

FACT Beroende pilot

## Slutrapport



Lina Olsson  
Verksamhetsutvecklare  
VO Vuxenpsykiatri Lund



# Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	4
Inledning.....	5
Uppdraget .....	5
Samsjuklighetsutredningen.....	5
Integrerade arbetssätt och FACT .....	6
Målgrupp.....	7
Syfte och mål .....	7
Syfte .....	7
Mål .....	8
Metod.....	9
Varför pilot .....	9
Övergripande metod .....	10
PDSA-cykeln för förbättringsarbete.....	10
Process .....	10
Tidsplan .....	11
Utvärderingsmetod .....	11
Djupintervjuer samordnare .....	11
Brukarintervjuer .....	12
Enkäter .....	12
Förarbete.....	12
Projektorganisation .....	12
Projektmedlemmar.....	13
Brukarperspektivet.....	13
Målgruppsdefinition.....	13
Avgränsningar målgrupp .....	14
Planerade aktiviteter.....	14
Utbildning.....	15
Resultat .....	15
Stöd för samverkan.....	15
FACT-samordnare .....	15
FACT-tavla .....	16
Gemensamma FACT-möten.....	16
Samtyckesblankett .....	17
Gemensam rutin för samverkan .....	17

Övrigt.....	17
Processbeskrivning.....	17
Formaliserad samverkan .....	19
Teamarbete .....	19
Gemensamma fokus.....	20
Målgrupp.....	20
Nya samverkansparter .....	21
Processutvärdering.....	21
Utmaningar .....	22
Att navigera begreppen FACT och förstärkt samverkan .....	22
Att identifiera samverkanspart och gemensamma deltagare.....	23
Yttre påverkan .....	24
Införandet av nya SoL .....	25
Verksamhetsövergång WeMind - INM .....	25
Förslag till fortsatt utvecklingsarbete .....	26
Implementeringsstöd FACT.....	26
Förstärkt samverkan.....	27
Kartläggning och uppföljning av flöden och samordning .....	27
Avslutande diskussion .....	28
Bilagor .....	30
Bilaga 1: Intervjuguide utvärdering samordnare.....	30
Bilaga 2: Intervjuguide utvärdering deltagare .....	32

# Sammanfattning

Som en förberedelse i arbetet mot Samsjuklighetsreformen beslutade delregional psykiatrisamverkan Mellersta att utföra ett pilotprojekt med fokus på samverkan mellan region och kommuner för personer med samsjuklighet och skadligt bruk/beroende. 3 psykiatriska mottagningar och 3 kommuner i upptagningsområdet formade en projektgrupp tillsammans med utsedd projektledare. Projektet tog sin utgångspunkt i arbetssättet Flexible Assertive Community Treatment (FACT) och tillämpade en stegvis och utforskande metod för implementering. Under processens gång kom projekttiden att förlängas och fler samverkansparter att inkluderas. En av de psykiatriska mottagningarna, mottagning beroende, valde att under pilottiden att gå vidare i processen med att implementera FACT fullt ut. Resultatet visade att ett arbetssätt med utökade samverkansinsatser fungerade ur ett organisatoriskt perspektiv för samtliga av pilotens verksamheter samt att arbetssättet visade på positiva fördelar för de deltagare som fick ta del av insatserna. Samtidigt var det inte alla enheter som kunde identifiera deltagare med stora samordningsbehov inom ramarna för projektet. Mer utforskande arbete behövs för att identifiera hur tvärorganisatoriska samarbeten mellan kommuner och psykiatri kan utvecklas för att fungera över hela verksamheter och nå ut till samtliga deltagare med stora samordningsbehov. För de verksamheter där FACT visat på fördelar för såväl målgrupp som organisation, fortsätter arbetet med att utveckla samverkan i linje med Samsjuklighetsutredningens förslag.

# Inledning

## Uppdraget

Region Skåne och de skånska kommunerna samverkar utifrån lokala överenskommelser för att främja psykisk hälsa för personer i alla åldrar med psykisk funktionsnedsättning. I Mellersta Skåne består samverkansstrukturen av en tvärorganisatorisk styrgrupp benämnd *Samrådsgruppen*, samt underliggande arbetsgrupper som arbetar med prioriterade områden såsom vuxna med funktionsnedsättning och/eller skadligt bruk/beroende. En av frågorna arbetsgruppen hanterat är de förändringar som region och kommuner behöver göra för att möta upp behoven hos målgruppen med samsjuklighet och skadligt bruk enligt Samsjuklighetsutredningens<sup>1</sup> förslag. Samrådsgruppen tog 12/2 2024 beslut att ett pilotprojekt ska utföras med fokus på samverkan mellan region och kommuner avseende den aktuella målgruppen. Pilotprojektet skulle ledas av utsedd projektledare som tillsammans med arbetsgruppen initierat projektets genomförande. Under tiden för pilotprojektets utförande har projektledarens uppdrag utökats till att mer övergripande omfatta ett förberedande arbete inför Samsjuklighetsreformen, där ytterligare aktiviteter såsom specifika utbildningsinsatser och informationsdelning har utgjort betydande delar i helheten. Detta tilläggsuppdrag kommer inte redovisas i denna rapport.

I denna rapport presenteras en sammanfattad slutrapport av pilotprojektet FACT beroende i Mellersta Skåne. Rapporten inleds med en beskrivning av Samsjuklighetsutredningens förslag med fokus på integrerade arbetsätt.

## Samsjuklighetsutredningen

I juni 2020 fattade regeringen beslut om att tillsätta en särskild utredare för att arbeta fram förslag på hur personer med skadligt bruk och beroende kan säkerställas samordnad vård, stöd och behandling med annan psykiatrisk problematik. Syftet med utredningsuppdraget var att tydliggöra hur huvudmännen på bästa sätt skapar förutsättningar för att personer med samsjuklighet erbjuds en samordnad, behovsanpassad och personcentrerad vård. I oktober 2021 beslutade regeringen om ett tilläggsuppdrag där utredningen även skulle lämna förslag på gemensam lagstiftning

---

<sup>1</sup> Statens offentliga utredningar. (2021). Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. (SOU 2021:93), och Statens offentliga utredningar. (2023). Från delar till helhet - tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja. (2023:5).

för personer som vårdas utan samtycke enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) eller Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Regeringen fattade 2025-01-17 ett beslut om att inrätta en delegation, Samsjuklighetsdelegationen, för att ta fram en plan för reformens genomförande, analysera Samsjuklighetsutredningens förslag och lämna förslag på vilka eventuella ändringar eller kompletteringar av dessa som krävs, ta fram nya och kompletterande konsekvensanalyser samt föra dialog med berörda aktörer i reformarbetet. Utredningen föreslår en reform som innebär att regionernas hälso- och sjukvård ska ansvara för all behandling av skadligt bruk och beroende, även för personer utan samsjuklighet och i alla åldrar. Det förändrade huvudmannskapet innebär att socialtjänstens uppdrag renodlas och får ett tydligare fokus på förebyggande insatser och socialt stöd gällande boende, sysselsättning, försörjning och socialt nätverk. Vidare förtydligas huvudmännens ansvar för att samordna sina respektive insatser med varandra, för att säkerställa samordnade omhändertagande. För individer med svår och komplex problematik föreslår utredningen lagstadgade vård- och stödverksamheter som drivs gemensamt av huvudmännen. Det finns ännu inte något tydligt tidsperspektiv för processen, men SKR rekommenderar att kommuner och regioner påbörjar arbetet omgående. För personer med komplex samsjuklighet såsom psykisk funktionsnedsättning och skadligt bruk eller beroende föreslår Samsjuklighetsutredningen att kommuner och regioner gemensamt driver integrerade stödverksamheter. Utredningen fastslår inte vilken specifik modell för vård- och stödsamordning som ska bedrivas, men ger förslag på evidensbaserade arbetsmodeller med integrerat arbetssätt såsom Assertive Community Treatment (ACT) eller Flexible Assertive Community Treatment (FACT)<sup>2</sup>.

## **Integrerade arbetssätt och FACT**

En integrerad verksamhet drivs med personal från olika huvudmän, i detta fall region och kommun, arbetar tillsammans och har ett gemensamt integrerat arbetssätt som är formaliserat i avtal eller överenskommelser. Integrerade arbetssätt rekommenderas av Socialstyrelsen för personer med svår psykisk sjukdom där behovet av samordning är hög. FACT<sup>3</sup> är en arbetsmetod för samordnade, flexibla och återhämtningssinriktade insatser inom ramarna för öppenvårdspsykiatri. Deltagaren som behandlas av ett FACT-team kan vid perioder av god kontroll av sjukdomen

---

<sup>2</sup> Sidan 413-415 i Statens offentliga utredningar. (2021). Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. (SOU 2021:93).

<sup>3</sup> Svensson, B., Hansson, L., och Lexén, A. (2018). Outcomes of clients in need of intensive team care in Flexible Assertive Community Treatment in Sweden. *NORDIC JOURNAL OF PSYCHIATRY*. VOL. 72, NO. 3, 226-231.

erbjudas ordinär öppenvård och vid perioder av kris eller hotande återfall få intensiva vård- och stödinsatser i enlighet med ACT-principer. Stödet erbjuds samordnat med de insatser som deltagaren får från andra viktiga samhällsaktörer, framför allt socialtjänsten. 2016 tog Region Skåne ett förvaltningsövergripande beslut att alla psykosmottagningar ska jobba i enlighet med FACT. 2019 startades ytterligare 2 allmänpsykiatriska FACT team som tillika beforskades i samarbete med Lunds universitet. Därefter har intresset för FACT ökat såväl nationellt som inom Region Skåne, där bland annat FACT ung och en första FACT beroendemottagning startades 2024. Inom ramarna för samarbetet i Vårdsamverkan Mellersta har tidigare satsningar gjorts på FACT för att främja integrerade arbetssätt mellan enheter inom psykosvården samt kommunal socialpsykiatri och LSS. Satsningen visade på goda resultat avseende samverkan, effektivitet, kvalitet och nytta för de deltagare som är föremål för insatserna. Utifrån den kompetens och beprövad erfarenhet bedömde Samrådsgruppen att ett pilotprojekt som tar utgångspunkt i FACT utgjorde ett passande utvecklingsarbetet i Mellersta Skåne, i arbetet med Samsjuklighetsreformen.

## Målgrupp

Målgruppen för de insatser som pilotprojektet avser implementera, är den målgrupp som i Samsjuklighetsutredningen förslag beskrivs vara i behov av en lagstadgad gemensam vård- och stödverksamhet. Detta formuleras som ”*vuxna individer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och skadligt bruk/beroende, i kombination med psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid*”<sup>4</sup>. I rapporten kommer begreppet *målgruppen* hänvisa till denna målgruppsbeskrivning.

# Syfte och mål

## Syfte

Syftet med pilotprojektet är att vara vägledande och konstruktivt lärande i processen att implementera en formaliserad samverkansstruktur mellan kommuner och region

---

<sup>4</sup> Sidan 413 i Statens offentliga utredningar. (2021). Från delar till helhet - En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet. (SOU 2021:93),

i Mellersta Skåne, för att tillhandahålla samordnade insatser till målgruppen med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och skadligt bruk/beroende.

## **Mål**

Det långsiktiga målet är att individer med komplex problematik i form av samsjuklighet med psykisk funktionsnedsättning och skadligt bruk/beroende ska få bättre och mer sammanhållen vård och stöd. Detta mål ligger i linje med bakgrunden och hela syftet med att utföra projektet och ska snarare benämnas som ett långsiktigt effektmål. Effektmålet fungerar som en gemensam målbild som visar riktning och skapar en samsyn mellan projektets samverkanspartners.

Med hänsyn till projektets omfattning, resurser och tidsåtgång, skulle detta mål dock ej anses möjligt att vare sig utföra eller utvärdera på ett tillförlitligt sätt.

Projektgruppen ansåg det vara viktigt att formulera mål som på ett beskrivande sätt redovisar för vad projektet förväntas leverera, dessa presenteras nedan som utfallsmål.

## **Utfallsmål**

1. Implementera och prova på aspekter av FACT i utvalda enheter inom psykiatrin och kommunen vilka möter målgruppen.
2. Utvärdera huruvida målgruppen främjas av arbetssättet, samt verksamheternas möjligheter att effektivt tillämpa arbetssättet.
3. Ha underlag för att kunna ge förslag på fortsatt utvecklingsarbete som fångar upp hela målgruppen

Vidare formulerades kvalitativa mål för arbetsprocessen, vilka ansågs särskilt viktiga med hänsyn till att projektet utgjordes av ett tvärorganisatoriskt samarbete och tillämpades med en utforskande metod (se Metod). Dessa presenteras nedan som processmål.

### Processmål

1. Alla relevanta perspektiv är representerade i arbetsprocessen.
2. Konflikter och motsättningar hanteras konstruktivt och bör ses som möjligheter att styra processens riktning.
3. Projektgruppen arbetar för en gemensam förståelse och hantering av processen, och arbetar ömsesidigt för att driva processen framåt.

## Metod

### Varför pilot

Medan ett projekt är ett brett, tidsbegränsat arbete för att uppnå ett visst mål, kan ett pilotprojekt beskrivas som ett småskaligt test av samma idé eller process. Vår utgångspunkt var att FACT eller ett liknande arbetssätt som förväntas leverera sammanhållen vård och stöd till målgruppen, är en lämplig modell med hänsyn till målgruppens behov såväl som verksamheternas förutsättningar. Vidare bedömde vi att det fanns flertalet skäl för att i stället för ett fullskaligt projekt, motivera ett pilotprojekt. För det första befann sig Samsjuklighetsutredningen i ett skede där det saknades formella beslut kring huruvida dess förslag skulle tas vidare. För det andra togs i beaktning att tillämpning av FACT för den specifika målgruppen ännu var tämligen obeprövad inom Region Skåne såväl som nationellt (med undantaget för en beroendemottagning i Helsingborg som vid tillfället precis hade tagit beslutet att implementera modellen och därmed ännu inte kunde användas som rollmodell för att påvisa fallgropar eller framgångsfaktorer). Med anledning av detta kunde vi resonera att en pilot vara en mer säker och försiktig ingång som tillåter lärande och korrigerande utan att alltför stora satsningar görs.

## Övergripande metod

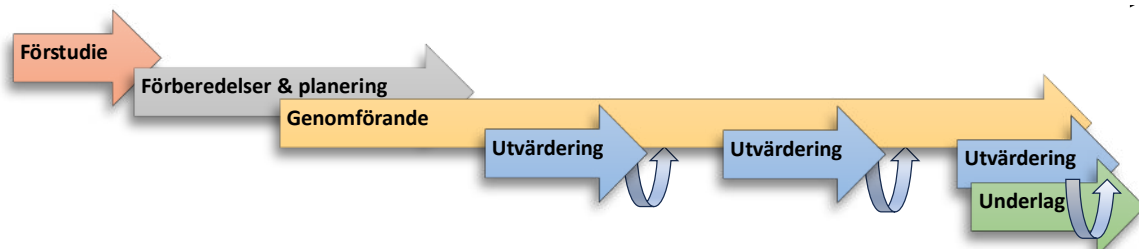
Projektgruppen beslutade gemensamt att arbeta utifrån en lärandedriven och utforskande metod. I praktiken innebar detta att vi inför pilotprojektets start inte kunde planera alla åtgärder fullt ut, utan behövde utgå från ett antal planerade aktiviteter som kunde utvärderas allt eftersom de testades. Som teoretiskt ramverk för den utforskande metoden togs inspiration av PDSA-modellen.

### PDSA-cykeln för förbättringsarbete

PDSA-cykeln (Plan-Do-Study-Act) är en iterativ, fyrstegsmodell för kontinuerlig förbättring och utveckling. Den går ut på att systematiskt testa små förändringar (Planera, Göra) för att sedan analysera resultaten (Studera) och baserat på detta bestämma nästa steg (Agera). Modellen gör det möjligt att stegvis implementera en förändring, justera planen eller testa igen, vilket skapar en cykel av ständig utveckling. Detta innebär att projektet tidigt in i genomförandefasen visade på resultat som direkt medförde att projektets genomförande styrdes i en särskild riktning, t.ex. att nya aktiviteter planerades eller att fler projektparter bjöds in. Till följd av detta är en del resultat lika mycket en del i genomförandeprocessen, och därför kommer genomförandet att räknas som en del av resultatet och därmed presenteras under rubriken Resultat.

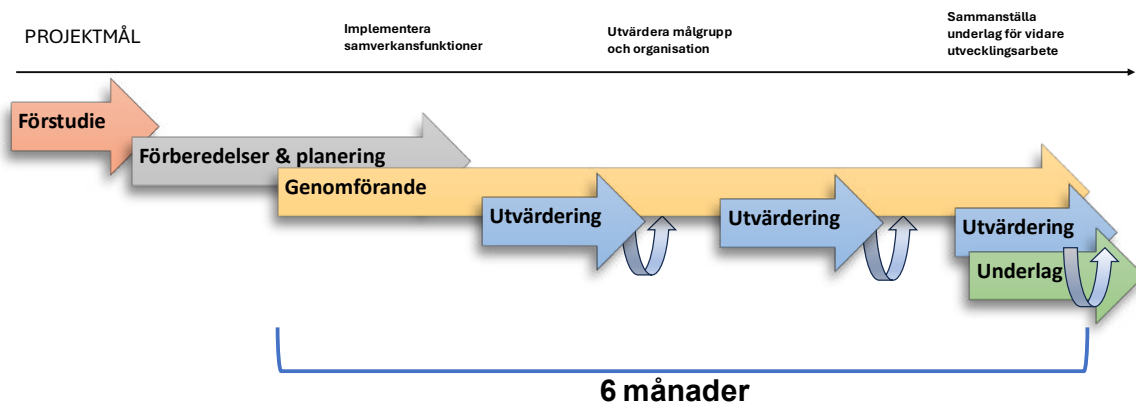
## Process

Projektgruppen avsåg arbeta fram en processkarta som visualiserade projektets olika stadier men även flexibiliteten i projektets riktning. Detta för att kontinuerligt förtydliga och inom projektgruppen stämma av kring vilken del i processen projektet befann sig i. Processkartan fungerade dessutom som stöd vid extern presentation av projektet samt återrapportering till Samrådsgruppen.



## Tidsplan

Den initiala tidsplanen omfattade ett arbete på ca 10 månader (mars-dec 24) varav 6 månader var tänkt att avsättas till det verksamma genomförandet. Nedanstående tidslinje visualiserar pilotprojektets process i relation till utfallsmål och initial tidsplan.



## Utvärderingsmetod

Utvärdering har skett under projektgruppens regelbundna möten samt genom avstämningar mellan samordnare och projektledare. Projektet har utvärderats under genomförandeprocessen för att kontinuerligt återföra korrigeringar och förbättringar i arbetssättet. Därmed är genomförandeprocessen i sig en del av resultatet. Inför pilotprojektets avslut har intervjuer gjorts med 8 samordnare och 2 deltagare, samt kortare enkätundersökning till projektets samtliga projektdeltagare.

## Djupintervjuer samordnare

Totalt 8 djupintervjuer gjordes med 8 olika samordnare. Intervjupersonerna representerade Kävlinge kommun, Burlövs kommun, Lunds kommun, Höörs kommun, Eslövs kommun samt allmänpsykiatrisk mottagning WeMind, allmänpsykiatrisk mottagning 2, allmänpsykiatrisk mottagning 3 och mottagning beroende Lund. Varje intervju tog 50–90 minuter och hade en semi-strukturerad metod med förberedda intervjufrågor som stöd. Intervjufrågorna var formulerade för att fånga upp intervjupersonernas upplevelser kring områdena *samordnaruppdraget*, *strukturerad samverkan*, *målgrupp* samt *resultat av projektet*. Intervjuguide finns tillagt som Bilaga 1.

## **Brukarintervjuer**

2 intervjuer gjordes med deltagare som någon gång under projekttiden erhållit samordnade vård- och stödinsatser inom ramarna för projektet. Ytterligare en brukare tillfrågades och tackade ja till att delta, men behövde av praktiska skäl avboka. Brukarna tillfrågades via sina respektive socialsekreterare som också var samordnare i projektet. Varje intervju tog 30–60 minuter och båda respondenterna valde att sin kontaktperson inom kommunen med sig under intervjun. Intervjun gjordes utifrån en semi-strukturerad metod med frågor som avsåg fånga respondenternas upplevelse av sin nuvarande tillvaro, samordning av vård- och stödinsatser, möjlighet till delaktighet som behov och önskemål om framtiden. Syftet med brukarintervjuerna var att fånga deltagarens behov av och eventuella uppfattning om de förändrade arbetsätt som gjorts inom ramarna för projektet.

## **Enkäter**

För att följa upp projektets processmål skapades digitala enkäter med syftet att fånga projektdeltagarnas upplevelser av processen relaterat till delaktighet, samskapande och konflikthantering. Projektledaren formulerade och mejlades ut enkäterna till projektgruppens samtliga deltagare.

# **Förarbete**

## **Projektorganisation**

I samband med projektets uppstart bildades en projektgrupp bestående av projektledare samt representanter med ledningsmandat, ofta enhets- och i vissa fall verksamhetschef, för respektive projektpart. Kort in i projektet inkluderades de samordnare som utsågs att arbeta verksamhetsnära i projektet. Utöver detta ingick brukarrepresentant från *Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)* Skåne. Projektgruppen sammankallades av projektledaren initialt 1 gång/månad vilket kontinuerligt glesades ut till slutligen 4 ggr/år. Syftet med projektgruppens sammanträden var att gemensamt diskutera utmaningar och driva genom förbättringar som rörde projektet, samt att ta del av kunskap om varandras verksamheter.

## Projektmedlemmar

Vid uppstart av pilotprojektet deltog nedan nämnda enheter.

Region	Kommun
Mottagning beroende Lund	Lunds kommun
Allmänpsykiatrisk mottagning 2	Burlövs kommun
Allmänpsykiatrisk mottagning WeMind Lund <sup>5</sup>	Kävlinge kommun

## Brukarperspektivet

Projektet strävar efter att arbeta med brukarperspektivet på individ- såväl som verksamhetsnivå<sup>6</sup>. I Samrådsgruppen, vilken beslutat om pilotprojektets genomförande, ingår representanter från brukarföreningar med möjlighet att påverka eller komma med synpunkter på genomförandet. Brukarrepresentant från NSPH har genom hela projektets gång suttit med i projektgruppen och deltagit på projektmötena. Ungefär halvvägs in i projektets genomförande, valde beroendemottagningen Lund att anställa en *Peer-support* på mottagningen vilket ytterligare främjar brukardelaktighet.

## Målgruppsdefinition

Målgruppen för arbetet i projektet är vuxna individer med samsjuklighet psykisk ohälsa och skadligt bruk/beroende, i kombination med psykisk funktionsnedsättning av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning under längre tid, enligt definition i Samsjuklighetsutredningen. Vidare beslutade projektgruppen om en rad inklusionskriterier som ansågs vara nödvändiga för att deltagaren skulle kunna erbjudas utökad samverkan inom ramarna för projektet:

1. Deltagaren samtycker till informationsutbyte mellan parterna.
2. Deltagaren är aktuell på någon av de mottagningar som deltar i projektet.
3. Deltagaren är aktuell för insatser riktade mot skadligt bruk eller beroende, i någon av de kommuner som deltar i projektet.

---

<sup>5</sup> Allmänpsykiatrisk mottagning WeMind Lund kom att under pilotprojektets sista del genomgå en verksamhetsövergång och blev INM Lund. Under större delen av pilotprojektet deltog mottagningen under namnet WeMind och kommer därför genom hela rapporten att benämnas som detta.

<sup>6</sup> Filippa Gagnér Jenneteg (red.) (2022). Handbok i brukarinflytande. NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa) och Riksförbundet Hjärnkoll (elektronisk). [NSPH-Metodhandbok-i-brukarinflytande.pdf](#)

Gällande de båda sistnämnda kriterierna konstaterade gruppen att projektet avsåg prova på ett förbättrat samarbete för en målgrupp som redan fanns inom de aktuella verksamheterna. Förvisso stod det också klart att flera ur målgruppen kunde befinna sig på andra enheter än de som ingick i pilotprojektet. Men, om projektet innebar att deltagare från andra verksamheter började remitteras eller hänvisas över till de enheter som deltog i projektet med motiveringen att deltagarna skulle få förbättrat stöd just för att det pågick ett arbete med utgångspunkt i FACT, såg projektgruppen en risk för ett ökat antal deltagare som inte stod i proportion till verksamheternas normala flöden. Det fanns då en risk att fokuset skulle behöva läggas på att hantera ett ökat antal deltagare i stället för att prova på och förbättra ett nytt arbetssätt. Projektgruppen konstaterade också att målgruppsdefinitionen och de kriterier som satts, bör utvärderas och korrigeras kontinuerligt i linje med projektets utforskande metod.

### **Avgränsningar målgrupp**

Pilotprojektet avser utforma samordnade vård och stödinsatser mellan öppenvårdsenheter inom specialistpsykiatri och socialtjänst, vilka primärt möter och behandlar individer med skadligt bruk och beroende. För regionens del finns dessa individer på verksamhetens subspecialistmottagning för beroendeproblematik, men även inom allmänpsykiatrin. De mottagningar som i dagsläget redan jobbar i enlighet med FACT, till exempel psykosmottagningen, ingår inte i pilotprojektet. För kommunernas del ingår de enheter som huvudsakligen utreder och behandlar skadligt bruk och beroende. Då FACT är en arbetsmodell som avser möta upp behoven hos individerna med mer allvarlig grad av problematik, inkluderas inte primärvården i pilotprojektet. Inte heller omfattas enheter inom kommunen såsom LSS eller socialpsykiatri, där det förvisso förekommer individer med skadligt bruk i varierande grad men utan att vara så allvarlig att den föranleder kontakt med kommunens enheter för renodlad beroendevård.

### **Planerade aktiviteter**

Genom gemensamma beslut i projektgruppen specificerades en rad aktiviteter som utgjorde en miniminivå för att påbörja en samverkansstruktur.

- Den målgrupp som är aktuell inom ramarna för projektet ska identifieras och definieras.

- Information om FACT och projektet ska ges efter behov i verksamheterna till respektive samarbetspart.
- Utbildning i FACT ska tillgodoses direkt till samarbetsparterna.
- 1 kommunal FACT samordnare ska utses per kommun.
- 1 teamleder/samordnare ska utses på vardera psykiatrisk enhet
- Gemensam planering för att inrätta åtgärder och aktiviteter som är i linje med FACT med fokus på förutsättningar för flexibilitet, samverkan och teamarbete. Exempelvis införa FACT-tavla och gemensamma samverkansmöten.
- Utforma skriftliga gemensamma rutiner och riktlinjer för FACT samarbetet.

## Utbildning

Inför uppstart av projektets genomförande, och som en del i det gemensamma planeringsarbetet, gav projektledaren en heldags utbildning i FACT. Utbildningen gavs till projektgruppens medlemmar, dvs. chefer respektive samordnare som representerade respektive samverkanspart i projektet. Syftet med utbildningen var att ge projektdeltagarna en grundläggande förståelse för vad arbetssättet innebär, och hur vi gemensamt kan plocka ut de bitar ur modellen som projektet successivt avser prova på.

## Resultat

Utifrån pilotprojektets utforskande metod faller det sig naturligt en stor del av resultatet utgörs av *processen*. Resultatet kommer därmed inledas med en beskrivning av de olika verktyg och stöd som projektgruppen arbetade fram, efterföljt av en processbeskrivning av aktiviteter, samt projektdeltagarnas sammanfattande bedömning av vad samverkansarbetet bidragit till. Slutligen presenteras en sammanfattning av projektets resultat relaterat till ovan presenterade projektmål.

## Stöd för samverkan

En rad olika verktyg utformades och testades av projektgruppen, med syfte att hitta praktiskt stöd för strukturerad samverkan. En beskrivning av dessa ges nedan.

## FACT-samordnare

En så kallad FACT-samordnare utsågs för respektive enhet inom såväl kommun som region. FACT-samordnarens uppdrag sammanställdes i en gemensam

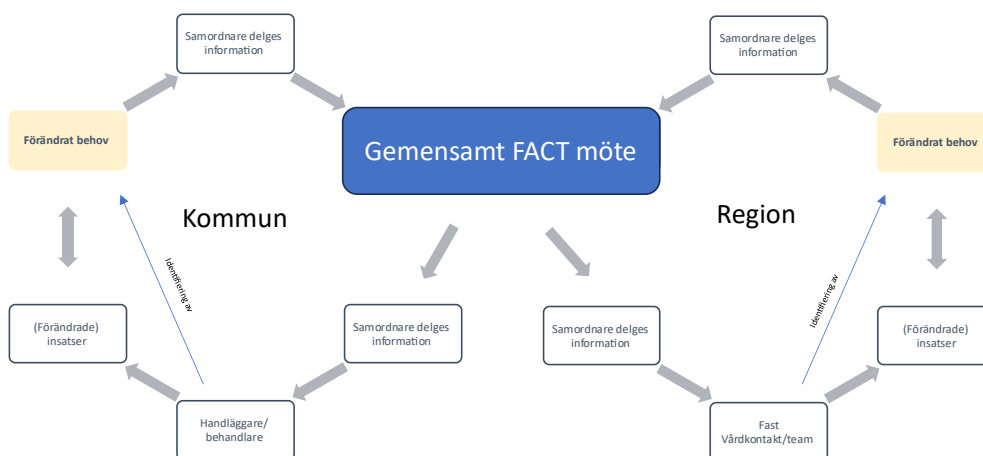
uppdragsbeskrivning och innefattade två huvudsakliga delar: att för sin enhet (1) vara delaktig och behjälplig i planering, utförande och utveckling av projektet, samt (2) vara samordnande och drivande i det dagliga FACT arbetet med deltagarna, inom ramarna för projektet. FACT-samordnarens uppdrag formulerades i en gemensam uppdragsbeskrivning och uppskattades till att omfatta 20–50% av en heltidstjänst.

## FACT-tavla

De psykiatriska mottagningarna planerades att tilldelas varsin så kallad FACT-tavla, vilket är en digital pulstavla för triagering av deltagare samt möjlighet att dela tavlan under digitala möten mellan olika verksamheter. FACT-tavlan kunde i vissa fall upplevas tekniskt krånglig och tidskrävande att använda, varför en allmänpsykiatrisk mottagning valde att inte använda den. WeMind som privat aktör hade inte administrativ tillgång till FACT-tavlan (via Region Skånes intranät), varför WeMind trots önskemål om tillgång inte kunde erbjudas tavlan.

## Gemensamma FACT-möten

Ett första steg i samarbetet var att boka in gemensamma kontinuerligt återkommande mötestider. Det var de psykiatriska enheterna som ansvarade för att bjuda in till och hålla i mötena. Alla parter hade dock lika mycket att säga till om vid beslut om mötestider. Mötestiderna kom att förändras vid ett par tillfällen under projektets gång, för att hitta en struktur som föll väl ut i praktiken. Mötena hölls 1–3 ggr/vecka med respektive samverkanspart. Syftet var att innehållet vid mötena hölls kort och koncist, med fokus på de deltagare som fanns på eller blev lyfta till tavlan. Nedan visualiseras informationsöverföringen mellan kommun och region.



## **Samtyckesblankett**

En enhetlig samtyckesblankett utformades för medgivande till informationsöverföring mellan verksamheterna. Varje enskild enhet valde att få separata blanketter underskriva av gemensamma deltagare; varje deltagare behövde således skriva under en blankett till sin psykiatriska mottagning och en till sin enhet inom socialtjänsten. Detta för att säkerställa att varje deltagare var införstådd med vilka verksamheter som var involverade i samverkan.

## **Gemensam rutin för samverkan**

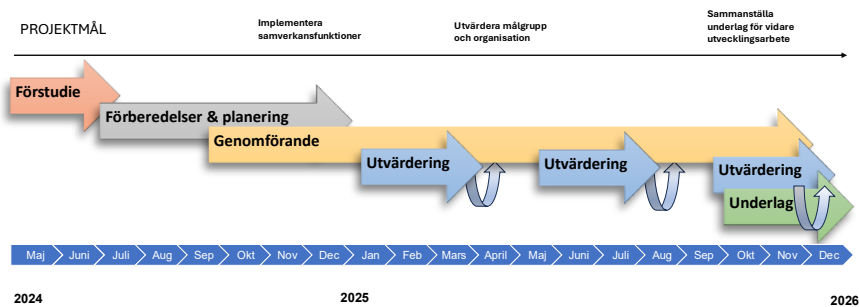
En gemensam rutin för samarbetet avseende gemensamma möten, målgrupp, rutiner för samtycke, informationsflöde och ansvarsfördelning, skrevs med syfte att vara stödjande och förtydligande i samarbetet. Rutiner fastställdes gemensamt vid ett av projektmötena, med avsikt att korrigeras under processens gång om behov förelåg.

## **Övrigt**

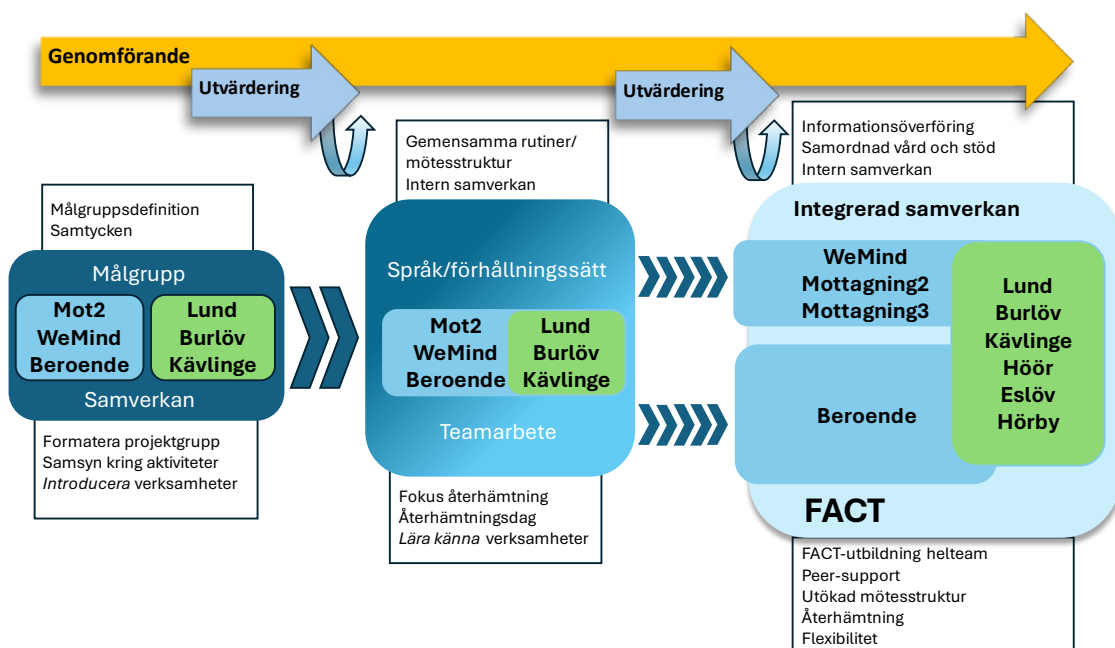
Under projektets gång kom fler verktyg eller hjälpmedel att utformas för att underlätta och förbättra samverkan. Detta kunde handla om kontaktlistor med direktnummer eller förtydligande kontaktuppgifter till olika enheter inom respektive verksamhet. Det handlade även om informationsmaterial gällande FACT och om projektet specifikt, som delades och kunde användas av projektgruppens deltagare för informationsspredning, vilket i sin tur kan anses utgöra en förutsättning för samarbete. Vidare satte projektgruppen upp en fast punkt på projektmötena där vardera enheten fick möjlighet att presentera sin egen verksamhet, med syftet att lära känna varandras verksamheter och således skapa ökad förståelse för hur ett samarbete bäst kunde fungera i praktiken.

## **Processbeskrivning**

Vid närmandet av årets slut 2024 beslöt projektgruppen att driva vidare frågan om att förlänga pilotprojektet ytterligare 12 månader, vilket Samrådsgruppen gav sitt stöd till. Genomförandet kunde därmed fördjupas till en omfattning som inte hade varit möjlig om projektet hade avslutats efter initialt planerad tid. Nedanstående tidslinje visualiserar projektets process i relation till slutgiltig tidsåtgång.



Processen kan visualiseras närmre genom nedanstående bild, där de blå bakgrundsfälten beskriver processens gemensamma fokusområden. Längst till höger visualiseras beroendemottagningens riktning mot att påbörja programtrogen implementering av FACT, varvid projektets allmänpsykiatriska mottagningar riktade arbets sättet mot vad som mer kan beskrivas som en förstärkt samverkan.



Projektets utforskande metod med kontinuerliga utvärderingar och återkopplingar i form av korrigerade arbets sätt och intag av nya och fördjupade fokus, gör att processen bäst kan presenteras i kvalitativa beskrivningar. Nedan beskrivs processens olika resultat närmre, underbyggda av intervjuer och utvärderingar med samordnarna.

## **Formaliserad samverkan**

Samordnaruppdraget har i de allra flesta fall tagit mer tid under den initiala fasen av projektet, men hänsyn till behov av att utbilda och skapa nya samarbeten.

Tidsåtgången har därefter minskat efterhand som saker ”fallit på plats”, och ibland ersatts med förbättringsarbete gällande lokala rutiner och att utveckla kvalitén på samarbetet. Digitala FACT-möten upplevs vara ett bra verktyg som möjliggör täta, korta, tvärorganisatoriska möten, vilka upplevs som smidiga och effektiva. Mötena fyller en viktig funktion för att överföra relevant information och pågående insatser om deltagarna. Genomgående uppges de digitala mötena bidra till att på längre sikt frigöra tid, både då samordnaren annars hade behövt ombesörja samverkan med andra mer ostrukturerade metoder, samt då mötena bidrar till att fånga upp deltagare i ett skede innan de blir alltför sjuka och mer resurskrävande insatser behövs. Den formaliserade samverkan bidrar till att fånga upp deltagare i ett tidigt skede och vid behov sätta in mer insatser utan dröjsmål. Till exempel bedömer en kommunal samordnare att antalet formella orosanmälningar till psykiatrin har minskat till följd av att det finns en upparbetad kontinuerlig dialog. Sammantaget upplevs tidsåtgången för samordnaruppdraget och de gemensamma mötena, som effektiva och tidssparande åtgärder i relation till vad de resulterar i för deltagare och att underlätta för samordnarnas kärnuppdrag.

## **Teamarbete**

Projektet påbörjades med utgångspunkten att en samordnare per enhet skulle axla rollen som ansvarig för samverkanskanalen och förmedla informationen vidare ut i respektive enhet, utifrån en arbetsgång som fick anpassas utifrån varje enhets behov. För de enheter med mindre antal deltagare fungerade detta väl genom pilotprojektets gång. Däremot visade genomförandet och utvärderingen på att rutiner för ersättare vid sjukdom eller behov av att utföra andra uppdrag, är önskvärt för att bibehålla en stabilitet. Några enheter med fler antal deltagare, korrigerade snart efter uppstart så att samordnaruppdraget fördelades mellan två medarbetare, både för att förenkla rutiner vid behov av ersättare och för att dela på ansvaret. För beroendemottagningen som hade flest deltagare i projektet, identifierades snabbt ett behov av att involvera fler medarbetare i samverkansarbetet. I ett första skede utsågs ytterligare en medarbetare att delta i gemensamma möten, och därefter beslutades att hela teamet på mottagningen skulle delta. Ansvarig enhetschef tillsammans med teamet kunde i detta skede se flera fördelar med att låta FACT-mötena bli hela teamets angelägenhet

såsom ett i högre grad tvärprofessionellt teamarbete och att fördelar med samarbetet spreds till hela teamet.

## **Gemensamma fokus**

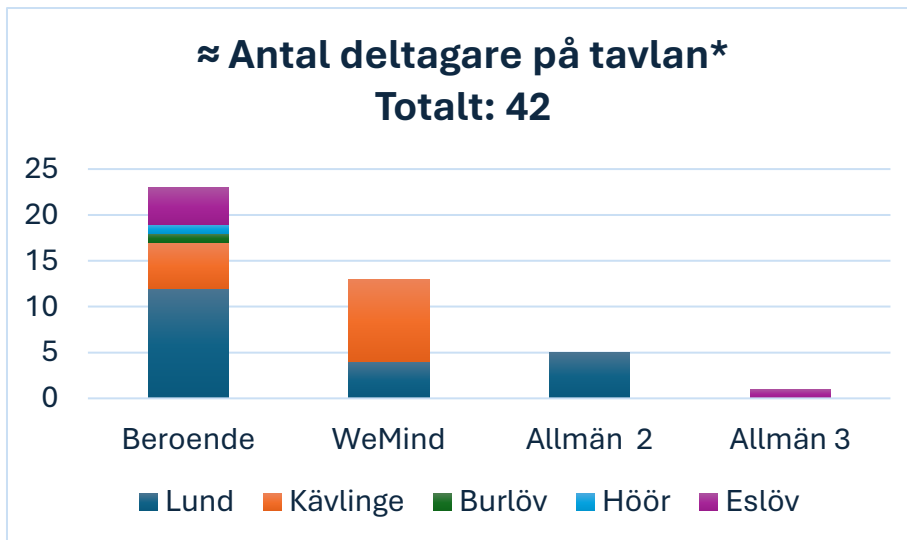
Tidigt in i genomförandeprocessen var samordnarnas ömsesidiga uppfattning att samverkan främjades tack vare ovan nämnda stöd och implementerade åtgärder. Det fanns en önskan om att samarbetet skulle gå från att primärt innebära informationsöverföring mellan parterna, till att bestå av samplanering och samarbete med deltagaren i fokus. Under projektgruppens möten valdes återhämtning ut som ett övergripande tema för vad parterna skulle fokusera på i ett fördjupat samarbete. Bland annat valde projektgruppen ut Återhämtningsguiden<sup>7</sup> som ett gemensamt verktyg för att utforska och arbeta med återhämtningsperspektivet utifrån en gemensam praktisk grund. I maj 2025 hölls en gemensam inspirations- och workshopdag där projektgruppen inklusive hela mottagning beroende deltog för att gemensamt utforska återhämtning som begrepp och som utgångspunkt i det kliniska arbetet. Under våren 2025 undersökte beroendemottagningen möjligheten för att anställa en per-support, vilket senare under året blev verklighet.

## **Målgrupp**

Totalt 42 deltagare har under pilotprojektets gång uppfyllt Inklusionskriterierna samt bedömts behöva utökade insatser. Siffrorna är en beräkning från samordnarna under regelbundna avstämningar 2025. Antalet avser enskilda individer, varav flertalet individer har under projektets gång varit föremål för utökade insatser vid upprepande tillfällen. Vissa individer har behövt utökade insatser under en längre period, andra kortare perioder. Vi har inte fört mer detaljerad statistik kring detta, dels med hänsyn till hur sådan statistik kan lagras och sparas utan att äventyra sekretess eller integritet för deltagarna. Dessutom ser vi att denna typ av statistik inte uppfyller projektets syfte; projektet avser utforska och testa på en förbättrad samverkan mellan för deltagaren viktiga parter, och inte att mäta eller värdera i vilken utsträckning deltagare erhåller olika insatser. Nedan visas antal deltagare fördelat mellan de olika enheterna i projektet.

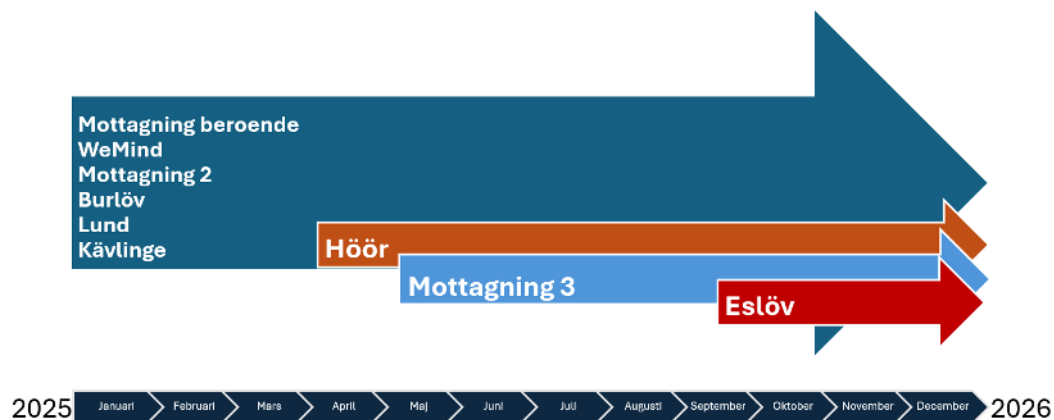
---

<sup>7</sup> Återhämtningsguiden – för dig som mår dåligt. NSPH (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa).



## Nya samverkansparter

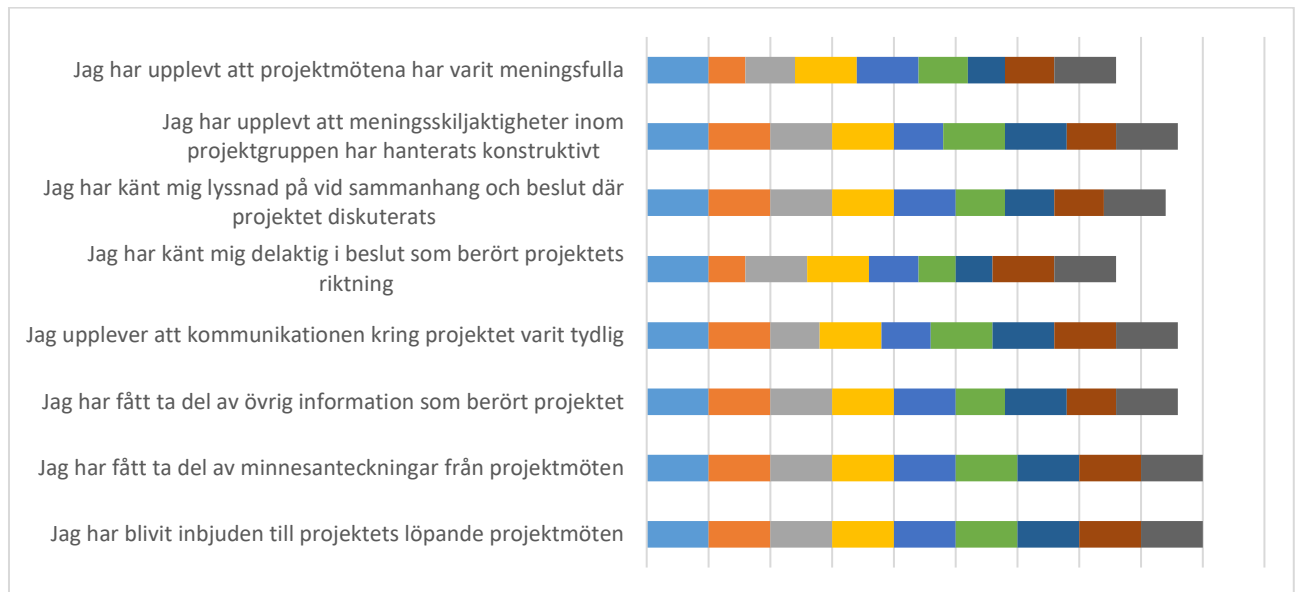
Som ovan nämnt hade pilotprojektet vid uppstart projektmedlemmar från totalt 6 olika enheter, varav 3 kommuner och 3 olika psykiatriska mottagningar. Efterhand valde fler parter att delta i piloten. Nedan visualiseras projektmedlemmarnas tid i projektet. (Hörbys kommun valde att ingå i projektet strax före utvärderingstiden och är därför inte inkluderade i sammanställningen eller utvärderingen.)



## Processutvärdering

Tabellen nedan visar projektdeltagarnas svar på utvärdering av processledning. Sammanställningen visar på att det finns mindre förbättringspotential för att öka kvaliteten och ömsesidig delaktighet, men överlag visar utvärderingen att

projektmedlemmarna är nöjda med processledningen. Processledningen bör därför antas inte äventyrat projektets resultat.



## Utmaningar

Projektets utforskande design innebär i sig en inbyggd förväntan att stöta på och tvingas hantera olika situationer, verktyg och rutiner som inte fungerar helt tillfredsställande och därmed behöver omarbetas. Av den anledning är det heller inte hjälpsamt att rada upp samtlig av dessa under benämningen utmaningar utan i stället beskrivs dessa genomgående i projektets genomförandeprocess. Under utvärderingen har projektet dock identifierat två olika omständigheter som bör lyftas utifrån att de på olika sätt lyfts som särskilt utmanande: FACT begreppet, samt kan ha påverkat projektets resultat; då två av enheterna i pilotprojektet nästintill helt saknade deltagare tillhörde målgruppen.

### Att navigera begreppen **FACT** och **förstärkt samverkan**

Pilotprojektet har sedan start haft ett uttalat syfte att utforska en utökad samverkan mellan region och kommun, vilket hämtat *inspiration* från arbetssättet FACT som i sin helhet innebär långt fler komponenter än det som fallit inom ramarna för projektet. Det har inom projektgruppen, dess medverkande enheter såväl som Samrådsgruppen, varit tydligt att projektet tillämpar *enskilda aspekter* av FACT som inte isolerade kan sägas utgöra den helhet som krävs för att programtroget uppfylla kriterierna för det evidensbaserade arbetssättet som FACT utgör. Projektgruppen har varit transparenta

med att vi delvis ”plocka russinen ur kakan” och motiverat detta med att projektets design är just en pilot samt att utökat tvärorganisatoriskt samarbete även isolerat kan ses som ett väl beprövat och önskvärt mål. Projektgruppens kommunikation rörande projektet utåt, har dock inte kunnat påverka att det i vidare led stundtals uppfattats röra sig om ett projekt som implementerar FACT programtroget, ibland gällande samtliga av de samverkansparter som varit inkluderade i pilotprojektet. Detta har upprepande gånger resulterat i två olika typer av utmaningar. För det första har projektets parter fått information eller frågor till sig, som indikerar att de skulle befinna sig i en implementeringsfas som inte alls överensstämmer med där de själva upplever sig vara. Detta har stundtals orsakat viss förvirring men också misstänksamhet bland de berörda medarbetarna, vilket också hanterats med att erbjuda upprepad information såväl som tydliggörande kommunikation. För det andra, har samma typ av föreställning om projektets innebörd vid vissa tillfällen gett upphov till risk för felaktiga bedömningar av patienters möjligheter till insatser. Ett specifikt exempel är när en patient som erhöll insatser via en annan psykiatrisk enhet övervägdes frånta dessa insatser med motiveringen att denna hade insatser i enlighet med FACT. Bedömningen var felaktig eftersom patienten förvisso tillhörde en av enheterna som deltog i pilotprojektet men detta är inte likställt med att erhålla insatser enligt programtroget FACT. Situationen i fråga aktualiserades genom dialog och kunde tydliggöras innan det innebar några indragna insatser för patienten.

Ovanstående beskrivningar visar dock på vikten av att framåt tydliggöra vad som utgjort insatser inom ramarna för ett pilotprojekt och vad detta resulterat i. Gällande mottagning beroende togs under hösten 2025 beslutet att gå FACT utbildning och jobba mot en implementering av programtroget FACT. Mottagningen har kommunicerat detta både vid tillfället för beslut om utbildning, samt vid pilotprojektets slut. För två av de totalt 3 allmänpsykiatriska mottagningar som deltagit i pilotprojektet, har däremot begreppet *förstärkt samverkan* kommit att fungera som en beskrivning av vad en fortsatt strukturerad och tvärorganisatorisk samverkan innebär, utan ambitionen att utöka arbetssättet ytterligare i linje med FACT.

### **Att identifiera samverkanspart och gemensamma deltagare**

Två av projektets enheter, en kommun och en psykiatrisk mottagning, hade väldigt få eller inga alls identifierade deltagare tillhörande målgruppen. På allmänpsykiatriska mottagning 3 var identifierade antalet deltagare så få, att enheten inte såg det motiverat att upprätthålla den strukturerade samverkan efter projektets slut. Några

olika orsaker till detta fanns att resonera kring. För det första deltog mottagning 3 relativt kort tid i pilotprojektet, och det kan tänkas att samordnaren tillsammans med enheten behövt mer tid för att identifiera både deltagarna och skapa förståelse för hur arbetssättet skulle kunna utgöra en del i kärnverksamheten. För det andra har mottagningen patienter tillhörande Eslövs, Hörbys samt Höörs kommun. Detta är kommuner som alla klev på relativt sent in i pilotprojektet och därmed hade även dessa under pilotprojektets gång mindre tid på sig för att landa i arbetssättet och identifiera deltagare. Å andra sidan kunde samtliga av dessa kommuner identifiera deltagare tillhörande mottagning beroende. Slutligen resonerade samordnaren från mottagning 3 att enheten redan hade ett väl utarbetat arbetssätt för samverkan utifrån de få antal deltagare som hade detta behov, varför implementering av nya arbetssätt i nuläget ansågs överflödigt.

Även Burlövs kommun, som var en av samarbetsparterna som deltog redan i uppstart, har under pilotprojektets gång kunnat identifierat förvånansvärt få deltagare. En orsak till detta är sannolikt att kommunens invånare hör till en allmänpsykiatrisk mottagning som inte deltog i pilotprojektet. Detta förklarar dock inte helt varför Burlövs kommun inte heller kunde identifiera deltagare tillhörande mottagning beroende, men en gissning är att dessa patienter väljer att söka sig till beroendemottagningarna i Malmö stad som geografisk ligger närmre. Sammantaget utgör mottagning 3 och Burlövs kommun samverkansparter som skiljer sig från de övriga i projektet, utifrån att de av olika anledningar inte har underlag för att samverka. Detta bör inte tolkas som att deltagare i vissa kommuner eller verksamheter inte har behov av samordning eller utökade insatser. Snarare bör det ses som ett resultat av en komplex organisatorisk och geografisk fördelning, där varje part behöver få stöd för att utveckla och förbättra samarbeten utifrån sina specifika deltagares behov.

## Yttre påverkan

En implementeringsprocess i klinisk verksamhet kommer onekligen alltid präglas av omvärldsförändringar och yttre påverkan, och det är i det närmsta omöjligt att avgränsa faktorer som inte bidragit till någon påverkan. Nedan diskuteras två faktorer som i utvärdering identifierats som särskilt bidragande till påverkan på projektets resultat såväl som framtida förutsättningar. Sammantaget bör dock sägas att bägge

faktorer får anses ligga utanför projektgruppen möjlighet till påverkan, men bör lyftas för att kunna resoneras kring vid fortsatt utvecklingsarbete.

## **Införandet av nya SoL**

1 juli 2025 trädde nya socialtjänstlagen (SFS 2025:400) i kraft vilken syftar till att göra socialtjänsten mer tillgänglig, förebyggande och kunskapsbaserad. En av förändringarna innebär att socialtjänsten erbjuder öppna insatser utan behovsprövning som den enskilde kan söka direkt till utföraren. Det innebär att flera av de öppna insatser som tidigare krävde myndighetsbeslut nu kan erhållas utan krav på utredning och behovsprövning. När en insats är behovsprövad och beviljad av myndigheten följs insatsen upp av socialsekreterare och journalförs i myndighetens journal, samt av utföraren i utförarens journal. När en insats inte är behovsprövad journalförs det endast i utförarens journal, vilket inte är synligt inom myndighetsjournalen som de kommunala FACT samordnarna utgår från. Förändringen uppmärksammades inom projektet när det stod klart för de kommunala FACT samordnarna att det kan finnas individer med pågående insats inom socialtjänsten, som i teorin var osynliga för kommunens myndighetsfunktion. Detta blev problematiskt om öppenvårdspsykiatri aktualiserade en individ för samordning inom ramarna för projektet, då de kommunala FACT samordnarna inte kunde se att individen var aktuell för en icke behovsprövad insats. Diskussionen som uppstod avsåg huruvida individer som söker sig till en insats utan behovsprövning kunde bedömas ha ett mindre omfattande behov av samordnat stöd och därmed uteslöts ur samarbetet oavsett. Men projektparternas bedömningar var att så inte var fallet. Snarare kunde dessa individer ibland ha ett ännu större behov av samordning men av olika skäl önskade avsäga sig högre insatser, vilket gjorde förutsättningarna för samarbete och motivationsarbete än mer viktiga. Samtidigt fanns ingen etablerad kontakt eller möjlighet till delad journalföring mellan utförarsidan i kommunen och psykiatri, vilket i praktiken skulle sätta stopp för samarbetet. En lösning på problemet blev att utse en medarbetare med samordningsansvar inom utförarenheten, som har ett nära samarbete med såväl myndighetssidan i sin respektive kommun och öppenvårdspsykiatri.

## **Verksamhetsövergång WeMind - INM**

I Region Skåne, inklusive Mellersta Skåne, kan privata vårdgivare erbjuda hälso- och sjukvård på uppdrag av regionen genom LOV (Lagen om valfrihetssystem). En av

projektdeltagarna som ingick i projektet var den allmänpsykiatriska mottagningen på dåvarande WeMind, en privat aktör med uppdrag att erbjuda specialistpsykiatrisk vård för invånarna särskilt geografiskt upptagningsområde. WeMind's medverkan i projektet har övergripande haft samma förutsättningar som övriga parter då WeMind har samma uppdrag och möter samma målgrupp som de regionala psykiatrimottagningarna, samt tillhört strukturen för delregional psykiatrisamverkan. Däremot uppdagades tidigt i projektet att WeMind inte alltid hade tillgång till samma verksamhetsstöd som övriga regionen. Därför kunde WeMind till exempel inte använda den digitala pulstavla som var en av projektets planerade åtgärder för samverkan. 1 december 2025, precis i slutet av projekttiden, övergick WeMind Lunds verksamhet till att drivas av INM. I samband med övergången förändrades förutsättningar för verksamheten vilka inte med självklarhet kunde fortsätta den samverkansstruktur som mottagningen utvecklat tillsammans med sina samarbetsparter i två olika kommuner. Vid pilotprojektets avslut stod det ännu inte klart exakt hur en fortsatt samverkan skulle kunna se ut. Det var vid projektets avslut en absolut önskan att kunna fortsätta samarbetet antingen i samma form, eller i andra hand en korrigerad samarbetsform utifrån vilken den nya verksamheten kan tillåta.

## Förslag till fortsatt utvecklingsarbete

Nedan diskuteras tre förslag till fortsatt utvecklingsarbete. Förslagen bygger på pilotprojektets konkreta resultat såsom att mottagning beroende valt att gå vidare i processen mot programtroget FACT, dialoger och förslag som uppkommit i utvärderingar med projektgruppen samt omvärldsbevakning relaterat till Samsjuklighetsreformen.

### **Implementeringsstöd FACT**

Att genomgå organisationsförändringar kräver kontinuerligt stöd även på enhetsnivå. Beroendemottagningen befinner sig vid pilotprojektets slut i en nyetablerad fas för implementering och utveckling av programtroget FACT, där fortsatt stöd för implementering är viktigt för att säkerställa processen. Region Skåne har tidigare erfarenhet av hur en dedikerad processledare vid nyetablering av FACT-team samt implementering av arbetssättet varit avgörande för att framgångsrikt etablera arbetssättet. Region Skåne har också en väl uppbyggd struktur för FACT-implementering på regional nivå med flertalet FACT processledare på

delregional nivå. Att säkerställa beroendemottagningens implementering genom en processledare som driver och utvecklar arbetet i rätt riktning i Mellersta Skåne. Processledarens uppdrag bör även vara tydligt riktat mot de kommuner som arbetar gemensamt med beroendemottagningen för att utveckla ett programtroget FACT. Processledarens uppdrag behöver inte begränsas till att omfatta samarbetet mellan region och kommun, utan kan för kommunernas del även handla om att undersöka hur samordningen kan se ut mellan olika interna förvaltningar.

### **Förstärkt samverkan**

Projektet har visat på att fördjupad samverkan mellan kommun och region har fördelar även när arbetssättet inte tillämpas enligt programtroget FACT. Att mellan kommun och region kunna utbyta information om individer med stora samordningsbehov är inte oväntat en framgångsfaktor för att kunna ge samordnad vård och stöd, med befintligt implementerade åtgärder såsom SIP. Dock har mindre strukturerad och personbunden samverkan i vissa fall visat sig vara otillräcklig såväl som bristande gällande struktur och rutin. En förstärkt samverkan i form av den utökade samverkan som pilotprojektet utforskat, uppfyller behoven för strukturerad och effektiv samordning. Det är viktigt att allmänpsykiatriska mottagningar som bibehåller eller implementera en förstärkt samverkan får förutsättningar för arbetet i form av rutiner och uppdragsbeskrivningar som är formellt beslutade på enhetsnivå eller med fördel på verksamhetsnivå. Vidare har det visat sig viktigt att ta fasta på begrepp som särskiljer arbete i linje med programtroget FACT och arbete som utgörs av den fördjupade samverkan som projektets allmänpsykiatriska mottagningar tillämpade.

### **Kartläggning och uppföljning av flöden och samordning**

Samsjuklighetsutredningen föreslår i sin lagrådsremiss *En mer sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende och andra psykiatriska tillstånd (2026)* att vård och behandling av skadligt bruk och beroende alltid ske samordnat med andra psykiatriska tillstånd, samt att samordningen mellan de olika huvudmännen ska förstärkas. Projektet har i viss mån aktualiserat frågan om gränssnittet mellan beroendemottagningen och allmänpsykiatriska mottagningar, och vilket samarbete och samordning som kan och bör tillhandahållas mellan olika mottagningar. Frågan är också aktuell ur ett kommunperspektiv, där målgruppen ofta förekommande remitteras över eller insatser konsulteras mellan olika mottagningar vilket

socialtjänsten med fördel önskar följa med i. Vid pilotprojektets avslut befinner sig Samsjuklighetsutredningens förslag fortsatt i ett skede där en förflyttning av huvudmannskapet ännu trätt i laga kraft. Frågan om huvudmannskapet involverar dessutom till avsevärd del primärvården, och kan således verkställas inte inom ramarna för vare sig projektet eller enbart specialistpsykiatrin. Men, i samband med att beroendemottagningen och till viss del allmänpsykiatrin vidareutvecklar sina arbetssätt där samordning utgör en viktig aspekt, kan det vara relevant att tydliggöra hur målgruppen kan säkerställas samordnade insatser i enlighet med utredningens förslag. Förslag som uppkom under projektets gång var särskilda avstämnings- och samordningsmöten mellan specialistpsykiatrins mottagningar, samt utvecklade rutiner för hur socialtjänsten ges förutsättningar att följa individer med flera vårdkontakter.

## Avslutande diskussion

Sverige står inför en omfattande reform för omhändertagande av individer med samsjuklighet och beroende. Samsjuklighetsutredningen föreslår ett förändrat huvudmannskap, från kommunerna till regionerna, där ett samlat behandlingsansvar ska säkerställa att ingen faller mellan stolarna. Dessutom föreslår utredningen en lagstadgad integrerad vård- och stödverksamhet för de individer med mest komplexa behov, där region och kommun utifrån respektive ansvarsområden ansvarar för samordnade omhändertaganden. Vid tiden för författandet av denna rapport har regeringen precis presenterat en lagrådsremiss som föreslår att delar av Samsjuklighetsreformen träder i laga kraft 1 juli 2027.

När Mellersta Skåne redan under första delen av 2024 tog initiativ till att göra ett pilotprojekt för samordnade vård- och stödinsatser till målgruppen, fanns fortfarande hög osäkerhet kring när och på vilket sätt Samsjuklighetsutredningens förslag skulle träda i kraft. Samtidigt fanns beprövad erfarenhet och stark tro på att samarbete mellan kommun och psykiatri är avgörande för att sätta individen i centrum. Framför allt, fanns en stark vilja och ett mod hos samtliga parter, att utforska hur förutsättningarna för verksamheternas arbete med personcentrerad vård ständigt kan förbättras. Pilotprojektet visade tidigt att arbetssättet med utökade samverkansinsatser fungerade ur ett organisatoriskt perspektiv för samtliga av pilotens verksamheter samt att arbetssättet visade på positiva fördelar för de

deltagare som fick ta del av insatserna. Samtidigt har arbetet inneburit utmaningar och lärdomar som vi tar med oss in i det fortsatta utvecklingsarbetet. Resultatet består således av både lärdomar såväl som framgångar. Projektet har visat på att förändringar som görs även i mindre skala och där utfallet initialt inte är fastställt, kan bidra till positivt utvecklingsarbete. Regioner och kommuner i Mellersta Skåne har med projektet fortsatt bygga på gemensam grund för utvecklingsarbete i riktning mot Samsjuklighetsreformens förslag om samordnad vård för individer med samsjuklighet och skadligt bruk och beroende.

# Bilagor

## Bilaga 1: Intervjuguide utvärdering samordnare

Vilken enhet/kommun representerar du?

Hur länge har du varit samordnare i projektet?

### **Samordnaruppdraget**

Beskriv din roll i projektet

Vilka har dina uppgifter varit?

Uppfattning om tidsåtgång för uppdraget?

(Hur) har uppdraget förändrats över tid?

Vilket stöd i arbetet har du haft av

den uppdragsbeskrivning som vi skrev i uppstarten?

rutinen för det gemensamma arbetet som skrevs i uppstarten?

den gemensamma Teamskanalen?

### **Strukturerad samverkan**

Hur har den strukturerade samverkan sett ut med respektive samverkanspart?

Hur upplever du att digitala FACT möten för samverkan har fungerat?

Vilken annan samverkan utöver digitala möten har förekommit?

Hur har ni säkerställt samtycke till informationsutbyte?

Vad har fungerat bra i samarbetet?

Vad har fungerat mindre bra i samarbetet?

Vilka utmaningar har ni stött på i samarbetet?

Kan du ge några konkreta exempel/case på hur samordningen har fungerat?

### **Målgrupp**

Hur skulle du beskriva den *faktiska* målgruppen för insatserna i projektet?

Har din bild av vilken målgrupp som kan erbjudas insatserna, förändrats under projektets gång?

Har du under tiden för projektet upplevt att målgruppskriterierna *utesluter* individer?

Vilka? Vad skulle behöva göras för att inkludera dessa individer?

### **Slutsatser**

Vad är din bedömning att projektet har bidragit med för  
deltagarna?  
samarbetet mellan region och kommun?  
ditt arbete/din roll?

Kan du ge några konkreta exempel/case på hur samarbetet har gett effekt för enskilda deltagare? (kommer aidentifieras)

I vilken form skulle du vilja fortsätta samarbetet?

Vill du tillägga något mer?

## Bilaga 2: Intervjuguide utvärdering deltagare

### Introducera

Presentera mig själv

- Tack för att du ville delta idag... du är tillfrågad för att...
- Syfte med intervjun: vi vill veta hur du upplever att vårt arbete fungerar, samt höra dina tankar om hur det kan bli ännu bättre
- 4 delar: nuläget, delaktighet, samordning och framtid

### Nuläge

Vilka olika typer av vård och stöd får du från kommun och psykiatri?

Hur länge har du haft dessa insatser?

Hur viktiga är de här insatserna för dig?

Saknar du någon insats?

### Samordning

Hur många olika kontakter har du inom de här insatserna som vi pratat om?

Hur upplever du att insatserna hänger ihop med varandra?

Vilken hjälp får du med att samordna olika kontakter?

Finns det någon insats som du saknar samordning för?

### Delaktighet

Känner du att du får vara med och bestämma vilka insatser du ska få från kommunen?

Känner du att du får vara med och bestämma vilka insatser/vård och stöd du får från psykiatrin?

Om nej; vad händer när du påpekar detta?

På vilket sätt har du möjlighet att påverka vilka insatser du får från region och kommun?

## **Framtid**

Utifrån att du berättat hur samordningen fungerar... vad skulle kunna bli bättre?

Utifrån att du berättat på vilket sätt du är delaktig... vad skulle kunna bli bättre?

Om du får fantisera fritt... hur ser det perfekta stödet ut från region och kommun?