sammanhållen vårdkedja för målgruppen är också något som framhålls. I nästintill alla dialoger nämns kompetensbrist kring samsjuklighet, skadligt bruk och beroende men även att det finns visst behov av kompetenshöjning avseende olika psykiatriska diagnoser. Svårigheten att rekrytera rätt kompetens nämns också som utmanande. Brister i kunskap om målgruppen samsjukliga och skadligt bruk och beroende upplevs finnas i hela vårdkedjan samt i alla professionsled men i varierande grad, beroende på verksamhet. Kompetensbristen kring målgruppen är således hög med ett tydligt undantag: inom de specialiserade verksamheterna inom socialtjänsten och psykiatrin som arbetar specifikt med beroendeproblematik är kompetensen följaktligen hög. Kompetensbrister bidrar i sin tur till att målgruppen inte alltid fångas upp och att de hänvisas vidare och riskerar att inte få sina grundläggande vårdbehov tillgodosedda.

Bristen på kunskap upplevs även bidra till fortsatt stigmatisering av målgruppen, att målgruppen inte erbjuds en jämlik vård på lika villkor samt utgör en av orsakerna till att samverkan ofta brister. Det är idag vanligt förekommande att målgruppen avvisas och hänvisas runt mellan verksamheter och väntetiderna blir långa. Kravet på uppvisad drogfrihet, ibland i flera månader för att utredas eller få en insats eller behandling inom psykiatrin, blir ett hinder och avbrott i individens vårdkedja. Detta blir också ett hinder för att samverka kring individen och att kunna erbjuda samtidiga sociala stödinsatser och behandling för samsjukligheten utifrån ett helhetsperspektiv kring individens hälsa. Följsamheten i vården för den enskilde individen anses vara låg vilket möjligtvis har en förklaring i att vården inte ges samordnat och inte är individanpassat organiserad. Istället uppstår en osammanhållen vårdkedja där individerna avvisas och hänvisas mellan verksamheter och där det blir upp till individen att själv vara samordnare av sin egen vård, behandling och kontakter mellan verksamheter etc. Individerna upplever även att det är svårt att få hjälp när man själv är mottaglig för stöd samt att det inte finns någon större anpassning eller flexibilitet i mötesformer, mötestider, tidsbokningar, eller förståelse för varför man missar tider och möten ibland.

Bristerna i samordning och samverkan leder ofta till avbrott och sämre vårdförlopp. Socialtjänsten tar idag det största ansvaret för den vuxna målgruppen tillsammans med den specialiserade öppenvårds- och slutenvårdspsykiatrin. Kommunerna tar många gånger ett helhetsansvar för individerna utifrån att de ofta erbjuder flera olika insatser samtidigt som behandling för det skadliga bruket eller beroendet, stöd till boende, HVB, LVM, ekonomi, sociala stödinsatser samt sysselsättning.⁶⁸ Målgruppen samsjukliga upplevs ibland ha svårt att tillgodogöra sig behandlingen för sitt beroende och de sociala stödinsatserna då insatserna av ovan nämnda skäl ofta inte sker samtidigt med den medicinska och psykiatriska behandlingen.

I dialogerna har även frågor om hur arbetet med samordnad individuell plan, SIP, undersökts. Frågorna har gällt t.ex. om och när SIP används, utmaningar och utvecklingsområden, kompetensbehov etc. Det framkommer i dialogerna att behovet av kompetenshöjning kring SIP är stort, det upplevs finnas en otydlighet i mandat vid genomförandet av SIP möten, en viss förvirring i själva användandet. SIP upplevs inte heller prioriterat i alla verksamheter och används oftast i ett

⁶⁸ HVB: hem för vård och boende bedrivs enligt 7 kap. 1 § 1 socialtjänstlagen (SoL). LVM: Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.

sent skede. Dessutom är ofta fokus på verksamheterna och dess kostnader för olika insatser inte individens behov. Brukare upplevs ha låg kunskap om SIP och processen upplevs tidskrävande, följs sällan upp samt att dokumentationssystemet inte är lättillgängligt för alla. Det finns även ett behov av tillgängliga digitala system för SIP -möten i alla verksamheter så att SIP kan användas digitalt vid behov vilket också nämns som ett hinder. I dialog med brukarrepresentanter ges en bild av att de som behöver en SIP inte alltid erbjuder det, vid SIP- möten görs planeringar som inte efterlevs eller följs upp. Brukarna uppger vidare att professionen ibland saknar mandat på mötet, och det upplevs ibland som om verksamheterna redan innan mötena har bestämt vilka insatser som ska ges. I vilket medför att individen inte känner sig delaktig i beslut och planering m.m. I den senaste enkätundersökningen som Dalarnas nätverk för psykisk hälsa genomfört med ca 80 respondenter i nätverkets olika föreningar svarade hela 50% att de aldrig ens blivit erbjuden en SIP.⁶⁹ Dialoger har även genomförts med Högskolan Dalarna som bedriver och har bedrivit forskningsstudier kring just samsjuklighet, brukardelaktighet genom delat beslutsfattande och SIP både utifrån ett brukarperspektiv och ett personalperspektiv. Studierna visar på komplexiteten och utmaningarna i att samordna vård och stöd för målgruppen samsjukliga och samtidigt realisera brukardelaktigheten. Ett sätt att öka brukardelaktigheten i SIP är metoden delat beslutsfattande. Forskningsstudien fann även att problemen men också lösningarna för att genomföra SIP och använda det utifrån hur det är tänkt samt med en tydlig brukardelaktighet återfinns inom tre huvudområden: organisation och personalkunskap, samordning mellan personal och personalens attityder, samt brukarmedverkan.⁷⁰ Utifrån denna forskning så kommer Högskolan Dalarna genom en kommundoktorand genomföra en implementeringsstudie av en SIP process inklusive delat beslutsfattande i några pilotkommuner i länet under hösten 2022 där även delar av primärvården och psykiatri kommer att medverka. Studien kommer också att innehålla utbildningsinslag, utvärdering och uppföljning av studien. Denna studie är viktig att följa för att se om ett breddinförande av denna process är möjligt i länet på sikt.

Kartläggningen visar även att det finns verksamheter som har god kompetens kring samsjuklighet samt skadligt bruk och beroende. Det är verksamheter eller funktioner som är specialiserade inom området och avser t.ex. beroendeteam och enheter, sjuksköterskor med beroendekunskap, behandlare eller socialsekreterare inom socialtjänstens beroendeenheter m.fl. Även om kompetensen i dessa verksamheter finns kring målgruppen och dess problematik så är det inte tillräckligt ur ett bredare främjande och förebyggande perspektiv, då det överlag finns en bristande grundkompetens kring samsjuklighet och skadligt bruk eller beroende i flera andra verksamheter inom kommunerna och regionen, där dessa individer förekommer, söker vård, stöd och behandling, har beviljade insatser för sina somatiska, psykiatriska och psykosociala problem etc.

Bristen på grundläggande kompetens och metoder för att tidigt fånga upp och ge stöd samt behandling för samsjukligheten gör att dessa individer inte får rätt vård och behandling i tid vilket istället leder till en försvårad problematik för individen samt som en konsekvens av det en alltför stor belastning på specialistnivå. Det saknas också en tydlig vårdprocess för dessa individer vilket gör att hela vårdkedjan blir otydlig och att samverkan ofta blir avhängig på professionernas relation till varandra istället för att utgå från funktion, det gemensamma uppdraget och den sammanhållna vårdprocessen.

Det pågår visst arbete med brukarinflytande och delaktighet i länet. Det finns exempelvis regionala och några få lokala brukarråd, patientråd, brukarforum inom psykiatri, brukarinflytandesamordnare (BISAM, inom RSS och anställd i Division psykiatri, Region Dalarna). En brukarrepresentant finns representerad i Psykiatriens ledningsgrupp och inom vissa

⁶⁹ Enkätundersökning av Dalarnas nätverk för psykisk hälsa våren 2022. Nätverket består av följande föreningar samt Region Dalarna: Balans Dalarna, IFS Dalarna, OCD förbundet, SPES Dalarna, Attention Dalarna, RSMH Dalarna, nxtME samt Fontänhuset i Falun.

⁷⁰ Coordinated individual care planning and shared decision making: staff perspectives within the comorbidity field of practice. Personals perspektiv på samordnad individuell planering och delat beslutsfattande inom samsjuklighetsområdet. *Amanda Jones, Ola Knutsson och Ulla-Karin Schöön. School of Education, Health and Social Studies, Dalarna University, Falun, Sweden; Department of Computer and Systems Sciences, Stockholm University, Stockholm, Sweden; Department of Social Work, Stockholm University, Stockholm, Sweden 2022.*

verksamheter inom psykiatri. I fem socialtjänster i länet genomförs de årliga nationella brukarundersökningarna för individ- och familjeomsorgen samt patientenkäter via 1177 som utgör ytterligare några exempel hur det arbetas med brukarinflytande och delaktighet i länet.

Det finns ett fåtal verksamheter som har ett integrerat arbetssätt med ett multidisciplinärt fokus kring individer med samsjuklighet och där primärvård, psykiatri och socialtjänst samverkar i länet⁷¹. Dessa verksamheter och samverkans- och arbetssätt är intressanta att följa mer ingående för att se om de kan vidareutvecklas och spridas som goda exempel på en personcentrerad samverkan med en sammanhållen vårdkedja. Dessa verksamheter ligger i linje med samsjuklighetsutredningens förslag och rekommendationer kring fler integrerade verksamheter, lagstadgning av integrerade verksamheter och rekommenderade arbetssätt för målgruppen. Skadereducerande insatser behöver även implementeras och utvärderas. Nyligen har exempelvis sprututbytesverksamheten startat i Falun och i Borlänge pågår projektet kring Bostad Först. Dessa är viktiga att följa för att se hur de kan vidareutvecklas och följas över tid men även hur fler skadereducerande insatser kan implementeras i länet.

När det gäller att arbeta strukturerat och systematiskt med utvärdering och uppföljning av metoder och insatser har stora brister identifierats. Det framhålls att brist på tid och resurser samt att kunskapen saknas samt att det inte tydligt efterfrågas, vilket medför att arbetet bortprioriteras. Det saknas enkla digitala stöd för utvärdering och uppföljning samt enhetliga metoder för att mäta, analysera och värdera olika indikatorer, nyckeltal m.m. Det förekommer att delar och nyckeltal följs upp i vissa verksamheter, och att vissa metodstöd används, men generellt finns det inte ett systematiskt strukturerat arbete som löper över tid och där resultaten sedan används på gruppnivå till konkret verksamhetsutveckling etc. Det behövs således en bred satsning och utveckling av detta i länet för att också kunna se om de insatser och metoder som ges ger avsedd effekt men också för att kunna utveckla verksamheterna att bättre möta målgruppens behov.

De metoder som främst används i kommunernas och regionens olika verksamheter som tillhandahåller olika insatser till målgruppen är b.l.a. motiverande samtal (MI) kognitiv beteendeterapi (KBT), Haschavänjningsprogrammet (HAP), återfallsprevention (ÅP), tolvstegstegsbehandling, Community Reinforcement Approach (CRA), motivationshöjande behandling (MET), dialektisk beteendeterapi (DBT), integrerade behandlingsmetoder, traumabehandling, psykodynamisk terapi (PDT).

9.2.1 Den yngre målgruppen

När det gäller den yngre målgruppen tar socialtjänsterna det största ansvaret för målgruppen där den psykiatriska och medicinska kompetensen saknas. Utifrån det så är situationen för den unga målgruppen extra bekymmersam idag i länet. Det framkommer en bild av att man upplever ett ensamt ansvar med en grupp unga som har en komplex problematik. Det är vanligt förekommande även för den yngre målgruppen att verksamheter avvisar och hänvisar i alltför hög utsträckning delvis på grund av att det ställs olika krav på exempelvis drogfrihet för att få vård och behandling av psykiatri etc. Sammantaget leder detta till ett ökat lidande för individerna och dess anhöriga samt en ogynnsam utveckling för den unge som riskerar en än mer försvårad problematik för individen.

Samverkan med BUP och första linjens verksamheter behöver stärkas och rutiner kring omhändertagande av målgruppen inom hälso- och sjukvården behöver tydliggöras. Behov av kompetensutveckling gällande skadligt bruk och beroende bland barn och unga beskrivs från såväl första linjens hälso- och sjukvård, socialtjänsten och vårdens specialistnivå. Slutenvård/heldygnsvård specifikt för målgruppen saknas idag. Ett initiativ kring ett regionalt HVB-hem (hem för vård eller boende), i samverkan mellan kommunerna och regionen (BUP) planerar starta i länet under nästa år. Detta initiativ skulle dock endast möta behoven hos (den mindre) målgruppen med de allra mest omfattande behoven av behandling och stöd men är en viktig del i

⁷¹ LOVIS- Lokal vård i samverkan i Gagnef och Ludvika, IBM- Integrerad beroendemottagning, en samverkan mellan IFO, VC och ÖPV i flera kommuner i Norra Västra Dalarna.

vårdkedjan för de unga i länet. Utredningen kring förutsättningarna att starta Mini Maria verksamhet i länet är även intressant att följa då en sådan verksamhet och arbetssätt lyfts i samsjuklighetsutredningen som specifika exempel på integrerade och multidisciplinära verksamheter för unga som rekommenderas. Utredningen framhåller att den typen av verksamhet är bra men att de behöver vidareutvecklas just utifrån de komplexa behov som råder för unga med samsjuklighet.

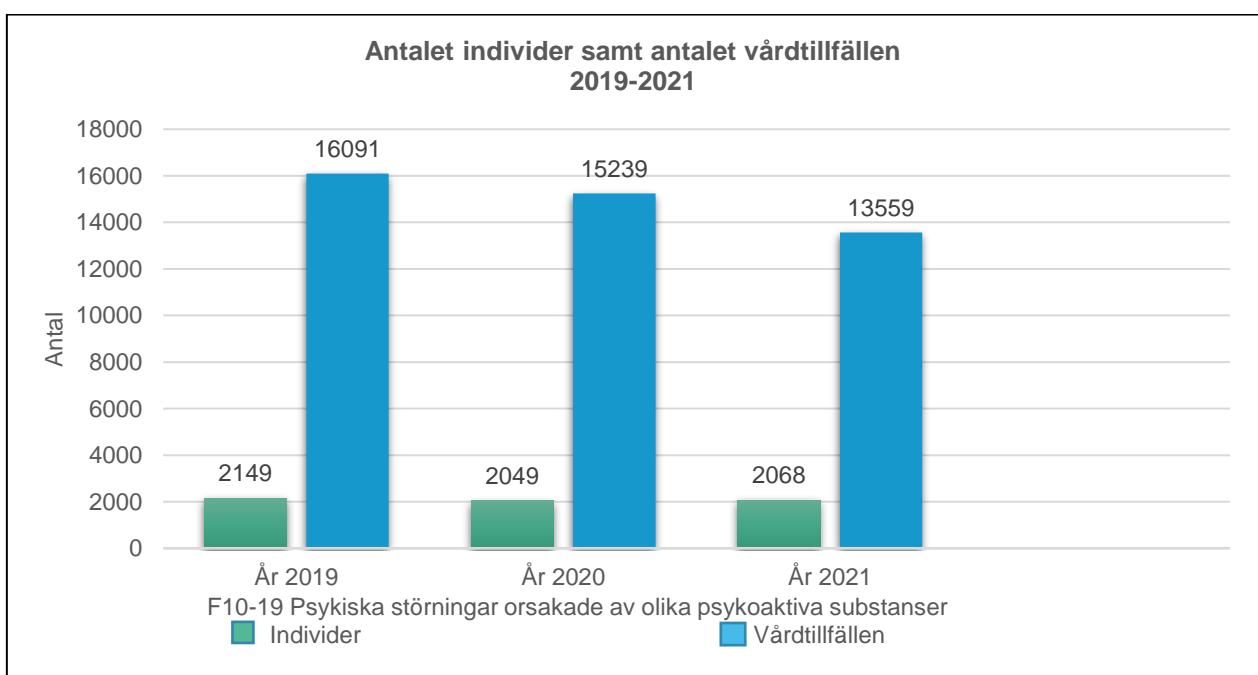
10 Analys av statistiska data om målgruppen

Ett andra steg för att kartlägga nuläget avseende målgruppen samsjukliga i länet har varit att ta del av olika typer av statistiska data. Regional och kommunal statistik kring målgruppen är, liksom den nationella, bristfällig. Mörkertalet gällande antalet individer med samsjuklighet i Dalarna och så även nationellt får antas vara stort. Därmed är det i dagsläget inte möjligt att ge en exakt bild av hur många individer som har en samsjuklighet i Dalarna.

10.1 Samsjukliga inom länets hälso-och sjukvård

När det gäller framtagandet av statistik från hälso- och sjukvårdens patientregister för länet kring målgruppen samsjukliga har en avgränsning gjorts utifrån ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) och diagnoskoderna F10-19 som påvisar en grad av samsjuklighet. En liknande avgränsning har gjorts i nationella kartläggningar av samsjuklighet. Diagnoskoderna F10-19 innefattar psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser. Koderna F10-19 innefattar således olika substansers påverkan på den psykiska störningen. Detta är ett sätt att identifiera hur många i länet som diagnossätts med ovanstående koder i hälso- och sjukvårdens patientregister och samtidigt uppvisar en form av samsjuklighet, se figur 5. Detta motsvarar dock inte den samlade bilden av målgruppen samsjukliga inom hälso-och sjukvården eller i länet. En sådan samlad nulägesbild är heller inte möjlig att redovisa eftersom diagnossättning inte görs i alla verksamheter och eftersom exempelvis bidiagnoser inte alltid registreras som en annan huvuddiagnos är mer framträdande vid söktillfället. Statistik kring samsjuklighet bland patienter hos primärvården registreras inte alls och saknas därför i denna sammanställning.

Figur 5. F10-19 Psykiska störningar orsakade av olika psykoaktiva substanser, år 2019-2021

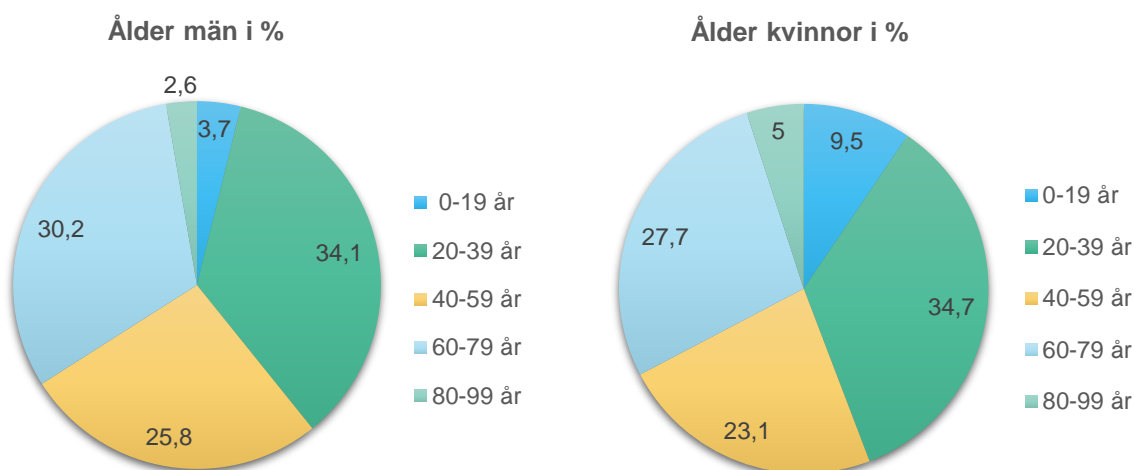


Källa: BILD statistik, Region Dalarnas verksamheter

Antalet vårdtillfällen som visas i figur 5 är betydligt högre än antalet individer vilket visar att de enskilda individerna är i kontakt med vården i genomsnitt flera gånger på ett år. Eftersom målgruppens behov av vård och stöd är olikartad kan detta innebära att en individ kan ha kontakt

många gånger fler än en annan på ett år men sammantaget är vårdtillfällena signifikant fler än antalet individer. Antalet vårdtillfällen kan på så vis antas påvisa en viss form av vårdtyngd och vårdbelastning samt omfattningen av vårdbehov för dessa individer, vilket är viktigt ur ett verksamhetsplanerings- och resursperspektiv. Data från figur 5 visar även att hela 70% av individerna med någon av diagnoserna, F10-19, är män medan 30% är kvinnor. Figur 5.1 nedan visar åldersspann inom könen för samma data.

Figur 5.1. Åldersspann och kön. F10-19 Psykiska störningar orsakade av olika psyko aktiva substanser. År 2019-2021.



Källa: BILD statistik, Region Dalarnas verksamheter

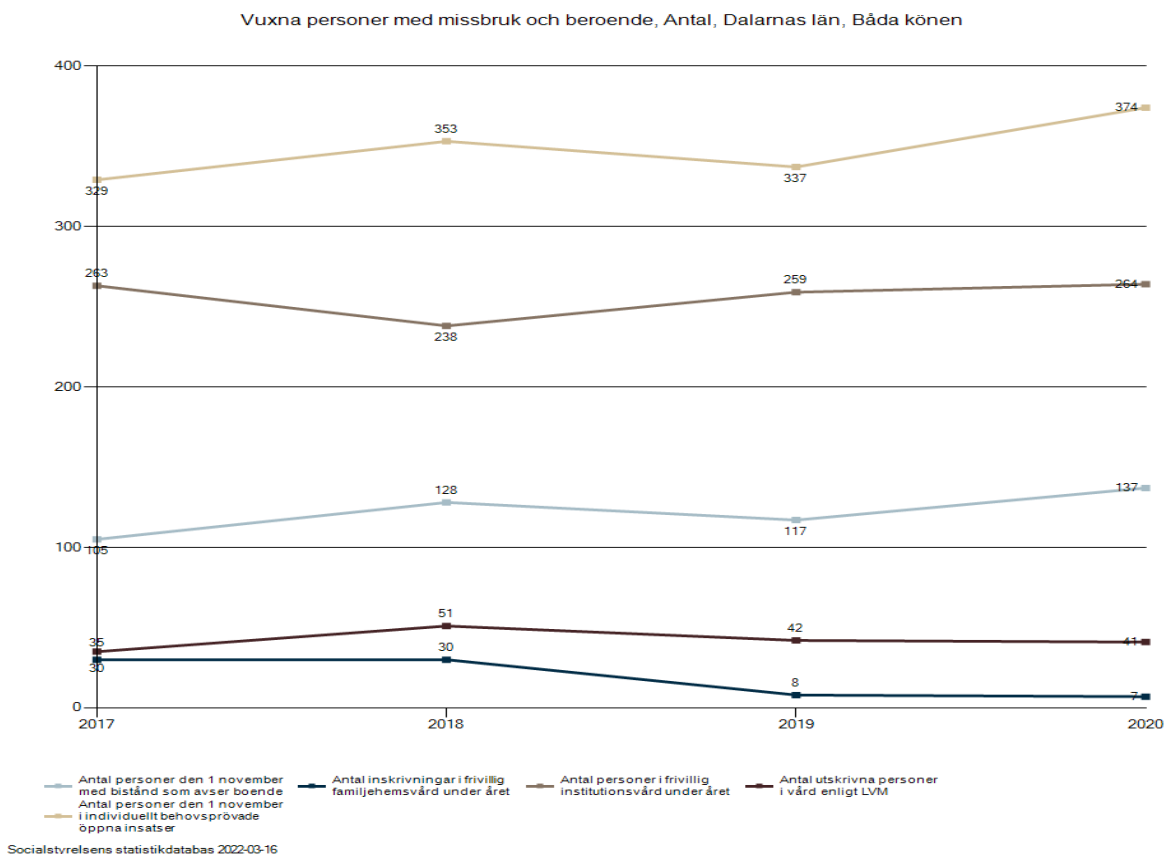
Dessa data visar att gruppen unga kvinnor är fler än gruppen unga män medan männen för övrigt är fler än kvinnorna i alla andra åldersspann.

Diagnoserna ovan sätts till allra största del inom division psykiatrins öppen- och slutenvårdsenheter inkluderat beroendeenheten men andra enheter där även diagnoserna sätts något mer frekvent än andra är inom enheterna för medicin, kardiologi, medicinsk geriatrik, samt barn- och ungdomsmedicin. Eftersom målgruppen samsjukliga har en generellt sämre fysisk, psykisk och psykosocial hälsa och problematik rör sig denna målgrupp inom många fler enheter inom hälso- och sjukvården men i en lägre utsträckning än ovan nämnda. Dessa data påvisar således den komplexa problematiken samsjukliga ofta har, de har behov av vård från flera olika verksamheter i olika grad och vid olika tillfällen i livet.

10.2 Samsjukliga inom länets socialtjänster

Enligt nationella kartläggningar uppskattas 50% av socialtjänstens klienter med ett skadligt bruk eller beroende ha en samsjuklighet i Sveriges befolkning. Detta får även antas representativt även för Dalarnas län då de nationella kartläggningarna utgått från ett representativt urval av befolkningen i stort. Ett nedslag i Socialstyrelsens statistikdatabas där landets alla socialtjänster rapporterar in siffror visar att totalt 924 vuxna individer i Dalarna med missbruk eller beroende fick en eller flera insatser av socialtjänsten 2020. Om 50% av dessa uppskattas ha en samsjuklighet omfattar det i Dalarna 462 individer år 2020. Insatserna som inrapporteras av socialtjänsterna är inte alla könsuppdelade därav presenteras den här bilden utan könsuppdelad statistik för att ge en den mest korrekta och samlade bilden av inhämtad statistik över Dalarnas insatser.

Figur 6. Antalet individer, båda könen, med missbruk och beroende i Dalarna som fick olika insatser av socialtjänsten under åren 2017-2021



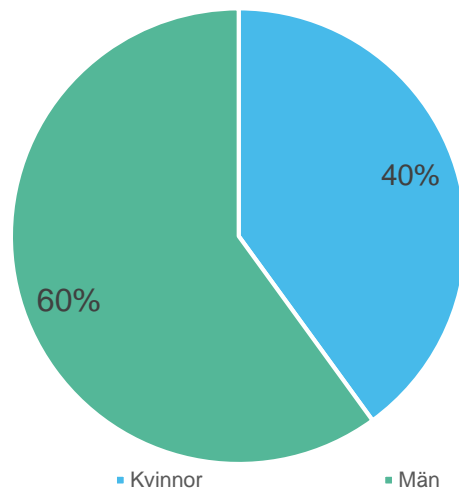
Flera av de som är aktuella hos socialtjänsten är samtidigt aktuella hos hälso- och sjukvården. En individ i figur 6 ovan kan även ha haft flera av dessa socialtjänstinsatser under året/åren som visas.

10.3 Samsjukliga i länet utifrån befolkningsundersökningar

Ett annat sätt att försöka påvisa omfattningen av målgruppen samsjukliga samt dess mörkertal är utifrån befolkningsundersökningar om vanor och konsekvenser som Centralförbundet för alkohol och narkotika, CAN, ansvarar för. Dessa data beskriver andelen i befolkningen som uppskattas ha ett substansbrukssyndrom av alkohol, narkotika inklusive läkemedel, dopning, spel om pengar. Om uppskattningsvis 50 % av dessa individer antas ha en samsjuklighet i nationella kartläggningar och enligt samsjuklighetsutredningen kan således en likadan beräkning göras baserat på Dalarnas befolkningsantal utifrån samma antagande. Data från CANs befolkningsundersökning 2021 ovan omräknat till en dalakontext för samma åldersspann 17-84 år visar då att i befolkningen i Dalarna i åldern 17-84 år (226 686 individer) så har sammantaget 13373 individer ett beroende av alkohol, narkotika eller svåra spelproblem, se figur 7 nedan.

Figur 7. Andelen individer med ett beroende av alkohol, narkotika eller svåra spelproblem, män och kvinnor, samt könsuppdelat i länet 2021

Könsuppdelning beroende av alkohol eller narkotika eller svåra spelproblem-totalt 13373 individer



(Källa: Data omarbetad utifrån CANs fokusrapport 209 samt Kolada befolkningsstatistik Dalarna)

I nationella kartläggningar av samsjuklighet uppskattas hälften av individerna med ett skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller spel om pengar ha en samsjuklighet. Om en likadan uppskattning görs utifrån de 13373 individerna ovan kan uppskattningsvis hälften av dessa, det vill säga 6686 individer, ha en samsjuklighet i Dalarna.

CANs befolkningsundersökning vänder sig till ett urval i en viss ålder medan data från exempelvis regionens patientregister visar på registrerade diagnoser vid ett visst söktilfälle. Denna befolkningsundersökning kan därmed visa till viss del hur stort mörkertalet egentligen är av de som ännu inte sökt eller söker vård i jämförelse med data från patientregistren eller från socialtjänsten. I dessa befolkningsundersökningar behöver man dock ha i beaktande att de troligtvis inte når de med de allra svåraste beroendetillstånden eller samsjukligheten då det krävs ett digitalt svar och/eller brevledes, vilket alla inte har möjlighet till inom den målgruppen. Dessa individer är dock troligtvis aktuella inom specialistvården och/eller socialtjänsten där de istället registreras. Sammantaget finns fortfarande det ett mörkertal i befolkningsundersökningarna men det får anses väsentligt mindre än de data som går att hämta i patientregistren eller i socialstyrelsens registerdatabas i dagsläget. Så en sammanvägning av den statistik som hämtats från regionens BILD, andelen samsjukliga av socialtjänstens registrerade individer med missbruk och beroende som fått olika insatser i länets kommuner samt den uppskattade andelen samsjukliga utifrån befolkningsundersökningen som har ett beroende kan antas ge en ungefärlig sammantagen bild av målgruppen samsjukliga i länet. Mot denna bakgrund är en uppskattning att antalet samsjukliga i länet uppgår till närmare 9200 individer dvs. som bedöms ha en uppskattad samsjuklighet i någon grad. Här förekommer en del individer i flera verksamheter under ett år vilket får tas i beaktande som felkälla. Detta är således endast en uppskattning men överstiger både regionens och socialtjänstens enskilda statistik kraftigt, vilket således kan vara en indikation på hur stort det sammantagna mörkertalet egentligen kan vara.

11 Sammanfattning av kartläggningen

Sammanfattningsvis framgår av kartläggningen ett stort behov av att utveckla vård och insatser för målgruppen med samsjuklighet, både för unga och vuxna i verksamheter från första linjen till specialistnivå. Vård- och stödinsatser som erbjuds till målgruppen samsjukliga i länet är inte jämlika eller personcentrerade. Det är vanligt förekommande idag att personer i behov av vård och stöd avvisas och hänvisas mellan verksamheter och huvudmän och får därmed inte sina behov av somatisk, psykiatrisk, medicinsk vård samt psykosocialt stöd tillgodosedda samtidigt. Samverkan

behöver också utvecklas kring målgruppen för att kunna erbjuda denna målgrupp en personcentrerad och sammanhållen vårdkedja. Vårdens gängse förhållningssätt om krav på drogfrihet under en längre tid för att få behandling och utredas för psykiatrisk problematik, blir ett hinder för att få vård och behandling samtidigt som individer med samsjuklighet har behov av.

Sammantaget finns flera metoder som rekommenderas enligt nationella riktlinjer implementerade men det ser väldigt olika ut över länet vilka metoder som tillämpas osv. Det finns även behandling som ges idag som kombinerar olika metoder eller metoder som inte finns med i rekommenderade nationella riktlinjer där evidens saknas. Implementering av vård- och insatsprogrammet (VIP) missbruk och beroende pågår runtom i länet och behöver stödjas samt följas upp på sikt för att målgruppen ska erbjudas likvärdig behandling utifrån evidensbaserade metoder samt enligt rekommenderade riktlinjer som följs upp och utvärderas.

Det finns några goda exempel på initiativ samt verksamheter som arbetar och är under utveckling i länet som har ett mer behovsanpassat, integrerat och multidisciplinärt arbetssätt kring individerna vilka är viktiga att följa, utvärdera och se om dessa kan vidareutvecklas. Möjligheten att implementera den typen av samverkande vårdprocess/arbetssätt på flera håll i länet bör utvecklas vidare. Arbetssättet ligger helt i linje med vad de nationella riktlinjerna rekommenderar för målgruppen samt reformförslaget om fler integrerade verksamheter för målgruppen samsjukliga. Arbetet med de lokala överenskommelserna kring missbruk och beroende pågår i länet och i detta arbete framkommer förslag på hur man kan utveckla och samverka på ett mer integrerat och multidisciplinärt sätt för att bättre möta individernas behov (i enlighet med nationella riktlinjer för målgruppen) vilket också är viktigt att följa och utvärdera på sikt.

SIP är en lagstadgad metod för att tydliggöra ansvar och planering av vård- och stödinsatser kring en individ, men det är också en metod som syftar till att avlasta den enskilde från att ensam ansvara för samordningen av sin vård och behandling. SIP ska utgå från individens behov men är en metod som kan vara till hjälp även för att underlätta samverkan mellan berörda verksamheter. Kartläggningen visar att SIP är något som används men det ser väldigt olika ut hur ofta och när det används. Det upplevs finnas en stor otydlighet i mandat för de som närvarar på SIP- möten vilket leder till att det ibland är svårt att fatta några beslut eller att de kallade ens dyker upp. Oftast används SIP i ett sent skede eller först vid utskrivning från slutenvård. Det råder även viss förvirring i hur och när SIP ska användas.

Det finns således ett behov av en generell kompetenshöjning kring SIP som metod liksom en tydlig uppföljning och utvärdering av metoden. Det skulle också behövas ett samlat digitalt och lättillgängligt utbildnings- och metodstöd för både individen och professionen att kunna arbeta med SIP. Slutligen behövs en revidering av den regionala riktlinjen kring SIP då den är föråldrad och inte uppdaterad.

En huvudsaklig slutsats i kartläggningen är att det finns ett stort behov av kompetenshöjning om skadligt bruk och beroende, andra psykiatriska diagnoser samt om samsjuklighet i stort. Behovet av kompetenshöjning skiljer sig åt inom de olika verksamheterna och behövs på olika nivåer och i olika omfattning. Vissa kan ha behov av riktade kompetensinsatser inom särskilda områden, medan andra har behov av grundläggande kompetenshöjning inom flera områden.

I dialogerna framkommer en vilja och ambition att arbeta mer strukturerat och systematiskt med utvärdering och uppföljning av metoder och insatser men att brist på tid, resurser och kunskap gör att det oftast bortprioriteras. Det finns delar och nyckeltal som följs upp i vissa verksamheter men generellt saknas detta och specifikt en analysdel på gruppnivå som ett led i verksamhetsutveckling. Det behövs en utveckling av detta i länet för att också kunna se om de insatser och metoder som ges ger avsedd effekt för att kunna utveckla verksamheterna att möta målgruppens behov. De behövs enkla digitala stöd för utvärdering och uppföljning samt stöd i analysprocessen av datan samt ett enhetligt sätt att mäta för kommunerna samt för hälso- och sjukvården.

Det pågår visst arbete med brukarinflytande och delaktighet i länet. Det finns exempelvis regionala och några få lokala brukarråd, patientråd, brukarforum inom psykiatrin, brukarinflytandesamordnare (BISAM, inom RSS och anställd i Division psykiatri, Region Dalarna). Brukarrepresentant finns representerad i Psykiatrins ledningsgrupp och inom vissa verksamheter inom psykiatrin. I fem socialtjänster i länet genomförs de årliga nationella brukarundersökningarna för individ- och familjeomsorgen samt patientenkäter via 1177 och utgör ytterligare några exempel hur det arbetas med brukarinflytande och delaktighet i länet.

Arbetet med brukardelaktighet och inflytande behöver dock generellt utvecklas och bli en mer integrerad del i alla verksamheters systematiska utvecklingsarbete. Det kan röra sig om att t.ex. genomföra kontinuerliga brukarrevisioner och brukarundersökningar och inkludera brukarmedverkan inom ramen för systematisk uppföljning och utvärdering av olika metoder och insatser. Samverkan med föreningar och brukarråd är också en viktig del. Det finns även behov av en kompetenshöjning om brukarinflytande. I detta sammanhang kan Hjärnkoll och NSPHs Handbok i brukarinflytande⁷² nämnas som ett bra kunskapsstöd för att kunna arbeta mer systematiskt med dessa frågor i det ordinarie verksamhetsarbetet.

12 Sammanfattande slutsatser

Sammanfattningsvis kan konstateras att omkring hälften av alla vuxna personer med skadligt bruk eller beroende samtidigt har en annan psykiatrisk diagnos, baserat på en sammanvägning av olika vetenskapliga studier, kartläggningar och registerdata som tagits fram och redovisats nationellt under de senaste åren. Kvinnor har en påvisad samsjuklighet i en något högre grad än män. Gruppen samsjukliga har också visat sig vara en heterogen målgrupp där samsjukligheten är mindre i vissa grupper, och mycket högre i andra. Vissa i gruppen har bara behov av behandling för sitt psykiatriska tillstånd inklusive skadligt bruk och beroende. Andra har en utsatt livssituation på flera sätt och ett omfattande behov av sociala stödinsatser. Sammantaget bedöms den statliga samsjuklighetsutredningen att cirka 250 000 personer i Sverige har en samsjuklighet. Mörkertalet antas dock vara stort utifrån att i dessa siffror finns inte primärvården med exempelvis eller de individer som ännu inte fått dubbla diagnoser. När det gäller barn och unga är det extra svårt att göra en motsvarande skattning, eftersom det finns mer begränsat med uppgifter. Studier av Maria ungdoms verksamheter i Stockholm, Västra Götaland och Skåne visar dock att 45% hade eller haft en pågående eller tidigare vård inom psykiatrisk vård. Vilket visar på en viss hög grad av samsjuklighet även inom den målgruppen.

Kartläggningen i länet visar att det finns ett behov av kompetenshöjning inom samsjuklighet, skadligt bruk och beroende samt psykiatriska diagnoser men så även i hur samsjuklighet ska behandlas och vilka metoder som rekommenderas. Kompetensutvecklingen behöver ske på olika nivåer både mer grundläggande och på en mer avancerad nivå. Kompetenshöjning kring samsjuklighet behöver ske både för ledning och styrning och professionen som möter individen.

Det är också vanligt förekommande idag att för att få vård- och stödinsatser ställs krav på exempelvis drogfrihet för att få ta del av vissa vård- och behandlingsinsatser inom psykiatrin. Det blir ett hinder för individens rätt att få tillgång till det stöd och vård den behöver. Idag är det socialtjänsten och den specialiserade psykiatrin som tar det allra största ansvaret för de vuxna individerna medans det är socialtjänsten som tar det allra största ansvaret för de unga individerna. Det behöver således ske en utveckling av vård och insatser för målgruppen med samsjuklighet, både för unga och vuxna i verksamheter från första linjen till specialistnivå.

Det finns stora brister i samverkan kring målgruppen idag och denna målgrupp är extra sårbar för brister i samverkan utifrån sin komplexa problematik. Det finns även ett behov av en samlad kompetenshöjning och utvecklat metodstöd kring SIP i länet för att metoden ska användas på det

⁷² Handbok i brukarinflytande. Framtagen av riksförbundet Hjärnkoll samt NSPH- Nationell samverkan för psykisk hälsa. 2022

sätt som det är tänkt och göra skillnad i samverkan samt att göra individen delaktig i planering av vården.

Systematisk uppföljning och utvärdering av metoder och verksamheters insatser till målgruppen behöver generellt utvecklas. Det behövs även ett mer strukturerat arbete kring ett ökat brukarinflytande och delaktighet då det är bristfälligt idag och verksamheter tenderar att ha ett verksamhetsfokus mer än ett individfokus i mötet med individen.

Den sammanvägda statistik som påvisats i denna delrapport ger en ungefärlig bild av andelen samsjukliga i länet, inkluderat ett uppskattat mörkertal. Det uppskattas att det finns närmare 9200 individer med en samsjuklighet i länet, vilket är väsentligt högre än vad som registrerats inom vården eller socialtjänsten. Det är viktigt att betona att det är en preliminär uppskattning (innefattar både diagnosticerade och icke diagnosticerade) men kan ändå ge en riktning i planerandet av främjande, förebyggande, skadereducerande arbetet framöver för att kunna erbjuda en samtidig vård och behandling för denna målgrupp i sin helhet.

I den länsövergripande överenskommelsen för missbruk och beroende för Dalarna 2021 förtydligas att det på ett regionalt och lokalt plan ska skapas helhetslösningar som utgår ifrån individernas olika behov och önskemål. Det innebär att tillsammans, kommun och region, skapa en behovsanpassad, personcentrerad och sammanhållen vård- och omsorgskedja mellan huvudmän och inom huvudmännens verksamheter. För att lyckas med detta är det en nödvändighet att överskrida organisationsgränserna och att fokusera på individerna istället för respektive organisation, verksamhet och profession. Idag hänvisas och avvisas individerna alltför ofta där samverkan inte lyckats vilket ofta innebär att individerna inte heller får den somatiska, psykiatriska eller sociala vård, stöd och behandling de behöver. Individerna behöver mötas med ett helhetsperspektiv. Vård- och insatser till målgruppen från första linjen till specialistnivå behöver utvecklas och bli mer jämlika samt geografiskt likvärdiga över länet.

Just nu pågår framtagandet av de lokala överenskommelserna i länet utifrån den länsövergripande regionala överenskommelsen. Där är det av vikt att den förtydligas, konkretiseras och implementeras på lokal nivå. Det krävs samverkanstrukturer och integrerade arbetssätt som är gränsöverskridande, behovsanpassade, personcentrerade som erbjuder en sammanhållen vårdkedja för dessa individer, oavsett var individen geografiskt bor i länet eller om det är en kvinna, man eller person av annan könsidentitet.

Avslutningsvis är det viktigt att det fortsatta utvecklingsarbetet kring samsjuklighet i länet knyter an till den pågående omställningen av god och nära vård i länet⁷³.

13 Åtgärdsförslag för fortsatt arbete i länet

För att de nationella rekommendationerna om bedömningsinstrument, psykologisk och psykosocial behandling och sociala stödinsatser för målgruppen ska kunna implementeras och användas krävs en generell kompetenshöjning och riktade utbildnings- och handledningsinsatser. Det behövs en bred kompetenshöjning kring samsjuklighet i form av skadligt bruk och beroende och samtidig psykiatrisk problematik för att få en förståelse för problematiken och behovet av samtidig behandling men också en förståelse för hur heterogen målgruppen och dess behov är. Detta för att kunna erbjuda en mer personcentrerad och sammanhållen vårdkedja med fokus på hela hälsan kring individerna. Kompetenshöjande insatser ger också en ökad förståelse för individernas komplexa problematik av samsjuklighet vilket minskar fördomar och fortsatt stigmatisering av målgruppen. En gemensam kompetensgrund i länet kring målgruppen kommer också att underlätta samverkan kring målgruppen då en samlad kompetens ger en ökad förståelse för olika behov av insatser och vikten av samordningen av dessa.

⁷³ Länsöversam strategi med målbild och färdplan för God och Nära vård i Dalarna. Dnr: RD22/00386

Åtgärdsförslagen i denna delrapport tar därför initialt sikte på olika typer av kompetensutvecklingsåtgärder samt utveckling av samverkansprocesser med utgångspunkt från kartläggningen som gjorts i länet (ovan), Samsjuklighetsutredningens delbetänkande och reformförslag⁷⁴ samt den regionala samverkansöverenskommelsen kring missbruk och beroende. Åtgärdsförslagen innefattar även förslag om utveckling av samverkansstrukturer samt ökat brukarinflytande och delaktighet i länet. I det fortsatta arbetet kommer ytterligare åtgärdsförslag att presenteras som kan komma att ta sikte på frågor om fortsatt vidare utveckling av samverkan och integrerade arbetssätt, skadereducerande insatser, uppföljning och utvärdering av insatser och metoder, statistikföring etc.

Kompetenshöjande åtgärder som föreslås är:

- Kompetensutveckling från första linje till specialistnivå inom områdena samsjuklighet, skadligt bruk och beroende samt psykiatriska diagnoser behöver förstärkas på både kort och lång sikt
 - Grundutbildning samt vidareutbildning i samsjuklighet samt behandling av samsjuklighet samt handledning i metodstöd
 - Grundläggande utbildning i riskbruk, skadligt bruk och beroende samt psykiatriska diagnoser samt skapa en digital lär plattform för detta med ett långsiktigt perspektiv
- Kompetenshöjande insatser för att öka brukarinflytandet och minska stigmatiseringen av målgruppen samsjukliga. Utbildning och implementering av Handbok i brukarinflytande
- Kompetenshöjning om SIP. En generell kompetenshöjande insats om SIP genom en långsiktig implementering och breddinförande av SIP-processen. Det kompletteras med framtagande av ett lättillgängligt metod- och utbildningsstöd via en digital plattform
- Revidering och implementering av befintlig regional riktlinje om SIP

⁷⁴ [Samsjuklighetsutredningens delbetänkande SOU 2021:93](#) Från delar till helhet En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. November 2021.