Ställningstaganden i samband med etablering av vård- och stödverksamhet

Om materialet

Detta material är ett stöd för regioner och kommuner i arbetet med att etablera en samordnad vård- och stödverksamhet. Det syftar till att underlätta gemensamma analyser och ställningstaganden samt bidra till en gemensam bild av vad som behöver finnas på plats i arbetet med att utveckla och etablera verksamheten. Därutöver kan materialet användas i dialog mellan regioner, kommuner, Socialstyrelsen och Samhällsnytta, i den egna genomförandeorganisationen och systemledningen samt vid möten och workshops med chefer, medarbetare och andra berörda aktörer. Det kan också användas inför beslut och för återkommande uppföljning av införandet.

Materialet har tagits fram av Samhällsnytta AB Karlstad Universitet och Socialstyrelsen inom ramen för ett gemensamt FoU-samarbete. Detta är en första version av materialet. Socialstyrelsen har inte beslutat om materialet. En slutlig och beslutad version planeras att publiceras av Socialstyrelsen under våren. Materialet kan komma att omarbetas och kompletteras efter den fortsatta granskningen och beredningen.

Utgångspunkter, framtagande och läsanvisning

Samsjuklighetsreformen innebär en större förändring av vården och stödet till personer med skadligt bruk, beroende och samsjuklighet. Som en del av reformen införs nya bestämmelser. Lagen (2026:1306) om samordnade vård- och stödverksamheter, träder i kraft den 1 januari 2028. Lagen är ett av flera verktyg för att nå reformens mål.

Den utredning som föregick reformen och den nya lagen, Samsjuklighetsutredningen, arbetade tillsammans med personer med samsjuklighet, anhöriga och medarbetare i verksamheter som ger vård och stöd till målgruppen. Samhällsnytta vid Karlstads universitet stödde utredningen i det utåtriktade arbetet genom workshops och intervjuer med designinspirerade metoder. Syftet var att få en lägesbild av hur de samlade insatserna fungerar ur de olika gruppernas perspektiv.

Erfarenheter från utredningens arbete

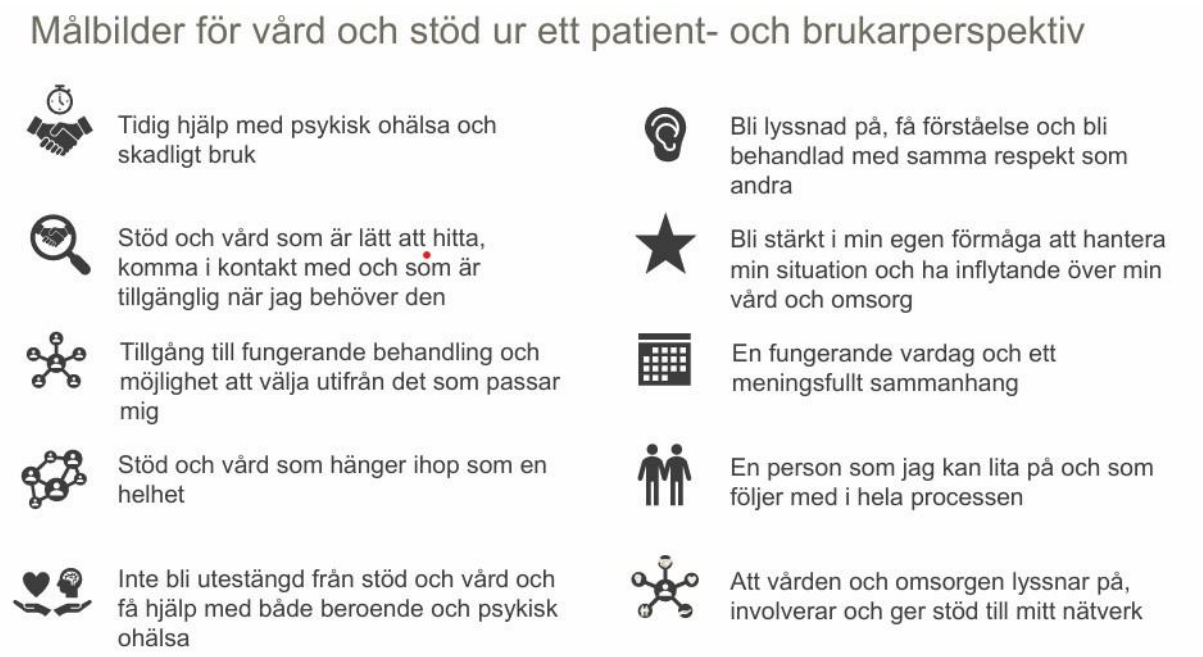
Personer med samsjuklighet och anhöriga beskrev bland annat att:

- personer inte alltid får den vård och det stöd de behöver
- drogfrihet kan krävas för psykiatrisk behandling och psykiatrisk behandling för behandling av skadligt bruk eller beroende
- personer kan sakna något att göra och uppleva att de inte är välkomna i de verksamheter som finns
- personer kan hänvisas eller avvisas när de söker insatser och själva få samordna insatserna
- bristande vård och stöd kan leda till utsatthet för eller risk att begå brott
- anhöriga kan få ta återkommande kontakter med myndigheter men ändå hamna mellan olika verksamheters ansvarsområden utan att någon tar ett helhetsansvar.

Få av de chefer och ledare i regioner och kommuner som Samsjuklighetsutredningen och Samhällsnytta frågade ansåg att verksamheterna levde upp till målbilderna. De beskrev bland annat:

- frustration över att arbeta i stuprör
- stress över att målgruppens behov inte tillgodoses
- bristande tillit mellan verksamheter
- en upplevelse av att vara mer förhandlare om vem som ska göra vad än delar av ett gemensamt system.

Samsjuklighetsutredningen tog tillsammans med Samhällsnytta och personer med samsjuklighet och anhöriga fram tio målbilder för vilket värde verksamheterna ska skapa för målgruppen.



Stöd för införandet

Det pågår flera insatser för att stödja genomförandet av samsjuklighetsreformen. Regeringen har tillsatt en delegation inom Regeringskansliet för att hålla ihop genomförandet av reformen. Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att stödja genomförandet. Samtidigt pågår arbete i regioner och kommuner för att förbereda inför reformen.

Inom ramen för ett FoU-samarbete med Socialstyrelsen ger Samhällsnytta stöd till regioner och kommuner i arbetet med att förbereda och utveckla de samordnade vård- och stödverksamheterna. Syftet är att stödja regioner och kommuner att organisera och utveckla sina gemensamma insatser och stärka förmågan att ge samordnade, personcentrerade och återhämtningsinriktade insatser.

Stödet ges genom ett utforskande arbete tillsammans med regioner och kommuner, där erfarenheter och kunskap kan delas. Arbetet har ett patient-, brukar- och anhörigperspektiv. Samhällsnytta kan enskilt eller tillsammans med Socialstyrelsen besöka enskilda län för att diskutera frågor som uppstår i arbetet samt stödja testande, uppföljning och reflektion. Samhällsnyttas arbete samordnas med övrigt arbete som pågår inom Socialstyrelsen och på andra håll med att förbereda genomförandet av reformen.

Att utveckla samordnade vård- och stödverksamheter är ett långsiktigt arbete på ett komplext område. Även efter att verksamheterna har etablerats kommer det att finnas behov av fortsatt utveckling, uppföljning och lärande utifrån lagens syfte och reformens målbilder.

Vem materialet riktar sig till

Materialet riktar sig i första hand till de genomförandeorganisationer som etableras i regioner och kommuner. Det kan också användas av enskilda regioner och kommuner samt av ledningsstrukturer med ett gemensamt ansvar för regioners och kommuners insatser.

Läsanvisning

Materialet är ett frivilligt stöd i arbetet med att etablera samordnade vård- och stödverksamheter. Regioner och kommuner kan välja att använda hela eller delar av materialet utifrån sina förutsättningar och behov. Till materialet finns också en checklista. Det kan vara lämpligt att börja med den för att sedan gå till materialet för fördjupning.

Materialets innehåll utgår från lagen, propositionen och Samsjuklighetsutredningen samt från vissa riktlinjer och andra kunskapsstöd. Samhällsnytta har också utgått från erfarenheter och kunskaper om att utveckla tjänster i komplexa system.

I materialet framgår vad som följer av lag, proposition eller annan kunskap och erfarenheter. Det senare beskrivs som övrigt stöd.

Materialet är uppbyggt kring sex områden som regioner och kommuner kan behöva arbeta med i samband med etableringen av samordnade vård- och stödverksamheter. Områdena behöver inte hanteras i en viss ordning. Vilka delar av materialet som är relevanta kan variera beroende på vad som redan finns på plats i länet. I dokumentet används begreppet ”behöver ta ställning till”. Det ska inte tolkas som ett lagkrav utan som stöd för vilka punkter som behöver beaktas när regioner och kommuner påbörjar arbetet med att etablera vård- och stödverksamheterna.

Materialet utformas i dialog med regioner och kommuner och kan komma att justeras utifrån de erfarenheter och synpunkter som kommer fram i dialogen.

Etablering av vård- och stödverksamhet

Lagens innehåll och utgångspunkt

Lagen innebär att kommuner och regioner gemensamt ansvarar för att etablera och bedriva en samordnad vård- och stödverksamhet för personer som tillhör lagens målgrupp. Verksamheten riktar sig till personer som har behov av samordnade socialtjänstinsatser och hälso- och sjukvårdsinsatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning. Verksamheten ska erbjuda hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser samt ge den enskilde ett samordnat stöd över tid.

Lagstiftarens utgångspunkt är att den enskilde ska uppleva vården och stödet som en sammanhållen helhet, även när olika professioner, verksamheter och huvudmän medverkar. Insatserna ska planeras, samordnas och genomföras utifrån den enskildes behov, resurser, sociala sammanhang och individuella mål. Den enskilde ska så lång det är möjligt ges möjlighet att vara delaktig i planering, genomförande och uppföljning av insatserna. När det är lämpligt ska också anhöriga ges en sådan möjlighet.

För att det ska vara möjligt att nå lagens mål behöver kommuner och regioner gemensamt organisera verksamheten så att den kan ge samordnade insatser med kontinuitet över tid, utse vård- och stödsamordnare och säkerställa att verksamheten har de kompetenser och arbetssätt som krävs för målgruppen.

Den samordnade vård- och stödverksamheten är inte en ny vårdform eller en ny huvudman. Kommuner och regioner ansvarar gemensamt för att planera, samordna och i stor utsträckning även utföra de hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser som målgruppen behöver.

Hur verksamheten organiseras lämnar lagen i stor utsträckning åt huvudmännen att avgöra. Det avgörande är inte organisationsformen utan att verksamheten utformas så att den kan uppfyllda lagens syfte och ge målgruppen ett samordnat, personcentrerat och långsiktigt stöd.

Områden för etablering av samordnade vård- och stödverksamheter

Materialet är uppbyggt kring ställningstaganden som regioner och kommuner kan behöva genomföra i samband med etableringen av samordnade vård- och stödverksamheter. Det finns

också beskrivningar av möjliga aktiviteter när det gäller själva genomförandet. Etableringen måste ske på flera områden samtidigt. Lagens syfte och vilka arbetssätt som ska tillämpas spelar till exempel stor roll för organiseringen.

Ställningstaganden och aktiviteter är indelade i sex områden.

Område	**Vad arbetet kan omfatta**
1. Förbereda och skapa förutsättningar för verksamheten	• Etablera en regional genomförandeorganisation • Inventering av befintliga verksamheter • Säkerställa fokus på lagens syfte och reformens målbilder • Ta ställning till hur ett gemensamt systemledarskap ska utövas • Inventera och involvera berörda aktörer i utvecklingen av verksamheten • Uppskatta målgruppens storlek och omfattning av behov
2. Organisering av verksamheten	• Teckna avtal om hur den samordnade vård- och stödverksamheten ska bedrivas • Ta ställning till om regionen och kommunerna ska ha en eller flera samordnade vård- och stödverksamheter • Ta ställning till verksamhetens organisering • Ta ställning till hur den operativa ledningen ska organiseras • Ta ställning till behovet av gemensamma lokaler och andra gemensamma resurser • Ta ställning till kostnadsfördelningen mellan regionen och kommunerna • Ta ställning till dokumentation, informationsdelning och sekretess
3. Målgrupp	• Säkerställa att verksamheten riktar sig till lagens målgrupp

4. Arbetssätt	• Skapa förutsättningar för verksamheten att arbeta tillsammans med andra • Skapa förutsättningar för personcentrering och delat beslutsfattande • Ta ställning till hur personer ska aktualiseras i verksamheten • Regionen och kommunerna behöver ta ställning till hur insatser i verksamheten ska avslutas • Ta ställning till hur regelbundna insatser ska tillgodoses • Ta ställning till vilka modeller för integrerade verksamheter som ska användas • Inrätta funktionen vård- och stödsamordnare
5. Insatser	• Skapa förutsättningar för ett uppsökande och mobilt arbetssätt • Säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser i verksamheten • Säkerställa tillgång till socialtjänstinsatser i verksamheten • Ta ställning till om myndighetsutövning ska ske inom verksamheten • Ta ställning till vilka insatser som ska ges inom respektive utanför verksamheten • Säkerställa att verksamheten har rätt kompetenser
6. Struktur för uppföljning och fortsatt utveckling	• Ta fram kriterier för uppföljning av verksamhet, resultat och samverkan

1. Förbereda och skapa förutsättningar för verksamheten

Som en del av etableringen behöver regioner och kommuner genomföra ett gemensamt förberedande arbete.

I den här delen av stödmaterialet behandlas förberedelse av verksamheten avseende:

- Etablera en regional genomförandeorganisation. (övrigt stöd)
- Inventera befintliga verksamheter. (övrigt stöd)
- Säkerställa fokus på lagens syfte och reformens målbilder. (Syftet är lagkrav)
- Ta ställning till hur ett gemensamt systemledarskap ska utövas. (övrigt stöd)
- Inventera och involvera berörda aktörer i utvecklingen av verksamheten. (övrigt stöd)
- Uppskatta målgruppens storlek och omfattning av behov. (övrigt stöd)

1.1 Etablera en gemensam regional genomförandeorganisation

Regioner och kommuner behöver gemensamt etablera en regional genomförandeorganisation och tilldela genomförandeorganisationen de resurser som behövs. Den kan organiseras och

bemannas på olika sätt utifrån de behov som finns. Regionen och kommunerna behöver också komma överens om hur beslut under etableringsarbetet ska beredas och fattas. Det gäller bland annat vilka frågor som kan hanteras gemensamt, vilka beslut som behöver fattas av respektive huvudman och hur beslutsprocesserna ska samordnas. Beslutsordningen behöver utformas utifrån lokala förutsättningar, befintliga samverkansstrukturer och de mandat som berörda organ och funktioner har. Det kan framöver bli aktuellt med ytterligare nationellt stöd i dessa frågor.

I den gemensamma genomförandeorganisationen behöver det finnas kapacitet att ta fram de underlag som följer av det här materialet och andra underlag som kan behövas inför implementeringen av lagen. Arbetet i genomförandeorganisationen ska leda fram till en fungerande verksamhet med tydliga strukturer.

Genomförandeorganisationen hanterar med fördel hela samsjuklighetsreformen. Nedan beskrivs vikten av att det utövas ett systemledarskap som håller långsiktigt fokus på att verksamheterna har förutsättningar att skapa värde för målgruppen och leva upp till lagens syfte och Samsjuklighetsutredningens målbilder. Förutom de gemensamma besluten kommer beslut om finansiering och organisering behöva fattas i respektive region och kommun i länet.
Under 2026–2031 får regioner och kommuner särskilda stimulansmedel för införande av samsjuklighetsreformen.

1.2 Inventera befintliga verksamheter, team och samverkansformer

Det kan vara lämpligt att börja med att inventera befintliga verksamheter.
Runt om i landet finns redan ett stort antal verksamheter och samverkansformer som syftar till att ge ett sammanhållet stöd till målgruppen, exempelvis ACT-team, FACT-team, RACT-team, SPOT-team, avancerad psykiatrisk vård i hemmet (APIH), Bostad först, andra integrerade team och olika former av samsjuklighetsteam inom socialtjänsten. Ibland bedrivs verksamheterna i civilsamhällets regi eller i samarbete mellan kommunen och en sådan aktör.

Dessa verksamheter skiljer sig åt i organisation, arbetssätt och geografisk täckning, och kan innehålla viktiga komponenter i den gemensamma vård- och stödverksamhet som den nya lagen avser att skapa. Vissa verksamheter innehåller bara hälso- och sjukvård- och socialtjänstinsatser. Då kan bedömningen handla om ifall det är möjligt att koppla på insatser från den andra huvudmannen.

I flera fall kommer det att handla om hur verksamheter som bara finns i vissa delar av ett län eller ett visst område, kan utvecklas till att ta ett helhetsansvar för alla länets invånare i lagens målgrupp.

Inventeringen av befintliga verksamheter, team och samverkansformer kan genomföras i följande steg:

- Identifiera vilka gemensamma verksamheter som regionen och kommunerna har för personer med skadligt bruk eller beroende och/eller psykiska funktionsnedsättningar eller psykiatriska tillstånd. Ofta har regionen den överblicken. Gör en bedömning av vilken geografisk räckvidd de befintliga verksamheterna har.
- Identifiera vilka verksamheter inom kommunen respektive regionen som vänder sig till personer med skadligt bruk eller beroende och/eller psykiska funktionsnedsättningar eller

psykiatriska tillstånd med särskilda behov av samordning och intensivare insatser.
- Samarbeta med civilsamhället och inkludera även sådan verksamhet om det är relevant. Syftet är inte en vetenskaplig kartläggning utan en utgångspunkt för utveckling. Kartläggningen kan göras genom samtal eller genom enkäter beroende på länets organisering och storlek.
- Identifiera vilka övriga samverkansformer som finns och används inom området. Det kan ibland finnas särskilda strukturer för kommunikation kring grupper med särskilda behov eller SIP-rutiner som tillgodoser behov hos personer med omfattande behov.
- Bedöm hur väl befintliga verksamheter och samverkansformer motsvarar lagens krav och vilka utvecklingsbehov som finns.

1.3 Säkerställa fokus på lagens syfte och reformens målbilder

Syftet med lagen om vård- och stödsamordning är enligt 2 § att främja enskildas hälsa, trygghet och levnadsvillkor. Det syftet ska genomsyra etableringen och utvecklingen av verksamheten.

Som stöd i arbetet kan regioner och kommuner även utgå från de målbilder som tagits fram inom ramen för Samsjuklighetsutredningen, med ett särskilt fokus på målbilden ”Vård och stöd som hänger ihop som en helhet”. Målbilden handlar om att vården och stödet ska utgå från en helhetssyn på personens psykiska, fysiska och sociala behov och att vård- och stödinsatserna ska hänga ihop. Det är därför viktigt att vård- och stödverksamheten hanteras som en del av hela reformen, som syftar till att lösa till exempel problem med att personer hänvisas mellan verksamheter, själva får samordna sina insatser eller inte får den vård och det stöd de behöver.

Det kan vara till stöd att inledningsvis, och sedan löpande, reflektera kring vad regionen och kommunerna vill åstadkomma regionalt med vård- och stödverksamheterna utifrån lagens syfte och reformens målbilder.

Frågor att diskutera kan vara:

- Vad vill vi åstadkomma med vård- och stödverksamheterna i vårt län?
- Hur kan lagens syfte och reformens målbilder vägleda arbetet?
- Hur uppfattar personer med samsjuklighet vården och stödet i länet i dag?
- Vad behöver vi veta mer om?

En viktig utgångspunkt för etableringen av de samordnade vård- och stödverksamheterna är att personer med egen erfarenhet av vård och stöd, liksom närstående, ges möjlighet att medverka i arbetet. Deras erfarenheter behöver tas till vara när befintliga verksamheter inventeras, nya verksamheter utformas och arbetssätt prövas och utvecklas. Medverkan bör därför vara en del av hela genomförandearbetet och inte begränsas till enstaka tillfällen för dialog eller synpunkter. Något specifikt krav på att involvera patienter, brukare och anhöriga finns dock inte i lag eller förarbeten.

Erfarenheter från patienter, brukare och anhöriga kan inhämtas på olika sätt, exempelvis genom att:

- Bjuda in patient-brukar och anhörigorganisationer och företrädare för civilsamhället.
- Involvera patient-brukar och anhörigorganisationer i arbetsgrupper.

- Besöka öppna verksamheter för personer i utsatthet och diskutera hur de vill möte hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Låta handläggare ställa frågor om verksamhetens utveckling till klienter och brukare.
- Genomföra enklare enkäter.

Baslinjemätning
Som en del av arbetet med att förbereda och skapa förutsättningar för verksamheten kan det vara värdefullt att ta reda på hur vården och stödet fungerar i länet i dag. Det kan ge en bild av utgångsläget och användas i arbetet för att uppnå lagens syfte och reformens målbilder.
När verksamheten är i gång behöver verksamhetens resultat och de övriga delarna av reformen följas med några enkla indikatorer som utgår från lagens syfte och reformens målbilder. Det kan vara vårdkonsumtion hos målgruppen, boendeförhållanden, brottslighet, arbete och sysselsättning och några få kvalitativa frågor om trygghet och upplevda levnadsvillkor som ställs till målgruppen.

En baslinjemätning kan göras med deltagarna i verksamheten när den startar för att sedan följas upp till exempel vartannat år.

Krav på löpande uppföljning och baslinjemätning behandlas inte i lag eller propositionen utan bygger på Socialstyrelsens och Samhällsnyttas erfarenheter. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns bestämmelser om systematiskt förbättringsarbete.

1.4 Regionen och kommunerna behöver ta ställning till hur ett gemensamt systemledarskap ska utövas

Den nya lagen innebär att kommuner och regioner tillsammans ska skapa en samordnad vård- och stödverksamhet. För att lyckas med det behöver huvudmännen både etablera verksamheten och utveckla ett gemensamt sätt att leda de samlade insatserna för målgruppen.

Ytterst handlar det om att öka kapaciteten för samordning, personcentrering och ett återhämtningsinriktat arbetssätt i hela systemet.

Systemledning kan beskrivas som en struktur där regionen och kommunerna gemensamt leder och hanterar frågor som berör flera delar av vård- och stödsystemet. Även om lagen inte ställer krav på systemledarskap visar Samhällsnyttas erfarenheter från arbetet med nära vård och andra komplexa välfärdsområden att det finns behov av att ledarskap utövas på systemnivå. Erfarenheterna visar också att rollerna och funktionerna i systemledarskapet behöver vara tydliga.

Systemledningens uppgift är inte i första hand att styra verksamheter eller fatta beslut om den dagliga driften utan att hålla samman utvecklingen, skapa förutsättningar för samarbete och säkerställa att de samlade insatserna ger det värde för målgruppen som reformen och Samsjuklighetsutredningens målbilder syftar till. Systemledningen behöver därför ha ett vidare perspektiv än den samordnade vård- och stödverksamheten och ett helhetsansvar för utvecklingen av insatser till personer med skadligt bruk eller beroende och andra psykiatriska tillstånd eller psykiska funktionsnedsättningar. Det innebär att samspelet behöver fungera med övriga delar av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra aktörer som har betydelse för

målgruppen. Systemledningen behöver kunna identifiera hinder i systemet, hantera gränsdragningsfrågor och skapa former för dialog och gemensamt lärande mellan verksamheter och huvudmän.

Systemledningen består lämpligen av personer i ledningsfunktioner från kommuner och region med mandat att företräda sina organisationer och att fatta eller bereda gemensamma beslut. Om det finns flera samordnade vård- och stödverksamheter i ett län är det en fördel om de omfattas av samma systemledning. Funktionen kan också integreras med den systemledning som finns för nära vård eller andra gemensamma välfärdsområden.

Den regionala genomförandeorganisationen har i uppgift att hålla ihop förberedelserna inför etableringen av den samordnade vård- och stödverksamheten och ta fram underlag för de beslut som behöver fattas. Systemledningens uppdrag är mer långsiktigt och omfattar utvecklingen av de samlade insatserna för målgruppen, även efter att verksamheten har etablerats. Genomförandeorganisationen och systemledningen behöver därför samverka nära. De kan delvis bestå av samma personer, men det behöver vara tydligt vilka uppgifter och mandat som hör till respektive funktion.

Ett gemensamt systemledarskap kan bland annat ansvara för att:

- Hålla samman utvecklingen mot reformens syfte och den gemensamma målbilden.
- Forma en gemensam förståelse för vilket värde verksamheten ska skapa för målgruppen.
- Följa upp om de samlade insatserna leder till bättre hälsa, trygghet och levnadsvillkor.
- Identifiera och undanröja hinder för samverkan mellan verksamheter och huvudmän.
- Skapa former för gemensamt lärande och kontinuerlig utveckling.
- Bereda gemensamma ställningstaganden och fatta beslut inom ramen för sitt mandat.
- Initiera förbättringsarbete när verksamheten inte utvecklas i önskad riktning.
- Besluta om indikatorer och former för uppföljning av verksamhetens resultat.
- Planera och samordna dialogen med berörda aktörer samt säkerställa att de erfarenheter och synpunkter som framkommer tas till vara i den fortsatta utvecklingen av verksamheten.

Erfarenheter som gjorts av SKR, Samhällsnytta och Experiolab när det gäller etablering av systemledning för nära vård och närliggande välfärdsområden finns på SKR:s hemsida. **Länk**

1.5 Inventera och involvera berörda aktörer i utvecklingen av verksamheten

Den samordnade vård- och stödverksamheten kommer att vara beroende av ett nära samarbete mellan många aktörer. Lagen ställer inga krav på någon särskild involvering av andra aktörer, men erfarenheter som Samhällsnytta har från andra arbeten visar att utveckling av verksamheter i komplexa system behöver bygga på olika perspektiv, erfarenheter och kunskaper. För att verksamheten ska kunna utformas utifrån lagens syfte och målgruppens behov behöver därför dialog föras med de aktörer som berörs av eller bidrar till verksamheten.

Regionen och kommunerna kan inledningsvis inventera vilka aktörer som behöver involveras i etableringen av verksamheten.

Inventeringen kan exempelvis omfatta följande steg:

- Identifiera berörda aktörer som påverkas av eller kan bidra till verksamheten.
- Bedöm varje aktörs roll i verksamheten, till exempel om denne ska delta i planering, lämna

synpunkter, bidra med kompetens på annat sätt, samverka eller erbjuda insatser i den löpande verksamheten eller delta i uppföljningen av verksamheten.

- Planera formerna för dialog med aktörerna, både hur och när dialog ska ske.
- Ta ställning till hur synpunkter och ställningstaganden från aktörerna ska dokumenteras.
- Ta ställning till hur återkoppling av resultat ska ske till berörda aktörer.

Aktörer som kan involveras

Patienter, brukare och anhöriga

Patienter, brukare och anhöriga kan bidra med erfarenheter som är en viktig utgångspunkt för att verksamheten ska utformas utifrån målgruppens behov och ge ett sammanhållet och personcentrerat stöd.

Medarbetare

Medarbetare i den samordnade vård- och stödverksamheten och andra berörda verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan involveras. Deras erfarenheter är viktiga för att verksamheten ska kunna utformas och implementeras på ett hållbart sätt.

Civilsamhällets organisationer

Civilsamhällets organisationer kan bidra med kunskap om målgruppens livssituation och kompletterar ofta hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser.

Fackliga organisationer

Fackliga organisationer kan involveras i frågor om arbetsmiljö, arbetsvillkor och organisatoriska förändringar.

Andra verksamheter och myndigheter

Andra verksamheter och myndigheter som möter målgruppen kan involveras, exempelvis mobila team, PAM-verksamheter och andra närliggande verksamheter samt Polismyndigheten, Kriminalvården, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Dialogen kan bidra till en gemensam förståelse för verksamhetens uppdrag och till att den samordnade vård- och stödverksamheten fungerar väl tillsammans med övriga delar av välfärdssystemet.

1.6 Uppskatta målgruppens storlek och omfattning av behov

En del av förberedelsearbetet är att regionen och kommunerna gemensamt uppskattar målgruppens storlek och vilka behov av insatser målgruppen har. Uppskattningen kan användas som underlag för planering av verksamhetens omfattning, innehåll och organisering. Till hjälp för att uppskatta målgruppens storlek finns beräkningar i Samsjuklighetsutredningen och propositionen av hur många individer som kan tänkas omfattas av den samordnade vård- och stödverksamheten.

Vid bedömningen av verksamhetens omfattning och resursbehov är det viktigt att beakta att personer i målgruppen har olika stora behov av insatser och samordning och att behoven kan variera över tid. Antal personer som tillhör målgruppen ger därför inte i sig en bild av hur stora resurser som behövs i verksamheten vid varje givet tillfälle. Det måste därför göras en bedömning inte bara av målgruppen utan också av verksamhetens kapacitet.

2. Organisering av verksamheten

Det finns flera ställningstaganden som regionen och kommunerna kan behöva göra i arbetet med att organisera verksamheten. De framgår av rutan nedan och efter det kommenteras varje punkt i löpande text.

- **I den här delen av stödmaterialet behandlas organisering av verksamheten avseende:**
- Hur den samordnade vård- och stödverksamhetens bedrivande ska regleras i avtal (lagkrav).
- Om regionen och kommunerna ska ha en eller flera samordnade vård- och stödverksamheter (övrigt stöd).
- Verksamhetens organisering (propositionen).
- Hur den operativa ledningen ska organiseras (övrigt stöd).
- Behovet av gemensamma lokaler och andra gemensamma resurser (övrigt stöd).
- Kostnadsfördelningen mellan regionen och kommunerna (lagkrav).
- Dokumentation, informationsdelning och sekretess (följer av lagstiftning om personuppgiftsbehandling, offentlighet och sekretess).

2.1 Teckna avtal om hur den samordnade vård- och stödverksamheten ska bedrivas

Kommunerna och regionen i länet ska *enligt lagen* ingå avtal om formen för samverkan, budget och verksamhetens organisation.

Vad avtalet ska innehålla, utöver vad som framgår ovan, följer inte av lag men möjligt innehåll kan vara:

- Närmare om hur målgruppen ska definieras.
- Organisationsform.
- Chefskap och ledning.
- Personalansvar.
- Finansiering och budget.
- Lokaler.
- Dokumentation och informationshantering.
- Uppföljning.
- Tvistelösning.
- Former för förändring av avtalet.
- hur avtalet ska följas upp och revideras.

Chefskap, målgruppen, organisationsform, personalansvar, finansiering, lokaler och dokumentation kommenteras längre fram i dokumentet.

2.2 Ta ställning till om det ska vara en eller flera verksamheter i länet

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till hur många samordnade vård- och stödverksamheter som behövs och vilket geografiskt område respektive verksamhet ska omfatta. Det kan finnas flera verksamheter inom samma region. Det kan dock underlätta särskilt för regionen om det finns en samlad gemensam verksamhet. Oavsett hur verksamheten organiseras behöver regionen och kommunerna säkerställa att personer som tillhör målgruppen har likvärdiga möjligheter att få tillgång till en samordnad vård- och stödverksamhet oavsett var i länet de bor.

I vissa län finns verksamheter som uppfyller flera av lagens krav men som riktar sig till en

begränsad del av målgruppen. Exempel på detta kan vara psykosteam. Här görs bedömningen att det inte finns några hinder för att fortsätta bedriva samordnade vård- och stödverksamheter riktade mot en begränsad del av målgruppen, så länge det finns andra verksamheter som tillgodoser behoven hos lagens hela målgrupp.

2.3 Ta ställning till verksamhetens organisationsform

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till hur den samordnade vård- och stödverksamheten ska organiseras och bedrivas. Det går att välja olika modeller för verksamhetens organisering. Utgångspunkten för valet av modell bör vara vad som ger bäst förutsättningar för att uppnå lagens syfte och reformens målbilder.

Exempel på organisationsmodeller som kan övervägas är:

- Samverkan i ordinarie struktur: Regionen och kommunerna organiserar verksamheten gemensamt och bedriver verksamheten inom ramen för sina respektive organisationer och ansvarsområden men i en nära samverkan som uppfyller lagens krav på gemensam verksamhet. Personalen är då anställd hos respektive huvudman men arbetet integreras och sker utifrån ett gemensamt uppdrag.

Exempel 1 på verksamhet som drivs genom samverkan i ordinarie struktur: Regionen har ett inre team med en chef. Teamet samarbetar med ett yttre team som består av personer anställda i olika kommuner. Detta är en modell som används för vissa FACT-team i samarbete med angränsande kommuner

Exempel 2 på verksamhet som drivs genom samverkan i ordinarie struktur. Medarbetarna sitter i samma lokal men är anställda av olika huvudmän. En chef leder verksamheten på plats men personal och arbetsmiljöansvar ligger i respektive organisation.

Samverkan i ordinarie struktur kan också drivas på flera andra sätt än de som exemplifieras här.

- Avtalssamverkan: En kommun och en region i ett län får ingå avtal om att uppgifter enligt lagen som kommunen ansvarar för ska utföras av regionen, eller att uppgifter enligt lagen som regionen ansvarar för ska utföras av kommunen. I lagen finns en särskild bestämmelse om avtalssamverkan.
- Gemensam nämnd: Regionen och en eller flera kommuner bedriver verksamheten inom ramen för en gemensam nämnd. Organisationsformen beskrivs som en möjlighet i propositionen och följer även av 9 kap. 19-36 §§ KL och lagen (20023:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.
- Kommunalförbund: Regionen och en eller flera kommuner bedriver verksamheten gemensamt inom ramen för ett kommunalförbund. Organisationsformen beskrivs som en möjlighet i propositionen och följer även av 3 kap. 8 § KL.
- Enskild utförare: Ett företag eller en ideell organisation bedriver verksamheten på uppdrag av regionen och kommunerna. Lagen tillåter att verksamheten bedrivs av en enskild utförare.

Kommuner och regioner behöver bestämma sig för vilken modell man vill tillämpa och planera för ledning, drift och bemanning av den eller de verksamheter som ska finnas i länet. Valet

behöver utgå från vilken organisering i länet som skapar bäst förutsättningarna för en sammanhållen verksamhet som kan genomföra insatser med hänsyn till den enskildes behov, resurser, sociala sammanhang och individuella mål. Tillgången till personal och kompetens, möjligheterna till långsiktig utveckling och en god samverkan med övriga verksamheter kan vara delar som behöver beaktas. En viktig utgångspunkt blir vilka befintliga verksamheter som kan utvecklas till en samordnad vård- och stödverksamhet.

Om hela eller delar av verksamheten överlåts till en annan utförare behöver regionen och kommunerna säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagens krav och att det finns förutsättningar för en nära samverkan med övriga berörda verksamheter. Överlåtelsen måste ske i enlighet med regler om offentlig upphandling eller annat lagstöd som kan vara relevant exempelvis när det gäller samarbete med civilsamhället.

Lagen ger särskilda möjligheter till avtalssamverkan. Här görs bedömningen att det behöver utvecklas ytterligare hur dessa möjligheter ska tillämpas vid organiseringen av en samordnad vård- och stödverksamhet. Frågor om avtalssamverkan kan därför behöva hanteras i särskild ordning, med stöd av nationell vägledning.

2.4 Ta ställning till hur den operativa ledningen ska utformas

Den samordnade vård- och stödverksamheten behöver ha en operativ ledning. Former för den operativa ledningen regleras inte i lagen utan kan utformas utifrån lokala förutsättningar och den organisationsmodell som regionen och kommunerna väljer för verksamheten.

Till skillnad från den gemensamma strategiska ledningen (systemledningen), som ansvarar för verksamhetens övergripande inriktning i enlighet med lagens syfte och reformens målbilder, ansvarar den operativa ledningen för det dagliga arbetet i verksamheten. De båda ledningsnivåerna behöver ha tydliga uppdrag och mandat samt former för kontinuerlig dialog mellan nivåerna.

En chef i verksamheten kan till exempel ha ansvar för ett inre team som är anställda av regionen (se ovan under organisering). Då har det yttre teamet chefer i respektive kommun. Om verksamheten organiseras i ett kommunalförbund kan hela verksamheten finnas i en enhet i förbundet med en chef. Även avtalssamverkan kan ge möjlighet att hålla ihop verksamheten under ett samlat ledarskap hos någon av huvudmännen. Om medarbetarna är anställda av olika huvudmän men arbetar tillsammans i team kan en gemensam chef ha i uppdrag att leda det dagliga arbetet även när personalen är anställd hos olika huvudmän. Det behöver då tydliggöras vilka befogenheter som chefen har och vilka frågor som hanteras av respektive arbetsgivare. Hur personalansvaret kan utformas beror bland på vilken organisationsmodell som används. Det behöver också tas ställning till vem som ska vara verksamhetschef för hälso- och sjukvård enligt de särskilda bestämmelserna i hälso-och sjukvårdslagen.

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till:

- Vem eller vilka som ska ha chefsansvar för verksamheten.
- Vilken huvudman som ska vara arbetsgivare för den som har chefsansvar.
- Vilket mandat den som har chefsansvar ska ha till exempel när det gäller arbetsledning och arbetsmiljö.

- Om den som har chefsansvar ska ha personalansvar för all personal eller endast för den egna huvudmannens personal.
- Hur arbetsmiljöansvaret ska fördelas.
- Hur arbetsledningen av personal som är anställd hos olika huvudmän ska fungera i det dagliga arbetet.
- Hur frågor som rör anställningsvillkor, kompetensutveckling, rehabilitering och andra arbetsgivarfrågor ska hanteras.
- Hur den som har chefsansvar ska samverka med systemledningen.

2.5 Ta ställning till behovet av gemensamma lokaler och andra gemensamma resurser

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till samtliga resurser som behövs för verksamhetens drift och för att verksamheten ska kunna bedrivas som en sammanhållen verksamhet. Gemensamma resurser kan bland annat vara lokaler och andra gemensamma mötesplatser för personal och målgruppen, fordon och andra transportlösningar, it och andra kommunikationslösningar, annan utrustning samt administrativa stödresurser som behövs för verksamhetens uppdrag. Om resurser inte är gemensamma utan tillhandahålls av respektive huvudman måste det vara klart hur de kan användas samordnat för att erbjuda samordnade socialtjänst- och hälso- och sjukvårdsinsatser.

Samsjuklighetsutredningen ansåg att en miniminivå för graden av integration är att verksamheten samlokaliseras och att insatserna planeras, koordineras och organiseras tillsammans. En gemensam lokal är dock inget lagkrav. Verksamheten ska organiseras så att den kan ha ett uppsökande och mobilt arbetssätt.

I propositionen anges att vård- och stödverksamheten ska kunna ge insatser som tränar deltagarna förmåga att fungera i olika sammanhang, till exempel hemma hos familjen eller på en arbetsplats. Detta behöver beaktas när regionen och kommunerna tar ställning till vilka resurser som behövs för verksamheten, exempelvis för att medarbetarna ska kunna transportera sig på lämpligt sätt och för att hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser ska kunna ges integrerat.

Vilka kompetenser som ska finnas i verksamheten behandlas under en särskild rubrik.

2.6 Ta ställning till kostnadsfördelningen mellan regionen och kommunerna

Enligt lagen ska regionen stå för hälften av kostnaderna för verksamheten och kommunerna tillsammans för den andra hälften. Regionen och kommunerna kan dock avtala om en annan kostnadsfördelning, till exempel om behoven skiljer sig åt mellan kommunerna.

Regionen och kommunerna behöver gemensamt ta ställning till vilka kostnader som ska ingå i den samordnade vård- och stödverksamhetens budget. Det kan exempelvis handla om kostnader för personal, ledning, lokaler, utrustning, transporter och administrativa stödresurser. Det kan också behöva tydliggöras hur kostnader som ges av andra verksamheter ska regleras. Närmare om vilka kostnader som ska ingå bör framgå av det avtal som regionen och kommunerna träffar om verksamheten.

Om flera kommuner ingår i samma verksamhet behöver kommunerna också komma överens om hur deras andel av kostnaderna ska fördelas. I propositionen anges befolkningsunderlaget som ett rekommenderat sätt att fördela kostnaderna. Kommunerna kan dock avtala om en annan modell.

Faktorer som är relevanta att väga in i kostnadsfördelningen är bland annat målgruppens storlek, skillnader i behov och förutsättningar mellan kommunerna, verksamheternas geografiska läge, regionens och kommunernas övriga utbud för målgruppen och förväntad resursåtgång. Samtidigt bör kostnadsfördelningen utformas så att den skapar långsiktiga förutsättningar för gemensamt ansvarstagande och inte försvårar samverkan mellan huvudmännen.

Under år 2027-2031 utgår stimulansmedel till länen för genomförandet av samsjuklighetsreformen.

2.7 Ta ställning till dokumentation, informationsdelning och sekretess

Utgångspunkten för dokumentation är att verksamheten erbjuder hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser. Bestämmelser om patientjournalföring finns i patientdatalagen och bestämmelser om dokumentation inom socialtjänsten finns i socialtjänstlagen.

Regeringen bedömer i propositionen att lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kan vara tillämplig i den samordnade vård- och stödverksamheten. Lagen ger, under vissa förutsättningar, möjlighet att genom direktåtkomst eller annat elektroniskt utlämnande ta del av uppgifter hos andra vård- och omsorgsgivare. Det är dock inte ett krav att samordnad vård- och omsorgsdokumentation tillämpas i verksamheten.

Lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation tillämpas i olika hög grad i regioner och kommuner. Olika kommuner inom ett län kan också ha olika system för dokumentation. I planeringen av vård- och stödverksamheten behöver regionen och kommunerna därför ta ställning till om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation ska användas och hur det i så fall ska gå till. Om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation inte används, exempelvis för att de tekniska förutsättningarna saknas, behöver regionen och kommunerna säkerställa att det finns fungerande rutiner för dokumentation inom respektive verksamhet och för informationsutbyte mellan huvudmännen.

I planeringen av vård- och stödverksamheten behöver regionen och kommunerna ta ställning till hur dokumentation och informationsdelning ska hanteras:

- Om dokumentation ska ske med stöd av lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation.
- Vilka tekniska lösningar som behöver finnas på plats.
- Hur dokumentation ska ske om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation inte bedöms lämplig.
- Vilka rutiner som behövs för informationsdelning mellan huvudmännen.
- Hur dokumentation och informationsutbyte ska fungera i det dagliga arbetet när medarbetarna tillhör olika huvudmän och använder olika
- Dokumentationssystem.

Regler om sekretess

Regionen och kommunerna behöver säkerställa att det finns rutiner för hantering av sekretessfrågor i vård- och stödverksamheten. Inom verksamheten aktualiseras bestämmelserna om hälso- och sjukvårdssekretess och socialtjänstsekretess i 25 respektive 26 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. Att personal från olika huvudmän arbetar tillsammans i verksamheten innebär inte i sig att sekretessgränserna mellan myndigheterna upphör.

Informationsutbyte kan i många fall ske med den enskildes samtycke. OSL innehåller också sekretessbrytande bestämmelser som möjliggör informationsutbyte utan samtycke i vissa situationer.

Av 25 kap. 12 § och 26 kap. 9 § OSL framgår att uppgifter under vissa förutsättningar kan lämnas mellan myndigheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd. Bestämmelserna omfattar bland annat personer som har ett fortgående skadligt bruk eller beroende av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel.

Det finns även sekretessbrytande bestämmelser som möjliggör informationsutbyte enligt lagen om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation

I planeringen av vård- och stödverksamheten behöver regionen och kommunerna ta ställning till hur sekretessfrågor och informationsdelning ska hanteras:

- Hur samtycke ska inhämtas.
- Hur det ska bedömas om uppgifter får lämnas ut när samtycke saknas vilka rutiner som behövs för att avgöra sekretessfrågor och vem som ansvarar för bedömningen.
- Hur medarbetarna ska få nödvändig kunskap om sekretessfrågorna.

3. Målgrupp

I det här avsnittet beskrivs lagens målgrupp.

Behovet av samordning är avgörande

Den enskildes behov ska också vara av sådan art att det är nödvändigt med särskild samordning

under längre tid för att insatserna ska kunna genomföras och i förlängningen för att uppnå resultat. I *propositionen* ges exemplet att det kan handla om att en stabil boendesituation inte kan uppnås utan att psykologiska, psykosociala och farmakologiska behandlingsinsatser ges integrerat med boendestöd eller liknande insatser.

Lagen har kommit till för att bland annat personer som ofta hänvisas eller avvisas från ordinarieverksamheter ska få ett samordnat stöd. Regionen och kommunerna behöver därför säkerställa att de kriterier och rutiner som används för att bedöma vilka som ska få insatser i verksamheten inte leder till att personer som tillhör lagens målgrupp utesluts.

Om det finns flera samordnade vård- och stödverksamheter i länet kan dessa ha olika inriktning. Regionen och kommunerna behöver då säkerställa att verksamheterna tillsammans kan tillgodose behoven hos hela lagens målgrupp.

Psykisk funktionsnedsättning och diagnos

Med begreppet psykisk funktionsnedsättning avses en nedsättning av den psykiska förmågan som kan uppstå till följd av en psykisk sjukdom eller psykiatrisk tillstånd.

Alla psykiatriska diagnoser, inklusive skadligt bruk eller beroende, och de psykiatriska tillstånd som de innebär kan leda till en psykisk funktionsnedsättning. En person som inte har någon annan psykiatrisk diagnos än beroende, och på grund av den har utvecklat en psykisk funktionsnedsättning, kan alltså tillhöra målgruppen. På motsvarande sätt kan en person med en annan psykiatrisk diagnos än en beroendediagnos, och som på grund av den utvecklat en psykisk funktionsnedsättning, tillhöra målgruppen. Beroendediagnos är alltså inget krav även om lagen utformats efter den gruppens behov. Det finns inte heller något krav på att man fått en diagnos för att tillhöra målgruppen. En person som tidigare undvikit all kontakt med hälso- och sjukvården men bedöms ha en psykisk funktionsnedsättning och det särskilda behovet av samordning kan tillhöra lagens målgrupp. Det bör dock betonas att insatsen alltid är frivillig.

Exempel på personer som kan tillhöra målgruppen

Det är behovet av samordning under längre tid med regelbundenhet som är mest avgörande målgruppstillhörighet. I propositionen betonar regeringen att detta inte alls gäller alla med samsjuklighet. *Samsjuklighetsutredningen* menade att det i många fall rör sig om personer som fått insatser som avbrutits av dem själva eller av verksamheten som ansvarat för dem. Försök till samordning har ofta gjorts utan att det enskildes hälsa och levnadsvillkor förbättras. *Samsjuklighetsutredningen* utvecklar också att personer som döms till rättspsykiatrisk vård, personer som flera gånger vistas på HVB-hem, personer som varit föremål för LVM, LVU och personer som förutom vårdtillfällen i psykiatrin och stöd från socialtjänsten dömts till fängelse.

Personer som befinner sig i särskilt komplexa och riskabla situationer har särskilt stora behov av den samordnade verksamheten. Det kan handla om personer som gjort upprepade självmordsförsök, drabbats av upprepade överdoser eller personer med samsjuklighet som utsätts för våld, ofta kvinnor, och därför behöver särskilt skydd.

Personer som tvångsvårdats vid flera tillfällen har många gånger behov av sådan samordning som gör att de tillhör målgruppen. I de förslag som *Samsjuklighetsutredningen* lämnat om tvångsvård vid skadligt bruk eller beroende, och som bereds i Regeringskansliet, ges den samordnade vård och stödverksamheten en central roll. Personer som får öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård tillhör också ofta lagens målgrupp.

Att en person som redan får insatser i den samordnade vård- och stödverksamheten ges

tvångsvård eller annan heldygnsvård innebär inte heller i sig att personen ska avslutas i verksamheten. Verksamheten behöver i stället samverka med den ansvariga vården och planera för hur det samordnade stödet ska upprätthållas under tvångsvården och efter att den upphör.

En person som tillhör någon av personkretsarna enligt LSS kan också tillhöra målgruppen för den samordnade vård- och stödverksamheten. Det avgörande är om personen på grund av en psykisk funktionsnedsättning har ett särskilt behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser under en längre tid. Det krävs inte att personen också har ett skadligt bruk eller beroende.

Regeringen anser *i propositionen* att barn och unga inte ska uteslutas och lagen har ingen nedre åldersgräns. Men eftersom kriterierna i lagen avser särskilt behov av samordnade hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser under en längre tid på grund av en psykisk funktionsnedsättning görs bedömningen i propositionen att verksamheten endast i undantagsfall kommer att bli aktuell för barn. Det menas också att annan lagstiftning på socialtjänstområdet som riktar sig specifikt till barn kommer att vara mer tillämplig för att tillgodose barns behov av vård och stöd. Det finns dock integrerade verksamheter idag som arbetar enligt FACT och som riktar sig till barn och unga. Då handlar det om unga med mycket omfattande social problematik och stora psykiatriska behov. Socialstyrelsen har även i uppdrag att främja integrerade verksamheter för barn och unga.

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till:

- Hur alla inblandade ska få en gemensam förståelse för vilka som ingår verksamhetens målgrupp.
- Hur målgruppen för verksamheten kan konkretiseras genom gemensamma vägledningar eller rutiner.

4. Arbetssätt

- **I den här delen av stödmaterialet behandlas arbetssätt i verksamheten avseende:**
- Arbete tillsammans med andra (övrigt stöd)
- Personcentrering och delat beslutsfattande (uttalande i propositionen)
- Aktualisering (uttalande i propositionen)
- Avslutande av insatser i verksamheten (övrigt stöd)
- Regelbundenhet (uttalande i propositionen)
- Integrerade team (övrigt stöd)
- Vård- och stödsamordnare (lagkrav)

4.1 Regionen och kommunerna behöver ge förutsättningar för verksamheten att arbeta tillsammans med andra

Den samordnade vård- och stödverksamheten ska inte ersätta andra verksamheter utan samverka med dem. Många av de mål som den enskilde vill uppnå kommer även fortsättningsvis

att kräva insatser från andra delar av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och andra aktörer. Personer som har kontakt med den samordnade vård- och stödverksamheten har ofta tidigare haft svårt att få tillgång till insatser som håller över tid och långsiktiga. Verksamhetens arbetssätt ska bidra till att det förändras. Det måste göras i nära samarbete med andra aktörer. Målen för den enskilde som sätts upp i verksamheten kommer på sikt behöva tillgodoses av fler verksamheter än bara den samordnade vård- och stödverksamheten. Det kan till exempel handla om boendeinsatser eller att en LARO-behandling eller kontakt med psykosmottagning, som inletts i verksamheten, och som sedan ges i ordinarie strukturer. Omvänt kan ansvariga för hälso- och sjukvårds- eller socialtjänstinsatser se att en person inte får behoven tillgodosedda i ordinarie strukturer och därför vända sig till verksamheten. Därför måste verksamhetens uppdrag och roll vara känd i länet. Kontaktvägar och former för dialog måste vara tydliga. Vikten av att vård- och stödverksamheten samarbetar med andra understryks därför i *propositionen*.

Verksamheten ska präglas av en vilja till samarbete och ha förmåga att sprida den till andra. Regioner och kommuner behöver skapa former för att det blir så. Det kan handla om att det finns vägledande principer för samarbete och dialog som ytterst upprätthålls av systemledningen, och om beslutade rutiner för samverkan.

4.2 Regionen och kommunerna behöver skapa förutsättningar för personcentrering och delat beslutsfattande

Regionen och kommunerna behöver skapa organisatoriska förutsättningar för att den samordnade vård- och stödverksamheten kan arbeta personcentrerat, återhämtningsinriktat och med delat beslutsfattande. Av *lagen* framgår att vid planering, samordning och genomförande av insatser i verksamheten ska hänsyn tas till den enskildes behov, resurser, sociala sammanhang och individuella mål. Insatserna ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med den enskilde. I *propositionen* anför regeringen att det är viktigt att den enskilde har inflytande över insatserna. Med det menas att den enskilde, utifrån sina individuella förutsättningar, ska vara med och påverka planeringen av sina insatser, så att dessa bättre kan anpassas till dennes behov, önskemål och förutsättningar. Om det finns hinder för den enskildes medverkan, till exempel på grund av det psykiska måendet, kognitiva svårigheter eller andra omständigheter, bör verksamheten ändå sträva efter att inkludera personen i så hög utsträckning som möjligt.

För att stärka den enskildes inflytande kan metoder som delat beslutsfattande användas. Stöd för tillämpning finns i Socialstyrelsens publikation *Delat beslutsfattande vid psykiatriska tillstånd och psykisk funktionsnedsättning – Rekommendation och kunskapsstöd till hälso- och sjukvården och socialtjänsten* 2025. Under rubriken *Personcentrering vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov* på kunskapsguiden.se finns ytterligare information som är relevant för att säkerställa den enskildes delaktighet i de samordnade vård- och stödverksamheterna.

4.3 Regionerna och kommuner behöver ta ställning till hur identifiering och aktualisering av deltagare ska ske i verksamheten.

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till:

- Hur personer som kan vara i behov av verksamheten ska uppmärksammas och identifieras.

- Vilka aktörer som ska kunna aktualisera en person till verksamheten.
- Hur personer själva ska kunna ta kontakt med verksamheten.
- Vem som ansvarar för bedömningen av om en person tillhör målgruppen.
- Hur gemensamma bedömningar ska göras när regionen och kommunen har olika uppfattningar.
- Hur det säkerställs att personer inte utesluts på andra grunder än vad som följer av lagen.
- Hur personer som inte tillhör målgruppen ska lotsas vidare till andra relevanta verksamheter.
- Hur dialog och återkoppling ska ske mellan verksamheten och den aktör som aktualiserat personen.

Aktualiseringsprocessen bör vara enkel, tydlig och utformas så att personer med behov av verksamheten inte riskerar att falla mellan olika verksamheters ansvar. Aktualisering i verksamheten kan ske på olika sätt. Verksamheten behöver arbeta uppsökande och kan då komma i kontakt med personer som behöver insatsen. Den enskilde kan också själv ta kontakt med verksamheten. Det ska inte krävas något biståndsbeslut för att den enskilde ska kunna komma i kontakt med verksamheten eller för att det ska kunna bedömas om personen tillhör målgruppen. Vård- och stödsamordning är inte en insats som i sig kräver ett biståndsbeslut. Vissa socialtjänstinsatser som ges inom ramen för verksamheten kan däremot förutsätta individuell behovsprövning och beslut enligt socialtjänstlagen.

Enligt *propositionen* bestämmer regionerna och kommunerna själva hur andra verksamheter aktualiserar personer i verksamheten. För det behöver det finnas rutiner och principer som betonar dialog mellan verksamheten, lagens syfte och den gemensamma målbilden. Situationen som ibland uppstår i hälso- och sjukvården att remisser skickas och skickas tillbaka utan dialog måste undvikas.

Grunden för bedömningen av om en person är i behov av insatser inom ramen för vård- och stödverksamheten ska göras av kommunerna och regionen i ett län enligt lagen. Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som den enskilde ska få får bedömas utifrån hälso- och sjukvårdens regelverk i övrigt. På samma sätt ska behovet av socialtjänstinsatser bedömas utifrån socialtjänstlagen.

4.4 Regionen och kommunerna behöver ta ställning till hur insatser i verksamheten ska avslutas

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till hur insatserna i den samordnade vård- och stödverksamheten ska avslutas och hur den enskildes fortsatta behov av vård och stöd ska tillgodoses. Det behöver finnas rutiner för att planera övergången till andra verksamheter när den enskilde inte längre får insatser inom den samordnade vård- och stödverksamheten. Rutinerna behöver också tydliggöra hur ansvar och nödvändig information ska föras vidare, med beaktande av gällande bestämmelser om sekretess och informationsdelning.

Bedömningen av när insatserna i den samordnade vård- och stödverksamheten ska avslutas behöver utgå från den enskildes fortsatta behov av samordning. Behovet av insatser och samordning kan variera över tid. Att den enskildes situation har stabiliserats eller att behovet av insatser tillfälligt har minskat innebär därför inte nödvändigtvis att personen inte längre tillhör målgruppen. Det kan i stället

finnas behov av att anpassa insatsernas omfattning och intensitet.

Vid planeringen av ett avslut bör det också tydliggöras hur den enskilde vid behov snabbt kan få kontakt med verksamheten igen.

4.5 Regionen och kommunerna behöver ta ställning till hur regelbundna insatser ska tillgodoses

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till hur verksamheten ska organiseras för att kunna erbjuda regelbundna och långsiktiga insatser till målgruppen. Det innebär bland annat att säkerställa att verksamheten har tillräckliga resurser, bemanning och arbetssätt för att upprätthålla kontinuitet över tid. *Samsjuklighetsutredningen* anger att med kontinuerliga insatser avses ett multiprofessionellt arbete där en eller flera personer i ett team har kontakt med de enskilda minst en till två gånger i veckan. Regeringen skriver i *propositionen* att utredningens definition kan tjäna som exempel på med vilken frekvens och på vilket sätt insatserna kan ges, även om detta måste avgöras av huvudmännen och från fall till fall. Verksamheten behöver därför organiseras så att insatsernas omfattning och intensitet kan anpassas när den enskildes behov förändras samtidigt som kontinuiteten i vården och stödet bibehålls. Verksamheten måste ha en organisation och ett arbetssätt så att akuta behov hos den enskilde kan mötas, exempelvis vid en suicidal kris. Under en kritisk period kan den enskilde behöva ha kontakt varje dag. När situationen stabiliserat kan kontakterna åter vara glesare.

4.6 Regionen och kommunerna behöver ta ställning till vilka modeller för integrerade verksamheter som ska tillämpas

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till en arbetsmodell för den samordnade vård- och stödverksamheten. För att uppnå lagens syfte finns flera olika teambaserade arbetssätt som ACT, FACT och RACT som användas. Vissa av modellerna rekommenderas i *Socialstyrelsens nationella riktlinjer för skadligt bruk eller beroende respektive schizofreni*. En närmare beskrivning av olika modeller finns i Socialstyrelsens rapport *Integrerade verksamheter vid psykisk funktionsnedsättning och stora behov* (2025). Socialstyrelsen håller på att fördjupa beskrivningarna av de olika modellerna och kommer i närtid återkomma med ytterligare stöd inom området. Detta kommer att ta sin utgångspunkt i aktuell forskning men också ta hänsyn till erfarenheter av att bedriva arbete enligt modellerna idag.

4.7 Regionen och kommunerna behöver inrätta funktioner som vård- och stödsamordnare i verksamheten

Regionen och kommunerna behöver säkerställa att varje person som får insatser i verksamheten tilldelas en vård- och stödsamordnare i enlighet med lagens krav. Regionen och kommunerna behöver också ta ställning till hur funktionen ska organiseras, vilka medarbetare som kan ha uppdraget och vilka förutsättningar som krävs för att vård- och stödsamordnaren ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

Regionen och kommunen behöver ta ställning till:

- Vilka professioner som kan vara vård- och stödsamordnare.
- Hur många personer en vård- och stödsamordnare kan ansvara för.

- Uppdragets innehåll.
- Hur uppdraget kan kombinerasmed andra arbetsuppgifter.
- Vilket mandat en vård- och stödsamordnare kan ha.
- Hur funktionen ska följas upp och stödjas.
- Om vård- och stödsamrodnader behöver särskild utbildning eller stöd för att kunna fullfölja sitt uppdrag.

Detta är ställningstaganden som kan göras senare i processen när medarbetarna är på plats och kan medverka i besluten.

Vård- och stödsamordnarens uppgifter *enligt propositionen* är bland annat att:

- Stödja deltagarnas att sätta upp egna mål med insatser i verksamheten och att tillsammans med deltagaren följa upp målen efter hand.
- Vara deltagarens kontaktperson.
- Kalla till möte om upprättande av en individuell plan.
- Bidra till att en plan upprättas och att den innehåller insatser som den enskilde är i behov av för att målen ska uppfyllas.
- Hålla i kontakter med andra verksamheter som kan erbjuda insatser som den enskilde har behov av.
- Upprätta rutiner för hur samarbetet med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst ska organiseras på en övergripande nivå för att samordningen kring enskilda personer ska underlättas.
- Ha kontakt med närstående om inte deltagaren motsätter sig det.
- Ha kontakt med andra myndigheter, exempelvis Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan eller Kriminalvården eller andra delar av socialtjänsten till exempel ekonomiskt bistånd eller verksamheter enligt LSS.
- Ha kontakt med och arbeta tillsammans med civilsamhället.

En vård- och stödsamordnare kan ha olika kompetens till exempel sjuksköterska eller socionom. Vård- och stödsamordnare ger själva insatser samtidigt som den koordinerar andra. Alla medarbetare som är knuta till verksamheten kan ha uppdrag som vård- och stödsamordnare för ett visst antal klienter.

En vård- och samordnare kan vara anställd i kommunen eller regionen. Medarbetarna kan ha titeln vård- och stödsamordnare men det kan också vara en person med en annan yrkestitel som har funktionen som vård- och stödsamordnare.

En vård- och stödsamordnare kan vara den enskildes fasta vårdkontakt enligt patientlagen men det måste enligt propositionen inte vara så. Regionen kan dock efter samråd med kommunerna upprätta regionala rutiner som anger att det ska vara så.

5. Vilka insatser behöver verksamheten kunna erbjuda?

I det här avsnittet behandlas vilka insatser regioner och kommuner behöver erbjuda inom ramen för verksamheten. Av lagen framgår att det ska vara både hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser. Nedan beskrivs det närmare vilka det kan vara. Några skarpa gränser mellan vad som är vad är dock sällan lämpligt att dra. Samma metoder kan syfta både till ökad

hälsa och en förbättrad social situation. Medarbetare med olika professioner kan med några undantag om ensamrätt till yrket använda likande metoder och arbetssätt. Det är personen behov, resurser och sammanhang som ska vara utgångspunkten. Stöd i vissa gränsdragningsfrågor kan dock hämtas i Socialstyrelsens publikation ***Vad bör räknas som behandling respektive stöd?***

I den här delen av stödmaterialet behandlas insatser i verksamheten avseende:

- Uppsökande och mobila insatser (Uttalande i propositionen)
- Hälso- och sjukvårdsinsatser (lagkrav).
- Socialtjänstinsatser (lagkrav).
- Myndighetsutövning. (övrigt stöd)
- Insatser som ges i respektive utanför verksamheten (lagkrav)
- Kompetenser i verksamheten. (Uttalande i propositionen)
- Behovet av brukarspecialister (övrigt stöd)

5.1 Regionen och kommuner behöver skapa förutsättningar för uppsökande och mobila arbetssätt

Av *propositionen* framgår att verksamheten bör arbeta uppsökande. Flera integrerade verksamhet som finns idag arbetar också så för att nå personer som inte själva tar kontakt. Regeringen anger i *propositionen* att insatser ska kunna ges i den enskildes hem. Det genomsyrar också *Samsjuklighetsutredningens* resonemang om verksamheten att den ska vara rörlig. Verksamheten är till för dem som inte dyker upp på ett bokat besök en viss tidpunkt en viss veckodag. Den enskilde ska kunna vara med och bestämma var och på vilket sätt kontakterna sker.

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till:

- Vilken tid som behövs och vilka resurser som behöver avsättas för uppsökande arbete och mobila arbetssätt.
- Hur kunskap kan skaffas om var målgruppen finns och hur kontakt kan etableras.
- Vilka möjligheter som finns att anpassa arbetssätt efter lokala förutsättningar och målgruppens behov.
- Behovet av flexibla insatser.
- Hur samverkan med andra verksamheter bäst etableras.
- Vilka säkerhetsrutiner för att skydda personalen.
- Vilka fordon och andra transportmedel som behövs.
- Vilka tekniska lösningar som underlättar distansarbete.

Detta är ställningstaganden som kan göras senare i processen när medarbetarna är på plats och kan medverka i besluten.

Arbetstiderna behöver i hög grad utvecklas av de som arbetar i verksamheterna i samspel med deltagarna. Villkor och ramar för arbetet behöver följa av riktlinjer och rutiner hos huvudmännen och utvecklas genom samverkan eller förhandlingar med fackliga organisationerna.

5.2 Regionen behöver i nära samråd med kommuner ta ställning till hälso- och sjukvårdsinsatserna i verksamheten

Regeringen anger i *propositionen* att de hälso- och sjukvårdsinsatser som bör bli aktuella i verksamheten kan bestå av medicinsk behandling, omvårdnadsinsatser, psykologiska och psykosociala behandlingar, fysioterapi, arbetsterapi och viss somatisk undersökning och behandling. Regionen behöver ta ställning till hur de behoven ska tillgodoses. Det kan vara genom att vissa insatser finns i verksamheten vissa dagar eller att det finns kontaktvägar som aktualiserar när det behövs. Ställningstaganden bör göras utifrån en helhet i nära samråd med kommunerna, till exempel inom ramen för systemledningen. Begreppet nära samråd används för att understryka att även om varje huvudman svarar för sina insatser är det ett gemensamt ansvar vilka samlade insatser som finns i verksamheten.

Regionen behöver, i nära samråd med kommunen ta ställning till:

- Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som ska ges i verksamheten.
- Vilka insatser som ska ges genom andra verksamheter.
- Vilka professioner som ska finnas tillgängliga.
- Hur specialistkompetens ska säkerställas för deltagarna i verksamheten.
- Hur samverkan med övrig hälso- och sjukvård ska organiseras.

5.3 Kommunerna behöver i nära samråd med regionen ta ställning till socialtjänstinsatserna i verksamheten

Regeringen skriver i *propositionen* att socialtjänstinsatser ska främja enskildas ekonomiska och sociala trygghet, jämlika och jämställda levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. I *propositionen* hänvisas också till att det i socialtjänstlagen anges att socialnämnden ska arbeta för att personer med funktionsnedsättning, som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att dessa personer får en meningsfull sysselsättning och får bo på ett sätt som är anpassat efter deras individuella behov av särskilt stöd.

Det handlar om traditionellt socialt arbete där insatser ges utifrån den enskildes behov och inte diagnos. Tillsammans med den enskilde kartläggs vad den enskilde behöver för att uppnå en skälig levnadsnivå. Det kan handla om insatser för en mer stabil boendesituation till exempel genom stödboende eller bostad först. Det kan också handla om stöd i det egna hemmet. Arbete, sysselsättning och meningsfull vardag är andra områden som den enskilde kan behöva hjälp med. Verksamheten kan integrera metoder som individuellt stöd till arbete (IPS) och Bostad först, eller etablera ett nära samarbete med aktörer som ger sådana insatser. Socialstyrelsen har publicerat stödmaterial för arbete enligt dessa metoder. Även nätverks- och relationsskapande insatser ingår i uppdraget.

Personer, ofta kvinnor, med samsjuklighet som utsätts för våld behöver få det stöd och skydd som behövs för att våldet ska upphöra. Det kan handla om skyddat boende eller andra insatser.

Kommunen behöver, i nära samråd med regionen, ta ställning till:

- Vilka socialtjänstfunktioner och insatser som behöver finnas tillgängliga för målgruppen, till exempel inom socialpsykiatri, ekonomiskt bistånd, LSS, boende och sysselsättning,
- Om insatser som IPS och bostad först ska integreras i verksamheten.
- Vilka socialtjänstinsatser som bör ges inom den samordnade vård- och stödverksamheten respektive av andra delar av socialtjänsten.
- Hur tillgången till socialtjänstinsatser ska säkerställas i verksamheten.
- Hur samverkan med övriga delar av socialtjänsten ska organiseras.

Begreppet nära samråd används för att understryka att även om varje huvudman svarar för sina insatser är det ett gemensamt ansvar vilka samlade insatser som finns i verksamheten.

5.4 Kommunerna behöver i dialog med regionen ta ställning till om myndighetsutövning ska ske inom ramen för verksamheten

Kommunerna behöver ta ställning till om biståndsbeslut ska kunna fattas direkt inom den samordnade vård- och stödverksamheten eller om besluten även fortsättningsvis ska fattas i den ordinarie socialtjänsten. Vilka insatser som ges utan myndighetsbeslut bestäms av respektive kommun utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen.

Idag finns exempel på hur socialsekreterare eller andra roller inom socialtjänsten som arbetar i gemensamma team, i uppsökande verksamhet eller liknande kan fatta vissa biståndsbeslut. Det ökar tillgängligheten till rätt insatser och förenklar beslutsprocesser.

Regeringen skriver i *propositionen* att det är en fördel om det finns möjlighet att ta beslut om till exempel boendestöd och sysselsättning i den särskilda vård- och stödverksamheten med hänsyn till behovet av att kunna sätta in de insatser som behövs så snart som möjligt. Kommunerna behöver därför ta ställning till om det ska vara möjligt att fatta biståndsbeslut i verksamheten. Det är en fördel om alla kommunerna i verksamheten gör samma bedömning. Om beslut om insatser ska kunna fattas inom den samordnade vård- och stödverksamheten behöver berörda socialnämnder säkerställa att det finns nödvändiga delegationsbeslut och att handläggningen sker i enlighet med tillämplig lagstiftning. Beslutet behöver fattas i dialog med regionen men är ytterst en fråga för respektive kommun.

5.5 Regioner och kommuner behöver ta ställning till vilka insatser som ska ges i respektive utanför verksamheten

Att det ges utrymme för kommuner och regioner att själva avgöra vilka kompetenser som ska finnas i verksamheten innebär också att det kan variera hur mycket insatser som ges i verksamheten och hur mycket insatser som behöver utföras inom ramen för andra verksamheter. För att syftet med den samordnade vård- och stödverksamheten ska kunna uppnås, behöver dock så stor del av insatserna som möjligt ske inom verksamheten.

5.6 Regionen och kommunerna behöver säkerställa att verksamheten har rätt kompetenser

Regionen och kommunerna behöver säkerställa att verksamheten har tillgång till den samlade kompetens som krävs för att kunna möta målgruppens behov. Alla kompetenser behöver inte finnas permanent i verksamheten, men de behöver finnas tillgängliga när de behövs.

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till behovet av kompetens inom till exempel:

- Psykiatri.

- Beroendemedicin.
- Omvårdnad.
- Psykolog.
- Psykosocial behandling.
- Arbetsspecialisering enligt IPS
- Socialt arbete.
- Arbetsterapi.
- Fysioterapi.

Verksamhetens syfte förutsätter att arbetet sker multiprofessionellt och att det finns olika kompetenser i verksamheten som kan arbeta utifrån hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Av propositionen framgår att det faktum att en kompetens finns att tillgå inom verksamheten inte innebär att alla personalkategorier behöver vara anställda i verksamheten, även om det kan antas underlätta kontinuitet och samarbete. Av HSL framgår från och med 1 januari att vården ska organiseras så att insatserna för beroende och andra psykiatriska tillstånd sker samordnat. Det är möjligt att vissa medarbetare tjänstgör på deltid i verksamheten.

Tillgång till psykiatriker bör enligt propositionen alltid finnas i verksamheten för att till exempel kunna ordinera läkemedel, ställa diagnos och bedöma olika hälsotillstånd. Om det är möjligt bör sjuksköterskor i verksamheten ha specialistkompetens inom psykiatri eller annat relevant område. Läkare och sjuksköterskor kan också göra initiala somatiska bedömningar, remittera patienten till lämplig instans och upprätthålla ett fungerande samarbete med primärvården. Verksamheten behöver också ha tillgång till kompetens inom beroendemedicin. Även om skadligt bruk eller beroende är psykiatriska sjukdomar, finns det skäl till att ha specialiserad kompetens inom detta område när det är möjligt, för att rätt diagnos och rätt insatser ska kunna säkerställas. För personer med skadligt bruk eller beroende behövs ofta även andra former av medicinsk behandling såsom exempelvis kompetens kring läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende.

I verksamheten bör det vidare finnas kompetens inom socialt arbete och om insatser som bland annat syftar till att främja sysselsättning och en stabil boendesituation. Med sådan kompetens avses till exempel socionomer. Det är också viktigt med kunskap om psykiska funktionsnedsättningar för att kunna bedöma den enskildes individuella behov och förutsättningar. Arbetsterapeutisk kompetens kan bidra till att bedöma den enskildes aktivitets- och funktionsförmåga samt behov av stöd för en fungerande vardag. Här görs också bedömningen att en arbetsspecialist som kan IPS-modellen kan vara en viktig funktion i verksamheten. Psykosocial specialistkompetens kan bidra till att bedöma samspelet mellan psykisk hälsa och social situation samt till att utforma stöd- och behandlingsinsatser. Fysioterapeutisk kompetens kan bidra till att bedöma fysisk funktionsförmåga och främja fysisk och psykisk hälsa.

Olika perspektiv bedöms kunna tas tillvara bättre då olika kompetenser arbetar tillsammans med vård och stöd till personer i verksamheten. Genom att arbeta teambaserat finns ett inbyggt kollegialt stöd, vilket är viktigt då det kan vara psykiskt krävande att arbeta med målgruppen. Möjligheten att gemensamt kunna diskutera när något gått fel men också kunna dela med sig av goda erfarenheter och arbetssätt, kan bidra till att personalen får en bättre arbetsmiljö.

Behovet av brukarspecialister

Samsjuklighetsutredningen föreslog att det i lagen skulle anges att verksamheten på lämpligt sätt ska ta tillvara kompetensen hos personer med egen erfarenhet av att leva med en psykisk funktionsnedsättning. Regeringen menar dock i *propositionen* att det inte är lämpligt att i lag ange vilka kompetenser som ska tas tillvara i verksamheten. Det finns dock inga hinder för verksamheten att ta tillvara kompetensen hos dessa personer. Metoden att anställa personer med egen erfarenhet av sjukdom och återhämtning används inom psykiatrin där de ofta benämns som brukarspecialister, professionella mentorer eller peer support.

Regionen och kommunerna behöver ta ställning till:

- Hur kompetens genom egen erfarenhet kan tas tillvara i verksamheten.
- Om personer med egen erfarenhet ska anställas i verksamheten i form av brukarspecialister,
- Vilken roll och vilket uppdrag brukarspecialister i så fall ska ha.
- Hur brukarspecialister ska introduceras, handledas och integreras i det multiprofessionella teamet.
- Hur brukarspecialisternas kompetens ska tas tillvara i verksamhetens utveckling.

6. Struktur för uppföljning och fortsatt utveckling

En samordnad vård- och stödverksamhet behöver följas upp och utvecklas gemensamt av kommun och region. Det framgår inte av lag eller proposition men föreslås bli en del av det utvecklingsarbete Samhällsnytta stödjer inom ramen för FoU-samarbetet med Socialstyrelsen. Uppföljningen behöver ske samordnat med uppföljning av all verksamhet som riktar sig till personer med psykiatriska tillstånd.

Uppföljningen bör utgå från lagens syfte att främja hälsa, trygghet och levnadsvillkor samt ge underlag för ett kontinuerligt lärande och en successiv utveckling av verksamheten. Systemledningen bör ha ett särskilt ansvar för den gemensamma uppföljningen och för att resultat används för att utveckla verksamheten. Systemledningen har också ansvar för att vård- och stödverksamheten inte hanteras för sig utan som en del av helheten.

Regionen och kommunerna behöver säkerställa att verksamheten följs upp utifrån till exempel:

- Verksamheten – hur fungerar arbetssätt, modell och metoder?
- Resultaten – har deltagarna fått bättre hälsa och levnadsvillkor?
- Samverkan – fungerar samarbetet mellan huvudmännen och andra aktörer?

Syftet och målbilden ska vara vägledande vid etablering och drift av verksamheten. Det är betydelsefullt att inledningsvis, och sedan löpande, reflektera kring vad det betyder. Varför gör vi det här?

- Vad ska åstadkommas?
- Vad vet vi om hur personer med samsjuklighet uppfattar i vårt län?
- Kan vi ta reda på mer?

Ett sådant angreppssätt förutsätter former för samarbete med patienter, brukare och anhöriga och deras organisationer.

Det är också lämpligt att följa verksamhetens resultat med några enkla indikatorer som utgår från syftet och målbilden. Det kan vara vårdkonsumtion hos målgruppen, boendeförhållanden, brottslighet, arbete och sysselsättning och några få kvalitativa frågor om trygghet och upplevda levnadsvillkor som ställs till målgruppen.

En baslinjemätning kan göras med deltagarna i verksamheten när den startar för att sedan följas upp till exempel vartannat år.

Uppföljningen bör regelbundet återföras till verksamheten, systemledningen och huvudmännen och användas som underlag för gemensamt lärande och utveckling.