

Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov

Kartläggning och intervjustudie av integrerade verksamheter som erbjuder samordnad vård och omsorg till personer med psykiatriska tillstånd, psykisk funktionsnedsättning och stora behov av samordnade insatser

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-2-9454

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, februari 2025

Förord

Socialstyrelsen har sedan 2022 ett uppdrag att vidta åtgärder för att stimulera och stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik. Bland annat ska Socialstyrelsen föreslå åtgärder för att förbättra vård och stöd till dessa grupper samt sprida relevant och aktuell kunskap om metoder (S2022/02422).

Tillgången till och utvecklingen av integrerade verksamheter behöver öka för att personer med komplex psykiatrisk problematik ska få en personcentrerad vård och omsorg. Därför har Socialstyrelsen i nära samarbete med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) genomfört en kartläggning och en intervjustudie av integrerade verksamheter som erbjuder samordnad vård och omsorg till personer med psykiatriska tillstånd, psykisk funktionsnedsättning och stora behov av insatser. Rapporten är tänkt att ligga till grund för åtgärder från olika aktörer som kan förbättra förutsättningarna för integrerade verksamheter att starta och att utvecklas.

Socialstyrelsen vill tacka SKR, regioner och kommuner för ett gott samarbete. Ett särskilt tack till alla de personer som har delat med sig av sina erfarenheter, sin kunskap och sina reflektioner i intervjuerna.

Thomas Lindén
Avdelningschef
Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Rapporten - resultat av kartläggning och intervjuer	6
Samordningen brister - integrerade verksamheter behövs	8
Olika modeller för vård- och stödsamordning	9
Gemensamma centrala komponenter	10
Samordning kring barn och unga med skadligt bruk eller beroende	12
Vilka integrerade verksamheter finns och hur arbetar de?	13
Om verksamheterna som undersökts	15
Graden av integrering varierar	15
Metodtrogenhet är svårt.....	17
Tillgången till olika kompetenser varierar	18
Vård- och stödsamordnarens roll	19
Begränsad tillgänglighet.....	21
Uppsökande insatser för inskrivna.....	22
Långsiktigheten i arbetet varierar	23
Vissa evidensbaserade insatser erbjuds - men sällan manualbaserat....	23
Relationsskapande och flexibelt arbets sätt är centralt	24
Verksamheternas målgrupper	26
Samverkan.....	27
Krisinsatser ges - men på olika sätt.....	28
Vilka utmaningar upplever de integrerade verksamheterna?..	31
Att möta målgruppens komplexa behov.....	31
Att samarbeta och arbeta integrerat	32
Att förhålla sig till de juridiska ramarna	34
Vilket stöd behöver de integrerade verksamheterna?.....	36
Nationella kunskapsstöd.....	37
Erfarenhetsutbyte	38
Samsjuklighetsutredningens förslag	39
Vägar framåt	40
Referenser.....	41

Sammanfattning

Personer med psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning kan ha stora behov av samordnade vård- och stödinsatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Samordningen är ofta svår, men integrerade verksamheter kan bättre tillgodose målgruppens behov. Det finns olika modeller för integrerade verksamheter och vård- och stödsamordning (case management) där några centrala komponenter är lika.

Det finns idag 32 integrerade verksamheter i Sverige som utför vård- och stödsamordning, men graden av integrering skiljer sig. Socialstyrelsens kartläggning och intervjustudie visar att

- metodtrogenhet till evidensbaserade modeller för vård och stödsamordning (case management) är begränsad, särskilt för vissa centrala komponenter – till exempel hög tillgänglighet
- krisinterventioner kan erbjudas samma dag, men man arbetar olika
- tillgången till olika kompetenser varierar
- uppsökande insatser görs för inskrivna patienter men inte för andra
- långsiktigheten i arbetet varierar
- vissa evidensbaserade insatser erbjuds i hög grad men sällan manualbaserat
- relationsskapande och flexibelt arbetssätt är centralt.

Gemensamma utmaningar för verksamheterna är svårigheter att möta målgruppens behov, samverka och samordna insatser som individen behöver, samt tolkning av central lagstiftning. Verksamheterna uttrycker behov av nationellt stöd i form av kunskapsstöd och, erfarenhetsutbyte och stöd för att prioritera verksamhetens arbete.

Rapporten – resultat av kartläggning och intervjuer

Det saknas en vedertagen definition av integrerade verksamheter, men i denna rapport menar Socialstyrelsen verksamheter där personal från olika huvudmän (kommuner och regioner) arbetar tillsammans och har ett gemensamt integrerat arbetssätt. Personalen behöver inte finnas fysiskt på samma plats hela tiden, men de ska ha täta, regelbundna och gemensamma möten. Samverkan ska vara formaliserad, till exempel genom avtal eller överenskommelser. Verksamheterna ska ha gemensamma mål, ett gemensamt ansvarstagande och arbeta utifrån modeller för integrerade verksamheter och vård- och stödsamordning (case management), till exempel assertive community treatment (ACT), flexible ACT (FACT) eller resursgrupps-ACT (RACT).¹

Modellerna har vissa centrala och gemensamma komponenter, exempelvis vad gäller samordnande funktion, arbetssätt, samarbete med närstående, tillgång till evidensbaserade insatser och tillgänglighet. I rapporten beskrivs de olika modellerna kort med fokus på vad som skiljer dem åt. Även de gemensamma och centrala komponenterna beskrivs.

Senast en kartläggning av integrerade verksamheter gjordes var 2015 av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) [1]. För att ta reda på vilka integrerade verksamheter som finns idag, hur de är organiserade och arbetar har Socialstyrelsen tillsammans med SKR genomfört en kartläggning och en fördjupad intervjustudie.

Kartläggningen gjordes genom att en enkät skickades ut till regionerna med frågan om vilka verksamheter, enligt vår definition, som finns i regionen. I enkäten ställdes även frågan om man hade samordnad psykiatri och socialtjänst för barn och unga med skadligt bruk eller beroende, ofta kallade *Minimarior*. De verksamheterna som identifierades genom enkäten kompletterades med uppföljande kontakt med företrädare för att få uppgifter från de regioner som inte svarat på enkäten. Den uppföljande kontakten tog vi tillsammans med och genom SKR:s olika kontakter och nätverk. Då kontrollerade vi också att de integrerade verksamheterna uppfyllde de kriterier för integrerad verksamhet som Socialstyrelsen och SKR utgått från

¹ I samsjuklighetsutredningen *Från delar till helhet – en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93) används uttrycket *samordnade vård- och stödverksamheter* för verksamheter där olika professioner från både regioner och kommuner arbetar tillsammans. Socialstyrelsen använder här istället *integrerade verksamheter*, då vi uppfattar att det är mer känt i regioner och kommuner. Vår definition utgår från samsjuklighetsutredningens definition, men har anpassats utifrån hur många integrerade verksamheter är utformade idag.

i rapporten. Det framkom till exempel att olika team, uppdelade utifrån geografiskt läge, kunde betraktas som en verksamhet.

Digitala intervjuer utifrån ett strukturerat formulär genomfördes sedan med företrädare för 21 av de identifierade verksamheterna. Denna rapport sammanfattar kartläggningen och resultatet av djupintervjuerna och riktar sig till alla som är intresserade av integrerade verksamheter och samordnad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik.

Samordningen brister – integrerade verksamheter behövs

Regioner och kommuner delar ansvaret för att säkerställa en god vård och omsorg till personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov. En god vård och omsorg kräver samverkan som utgår från personens sammansatta behov, och tar hänsyn till ett helhetsperspektiv där både medicinska och sociala aspekter beaktas. En bristande samverkan riskerar att leda till att insatser görs i fel ordning eller blir försenade. Det kan även medföra att övergripande och sammanhållet ansvar för personens vård och omsorg samt de olika insatserna uteblir, och att personen inte får den vård och det stöd som hen behöver [2]. Det kan också leda till att många anhöriga tar ett stort ansvar för samordning och stöd, vilket för många innebär en stor belastning [3].

Utmaningarna kopplade till regionernas och kommunernas gemensamma ansvar har återkommande uppmärksammats på olika sätt, och behovet av samordnad vård och omsorg har aktualiserats vid upprepade tillfällen. I samsjuklighetsutredningens delbetänkande från 2021 [4] föreslås exempelvis att det borde bli obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för en avgränsad målgrupp med särskilt stora samordningsbehov – en grupp som har begränsade förutsättningar att samordna insatser på egen hand. Likaså rekommenderas samordnade insatser från integrerade verksamheter i nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, liksom för missbruk och beroende [5, 6].

Olika modeller för vård- och stödsamordning

Det finns flera modeller för vård- och stödsamordning och integrerade verksamheter för personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov:

- **Assertive community treatment (ACT)** är den mest omfattande modellen för vård- och stödsamordning. Ett multiprofessionellt team med till exempel psykiatriker, sjuksköterska, peer support,² arbetsterapeut, psykolog och socionom har ett gemensamt och samlat ansvar för samordning och behandling. Teamet arbetar med intensiva och aktivt uppsökande insatser, är tillgängligt dygnet runt och ger insatser i personens hemmiljö eller där personen befinner sig och önskar. Teamet kan ge alla insatser, så personen behöver vanligtvis inte remitteras till andra vårdgivare. Vård- och stödsamordnare³ inom ACT har ansvar för ett begränsat antal personer som har mycket stora behov av intensiva vård- och stödinsatser [7-9].
- **Resursgrupps-ACT (RACT)** (kan också kallas integrerad psykiatri med resursgrupp) baseras på ACT-modellen men har vidareutvecklats i en svensk kontext, där en resursgrupp som personen tillsammans med sin vård- och stödsamordnare bygger upp har en central roll. I detta fall fungerar även vård- och stödsamordnaren som en företrädare för personen i större utsträckning jämfört med andra modeller. I resursgruppen inkluderas familjemedlemmar, vänner och kontakter från myndigheter eller organisationer, utöver verksamhetens medarbetare [9-12].
- **Flexible ACT (FACT)** baseras på samma grundprincip som ACT, men med inslag av större flexibilitet utifrån individens tillstånd och behov. Ett FACT-team kan ansvara för många fler deltagare än ett ACT-team, och kan erbjuda traditionell öppenvårdsbehandling, samtidigt som teamet kan intensifiera insatserna så att de motsvarar samma vård som erbjuds av ett ACT-team. Deltagaren kan därmed under stabila perioder erbjudas sedvanlig öppenvård, men vid kris eller risk för återinsjuknande ges intensiv vård- och stödsamordning från samma verksamhet [8, 13, 14].
- **Strength model** erbjuder samordnade insatser när det psykiatriska tillståndet, samsjukligheten och behoven inte är så stora att personen behöver ett integrerat team. Vård- och stödsamordnaren samordnar insatser från olika aktörer, arbetar uppsökande, ger insatser där personen befinner sig och har krisberedskap under dagtid. Personens resurser och styrkor uppmärksammas och stärks, liksom i andra modeller [6, 9].

² Peer support är en utbildad stödperson med egen erfarenhet av psykisk ohälsa och återhämtning.

³ Vård- och stödsamordnare är i rapporten likställt med case manager, men funktionen kan också kallas för till exempel vårdsamordnare, vårdkoordinator eller samordnare.

Gemensamma centrala komponenter

De olika modellerna varierar något när det gäller intensitet i kontakten och insatserna, graden av samordning och integrering samt vård- och stödsamordnarens roll i behandling och stödinsatser. Modellerna bygger dock på några centrala och gemensamma komponenter i fråga om innehåll, arbetssätt och organisering [1, 4, 7-10, 14, 15]:

- **Målgruppen** är personer med svåra psykiatriska tillstånd, betydande psykisk funktionsnedsättning, samsjuklighet och stora behov av samordnade insatser från olika aktörer.⁴ Målgruppen kan vara mer eller mindre avgränsad beroende på modell.
- Samordnade insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten ges av ett **multiprofessionellt team**. Insatserna täcker många livsområden och utgår från ett helhetsperspektiv.
- Insatserna är **återhämtningssinriktade, personcentrerade och evidensbaserade**.⁵ Detta innebär bland annat att personens behov, önskemål och resurser uppmärksammas, kartläggs och stärks, och sedan ligger till grund för planer för vård och stöd som styr arbetet.⁶ Ett varierat utbud av evidensbaserade insatser erbjuds, såsom läkemedelsbehandling, omvårdnad, social färdighetsträning, kognitiva hjälpmedel, psykologisk behandling, fysioterapi, arbetsterapi, viss somatisk undersökning och behandling samt stöd i kontakter med den somatiska vården. Andra centrala insatser är psykopedagogiska insatser och stöd att skapa eller bibehålla sociala relationer samt identifiera och stärka strategier för att hantera olika påfrestningar. Det övergripande målet med insatserna är att personen ska leva ett självständigt liv ute i samhället med ökad livskvalitet.
- En eller två **vård- och stödsamordnare** är central kontakt för ett antal personer och deras närstående, och har huvudansvaret för att samordna insatser. Vård- och stödsamordnaren bygger förtroende och ansvarar för att tillsammans med personen och närstående⁷ utreda behov och resurser, och planera för insatser genom till exempel en samordnad individuell plan (SIP). Vård- och stödsamordnaren ansvarar (i vissa modeller tillsammans med teamet) även för att planerade insatser genomförs både i verksamheten och i andra verksamheter, och för att insatserna samordnas, följs upp och anpassas utifrån personens unika behov och situation. Vård-

⁴ Målgrupp för samsjuklighetsutredningens samordnade vård- och stödverksamheter är personer som har behov av både hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser på grund av en psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras.

⁵ Vård och stöd erbjuds utifrån bästa tillgängliga kunskap, till exempel i enlighet med Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

⁶ Exempel på planer är vårdplan, genomförandeplan, individuell plan, återhämtningsplan och samordnad individuell plan.

⁷ När personen samtycker till att närstående involveras.

och stödsamordnaren ingår i teamet men kan ha olika roller och uppdrag beroende på modell.

- **Kontinuitet och relation** står i fokus. Samarbete och tillit till personens förmåga är centralt. Alla i teamet hjälps åt att bygga och vidmakthålla förtroende hos personen. Relationen mellan personalen, teamet och personen med behov prioriteras och är ledande för arbetet.
- Insatserna präglas av **hög tillgänglighet, flexibilitet och krisberedskap**. Mycket tid ägnas exempelvis åt personliga möten, som kan ske där personen önskar och befinner sig, i hemmet eller ute i samhället. Insatserna är flexibla och anpassas utifrån behov och situation, och intensiva insatser ges vid behov. Krisinterventioner görs utifrån behov i hemmet eller där det är mest lämpligt, i enlighet med krisplan som upprättats tillsammans med personen.
- Insatser som stärker **delaktighet, inflytande och självbestämmande** ges kontinuerligt. Det handlar till exempel om metoder som *delat beslutsfattande*⁸.
- **Aktivt uppsökande arbete** utförs. Det vill säga särskilda ansträngningar och insatser görs för att nå personer som uteblir eller av olika anledningar avstår från insatser när omgivningen ser stora behov.
- **Samarbete med närstående** är centralt för att identifiera och fånga upp stödpersoner som är viktiga i återhämtningen, men också för att stödja närstående. Det kan till exempel handla om att ge närstående psykopedagogisk utbildning tillsammans med personen, och om att ge stöd till familjer eller personen och hans närstående i att kommunicera och hantera konsekvenser av den psykiska funktionsnedsättningen.

⁸ Läs mer om delat beslutsfattande och hur metoden kan användas i hälso- och sjukvården och socialtjänsten på kunskapsguiden

Samordning kring barn och unga med skadligt bruk eller beroende

I enkäten till regionerna ställdes frågan om man hade samordnad psykiatri och socialtjänst för barn och unga med skadligt bruk eller beroende, ofta kallade *Minimarior*. Vi har inte kontrollerat uppgifterna om dessa verksamheter på samma sätt som uppgifterna om de integrerade verksamheterna för vuxna, eftersom de ligger utanför rapportens fokus. Framöver kan detta område dock behöva undersökas vidare.

Tabell 1. Översikt av vilka regioner som har svarat att de har samordnad psykiatri och socialtjänst för barn och unga med skadligt bruk eller beroende, ofta kallade Minimarior

Svarat ja	Svarat nej	Uppgift saknas
Gävleborg	Blekinge	Örebro
Gotland	Dalarna	Sörmland
Jämtland Härjedalen	Halland	Värmland
Kronoberg	Jönköping	Västmanland
Östergötland	Kalmar	
Skåne	Norrbottnen	
Stockholm ⁹	Västerbotten	
Uppsala	Västernorrland	
Västra Götaland		

⁹ En intervju gjordes med en företrädare för Minimarior i Stockholm.

Vilka integrerade verksamheter finns och hur arbetar de?

Det finns idag 32 verksamheter i Sverige som enligt vår definition uppskattas vara integrerade. I tabell 2 återges verksamheternas namn (som tydliggör vilken typ av verksamhet det är) och vilka regioner de tillhör. Fem regioner har inga integrerade verksamheter (Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Gotland, Halland). I vissa regioner, till exempel i Stockholm och Västra Götaland, finns verksamheter som erbjuder insatser till personer som lever i hemlöshet, där man har ett nära samarbete med socialtjänsten och där arbetssätt och innehåll liknar det inom integrerade verksamheter. I denna kartläggning inkluderas inte dessa verksamheter. Två verksamheter som uppskattas vara integrerade förväntas starta under 2025. Inte heller de finns med i kartläggningen.

Verksamheterna vars företrädare intervjuades (18 av de 32 verksamheter som bedömdes vara integrerade) hade olika inriktningar och geografisk spridning. Resultatet av intervjuundersökningen baseras på de 21 intervjuer som genomfördes.¹⁰

Tabell 2. Översikt av verksamheter som bedömts vara integrerade

Namn på verksamhet	Region	Intervjuats?
IKB-team (intensiv kontextuell behandling)	Jämtland Härjedalen	Nej
BoP-teamet (beroende och psykos) Jönköping	Jönköping	Ja, två olika team
SPÖT (specialistpsykiatrisk öppenvårdsteam) Nässjö	Jönköping	Ja
IKB-team (intensiv kontextuell behandling)	Kalmar	Nej
Beroendemottagning Kronoberg	Kronoberg	Ja
CM-teamet Kalix	Norrbottnen	Ja
Bodens närpsykiatri	Norrbottnen	Nej
FACT-team psykos (13)	Skåne	Ja, övergripande intervju
FACT-team rättspsykiatri (2)	Skåne	Ja, övergripande intervju
ACT Malmö	Skåne	Ja
FACT Allmänpsykiatri Helsingborg	Skåne	Ja

¹⁰ Vi gjorde också en övergripande intervju med företrädare för Minimaria-mottagningar i Region Stockholm. Likaså gjordes en intervju med VoSS-teamet (vård- och stödsamordning) i Uppsala som är nedlagt, och med ytterligare ett BoP-team (beroende och psykos) i Region Jönköping.

Namn på verksamhet	Region	Intervjuats?
Wemind FACT-team Lund och Helsingborg	Skåne	Nej
Norrtälje tio hundra fokushuset	Stockholm	Ja
Beroendecentrum Sörmland	Sörmland	Ja
Gula villan mottagning	Uppsala	Nej
IKB-team (intensiv kontextuell behandling)	Uppsala	Nej
Beroendecentrum HVB	Värmland	Nej
RACT-mottagning	Värmland	Ja
Riddarnäset HVB	Värmland	Nej
Dubbeldiagnosteam	Västerbotten	Nej
Phoenix team	Västerbotten	Nej
SPOT (specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam)	Västerbotten	Nej
Äldreteam	Västerbotten	Nej
Beroendeteamet	Västernorrland	Ja
Spindeln mottagning	Västmanland	Ja
Treklövern mottagning	Västmanland	Ja
Slussen mottagning	Västmanland	Nej
SamVux Åmål	Västra Götaland	Nej
ACT Göteborg ¹¹	Västra Götaland	Ja
Gemensamt stödteam	Östergötland	Ja
Beroendemottagningen Linköping	Östergötland	Ja
Fyrbylund	Östergötland	Ja

¹¹ I Västra Götaland finns flera team som arbetar utifrån RACT och FACT men som inte har en formaliserad samverkan.

Om verksamheterna som undersökts

Olika typer av integrerade verksamheter har undersökts, och vissa skillnader i verksamheternas förutsättningar och arbetssätt kan sannolikt förklaras av detta. Majoriteten fungerar som öppenvårdsmottagningar och riktar sig till vuxna. Det HVB som ingår i undersökningen skiljer sig i dessa avseenden, eftersom det vänder sig till barn och unga och är en dygnet runt-verksamhet. Därutöver har verksamheterna med uppdrag från rättspsykiatrisk vård och kriminalvård i viss mån andra strukturella förutsättningar som skiljer sig från övriga undersökta verksamheter, exempelvis vad gäller psykiatrisk tvångsvård och uppsökande verksamhet.

De undersökta verksamheterna har funnits olika länge. Den som har funnits längst startade redan 1994.¹² Verksamheten som har varit i drift kortast startade 2024. Flera intervjuade företrädare beskriver en likartad utveckling över tid i samband med uppstart och fortsatt drift av verksamheten. Flera av verksamheterna har genomgått en inledande projektfas innan verksamheten permanentats. Andra har vidareutvecklats utifrån en mer traditionell vårdenhet, till exempel en psykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Graden av integrering varierar

Enligt vår definition av integrerad verksamhet uppskattas tre av de intervjuade verksamheterna arbeta integrerat i mycket låg grad. Fem verksamheter bedöms arbeta integrerat i låg grad, och tolv i medelhög eller hög grad.

Graden av integrering har uppskattats utifrån en sammanvägd bedömning av om verksamheterna uppfyller definitionen. Vi har till exempel utgått från i vilken grad

- verksamheten är samlokaliserad
- samverkan är formaliserad
- personalen från regionerna och kommunerna arbetar tillsammans och har gemensamma, täta och regelbundna möten
- verksamheterna har gemensamma mål och ett gemensamt ansvarstagande
- verksamheten arbetar utifrån modeller för integrerade verksamheter och vård- och stödsamordning (case management).

¹² Detta gäller verksamheten Spindeln som startade i projektform 1994 och permanentades 2009. Beroendemottagningen Linköping beskriver att verksamheten existerat i någon form sedan 1980-talet men att dagens verksamhetsformat funnits sedan 2007–2008.

Ju högre integreringsgrad, desto mindre skillnad beskrivs vad gäller exempelvis arbetsuppgifter, roller och inställning mellan de olika huvudmännen.

Verksamheter med medelhög eller hög integrering

Av de tolv verksamheter som uppskattas arbeta integrerat i medelhög eller hög utsträckning är alla utom en samlokaliserade. I verksamheten utan samlokalisering finns dock tydligt utsedda kontaktpersoner i respektive kommun som ingår i avtalet. Kontaktpersonerna deltar i dagliga möten där enskilda patienter eller brukare diskuteras samlat. Personalen från regionen och kommunen arbetar som ett gemensamt team, vilket gör att verksamheten bedöms vara integrerad i relativt hög utsträckning.

Det framkommer i intervjuerna att teamen generellt jobbar tätt och att flera funktioner har en samordnande roll – oavsett yrkesroll. I korthet beskrivs det som att den aktuella yrkesrollen är sekundär, och principen är att alla i teamet ska kunna genomföra många av insatserna. Detta bortsett från viss obligatorisk ansvarsfördelning och insatser som kräver särskild kompetens, till exempel läkemedelshantering som måste utföras av medicinsk personal.

Verksamheter med låg integreringsgrad

Vi har en socionom från socialtjänsten. Hen är inte med i teamet, men vi har tillgång till hen

Respondent i intervju

Fem verksamheter uppskattas ha låg integreringsgrad. I dessa verksamheter finns tydliga gränser mellan den regionala och den kommunala verksamheten. Samordningen sker framför allt genom gemensamma möten. I några av verksamheterna diskuteras enskilda patienter eller brukare och val av behandlingsinsatser på mötena, men i andra diskuteras bara organisatoriska och arbetsrelaterade frågor vid dessa träffar.

En av verksamheterna i denna kategori är samlokaliserad. Personalen, som är anställda av olika huvudmän, arbetar alltså tillsammans fysiskt. Tre av verksamheterna är inte samlokaliserade. Även Minimaria-enheter ingår i denna kategori, och vissa eller delar av dessa enheter är samlokaliserade.

Verksamheter med mycket låg integreringsgrad

Tre verksamheter uppskattas ha mycket låg integreringsgrad. Två av dem erbjuder såväl medicinska som sociala insatser inom ramen för

multiprofessionella team, men regionen är ensam huvudman. Samverkan med kommunerna sker inom ramen för sedvanliga samverkansrutiner.

Den tredje verksamheten är ett vårdbolag som består av två separata organisationer, där en är regional och erbjuder medicinska insatser, medan den andra är kommunal och erbjuder sociala insatser. På en övergripande nivå ägs dock vårdbolaget av ett gemensamt förbund mellan regionen och kommunen. På så sätt skapas goda förutsättningar för samverkan på en strategisk nivå, till exempel genom gemensamma arbetsplatsträffar. Samverkan runt individen sker framför allt utifrån framtagandet av samordnade individuella planer, vilket är en del av sedvanlig samverkan.

Metodtrogenhet är svårt

Vi plockade russinen ur kakan och det blev alla modellerna. När vi utbildade oss var metodtrogenhet viktigt, men det funkar inte på samsjuklighet. Vi använder manual och arbetsblad som en verktygslåda

Respondent i intervju

De undersökta verksamheterna fick i intervjuerna uppge huruvida de arbetar utifrån etablerade modeller för integrerade verksamheter och vård- och stödsamordning (case management). Resultatet visar att de allra flesta verkar utifrån vissa komponenter från etablerade modeller, såsom ACT, FACT eller RACT. I många fall beskriver verksamhetsföreträdarna att de arbetar utifrån en kombination av de olika modellerna. Enbart ett fåtal uppger att de renodlat utgår från de nämnda modellerna. Det är framför allt i verksamheterna i Region Skåne som FACT används mer formellt och utgör grunden för nästan alla psykosteam samt en allmänpsykiatrisk och en rättspsykiatrisk verksamhet. I övrigt är ingen av modellerna vanligare än någon annan. Utöver FACT-teamen i Region Skåne, uppger företrädare för sex verksamheter att arbetet utgår från någon av de etablerade modeller som lyfts i intervjuguiden, och några beskriver att de använder fler än en modell.

Beroendemottagningarna skiljer sig något från de övriga undersökta verksamheterna vad gäller modellanvändning. Dessa mottagningar har generellt en bredare målgrupp och vänder sig till individer med olika former av beroendeproblematik. Detta snarare än att genomgående särskilt rikta sig till personer med mer omfattande och komplexa behov. Av denna anledning är det inte alltid lika relevant för mottagningarna att använda etablerade modeller för integrerad vård och omsorg, enligt de intervjuade verksamhetsföreträdarna. Samtidigt beskriver företrädare för en av de undersökta beroendemottagningarna att de har utformat verksamheten med "ACT i bakgrunden".

Metodtrogenheten är generellt svagare för några centrala komponenter

Som tidigare beskrivits ingår vissa centrala komponenter i de etablerade modellerna för integrerad vård och omsorg. Intervjustudien visar att metodtrogenheten generellt är svagare för några av dessa, till exempel för

- tillgång till kompetens och teamets sammansättning
- tillgänglighet och krisberedskap
- uppsökande verksamhet
- långsiktighet.

Tillgången till olika kompetenser varierar

I intervjuerna framkommer att tillgången till olika centrala kompetenser inom de integrerade verksamheterna varierar i stor utsträckning, till exempel tillgången till psykolog och arbetsterapeut. Detta verkar delvis bero på hur verksamheterna är organiserade, och man har olika syn på vilka kompetenser eller roller som de facto är en del av det aktuella teamet runt personen som får vård och stöd. I några fall uttrycker de intervjuade verksamhetsföreträdarna att vissa centrala funktioner ingår i den integrerade verksamheten. I andra fall beskriver företrädarna det snarare som att man har väl upparbetade kontaktvägar till den efterfrågade funktionen eller kompetensen, och att trösklarna är låga för att kunna nyttja dessa funktioner eller kompetenser vid behov. Det kan till exempel handla om att rollerna inte är en ordinarie del av teamet, men sitter fysiskt i samma lokal.

Majoriteten av de undersökta verksamheterna samlar kompetenser från såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten, men detta varierar något beroende på grad av integrering. Nästan alla företrädare beskriver att teamet inkluderar läkare och sjuksköterska. De flesta har även socionomer i teamet. Psykologer, undersköterskor eller skötare och arbetsterapeuter finns i varierande grad. Arbetspecialist och fysioterapeut är ovanligt, men något som flera verksamheter beskriver att de skulle vilja ha tillgång till. Utöver de kompetenser som frågats om i intervjuunderlaget har flera verksamhetsföreträdare lyft att medicinska sekreterare kan ha en viktig roll i teamet.

Tabell 3. Fördelning av professioner som ingår i verksamheternas multiprofessionella team

Profession	Andel ja (antal)	Andel nej (antal)	Andel "det varierar/vet inte" (antal)
Sjuksköterska	89 % (16)	11 % (2)	0 % (0)
Läkare	89 % (16)	11 % (2)	0 % (0)
Socionom	78 % (14)	17 % (3)	6 % (1)
Psykolog	50 % (9)	44 % (8)	6 % (1)
Arbetssterapeut	50 % (9)	50 % (9)	0 % (0)
Undersköterska eller skötare	50 % (9)	33 % (6)	17 % (3)
Terapeut	33 % (6)	61 % (11)	6 % (1)
Egenerfaren (till exempel peer support)	22 % (4)	72 % (13)	6 % (1)
Arbetspecialist	17 % (3)	72 % (13)	11 % (2)
Fysioterapeut	6 % (1)	94 % (17)	0 % (0)
Annan	35 % (7)	-	-

Vård- och stödsamordnarens roll

Vissa verksamheter utgörs av multiprofessionella team med gemensamt samordningsansvar för personerna som får vård och stöd. I dessa fall kan personens vård- och stödbehov i förhållandevis stor utsträckning tillgodoses inom det aktuella teamet. Andra verksamheter utser istället en vård- och stödsamordnare som är huvudsakligt ansvarig för en viss person. Beroende på vilka kontaktvägar som har upprättats och hur väl de fungerar, erbjuder verksamheterna i varierande utsträckning andra medicinska och sociala insatser. I andra verksamheter fungerar en utsedd vårdkontakt eller ansvarig sjuksköterska som samordnare, men arbetar snarare i enlighet med sin traditionella yrkesroll än som en vård- och stödsamordnare.

Respondenternas tolkning av begreppet vård- och stödsamordnare verkar variera i viss utsträckning. Några verksamheter beskriver att det ansvariga teamet gemensamt fungerar som en vård- och stödsamordnare. Andra har tolkat frågan mer bokstavligt och endast svarat ja om denna funktion finns mer uttalat i verksamheten, till exempel i form av en samordnare.

Även för de verksamheter som har vård- och stödsamordnare varierar det huruvida mottagaren av vård- och stödinsatser har en eller flera personer som samordnar insatserna. I vissa fall har personen två utsedda samordnare – en från regionen och en från kommunen. Rollen har olika benämningar inom verksamheterna: i fem verksamheter används *case manager*, medan

andra använder *vård- och stödsamordnare, samordnare, kontaktperson, fast vårdkontakt*¹³ eller medarbetarens ordinarie yrkestitel.

De samordnande funktionerna inom verksamheterna har – oavsett benämning – till stor del samma uppgifter och ansvarsområden. I Tabell 4 synliggörs de intervjuade verksamhetsföreträdarnas beskrivning av vad som ingår i samordnarens roll. Utöver de delar av uppdraget som specifikt lyfts i intervjuguiden, påtalar en företrädare att rollen även inkluderar ansvar för kontakt med anhöriga. En annan respondent beskriver att vård- och stödsamordnaren även arbetar konsultativt och utbildande gentemot andra professioner.

Tabell 4. Verksamhetsföreträdarnas beskrivning av vård- och stödsamordnarens uppdrag

Uppgifter som ingår i vård- och stödsamordnarens uppdrag	Andel verksamheter som besvarat frågan (antal verksamheter)
Kallar tillsammans med personen till möten med nätverket och andra aktörer	100 % (16)
Formulerar individuella mål och delmål tillsammans med personen	100 % (16)
Samordnar personens alla insatser och olika kontakter	94 % (15)
Ansvarar för och genomför kartläggning av personens behov tillsammans med hen	94 % (15)
Förbereder och planerar möten tillsammans med personen	94 % (15)
Ansvarar för uppföljning av insatser och utvärderar mot uppsatta mål	94 % (15)
Ger själv vissa behandlande och stödjande insatser	94 % (15)
Justerar planen för insatser och målen utifrån utvärderingen	88 % (14)
Företräder personen när personen önskar	88 % (14)
Annat som ingår i uppdraget:	13 % (2)

I två av de undersökta verksamheterna har alla teammedlemmar identiska roller, trots att de har olika formella befattningar. Det spelar i korthet ingen roll om man är sjuksköterska, psykolog, läkare, socionom eller socialhandläggare, utan alla i teamet fungerar som vård- och stödsamordnare

¹³ Enligt 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska en fast vårdkontakt utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

och utför i princip samma uppgifter. Det enda undantaget är att de medicinska professionerna ansvarar för läkemedelshantering och injektioner.

Av de företrädare som uppger att verksamheten har vård- och stödsamordnare sticker två ut vad gäller antalet patienter eller brukare per vård- och stödsamordnare. Verksamheten med högst antal har 50 patienter eller brukare per vård- och stödsamordnare, medan verksamheten med lägst antal har 4. Övriga har ett antal mellan 10 och 20.

Begränsad tillgänglighet

Av de undersökta verksamheterna är alla utom två enbart tillgängliga under kontorstid på vardagar. Några undantag finns, exempelvis är det HVB som undersökts en dygnet runt-verksamhet, och kan därför sägas ha hög tillgänglighet. En majoritet av företrädarna uppger att verksamheterna kan erbjuda insatser flera gånger om dagen, samma dag vid behov. Samtidigt betonas att insatserna enbart kan ges under verksamhetens ordinarie öppettider. Ett begränsat antal verksamheter svarar att de kan erbjuda vissa insatser på helger. Till exempel kan boendestödjarna vid SPÖT Nässjö ge insatser på helger, och ACT Malmö har möjlighet att erbjuda stöd under helger vid kris. Det är enbart företrädare för två verksamheter som själva uppger att de inte har hög tillgänglighet.

Tabell 5. Verksamheternas tillgänglighet

Grad av tillgänglighet	Antal verksamheter ¹⁴
Vi kan erbjuda insatser samma dag	79 % (15)
Vi kan erbjuda insatser flera gånger om dagen endast på vardagar	74 % (14)
Vi kan erbjuda insatser dygnet runt alla veckans dagar	11 % (2)
Vi kan inte erbjuda hög tillgänglighet	11 % (2)

Andra aktörer kan i viss mån ge vård och stöd utanför ordinarie öppettider, men här verkar det också finnas skillnader i hur verksamheterna tillgodoser behovet. Av de intervjuade verksamhetsföreträdarna uppger fem att de inte har några upprättade samarbeten med andra enheter. De hänvisar exempelvis till att de ordinarie psykiatriska akutmottagningarna fyller en viktig funktion i detta sammanhang.

Några företrädare beskriver istället mer etablerade kontaktvägar med externa verksamheter som är tillgängliga även på kvällar, nätter och helger. Det handlar framför allt om att man har upprättat en tydlig plan för vad som ska

¹⁴ För denna fråga har verksamheterna kunnat uppge flera svarsalternativ – de kan exempelvis svara ja på båda påståendena om att erbjuda insatser flera gånger om dagen och att erbjuda insatser samma dag.

göras om behov uppstår när verksamheten har stängt, och att det finns en rutin för att upprätta en sådan plan tillsammans med de externa verksamheterna. En annan central aspekt rör rutiner för huruvida planen systematiskt kommuniceras till den berörda personen. Verksamheterna som man samarbetar med inkluderar akutmottagningar, mobila team, slutenvårdsavdelningar och andra vårdenheter som kan tillgodose behov när det behövs. Flera påpekar att även boendestödare har en viktig roll i denna samverkan. Detta då många av de inskrivna personerna har boendestöd, och kommunicerar eventuella försämringar till boendestödet.

Uppsökande insatser för inskrivna

Om det är någon som vi inte hör ifrån då söker vi upp personen.
Om patienterna inte orkar komma till oss, kommer vi till dem.

Respondent i intervju

En majoritet av de undersökta verksamheterna bedriver uppsökande arbete gentemot inskrivna personer, det vill säga personer som har gett sitt samtycke till den erbjudna vården och omsorgen. Det beskrivs som att man strävar efter att nå och få kontakt med personer som till exempel uteblir från besök. Detta görs bland annat genom telefonsamtal eller sms, hembesök, sökande på platser där personerna kan befinna sig och kontakter med personernas nätverk.

Ett fåtal undersökta verksamheter ägnar sig åt uppsökande arbete gentemot personer som inte är inskrivna i verksamheten, men där man har uppmärksammat behov av vård och stöd. Det kan handla om personer med psykiatriska tillstånd som inte själva söker eller tar emot vård och stöd. SPÖT Nässjö genomför vissa uppsökande insatser inom ramen för den upprättade sprututbytesverksamheten. Likaså bedriver ACT Malmö och Spindeln uppsökande arbete med fokus på personer som identifierats genom uppgifter från externa aktörer eller instanser, oftast från övriga delar av socialtjänsten.

De analyserade beroendemottagningarna verkar generellt bedriva en lägre grad av uppsökande arbete jämfört med övriga undersökta verksamheter. Mottagningarnas företrädare beskriver att de i regel följer upp de som uteblir från besök per telefon eller genom påminnelsebrev ett begränsat antal gånger. Om en person uteblir även fortsättningsvis, trots dessa ansträngningar, så avslutas vårdkontakten.

Utöver detta uttrycker ett fåtal intervjuade verksamhetsföreträdare att de bedriver mer allmänna informationsinsatser riktade till den aktuella målgruppen, direkt eller indirekt genom andra aktörer. Även dessa insatser kan i viss mån ses som uppsökande, enligt respondenterna.

Långsiktigheten i arbetet varierar

Det varierar i vilken grad de intervjuade verksamhetsföreträdarna anser att verksamheterna arbetar med långsiktighet och kontinuitet med inskrivna personer. Ungefär hälften av respondenterna beskriver att de har möjlighet att ge stöd och insatser i någon form även över längre tidsperioder, och att relationsarbetet måste få ta tid. De lyfter även att de inte avslutar någon kontakt utan att personen själv önskar det. Övriga verksamhetsföreträdare uppger att de ger insatser som i någon mån är tidsbegränsade, eller att det händer att de skriver ut personer som saknar motivation.

Att låta insatserna ta tid beskrivs som en grundförutsättning för att kunna arbeta med personens långsiktiga mål. Samtidigt beskriver även företrädare för de verksamheter som låter insatserna löpa över längre tidsperioder att fokus på den långsiktiga planen kan brista på grund av ett stort behov av akuta insatser. Flera lyfter att arbetet blir reaktivt i relativt stor utsträckning, och att man därmed i huvudsak ger insatser vid mer akuta tillstånd. Det är i korthet svårt att sätta mål och följa långsiktiga planer när tillståndet är försämrat. Vissa respondenter beskriver att de trots detta alltid strävar efter att återkomma till individens egna mål. Det uttrycks även som att man låter det ta den tid som behövs för att färdigställa vårdplanen och formulera behandlingsmål.

Vissa evidensbaserade insatser erbjuds – men sällan manualbaserat

Det framgår av intervjuerna att de undersökta verksamheterna erbjuder olika typer av evidensbaserade insatser. Majoriteten av företrädarna uppger att verksamheterna erbjuder *psykopedagogiska insatser*¹⁵ och *kognitivt stöd*¹⁶ av olika slag, men dessa insatser uppges i huvudsak inte utgå från några specifika metoder eller modeller. Mindre än hälften av verksamheterna erbjuder till exempel insatserna *NECT* (narrative enhancement and cognitive therapy)¹⁷, *delat beslutsfattande* och arbetsrehabilitering enligt metoder som *IPS*¹⁸ (individ Anpassat stöd till arbete). Flera av de evidensbaserade metoderna är manualbaserade, men endast tre företrädare uppger att de alltid utgår från de arbetsblad som ingår i manualerna.

¹⁵ Psykopedagogiska insatser kan ges enligt manualbaserade program som till exempel IMR (illness management and recovery) och ESL (Ett självständigt liv), men också som föreläsningsserie i kombination med erfarenhetsutbyte i grupp.

¹⁶ Kognitivt stöd stöttar de kognitiva förmågorna, till exempel att förstå, planera, komma ihåg och organisera vardagen. Det kan inkludera praktiska hjälpmedel och verktyg.

¹⁷ NECT är en utbildning för personer med egen erfarenhet av att lära sig att lägga märke till och handskas med självstigma.

¹⁸ IPS (individ Anpassat stöd till arbete, en variant av Supported Employment) är arbetslivsinriktade rehabiliteringsinsatser för personer med funktionsnedsättning.

Utöver de insatser som uttryckligen lyfts genom intervjuguiden, nämner företrädarna även bland annat manualbaserade insatser som *återfallsprevention*¹⁹ och *MET* (motivational enhancement therapy)²⁰. En del företrädare beskriver ett flertal ytterligare insatser, exempelvis hästunderstödd KBT och akupunktur.

Tabell 6. Ett urval av insatser från de olika verksamheterna

Insats	Andel ja (antal)	Andel nej (antal)	Andel "det varierar/vet inte" (antal)
Psykopedagogiska insatser	89 % (16)	11 % (2)	0 % (0)
Kognitivt stöd och hjälpmedel	78 % (14)	17 % (3)	6 % (1)
Individuell KBT	67 % (12)	22 % (4)	6 % (1)
Familjeintervention	50 % (9)	50 % (9)	0 % (0)
Arbetsrehabilitering enligt metoden IPS (individ Anpassat stöd till arbete) eller motsvarande	33 % (6)	50 % (9)	17 % (3)
Metoden delat beslutsfattande	33 % (6)	61 % (11)	6 % (1)
Boendestöd	33 % (6)	67 % (12)	0 % (0)
Gruppbehandling, KBT-inriktad	28 % (5)	67 % (12)	6 % (1)
NECT (narrative enhancement and cognitive therapy)	22 % (4)	78 % (14)	0 % (0)

Relationsskapande och flexibelt arbetssätt är centralt

En del blir att man träffas så pass ofta. Vi jobbar icke konfrontativt. Men det innebär inte att vi inte konfronterar, men vi har den grundapproachen. Vi har långt tålamod, vissa är inskrivna så pass länge. Det blir också ett sätt att bygga

¹⁹ Återfallsprevention är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) och syftar till att förebygga återfall i skadligt bruk eller beroende.

²⁰ MET är en systematisk metod för att frambringa snabb, internt motiverad förändring hos personer med alkoholproblem. Metoden bygger på principerna för motiverande samtal.

relationer så klart, där man är med i många delar ofta i personens liv. Vi känner klienten väldigt väl.

Respondent i intervju

Trots skillnaderna i vilka insatser som erbjuds, märks det i intervjuerna att de olika verksamheterna liknar varandra i hur man ser på och förhåller sig till målgruppen. På frågan om de har möjlighet att växla i insatsernas intensitet utifrån personens aktuella behov svarar bara en företrädare nej, och flera understryker vikten av att arbeta flexibelt och dynamiskt utifrån personernas föränderliga tillstånd och komplexa behov. Många lyfter exempelvis fram att man inte får vara kategorisk eller dra alltför hårda gränser kring vilka stödjande insatser som ska erbjudas. I vissa fall behöver teamet eller personalen utföra arbetsuppgifter eller bistå personen med saker som inte direkt är kopplade till den aktuella yrkesrollen. Det kan till exempel handla om att legitimerade sjuksköterskor behöver laga mat med personen, eller att någon från teamet hjälper en person att flytta.

Verksamhetsföreträdarna beskriver det som att det överordnade målet är att skapa en trygg och tillitsfull relation, och därför måste man anamma ett flexibelt förhållningssätt.

Flera företrädare beskriver att relationen och alliansbygget med personen i hög grad är kopplat till hur insatserna ges. Som beskrivs ovan, upplevs det vara viktigt med flexibilitet inför personens behov och prestigelöshet i att tillhandahålla anpassat stöd som i stunden genererar störst praktisk nytta för den enskilda personen.

Utöver den flexibla ansatsen, verkar det överlag vara svårt att konkretisera vad som utgör viktiga komponenter i det relationsskapande arbetet. Många av företrädarna trycker särskilt på vikten av bemötande: att det alltid i alla situationer, även de svåra, är viktigt att möta varje individ med medmänsklighet och nyfikenhet. Det beskrivs även som centralt att se och ta hänsyn till personens samlade livssituation. När det gäller bemötande betonas även att det är nödvändigt att anamma ett öppet förhållningssätt och att undvika att döma eller ”komma med pekpinna”. Även lågaffektivt och icke-konfrontativt bemötande lyfts fram som framgångsfaktorer. En respondent lyfter fram hur funktionen *peer support* och denna stödpersoners fördjupade förståelse för individens situation kunde hitta sätt att stödja och bemöta.

En del verksamhetsföreträdare pekar även på värdet av täta kontakter, stor tillgänglighet och att låta det ta tid att bygga upp relationer som grundläggande förutsättningar för arbetet. Denna typ av alliansbygge upplevs som särskilt viktigt vid behov av psykiatrisk tvångsvård. Psykiatrisk tvångsvård riskerar att skapa misstro mellan personen och vårdgivaren, och en tillitsfull relation kan bidra till att lägga grunden för en fortsatt god vårdkontakt när tvångsvården har avslutats.

Det verkar råda delade meningar om huruvida manualbaserat arbete är en tillgång eller ett hinder i det relationsskapande arbetet. Flera lyfter att personerna de möter ofta har svårt att fokusera och ha uthållighet. Många har även provat många behandlingar som inte fungerat, varför tilltron till vissa vård- och stödinsatser kan vara låg. Samtidigt beskriver en del företrädare att en manualbaserad kartläggning är det första som görs i kontakten, och att de haft stor nytta av *MI-utbildningar*²¹ i bemötandet. På så sätt kan det manualbaserade arbetet bidra till relationsskapandet.

Verksamheternas målgrupper

De flesta verksamheter har inklusionskriterier

Genom intervjustudien blir det tydligt att verksamheternas målgrupper på många sätt är likartade. Samtidigt ses vissa skillnader, och detta hänger ofta samman med vilka inklusionskriterier man tillämpar. De allra flesta undersökta verksamheter har mer eller mindre formella kriterier. Majoriteten av de intervjuade uppger att patienterna eller brukarna ska ha en komplex psykiatrisk problematik, exempelvis i form av samsjuklighet. Vissa verksamheter har specifika diagnoskrav, till exempel psykosdiagnos och/eller beroendediagnos. Därutöver ställer flertalet undersökta verksamheter även krav på att andra insatser – exempelvis psykiatrisk öppen- eller slutenvård – ska ha prövats tidigare men utan goda resultat. Vissa verksamheter kräver att personen har en pågående insats från socialtjänsten och/eller psykiatrin. Några verksamheter har inga konkreta krav, utan gör individuella bedömningar av helhetsbilden med hänsyn till ovan nämnda faktorer.

HVB Fyrbylund och Minimaria sticker ut avseende målgruppen, i och med att dessa verksamheter riktar sig mot barn och ungdomar. Även FACT rättspsykiatri och Treklövern skiljer sig i viss mån mot övriga. Den förra inkluderar enbart individer som är dömda till rättspsykiatrisk vård. Den senare inkluderar också en del personer som är dömda till rättspsykiatrisk vård, och en del från frivården.

Trots att verksamheterna har olika inklusionskriterier, framkommer det i intervjuerna att det finns en generell strävan efter att nå individerna med störst behov. Vissa företrädare lyfter dock fram att det ibland kan vara svårt att avgöra och definiera vilka grupper som har störst behov. Man beskriver även historiska utmaningar, då man har tagit in alltför svårt sjuka personer som man inte har kunnat stödja på ett bra sätt. Omvänt beskriver några företrädare att man i ökad utsträckning har inkluderat personer med

²¹ Motiverande samtal (motivational interviewing, MI) är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser.

neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, vilket enligt uppgift riskerar att tränga undan personer med svårare tillstånd, såsom samsjuklighet i form av psykossjukdomar och beroende.

Uttalade exklusionskriterier saknas till stor del

Majoriteten av de undersökta verksamheterna saknar uttalade exklusionskriterier. De beskriver det snarare som att utskrivningsförfarandet anpassas utifrån individens behov av stöd. Många har ett livslångt behov av löpande insatser, men behovet kan variera över tid – såväl vad gäller frekvens som intensitet. Mot denna bakgrund är det inte alltid aktuellt att över huvud taget släppa personen. Enbart ett fåtal verksamheter exkluderar personer som uteblir från besök vid upprepade tillfällen. Framför allt gäller det beroendemottagningarna, som har en förhållandevis bred målgrupp.

Förhållningssättet till utskrivning verkar i viss mån hänga samman med i vilken utsträckning verksamheten bedriver långsiktiga insatser med relativt stor kontinuitet. Verksamhetsföreträdare som tydligt betonar att de tillhandahåller långsiktiga vård- och stödinsatser, uppger också i större utsträckning att de inte har några fördefinierade utskrivningskriterier jämfört med övriga.

Samverkan

Inte i vårt lilla team, men utifrån samverkan där handläggare är med kan man ta beslut. Man kan initiera ett beslut men inte ta beslutet själv.

Respondent i intervju

När det gäller rutiner för samverkan med andra aktörer så ser det olika ut för verksamheterna. Detta beror både på kontext och på verksamhetens organisation. Vissa beskriver att man har lyckats upprätta förhållandevis goda samverkansrutiner med andra vård- och omsorgsgivare, något som ofta baseras på tydligt definierade ansvarsområden och kontaktvägar.

Några verksamhetsföreträdare beskriver att man har upprättat kontaktvägar till andra psykiatriska vårdgivare, eftersom delar av personens vård utförs där. Exempel på vårdinstanser som nämns i detta sammanhang är andra öppenvårdsmottagningar, slutenvårdsenheter eller mobila team. Ingen av företrädarna uppger att verksamheten har utarbetade kontakter med primärvården eller med somatiska vårdenheter. En företrädare nämner dock att verksamheten i vissa fall tar emot remisser från primärvården.

Intervjuade verksamhetsföreträdare understryker generellt att de har behov av nära samverkan med övriga delar av socialtjänsten. Detta beror till viss del på att de allra flesta undersökta verksamheter inte har möjlighet att själva

fatta beslut enligt socialtjänstlagen (SoL). Socialtjänstinsatserna som kan ges inom verksamheten är därmed serviceinsatser som inte kräver biståndsbeslut. Enbart två verksamhetsföreträdare uppger att verksamheterna har möjlighet att fatta samtliga relevanta SoL-beslut inom teamet. Ytterligare tre beskriver att det går att fatta vissa SoL-beslut, beroende på vilka insatser beslutet rör.

Krisinsatser ges – men på olika sätt

Det blir sällan en krissituation eftersom vi har sådan bra kontakt. Ofta behöver vi inte sätta planen till verket. Resursgruppen får ta del av den (krisplanen), så de vet vad som behövs göras.

Respondent i intervju

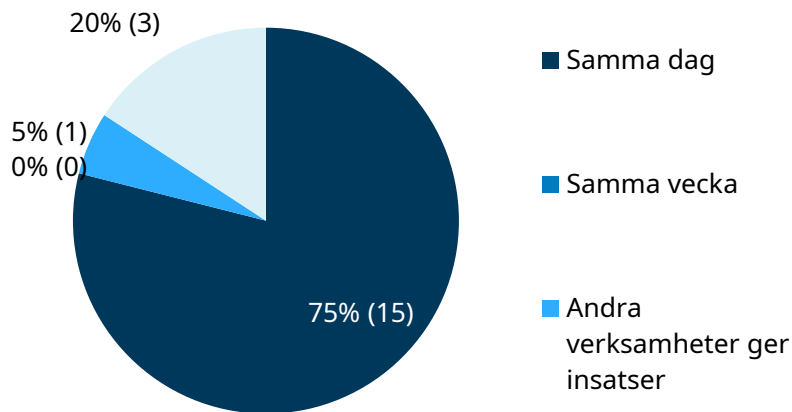
De flesta undersökta verksamheter har möjlighet att ge akuta insatser vid behov, till exempel läkemedelsbehandling, samtal eller krisstöd i hemmet. Värt att notera är att dessa insatser ges inom ramen för verksamheternas öppettider, vilket i de flesta fall innebär kontorstid. Enbart fyra av verksamheterna svarar att de inte kan erbjuda krisinterventioner.

För de verksamheter som kan ge krisinterventioner samma dag skiljer sig synen på dessa insatser åt. Vissa betraktar dem som ett naturligt inslag i den ordinarie verksamheten, medan andra snarare definierar dem som ovanliga händelser. I det förstnämnda fallet liknar de akuta insatserna till stor del det löpande stödet.

Verksamheterna strävar generellt efter att anpassa sig efter personens tillstånd och behov, vilket kräver en stor lyhördhet och en flexibel ansats. Några verksamheter genomför enbart krisinterventioner vid misstanke om suicid eller vid suicidförsök. I dessa lägen görs i regel endast akuta medicinska bedömningar och insatser.

Figur 1. Fördelning av hur verksamheterna arbetar med krisinterventioner

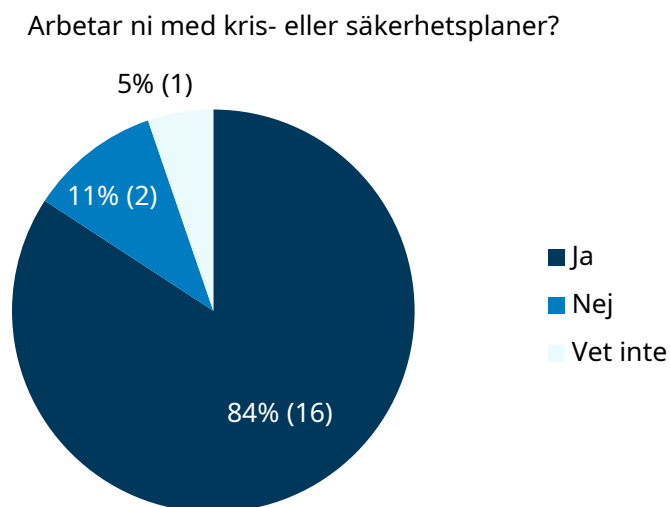
Om ni erbjuder omedelbara krisinterventioner,
när kan ni i så fall göra det?



De allra flesta verksamhetsföreträdarna uppger att man arbetar med någon form av krisplan i händelse av att personens tillstånd akut försämras (se Figur 2). Dessa planer kallas oftast för krisplan, men benämningar som säkerhetsplan, trygghetsplan och riskhanteringsplan förekommer också.

Planerna är i varierande utsträckning förebyggande. Vissa inkluderar beskrivningar av vilka insatser som ska ges i akuta lägen, medan andra även innehåller anvisningar om identifiering av risk och tidiga tecken på försämring som teamet och personalen kan agera på när tidiga tecken upptäcks. Verksamhetsföreträdarna lyfter ofta fram värdet av att planen utformas tillsammans med personen när hen är i en mer stabil fas. Detta inte minst för att man gemensamt ska kunna komma överens om strategier som kan användas om tillståndet försämras.

Figur 2. Andelen verksamheter som arbetar med kris- eller säkerhetsplaner



Rutinerna för att hålla krisplanerna kända av såväl personen själv som andra relevanta aktörer skiljer sig åt mellan de undersökta verksamheterna. Vissa företrädare beskriver att de arbetar med manuella kopior som delas ut till personen och berörda instanser. Andra uppger istället att de upprättar digitala planer som sprids på olika sätt.

En verksamhet beskriver att riskhantering ingår som en ordinarie del i vårdplanen, och de arbetar aktivt utifrån denna som helhet. De ser inget behov av att ta fram särskilda krisplaner utöver detta.

Vilka utmaningar upplever de integrerade verksamheterna?

I intervjuerna framkommer tydliga beskrivningar av olika sorters utmaningar som de integrerade verksamheterna upplever och behöver hantera. Beskrivningarna är på många sätt likartade, och vissa mönster framträder tydligt.

Att möta målgruppens komplexa behov

Det finns många utmaningar, dels att patientgruppen som söker idag är sjukare än tidigare – organisationsformen kan inte möta deras vårdbehov.

Respondent i intervju

Många beskriver i intervjuerna att den aktuella målgruppens komplexa och omfattande behov medför särskilda krav på verksamheterna. Man betonar att detta ligger i sakens natur, och att verksamheten är utformad med hänsyn till detta. Samtidigt innebär det i realiteten att verksamheterna möter och behöver hantera vissa utmaningar som är kopplade till den aktuella målgruppen. Här följer några exempel.

Att arbeta utifrån långsiktiga mål

Det beskrivs som svårt att arbeta utifrån personernas långsiktiga mål, eftersom deras tillstånd är föränderligt och akuta behov ofta uppstår. I vissa fall kan akuta behov tränga undan den mer långsiktiga ansatsen. Samtidigt uttrycker enskilda verksamhetsföreträdare att det mer kortsiktiga och akuta stödet hänger ihop med en mer långsiktig ansträngning för att personen ska få bättre förutsättningar att kunna leva mer självständigt.

Att arbeta metodtroget och manualbaserat

Flera lyfter svårigheterna att arbeta manualbaserat och i enlighet med standardiserade program, på grund av personernas psykiska funktionsnedsättning och många olika behov. Det beskrivs att det behövs en flexibel och dynamisk ansats i mötet med dessa personer, och att det därför inte alltid går att utgå från standardiserade arbetsblad eller rutiner. Därför använder man istället inslag från olika etablerade metoder eller insatser. Erfarenhet och kunskap om målgruppen är särskilt viktigt för personalen i arbetet.

Att vara prestigelös i förhållande till den egna yrkesrollen

Det lyfts att arbetet i en integrerad verksamhet kräver prestigelöshet i förhållande till den egna yrkesrollen och identiteten, och att detta generellt kan vara svårt att uppnå. Personalen behöver ta hänsyn till individens aktuella behov, och såväl insatsen som bemötandet behöver anpassas. Respondenterna betonar därför att det överlag är viktigt att personalen kan utföra uppgifter som inte direkt är kopplade till, eller som ligger utanför, den egna yrkesrollen och yrkesidentiteten. Detta är enligt intervjuade företrädare särskilt viktigt att beakta i samband med rekrytering av personal.

Att definiera målgruppen och inkludera rätt personer

Intervjuerna visar att det är svårt att formulera kriterier för att inkludera rätt målgrupp. Kriterierna måste vara tillräckligt breda för att möta personernas behov, men samtidigt smala nog för att verksamheten ska kunna arbeta flexibelt och intensifiera insatser vid behov. Detta är särskilt viktigt när tillgången till andra vårdgivare är begränsad. Det lyfts att långa väntetider och bristande förståelse för målgruppens tillstånd försvårar remisser till andra vård- och omsorgsaktörer vid utskrivning. De flesta verksamheter saknar tydliga utskrivningskriterier, delvis på grund av att personernas psykiatriska tillstånd ofta kräver livslångt stöd. Resursbrist gör att man måste prioritera mellan olika grupper vid både inskrivning och utskrivning. Det krävs noggranna avvägningar kring vilka personer som ska inkluderas och när det är lämpligt att skrivas ut från den integrerade verksamheten.

Att samarbeta och arbeta integrerat

Det framkommer tydligt i intervjuerna att det finns utmaningar i samordningen mellan regionen och kommunen – både inom och utanför den integrerade verksamheten. Utmaningarna tycks framför allt vara kopplade till en generell svårighet med att arbeta tätt tillsammans utifrån olika formella och informella förutsättningar.

- **Att förstå och ha kunskap om varandra**

Det framkommer återkommande i intervjuerna att en betydande utmaning är begränsad förståelse för ”den andra” huvudmannens förutsättningar, villkor och roll. I korthet beskrivs det som att det finns en inbyggd problematik när man ska arbeta tätt med en verksamhet som är markant skild från den egna, och att detta kan leda till hinder både vid uppstart och i den löpande verksamheten. Man har exempelvis i regel olika syn på målgruppens behov utifrån sin egen bakgrund, kunskap och förförståelse, vilket till exempel påverkar hur man ser på prioritering av insatser. Det beskrivs bland annat att

man generellt har begränsad kunskap om de lagar och regler som styr den kommunala respektive regionala verksamheten, vilket bidrar till svårigheter i samarbetet. Därutöver beskriver flera företrädare att man har olika kultur och förhållningssätt, vilket också påverkar hur väl det gemensamma arbetet fungerar. Aspekter som är viktiga i hälso- och sjukvården är till exempel inte nödvändigtvis prioriterade i socialtjänstens verksamhet, och tvärtom.

- **Att leda en integrerad verksamhet**

Flera verksamhetsföreträdare belyser att det är utmanande att vara chef för en integrerad verksamhet, bland annat utifrån regelverk och arbetsmiljö. Det är svårt att fullt ut ha insyn i och ta ansvar för delar av organisationen som rent formellt ligger utanför det egna ansvarsområdet. Ledarskapet är oftast uppdelat på två chefer – en för den regionala och en för den kommunala verksamheten. Detta förutsätter att cheferna kan arbeta bra tillsammans och att det finns en struktur för ett nära samarbete och en god dialog. Vikten av en gedigen rekryteringsprocess, där man även tar hänsyn till förutsättningar för ett gott samarbete på chefsnivå, lyfts. Likaså framhävs värdet av att tillsätta chefer har god insyn i och förståelse för den andra – kommunala eller regionala – verksamhetens villkor och förutsättningar.

- **Att samordna med andra aktörer**

Beroende på hur teamet är sammansatt kan samverkan med verksamheter utanför teamet vara avgörande för att insatser ska kunna ges, och därmed för hur väl målgruppens behov tillgodoses. Det lyfts hur det är svårt att samordna dessa insatser och samverka med andra aktörer. Kunskapen om målgruppen beskrivs vara relativt begränsad hos andra aktörer. Enligt vissa intervjupersoner leder detta stundtals till en motvilja mot att skriva ut eller släppa inskrivna personer. I detta sammanhang lyfter man särskilt fram primärvården och övriga delar av socialtjänsten. Därutöver uppges att det finns svårigheter i att samverka med statliga myndigheter som möter patienterna eller brukarna, till exempel polisen, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Dessa har stor inverkan på personernas livssituation och sociala förutsättningar.

- **Att inte kunna fatta beslut enligt SoL**

Enbart ett fåtal verksamheter har möjlighet att fatta beslut enligt socialtjänstlagen (SoL), exempelvis kring boendestöd. Många företrädare konstaterar att detta är ett hinder, eftersom det är svårt att synkronisera denna typ av insatser genom externa aktörer utifrån personernas aktuella behov. Många av de inskrivna har behov av biståndsbedömda insatser – insatser som det aktuella teamet inte kan tillhandahålla. För de verksamheter som arbetar mot flera kommuner beskrivs det som personberoende huruvida kontakten fungerar väl eller inte.

Att förhålla sig till de juridiska ramarna

Andra utmaningar kan kopplas till lagar och regelverk. I korthet upplevs det som att den lagstiftning som på olika sätt styr de integrerade verksamheterna, bidrar till trösklar som försvårar en ändamålsenlig samordning och samverkan.

Sekretesslagstiftning och informationsdelning

Flera verksamhetsföreträdare lyfter fram löpande informationsutbyte och sekretess som en utmaning. Bestämmelser och regelverk kring sekretess beskrivs hämma förutsättningarna att kunna arbeta samordnat med hänsyn till personens samlade livssituation. Det är exempelvis inte alltid möjligt att förmedla eller sprida relevant information om personens tillstånd och situation – information som kan vara värdefull för att adekvata insatser ska kunna sättas in.

Samtidigt verkar uppfattningen om utmaningens dignitet variera mellan olika verksamheter, vilket i sin tur kan kopplas samman med verksamhetens organisering, kontext och integreringsgrad. Majoriteten av de undersökta verksamheterna har rutiner för att upprätta någon form av samtyckesavtal med personerna, som till exempel skrivs på vid inskrivningen. En del företrädare från verksamheter med en förhållandevis hög grad av integrering betonar att dessa rutiner fungerar relativt väl. Det beskrivs som att avtalen skapar goda förutsättningar för att man ska kunna förmedla relevant information om personens tillstånd och mående till berörda funktioner.

Verksamheterna med en lägre integreringsgrad verkar i allmänhet inte utbyta uppgifter eller information om enskilda, utan diskuterar i huvudsak arbetssätt och organisation i gemensamma möten. Diskussioner om specifika personer sker snarare när samordnade individuella planer (SIP) ska tas fram.

Verksamheterna med relativt hög integreringsgrad har ofta tydliga rutiner kring och hantering av sekretessbestämmelser. Samtidigt lyfter flera verksamhetsföreträdare svårigheter i att avgöra exakt vilken information som får delas över huvudmannagränser. De olika verksamheterna gör i viss mån olika tolkningar av var denna gräns går.

Informationsutbytet och tillämpningen av sekretessbestämmelserna verkar vara särskilt utmanande i verksamheter som inkluderar flera kommuner. Verksamhetsföreträdare poängterar att det är hämmande att personerna och deras behov inte kan diskuteras inom ramen för gemensamma forum, när representanter från flera kommuner är närvarande. Därutöver betonar flera intervjuade företrädare att regelverket kring sekretess bidrar till en administrativ börda, eftersom uppgifter måste dokumenteras i olika system. Detta kan också i värsta fall leda till att värdefull information tappas bort.

Central lagstiftning tolkas olika

Socialtjänsten får göra det, men jag får inte göra det på eget bevåg. Regionen får inte jobba uppsökande, utan då måste det finnas ett beslut om vårdupptagande. Då ska det vara fråga om LPT.

Respondent i intervju

Ytterligare en aspekt som ofta lyfts fram som en utmaning i intervjuerna, är uppsökande insatser och hur regelverket förhåller sig till sådana insatser. De etablerade modellerna för integrerade arbetssätt, till exempel ACT, baseras på en princip om att särskilda ansträngningar krävs för att nå den aktuella målgruppen, som vid försämring kan tacka nej till eller inte ta kontakt trots att omgivningen ser stora behov. I detta sammanhang är olika former av uppsökande arbete en viktig metod, något som tydligt lyfts fram i andra analyser som rör hälsotillståndet hos och vården av personer med psykisk funktionsnedsättning [16].

Uppsökande arbete kan till exempel vara särskilda informationsinsatser eller förutsättningslösa kontakter med presumtiva patienter eller brukare.

Uppsökande insatser är en del av socialtjänstens förebyggande och upplysande uppdrag.²² Hälso- och sjukvården har inte samma skyldighet, men vården ska vara lätt tillgänglig för dem som behöver den.²³ Hälso- och sjukvården har även ett uppdrag att medicinskt förebygga sjukdomar och skador.²⁴ Inom ramen för detta erbjuds till exempel allmänna och riktade hälsokontroller.

Det faktum att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, lyfts i intervjuerna som ett hinder för att bedriva uppsökande arbete vid misstanke om vårdbehov. Vissa verksamheter beskriver att de uppfattar att det till exempel inte är möjligt att genomföra hembesök om en person inte på förhand har gett sitt samtycke.

Samtidigt finns en medvetenhet om vikten av att vara ihärdig och att arbeta motiverande för att personer med psykiatriska tillstånd och stora behov av vård och omsorg ska ta del av erbjudna vård- och stödinsatser. Uppsökande verksamhet behöver inte nödvändigtvis bestå av hembesök, utan kan vara mer öppen och förutsättningslös [17]. I intervjuerna framkommer dock att de juridiska förutsättningarna för uppsökande verksamhet i hälso- och sjukvården upplevs som oklara, vilket företrädarna beskriver som en begränsning av deras möjlighet att arbeta uppsökande.

²² 5 kap. 8 § SoL.

²³ 5 kap. 1 § HSL.

²⁴ 2 kap. 1 § HSL.

Vilket stöd behöver de integrerade verksamheterna?

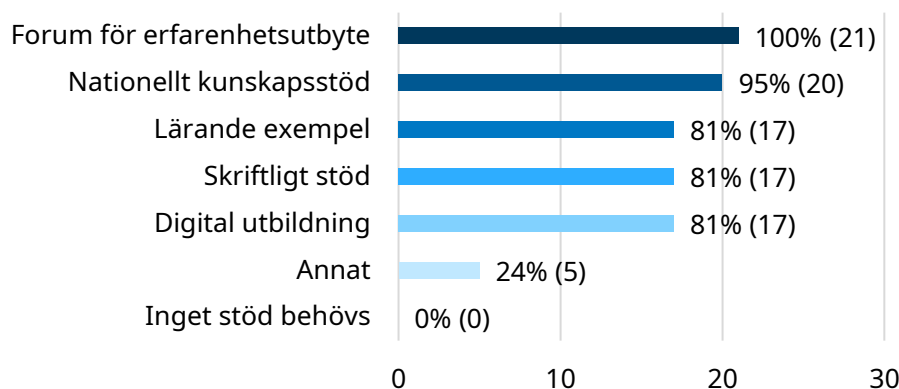
Det behövs så mycket som möjligt, vid uppstart behöver du allt du kan komma över. Alla uppfinner allt på nytt.

Respondent i intervju

Respondenterna beskriver att man både vid uppstart och löpande drift av verksamheten i stor utsträckning själv får leta efter och sammanställa relevant information om integrerade verksamheter och deras förutsättningar. Detta upplevs ofta som svårt och tidskrävande. Respondenterna beskriver en frustration över att det antagligen finns många värdefulla erfarenheter och insikter runt om i landet, men att dessa inte finns tillgängliga för befintliga verksamheter, de som planeras eller precis har startat upp. Det lyfts fram att många verksamheter uppfinner hjulet på nytt, istället för att utnyttja befintlig kunskap. Alla intervjuade verksamhetsföreträdare ser ett ökat behov av nationellt stöd i olika former. Många lyfter fram att det i allmänhet skulle vara värdefullt om ansvariga myndigheter och nationella aktörer i större utsträckning kunde sammanställa och tillhandahålla målgruppsanpassad kunskap om integrerad vård och omsorg samt vad det innebär, och att denna kunskap med fördel kan paketeras på olika sätt.

Figur 3. Fördelning över vilken typ av stöd som verksamheter anser hade varit till nytta vid uppstart²⁵ av integrerade verksamheter

Vid uppstart av er verksamhet, skulle ni haft nytta av någon typ av stöd?



²⁵ Under intervjuerna observerades att verksamhetsföreträdarna genomgående uttryckte att stödbehoven vid uppstart i stor utsträckning var desamma som vid löpande arbete. I analysen har därför svaren om stödbehov vid uppstart slagits samman med svar om behov kopplade till löpande verksamhet.

Utöver de stöd som återges i figur 3 lyftes följande behov.

- **Ökade resurser**

Vissa verksamheter uttrycker till exempel att integrerade verksamheter generellt är resurskrävande, inte minst med hänvisning till målgruppens omfattande behov och att man har en förhållandevis hög personalomsättning. Många menar därför att det är viktigt att säkerställa att resurser avsätts för att verksamheterna ska bli långsiktigt hållbara. Därefter efterfrågas stöd i form av mer ekonomiska resurser.

- **Nationellt implementerings- eller processtöd**

Ett nationellt implementerings- eller processtöd som bistår verksamheterna i uppstart eller löpande lyfts särskilt som positivt av de verksamheter som har haft någon form av implementeringsstöd under uppstarten, exempelvis FACT-teamen i Skåne och VoSS-teamet Uppsala. Flera verksamheter lyfter värdet av att ha någon form av stöd i uppstarten för att undvika att fastna i frågor som de själva har svårt att komma vidare med, och att därigenom tidigt lägga grunden för ett fortsatt framgångsrikt arbete. Andra pekar på att denna typ av kontinuerliga stöd kan bidra till att kunskapen i organisationen blir mindre personberoende, vilket bland annat kan minska de negativa effekterna av personalomsättning. En annan fördel som lyfts fram är att stöden kan bidra till en mer stabil och hållbar verksamhet över tid.

Nationella kunskapsstöd

När det gäller behov av nationella kunskapsstöd är det några särskilda teman som ofta lyfts fram.

- **Målgruppens behov**

Många lyfte behov av kunskapsstöd om vanliga psykiatriska tillstånd hos målgruppen och hur de tar sig uttryck. Även kunskapsstöd för samsjuklighet efterfrågas. Flera företrädare lyfter även att det finns behov av stöd för hur verksamheterna bör arbeta med den yngre målgruppen, såväl för barn och ungdomar under 18 år som för unga vuxna. Detta beskrivs som särskilt angeläget, då företrädarna lyfter att verksamheterna oftare möter yngre individer än tidigare. Det lyfts även att kunskapsstöden med fördel kan innehålla information om både medicinska och sociala insatser, eftersom det är viktigt för målgruppen att man tar hänsyn till båda dessa perspektiv parallellt. Eftersom målgruppen inte alltid är strikt definierad lyfts också behov av stöd för prioritering mellan patient- och brukargrupper.

- **Krisplaner och krisinterventioner**

Majoriteten (78 procent) lyfter behovet av kunskapsstöd om krisplaner och krisinterventioner. Man lyfter hur det skulle bidra till en mer jämlik vård, och att krisplanens innehåll, kvalitet och användning i lägre grad beror på vilken region, kommun, verksamhet eller person som har upprättat den. En

företrädare lyfter även att det vore värdefullt att från nationellt håll slå fast varför det är viktigt att arbeta med krisplaner, och att ett nationellt stöd skulle kunna bidra till att det faktiskt görs.

- **Kommunen och regionens uppdrag och juridiska förutsättningar**

Respondenterna menar att det behövs en fördjupad kunskap om de olika huvudmännens uppdrag och förutsättningar, och om varför huvudmännens olika verksamheter är utformade som de är. Detta behöver kombineras med en fördjupad förståelse om olika roller, inriktningar och funktioner.

Respondenterna beskriver att kunskapsstöd skulle kunna bidra till att täppa till de kunskapsluckor som finns. Företrädarna påpekar till exempel att verksamheten styrs av en rad olika lagar och att det är svårt, beroende på vilken roll man har, att hålla sig fullt uppdaterad om vad lagstiftningen innebär för den egna verksamheten. Det handlar till exempel om vilka implikationer lagen får eller borde få på ansvarsfördelning och prioriteringar.

- **Integrerade verksamheters förutsättningar och arbetsätt**

Det finns flera manualer för vård- och stödsamordning i landet, där arbetsätt och metoder beskrivs [10-12, 14] men ett nationellt kunskapsstöd för vård- och stödsamordning med fokus på arbetsätt saknas. Utöver kunskapsstöd efterfrågas utbildningar. Utbildningarnas innehåll kan enligt respondenterna med fördel vara kopplade till arbetsätt och vård, specifikt för integrerade eller multiprofessionella team. Många upplever nämligen att utbildningar i allmänhet antingen riktar sig till den ena eller den andra huvudmannens verksamhet. Företrädarna ser också ett behov av utbildningar som direkt behandlar samordningsfrågor: dels kopplat till de olika lagstiftningar som styr verksamheterna, dels kopplat till rollfördelning och arbetsätt.

- **Juridik**

Verksamhetsföreträdarna efterfrågar därtill olika former av stödmaterial som fokuserar på specifika juridiska frågor. Exempelvis poängterar många att det skulle vara värdefullt med någon form av stöd som klargör regelverket kring sekretess. Detta med hänvisning till de frågeställningar som uppstår vid samordning av olika insatser i relation till lagstiftningen, och att verksamheterna tolkar lagstiftningen på olika sätt.

Erfarenhetsutbyte

Man skulle önska att man kunde prata med varandra nationellt.
Man har stött på problem i olika delar, man kan dela med sig av tips och trix och träffa varandra.

Respondent i intervju

Flera betonar i intervjuerna att det skulle vara både värdefullt och önskvärt med forum för ömsesidigt kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Behovet kopplas till det faktum att man upplever att det idag finns mycket kunskap inom olika verksamheter runt om i landet, men att denna inte sprids på ett ändamålsenligt sätt. Vissa företrädare beskriver att man har upprättat olika typer av regionala eller lokala nätverk, men att det är tids- och resurskrävande att administrera, och att det tenderar att ”rinna ut i sanden”. Mot denna bakgrund pekar man på värdet av att en sammanhållande aktör på nationell nivå, exempelvis Socialstyrelsen eller SKR, tar särskilt ansvar för att initiera, leda och förvalta denna typ av forum. Vissa respondenter påtalar även att man inom denna typ av nätverk skulle kunna upprätta en rutin för ambulerande ansvar för vissa utbildningsinsatser, och att man skulle kunna upprätta särskilda stödfunktioner inom nätverket som bistår med rådgivning till verksamheter som ska eller nyligen har startat.

På liknande tema pekar några verksamhetsföreträdare på värdet av att regelbundet följa upp integrerade verksamheter på nationell nivå. Detta bland annat för att kunna få en bild av vilka som finns, hur man arbetar och vilka resultat som uppnås över tid.

Samsjuklighetsutredningens förslag

... att genomföra samsjuklighetsutredningen, att förverkliga slutsatserna skulle vara värdefullt. Skulle man få igenom förslagen som de ser ut i utredningen om en huvudman skulle det bli mycket bättre.

Respondent i intervju

Slutligen är det flera verksamhetsföreträdare som ställer sig positiva till förslagen i samsjuklighetsutredningens betänkande, och betonar vikten av att utredningens förslag realiseras. Man beskriver det som att detta skulle förbättra förutsättningarna för målgruppen och även underlätta för de verksamheter som ger vård- och stödinsatser att hjälpa målgruppen på ett bra sätt.

Vägar framåt

En personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg för personer med psykisk funktionsnedsättning och stora behov kan möjliggöras genom integrerade verksamheter. I vissa regioner finns flera integrerade verksamheter och i andra ingen. För att fler integrerade verksamheter ska starta, och de som redan finns ska kunna utvecklas, behöver målgruppen prioriteras. Det behövs kunskapsstöd och olika typer av stödmaterial om arbetssätt, olika modeller och juridiska frågor, liksom ytor för erfarenhets- och kunskapsutbyte mellan regioner och kommuner.

I september 2025 slutredovisas Socialstyrelsens uppdrag om att stärka det nationella arbetet med att utveckla en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik (S2022/02422).

Kartläggningen och intervjustudien av integrerade verksamheter kommer utgöra ett underlag för de slutsatser och utvecklingsförslag inom området som vi då kommer att beskriva.

I januari 2025 tillsatte Socialdepartementet en delegation med uppdrag att, i linje med samsjuklighetsutredningens förslag, skapa en mer samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård och omsorg för personer med samsjuklighet[18]. Ett av förslagen i samsjuklighetsutredningen [4] är att det blir obligatoriskt för kommuner och regioner att gemensamt bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet, i rapporten kallad integrerad verksamhet, för en avgränsad målgrupp med särskilt stora samordningsbehov. Delegationens arbete är viktigt för att ta vidare frågor som berör prioritering av, utökade förutsättningarna för och behovet av stöd till dessa verksamheter.

Referenser

1. Mellgren Z. Kartläggning integrerade verksamheter och arbetssätt 2015; 2015.
2. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2019.
3. Socialstyrelsen. Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Att förstå och möta anhörigas situation och behov; 2023.
4. Från delar till helhet : en reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
5. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
6. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende : stöd för styrning och ledning : 2019. Stockholm: Socialstyrelsen; 2019.
7. Att bedöma programtroheten till ACT (TMACT). Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
8. Bogarve C, Ershammar D, Rosenberg D. Rehabilitering och stöd till återhämtning vid psykiska funktionshinder : möjlighetens metoder för en ny praktik. Stockholm: Gothia Fortbildning; 2018.
9. Brain C, Landqvist-Stockman S, Olsson H. Integrerad psykiatri : case management i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2014.
10. Marcus L, Nina MG, Dag A. Basmanual. Resursgrupps-ACT. Västra götalandregionen: Västra götalandregionen; 2020.
11. Nilsson C, Gassne M. Case Management. Integrerad Psykiatri med resursgruppsarbete. Arbetsmodell och arbetsblad: Region Skåne, Skånes kommuner; 2024.
12. Nordén T, Norlander T. Resursgrupps ACT(RACT) : en flexibel och integrativ metod : manual. Göteborg: Evidens University Press; 2015.
13. Marjam VS, Fedde S, Meike GdV, Berend HB. Dutch Forensic Flexible Assertive Community Treatment: Operating on the Interface Between General Mental Health Care and Forensic Psychiatric Care. Frontiers in Psychology: Frontiers Media S.A.; 2021.
14. Skåne R, CEPI, universitet L. FACT arbetsboken 2019. Lund: Region Skåne; 2019.
15. Socialstyrelsen, Metodguiden. Case management 2019. Hämtad 2019 från: <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/case-management/>
16. Socialstyrelsen. Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning - Aspekter av betydelse; 2023 oktober 2023. Report No.: 2023-10-8755.
17. Socialstyrelsen. Att nå personer med psykisk ohälsa - uppsökande och informerande verksamhet. Stockholm; 2012 Augusti 2012. Report No.: 2012-8-14.
18. Socialdepartementet. Delegation ska stärka insatserna för personer med samsjuklighet. Regeringskansliet; 2025.



Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov
(artikelnr 2025-2-9454)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.