

# Utredning av beroendevården i Region Skåne

2025-11-16

# Innehållsförteckning

1. Inledning	3
1.1 Uppdraget och begränsningar	3
2. Metod	5
3. Resultat	5
3.1 Beroendevården i Region Skånes organisation	6
3.2 VO Vuxenpsykiatri Helsingborg	8
3.3 VO Vuxenpsykiatri Kristianstad	14
3.4 VO Vuxenpsykiatri Lund	18
3.5 VO Vuxenpsykiatri Malmö-Trelleborg	22
3.6 VO Barn- och ungdomspsykiatri (Bup)	29
3.7 Somatisk akutsjukvård	31
3.8 Primärvård	33
4. Diskussion/analys och rekommendationer	41
5. Slutsatser	50
6. Referenser och datakällor	51

# 1 Inledning

## 1.1 Uppdraget och avgränsningar

I Region Skånes verksamhetsplan och budget för 2024 har psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden fått uppdraget att "Genomföra en utredning av den skånska missbruksvården, i syfte att skapa en sammanhållen vård med ett helhetsperspektiv, i väntan på implementeringen av kommande reformer kopplade till samsjuklighetsutredningen".

Psykiatri-, habilitering- och hjälpmedelsnämnden är huvudansvarig för uppdraget och hälso- och sjukvårdsnämnden delansvarig.

Inledningsvis är uppdraget formulerat som "missbruksvården", vilket hädanefter kommer att benämnas som beroendevården eller vården för personer med ett skadligt bruk och beroende. Ordet missbruk har en negativ klang och i professionella sammanhang väljs därför mer neutrala begrepp som de ovan nämnda.

Utredningen har avgränsats till att "den skånska beroendevården" tolkas som den vård som Region Skåne är huvudman för och erbjuder, trots att många patienter får insatser från både region och kommun parallellt. De vårdinsatser som kommunerna står för är därför inte direkt föremål för denna utredning, även om de givetvis beskrivs när så är relevant i undersökningsmaterialet.

Syftet med utredningen är att få en tydlig nulägesbild av Region Skånes beroendevård för att kunna påbörja förändrings- och förbättringsarbete, även som en förberedelse för samsjuklighetsreformen, som ännu inte är beslutad om.

Det ska noteras att det runt om i Skåne pågår ett stort arbete med representanter från både Region Skåne och Skånes kommuner med att förbereda sig på en eventuell samsjuklighetsreform. Detta arbete finansieras med delregionala medel och processledare finns eller är på väg att tillsättas i varje delregion.

Den aktuella utredningen sker oberoende av ovanstående process, men kan tänkas ingå som ett bidrag till det arbetet.

Det har inte ingått i uppdraget att belysa vare sig privat primärvård eller privat psykiatri (inklusive privat LARO). Dock förekommer det sammanhangsmarkeringar där dessa verksamheter nämns.

Samsjuklighetsutredningen kommer att innebära stora reformer inom beroendevården, och målsättningen är att få indikationer på vilka områden som är prioriterade att börja arbeta med redan nu.

Uppdragsdirektivet innefattar därför följande delar:

- Att presentera en nulägesbild av Region Skånes vård för personer med skadligt bruk och beroende med avseende på utbud, tillgänglighet och ekonomi.
- Att identifiera eventuella brister i vården för personer med ett skadligt bruk och beroende i syfte att tydliggöra utmaningar med att erbjuda en sammanhållen vård med ett helhetsperspektiv.
- Att presentera de största riskerna kopplat till bristerna för att föreslå områden som är prioriterade att arbeta vidare med för åtgärder.

En referenspunkt för den aktuella utredningen är samsjuklighetsutredningen, vars tio bärande delarna listas nedan.

- All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
- Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
- Sprutbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
- Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten.
- Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB (Hem för vård eller boende).
- En samordnad vård- och stödverksamhet för dem med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
- Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

- Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.
- En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.

## 2 Metod

Utredningen har delvis gjorts genom samtal och intervjuer med nyckelpersoner som arbetar inom beroendevården i Region Skåne. Respondenterna har fritt fått berätta om sin verksamhet och de utmaningar de ser. Kompletterande intervjuer har också gjorts med mer riktade frågor.

För att fånga nulägesbilden med avseende på tillgänglighet och ekonomi har tillgänglighetssiffror från 2024 och budget för 2025 analyserats gällande den beroendevård som erbjuds i förvaltning psykiatri, habilitering och hjälpmedel.

Underlaget som består av intervjuer med nyckelpersoner/verksamhetsföreträdare är gjorda av Johanna Wihl, tidigare nämndsekreterare i sjukhusstyrelse Skånes universitetssjukhus, sjukhusstyrelse Landskrona och personalnämnden samt koncernkontorets stab/verksamhetsområde kansli, numera verksam som handläggare vid avdelningen för hälso- och sjukvårdstyrning i Region Skåne. Njördur Viborg, psykoterapiansvarig psykolog i förvaltningsledning och stab i psykiatri, habilitering och hjälpmedel, har gjort kompletterande intervjuer med nyckelpersoner och/eller verksamhetsföreträdare, ytterligare informationsinhämtning, systematiserat och redigerat och utvecklat Johannas Wihls grundmaterial samt gjort en slutgiltig sammanställning med analys och rekommendationer.

## 3 Resultat

Dataanalys och registercentrum i Region Skåne (DARC) har under hösten 2025 i ett annat sammanhang gjort en genomgång av hur vanliga vissa diagnoser är i Region Skåne över tid, även var patienter med vissa diagnoser fått sin vård med mera. Denna genomgång visar att beroendeproblem av olika slag är vanliga, i paritet med många andra

psykiatriska diagnoser. För år 2024 noterades i Region Skåne att beroendediagnoser med koppling till alkoholproblem var vanligast inom primärvården, näst vanligast i psykiatrin, följt av somatiken. Samma bild noterades för andra beroendetillstånd så som drogberoende. Totalt noterades ca 10 000 personer med diagnos alkoholberoende och drygt 20 000 personer för andra former av beroenden. Dessa siffror visar hur viktigt det är att belysa den skånska beroendevården, men behöver tolkas med stor försiktighet, dels då de är en blandning av huvuddiagnos och bidiagnos, dels då det inte framgår om faktiska behandlingsinsatser gjorts, även om diagnos satts.

Nedan följer först en beskrivning av beroendevården i Region Skånes organisation. Därefter följer en sammanställning av intervjuer med nyckelpersoner/verksamhetsföreträdare inom den offentligt drivna beroendevården och övriga verksamheter som arbetar med beroende i Region Skåne, främst från psykiatrin. Intervjuerna är återgivna relativt ordagrant, vilket förklarar det vardagliga och delvis informella språket i resultatsammanställningen. Det ska noteras att intervjuerna reflekterar både mer faktabaserade konstateranden om beroendevården och mer personliga åsikter från dem som intervjuats.

### **3.1 Beroendevården i Region Skånes organisation**

Vård för patienter med skadligt bruk och beroende ges inom primärvård, specialistpsykiatri och somatisk sjukhusvård i Region Skåne, både offentligt och privat driven.

Enligt Skåneövergripande handläggningsöverenskommelsen mellan primärvård och specialistpsykiatri ska primärvården behandla riskkonsumtion av alkohol. Primärvården och specialistpsykiatrin i Region Skåne samt Skånes kommuner har ett gemensamt ansvar för att erbjuda vård och behandling till personer med skadligt bruk och beroende.

Vid skadligt bruk eller beroende av bensodiazepiner och opioider där primärvården ansvarar för förskrivningen, bör primärvården också ansvara för nedtrappningen i de flesta fall.

För spelberoende finns ett delat ansvar mellan kommun (socialtjänsten), primärvård och specialistpsykiatri (Vuxenpsykiatrimottagning spelberoende Malmö).

Akut abstinens med risk för komplikationer som epilepsi eller delirium tremens behandlas i specialistpsykiatri.

Somatiska besvär så som pankreatit och alkoholhepatit hanteras av somatisk specialistvård eller primärvård.

Konfusion hos äldre patienter med stillsam konfusion, exempelvis demenspatienter på boenden, utreds och behandlas i primärvården. Vid utagerande svår konfusion behöver remiss till eller konsultation med somatisk sjukvård/minnesmottagning övervägas. Ibland behövs samverkan med specialistpsykiatri.

Från förfrågningsunderlaget för vårdcentral avseende psykisk ohälsa och beroende ska primärvården ha personal med kompetens att bedöma, diagnostisera, behandla, rehabilitera och ge råd till personer med psykisk ohälsa, psykisk funktionsnedsättning, psykisk sjukdom eller beroende som inte kräver specialistsjukvård.

Primärvården ansvarar för riskbruk, skadligt bruk och beroende, vilket omfattar tidig upptäckt, rådgivning, motiverande samtal samt behandling av beroende som inte kräver specialistvård.

När Primärvården bedömer att patienten har beroendeproblematik ska, med patientens samtycke, kontakt tas med kommunens beroendevård.

Primärvården i Skåne består av ca 180 vårdcentraler, varav ca 82 är i egen regi, resten privat.

Inom psykiatrien vårdas patienter med skadligt bruk och beroende och det organiseras lite olika beroende på ort och förvaltning.

Den offentligt drivna specialistpsykiatrien för vuxna är geografiskt indelad i verksamhetsområden (VO) – Helsingborg, Kristianstad, Lund, Malmö-Trelleborg samt Rättspsykiatri. Specialistpsykiatrien för vuxna (förutom Rättspsykiatrien) i dessa VO är överlag indelad i allmänpsykiatrisk öppenvård och heldygnsvård, öppenvård och heldygnsvård för psykos, ätstörningar och beroende.

Det finns även högspecialiserad vård för självskadebeteende bland barn/ungdomar respektive vuxna samt för ätstörningar bland för vuxna.

Den rättspsykiatriska vården är också indelad i öppen- och heldygnsvård. Här behandlas beroendetillstånd jämte andra tillstånd, men rättspsykiatriska vården har inte varit föremål för denna utredning.

Utöver detta finns en förvaltningsövergripande FoUU-enhet (forskning, utbildning och utveckling) samt olika forskargrupper, bland annat en för beroendetillstånd och som har en professur knuten till sig. Den har sin placering vid beroendecentrum Malmö, BCM.

När det kommer till övriga verksamhetsområden i Psykiatri, habilitering och hjälpmedel (PHH) – Ungdomsmottagningarna, Syn, hörsel och döv samt Habiliteringen har de inget uppdrag att behandla beroende. Ungdomsmottagningarna har till exempel ett samarbete med Mariamottagningarna och beroendevården i vuxenpsykiatrin.

Nedan följer en systematisk redovisning av beroendevården i PHH där både intervjumaterial och mer faktabaserat material presenteras.

## **3.2 VO Vuxenpsykiatri Helsingborg**

Beroendevården i VO Helsingborg består av en beroendemottagning, en LARO-mottagning, en Mariamottagning samt en heldygnsavdelning och har en budget om 52 miljoner kr för 2025. Nedan beskrivs dessa verksamheter vad gäller uppdrag och personal. Vid beroendemottagningen, LARO-mottagningen och Mariamottagningen noterades totalt 6 306 besök under 2024. Totalt noterades 467 patienter som inskrivna i dessa öppenvårdsinsatser. Tillgängligheten var ca 83 % av första besök inom förväntad tid.

### **3.2.1 Beroendemottagningen**

Beroendemottagningen i Helsingborg är den enda som finns i nordväst och uppdraget är att arbeta med patienter med svår grad av beroende och samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd. Övrig vuxenpsykiatri tar hand om lätt och måttligt beroende. Mottagningen har en enhetschef och ca tolv medarbetare: fem sjuksköterskor, en arbetsterapeut, en psykolog, en kurator, en handläggare, en medicinsk sekreterare, en patientstödjare och en överläkare.

### **3.2.2 FACT beroende**

Det finns även ett FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) som är ett heltäckande psykiatriskt program för att möta patienternas behov på ett återhämtningsinriktat och effektivt sätt. Beroendemottagningen i Helsingborg är den första i Region Skåne att arbeta efter FACT. FACT innebär att ett multiprofessionellt team erbjuder personer med svår psykisk sjukdom integrerade och allsidiga insatser i långsiktiga, uppsökande och flexibla former. Arbetet sker i samarbete med patientens professionella nätverk, närstående och

andra resurser i närmiljön. Vård och omsorg ges på två nivåer utifrån patientens aktuella behov i perioder av god kontroll av sjukdomen (1) respektive vid perioder av kris eller hotande återfall (2):

1. ordinär öppenvårdsbehandling i enlighet med patientens vårdplan/SIP (samordnad individuell plan).
2. intensiva, uppsökande insatser från hela teamet i syfte att vända krisen och förebygga behov av heldygnsvård.

Fördelarna för patienten är att kunna få adekvat behandling och behovsriktade stödåtgärder från samma team oberoende av sitt tillstånd (ovanstående är inklipt text från Region Skånes hemsida).

Modellen bygger på möjligheten att kunna skala upp och ner intensiteten i insatserna efter behov. Arbetssättet ligger i linje med samsjuklighetsutredningens förslag och därför har det varit prioriterat att påbörja detta arbete redan nu, även om det inte är enkelt. Modellen är framtagen för psykopatienter som sällan blir helt botade utan endast tillfrisknar (det finns lång erfarenhet av att arbeta utifrån FACT inom psykosvård i PHH). Beroendepatienter kan däremot bli helt fria från sitt beroende, och frågan är då hur länge de ska vara kvar i FACT-behandling.

För att bli beviljad FACT ska patienten ha behov av koordinerade insatser från både hälso- och sjukvården och kommunen, vilket de flesta med beroendeproblematik behöver.

Anhörigstödet haltar lite inom LARO och beroendemottagningen, det erbjuds till dem som har behov, men kanske inte systematiskt. För patientens tillfrisknande är det viktigt att inom FACT-behandlingen involvera viktiga personer för patienten mer.

### **3.2.3 Maria Skåne**

Mariamottagningen (Maria Skåne nordväst) som är en del av konceptet Maria Skåne är ett samarbete mellan vuxenpsykiatri, barnpsykiatri och flera av de skånska kommunerna. Mariamottagningarna finns i Malmö, Lund, Helsingborg, Hässleholm, Kristianstad och Ystad. Det är frivilligt för kommunerna att ansluta sig via samverkansavtal. Mariamottagningarna vänder sig till invånare som är 24 år eller yngre och som har problem med alkohol eller droger. Mottagningarna erbjuder information, råd och behandling. Behandlingen kan till exempel vara samtal eller hjälp att sluta med alkohol eller droger och att förebygga återfall. Även närstående kan erbjudas stöd.

Vad gäller bemanning på Mariamottagningen i Helsingborg tillhandahåller vuxenpsykiatrin enhetschef, en sjuksköterska (20 %) och läkare. Bup tillhandahåller en sekreterare (50%), en kurator (60%) och en sjuksköterska (40%). Två familjebehandlare och en platschef har sin anställning i Helsingborgs stad och agerar arbetsledare i vardagen för samtliga anställda.

Det är en utmaning att alla gör liknande arbetsuppgifter trots olika utbildningsbakgrund och kompetens, det kräver mycket av medarbetarna och att de är trygga i sina roller. Det är en svår balansgång i att hamna rätt, vilket är en av de största utmaningarna med att arbeta med beroendepatienter. De kräver nästan alltid både ett psykosocialt och ett medicinskt perspektiv samtidigt eftersom deras liv är komplicerade.

Bup utreder många tonåringar utan att ta drogtester, och det är ett problem att Bup inte utreder beroendeproblematik. Mariamottagningarna ska inte vara en provtagningscentral till Bup, utan det ska vara lätt att komma till.

För patienter under 18 år är det ett problem att det nästan inte finns någon heldygnsvård, det finns bara två avgiftningsplatser i hela Region Skåne.

### **3.2.4 LARO (läkemedelsassisterad behandling av opiodberoende)**

LARO-mottagningen vänder sig till invånare som är 20 år eller äldre och som varit beroende av opioider i minst ett år. LARO är en läkemedelsassisterad behandling som kombineras med samtal, stöd och rådgivning. Målsättningen är att uppnå ett drogfritt liv, kunna sköta arbete eller studier och få en bättre livskvalitet.

LARO-mottagningen i Helsingborg har en enhetschef och ca sju medarbetare: Fem sjuksköterskor, en medicinsk sekreterare och en överläkare.

Mottagningens uppdrag är att ta ett helhetsansvar för patienterna, även hela den psykiatriska problematiken. Det går att få konsult hjälp från psykiatrin, men tanken är inte att till exempel remittera vidare till psykosmottagningen inom psykiatrin, uppdraget är ett helhetsansvar.

Patienterna kan även få hjälp med mindre somatiska åkommor då de ofta har svårt att ta sig till sin vårdcentral.

LARO-mottagningen har tät samverkan med kommunerna. Vissa, men inte alla, patienter behöver kommunala insatser.

Denna LARO-mottagning är välfungerande, men det finns andra LARO-mottagningar som inte tar seriöst på kriterierna för att ingå i LARO och som inte arbetar tillräckligt med patientens eventuella sidoberoende. Patienter som söker sig hit måste uppfylla kriterierna för att bli intagna, och det syns enkelt via prover, annars behöver patienten lämna urinprov över tid. Inga patienter som tar bensodiasepiner blir inskrivna, endast opioidberoende får gå på LARO. Har patienten sidoberoenden måste den själv trappa ut dessa först. Dessa förhållningsregler finns eftersom LARO har evidens för opioidberoende och inte för blandberoende.

Patienterna kommer till mottagningen dagligen i tre månader när de är nya, på helgen får de sin medicin via akutmottagningen. Att ge depåläkemedel en gång i veckan kan också tolkas som övervakat, beroende på vad man har för kriterier, men här går patienterna dagligen för att etablera en relation med behandlarna och för att aktivt kunna arbeta med återfallsprevention av blandberoende. Det är betydligt svårare om man bara träffar patienten en gång i veckan. Efter tre månader görs en individuell planering för fortsatt behandling.

Under våren 2026 öppnar ytterligare två nya LARO-mottagningar i Helsingborg. Det har att göra med ett nytt utökat uppdrag för PHH att bedriva LARO på fler orter.

### **3.2.5 Heldygnsvård**

#### **3.2.5.1 Vuxenpsykiatriavdelning 55**

Patienten kan vara så pass psykiskt sjuk att den under tiden läggs in inom psykiatrin, vid t.ex. suicidrisk. De flesta blir då inlagda på beroendemottagningen i Helsingborg där personalen har särskild beroendekompetens. Dessa patienter är inte mångbesökare i den allmänna psykiatrin, men många från de privata mottagningarna blir inlagda inom psykiatrin. Blir man inlagd på LPT (lagen om psykiatrisk tvångsvård) får man den vård man behöver, oavsett vilket beroende man har.

Avdelningen tar emot patienter efter utredning eller undersökning på en psykiatrisk mottagning, oftast en psykiatrisk akutmottagning.

Avdelningen är specialiserad på beroendesjukdom i kombination med samtidiga psykiatriska tillstånd som exempelvis psykos eller självskadeproblematik.

Vid akut behov av psykiatrisk omvårdnad kan patienten bli inlagd för intensivvård enligt LPT eller LVM (Lagen om vård av missbrukare i vissa fall). Avdelningen erbjuder även vård för de patienter som är i behov av

att vistas i en avgränsad vårdmiljö för att kunna tillgodogöra sig specialistpsykiatrisk intensivvård på avdelningen.

Avdelningen har en enhetschef, en medicinsk sekreterare, nio sjuksköterskor, tre sjukvårdsbiträden, nio skötare, nio undersköterskor, en omvårdnadsassistent, en patientsstödare, en underläkare och en överläkare.

Utöver avdelning 55 finns det vid behov av ineliggande heldygnsvård en opioidavdelning inom beroendecentrum i Malmö (BCM) där alla LARO-patienter ska läggas in. Den är underdimensionerad då det är mellan fyra och sju veckors väntetid, vilket är för länge.

### **3.2.6 Samarbete inom PHH**

Inom övrig vuxenpsykiatri i nordost behövs det mer kompetens kring beroendeproblematik. Ibland kan det ta lång tid att kartlägga beroendeproblematik, vilket kan tyda på kompetensbrist eller organisatoriska förutsättningar.

### **3.2.7 Samarbete med somatiken**

Samarbetet med spututbytet nämns som viktigt men att det behöver utvecklas, det måste finnas en större dialog med psykiatrin.

### **3.2.8 Samarbete med kommunerna**

Angående frågan om samsjuklighetsutredningens förslag om HVB nämns att upplevelsen är att LVM-vården på SIS-hem inte fungerat väl, att det kan vara utmaningar med att personer som ibland saknar motivation vistas tillsammans. Det vore en fördel om regionen hade ansvarat för vården på HVB-hem, men hur ska man till en organisation? En fördel kan vara att evidensbaserade behandlingsåtgärder som i dag kan variera i kommunerna blir mer enhetliga i regionens regi. Ska HVB-hemmen finnas kvar under kommunen, hur tänker man rent strukturellt?

### **3.2.9 Samarbete med primärvården**

Det framkom inte några större frågor i underlaget om detta samarbete.

### **3.2.10 Utmaningar**

Processerna för beroendevården är ganska tunna, det kommer nya riktlinjer som är mer omfattande och tydliga. Det är svårt att arbeta så strukturerat som verksamheten borde, men rent innehållsmässigt landar det ändå rätt.

Det är en stor utmaning för beroendevården att vara tvungen att arbeta efter alla psykiatrins vårdprocesser, då det blir väldigt brett.

Bättre samarbete med kommunerna har uppstått i och med arbetet med FACT – alla tio kommuner är med i nordväst. De träffas digitalt regelbundet kring beroendepatienterna, så samarbetet fungerar mycket bättre nu. Problemet är inte gränssnittet mellan region och kommun, utan inom regionens egna verksamheter, till exempel mellan primärvård och specialistvård eller till och med inom psykiatrins olika avdelningar.

Socialtjänsten har ansvar för motivationsarbetet och icke-medicinska insatser. Tidigare har alla patienter på beroendemottagningen haft läkemedel förskrivet, men det behövs annan kompetens för att kunna möta dessa patienter. Det handlar oftast inte om bristande kompetens, utan att man inte ser det som en del av sitt uppdrag.

Beroendepatienter är en svårdiagnostiserad grupp och har ofta svårt att hålla sig drogfria så att det går att utreda andra tillstånd så som adhd. Har de inte varit drogfria under tiden som utredningen görs måste den göras om.

Patienterna har ofta utmaningar i att förhålla sig till tid och plats och komma på inbokade tider och provtagning på sin vårdcentral. Därför behöver hälso- och sjukvården tänka till om hur dessa patienter ska mötas och kunna få den hjälp de behöver. En utopi hade varit om all somatisk och psykiatrisk vård kunde ges på samma plats, men åtminstone vore det önskvärt med en instans som hjälper patienten att hålla ihop alla delar. Förhoppningsvis kommer Skånes nya journalsystem SDV (Skånes digitala vårdmiljö) att underlätta överblicken gällande de insatser som ges.

Vid beroendemottagningen är det en utmaning att göra en bedömning av hur allvarligt beroendet är, så dessa gränsdragningar måste ständigt göras och det är svårt. Sedan finns det alltid patienter som innebär undantag, till exempel de med läkemedelsberoende i behov av hjälp med nedtrappning, de kan inte få hjälp någon annanstans i nordväst. Det är ofta komplexa patienter och när primärvård och kommun inte kommer längre så hamnar de på beroendemottagningen.

Samsjuklighetsutredningen vill förhindra att patienterna faller mellan stolarna hos olika huvudmän, men då måste vi också se till att lösa problemen med att det händer inom regionens egna verksamheter som är samma huvudman. Det förekommer att patienterna bollas runt mellan olika avdelningar. Det kan bero på platsbrist, och om LVM

försvinner och allt går över till LPT (enligt samsjuklighetsutredningen) kommer det att behöva rustas för ännu större platsbrist. Det kan även bero på att det är en patientgrupp som kan vara utmanande att ha inom heldygnsvården, då de inte alltid är så följsamma.

### **3.3 VO Vuxenpsykiatri Kristianstad**

Vid beroendemottagningen, LARO-mottagningen samt Mariamottagningarna (två i nordost och en sydost) var det sammanlagt 560 patienter som hade behandlingskontakt under 2024. Totalt 13 609 besök noterades detta år. Tillgängligheten var mycket god, där 100 % av patienterna erbjöds första besök inom förväntad tid. Beroendeverksamheten i VO Kristianstad har en budget på 26,8 miljoner kr för 2025 (inklusive köp av två vårdplatser vid beroendecentrum Malmö).

#### **3.3.1 Vuxenpsykiatrimottagning beroende**

Beroendemottagningen i Kristianstad startade upp sin verksamhet 2019 och är en mindre enhet bestående av enhetschef och ca tio anställda: En medicinsk sekreterare, en kurator, en psykolog (50%), sex sjuksköterskor (varav en är timanställd) samt en överläkare (50%).

Beroendemottagningen arbetar mot alla kommuner i nordost samt Tomelilla och Simrishamn och behandlar patienter med svårt skadligt bruk och beroende och samsjuklighet. Alkoholproblem hanteras till största del av primärvården i nordost, och det upplevs inte vara ett problem att patienter hänvisas till olika vårdinstanser. Även allmänpsykiatrin hanterar många patienter med skadligt bruk och beroende. Beroendemottagningen gör mycket utredningar, till exempel av adhd, och sätter in och ut läkemedel. Detta bedöms som viktigt i ett läge då man inte vet hur det blir med LARO framöver, som också har uppdraget att utreda samtidig adhd.

#### **3.3.2 FACT**

Mottagningen arbetar inte enligt FACT.

#### **3.3.3 LARO**

Det finns en LARO-mottagning i Kristianstad med enhetschef och sammanlagt 14 anställda: Nio sjuksköterskor, en psykolog, en kurator, en skötare, en medicinsk sekreterare samt en överläkare. Under våren 2026 öppnar en ny LARO-mottagning i Hässleholm. Det har att göra med ett nytt utökat uppdrag för PHH att bedriva LARO på fler orter.

### **3.3.4 Maria Skåne**

Det finns som sagt tre Mariamottagningar i verksamhetsområdet (en i Kristianstad, en i Hässleholm och en i Ystad). Två av enheterna har samma enhetschef. Några av mottagningarna delar på medicinsk sekreterare, kurator och läkare. Totalt för de tre mottagningarna är det två enhetschefer, två medicinska sekreterare, tre sjuksköterskor, två kuratorer, två samverkansparter i socialt arbete samt två läkare.

Mariamottagningarna har hög tillgänglighet och kan ta emot inom en vecka. Det är viktigt att patienterna välkomnas tillbaka så att de känner att det inte finns en gräns för hur mycket de får komma.

### **3.3.5 Haldygnsvård inklusive avgiftning**

Två abstinensbehandlingsplatser köps av BCM (beroendecentrum Malmö), något som ska utvärderas. Det är något besvärligt att ta sig till Malmö och trots mycket information tror många att det inte erbjuds någon abstinensbehandling. Kommunikationen är utmanande, vilket gör det extra svårt för målgruppen. De inläggningar som gjorts i Malmö har dock fungerat bra.

Ett alternativ till att VO Kristianstad ska köpa vissa platser är att BCM hade haft några platser som kan disponeras av hela Skåne. Nu krävs det mycket planering för att platserna ska utnyttjas optimalt.

### **3.3.6 Samarbete inom PHH**

Gruppbehandling med patienter från både LARO-mottagningen och beroendemottagningen kring känslohantering med mera har varit lyckat. Mottagningarna arbetar mycket ihop och täcker upp på chefssidan vid behov. Mottagningarna kan låna kurator av varandra. På somrarna stänger beroendemottagningen och flyttar in på LARO. Ibland har man teamdagar tillsammans, men man kan inte hantera varandras patienter på grund av olika medicinering.

Förutom samarbetet med BCM finns ett bra samarbete med Bup i både Kristianstad och Hässleholm. Eftersom beroendemottagningen i Kristianstad är en liten mottagning finns inte all kompetens. Konsult kallas ibland in för patienter på psykos. Man är noga med kollegialt samarbete och att göra planer ihop. Det ställs stora krav på samverkan internt på grund av att det ser ut som det gör. Ibland uppstår svårigheter i samarbetet, till exempel gällande patienter med adhd-medicin, där det kan vara ett års väntetid till att komma till i neuropsykiatriska teamet.

Man behöver arbeta mer med beroende inom allmänpsykiatri och ett utökat samarbete mellan beroendemottagningen och allmänpsykiatri har utvecklats kring fall med samsjuklighet. Man samarbetar mer mellan mottagningarna. Det ska vara sömlöst för patienten.

### **3.3.7 Samarbeten med somatiken**

Akutenpatienterna behöver i första hand kontakt med socialtjänsten och sedan kanske vidare till beroendemottagningen, socialtjänsten behöver utreda först om till exempel LVM eller behandlingshem behövs. Man kan ge mer information på akuten, men annars förekommer inget direkt samarbete. Konsultbedömningar görs av beroendeläkare, till exempel gentemot leverteam (transplantation).

Det finns även ett samarbete med sprututbytet som är duktiga på att motivera patienter till beroendemottagningen – de har förtur att komma in.

### **3.3.8 Samarbete med primärvården**

Det finns ett nätverk med 26 vårdcentraler i nordost (samtliga förutom Sjöbo, Skurup och Ystad) som har träffar en gång per termin med en kontaktperson från varje vårdcentral. Nätverket har dialog om olika former av beroenden. Vid något tillfälle har socialtjänsten också deltagit, vilket var uppskattat. Det finns även en Teamskanal upprättad där man kan lägga upp tips och ställa frågor. Har läkare på vårdcentral skrivit ut ska den ansvara för nedtrappning, men de kan få stöttning från beroendemottagningen. Det är sammantaget ett bra samarbete med primärvården och lätt att ringa varandra.

### **3.3.9 Samarbete med kommunerna**

Beroendemottagningen har ett tätt samarbete med kommunerna. Både kommunen och beroendemottagningen anser att samarbetet är viktigt, då ingen av huvudmännen har den kompetens och de professioner som behövs för att hantera hela patientens sjukdom och vardag med skadligt bruk och beroende. Det är extra viktigt eftersom beroendemottagningen är liten och inte har någon heldygnsvård.

Man pratar med kommunerna vid behov och har möten tillsammans. En del kommuner erbjuder mycket insatser, medan vissa små nästan inte har något att erbjuda. Det skiljer sig åt mycket – behandling inom kommunen eller inte – då får regionen ta ansvar och ge behandling.

Man har mycket samverkansmöten och har bra koll på vilka insatser som ges till patienterna. Det kommer att bli rörigt med nya SoL (socialtjänstlagen).

Tre kommuner har hoppat av Maria Skåne – samarbetet p.g.a. ekonomi och tycker inte att de får tillräckligt. De vill ha det i egen regi, men det leder till ökade kostnader för de kommuner som är kvar i samarbetet. Alla kommuner måste vara med och bestämma. Det är svårt att veta vem som har mandat att fatta beslut – gäller SoL eller HSL (Hälso- och sjukvårdslagen)? Det är två olika system hela tiden.

Teams (som kommunikationsyta) fungerar inte gemensamt mellan kommun och region, vilket är ett onödigt hinder.

Man försöker motivera patienterna att ha kontakt med socialtjänsten via SIP (samordnad individuell plan) eller något annat. Man har mycket samverkansmöten både internt med PIVA (psykiatrisk intensivvårdsavdelning) och med socialtjänsten.

Beroendepatienter, när de väl söker hjälp, måste komma in snabbt, annars trillar de tillbaka igen.

### **3.3.10 Utmaningar**

Ibland är det svårt att få över de patienter som har behov till allmänpsykiatrin. Det är inte ett stort inflöde av patienter, runt 100 patienter är inskrivna.

Österlen skulle behöva en egen beroendemottagning då avstånden är så stora, det hade underlättat mycket. En dag i veckan bemannar beroendemottagningen en annan mottagning i Simrishamn för att underlätta problemet med långa avstånd. Detta har testats en termin och fungerar bra. Vid läkarkontakt måste patienterna dock komma till Kristianstad, och socialtjänsten ute i kommunerna har inte möjlighet att hjälpa till. Daglig nedtrappning är svårt för dessa patienter.

Även ett mobilt team i form av ett samarbete mellan kommun och beroendemottagning hade varit önskvärt.

Konceptet brukarstyrda inläggningar vid beroendeproblem hade också varit intressant.

Det behövs högre kompetens på vårdcentralerna. AKO riktlinjerna (allmänläkarkonsult) är tydliga och borde användas. Hemvist kompetenscentrum beroende samlar utbildningar med mera.

Psykiatrin kommer att få en basutbildning i beroende. Det händer en del, men inte till den breda massan.

Personalbyten sker kontinuerligt, så man måste hela tiden upprepa.

Alla akuta ärenden kommer till PIVA. Finns det plats läggs patienten in på beroendemottagningen i Malmö, även planerade inläggningar görs där. Det görs mycket inom öppenvård i Kristianstad eftersom det inte funnits heldygnsvård innan. Det hade varit bäst om det fanns egna platser i Kristianstad men det går inte att bemanna på grund av personalbrist. Verksamheten är beroende av läkare som arbetar på flera ställen och det finns en sårbarhet om någon skulle sluta.

Man lägger mycket tid på att vara ute och informera generellt och alla efterfrågar mer kunskap. Det har gjorts filmer med Kristianstad kommun om beroendepersonlighet.

Geografiskt avstånd är viktigt. Ett mobilt team för beroende med psykiatri och kommun hade varit bra. Det är inte alltid lätt för socialtjänstens handläggare att bedöma samsjuklighet, den kompetensen finns inte. Ett flexibelt team hade varit bra.

Det kan vara svårt att skilja på gränssnitten och vad som är vad med samsjuklighet. Man behöver börja någonstans. Beroendemottagningen kopplas in när man har någon form av funktionsnedsättning. Man kan inte bara utreda för att patienten vill bli utredd.

Gränssnitten kan vara svåra att förstå. Kommunerna har sin del, primärvården sin del och specialistvården sin del. Ibland behöver man till exempel kontakta socialtjänsten först i ordningen. Det kan vara svårt att förklara gränssnitten.

Man kan titta internt i till exempel allmänpsykiatrin i Kristianstad kring förståelse mellan mindre och större mottagningar när det gäller beroendefrågor. Det kanske är bättre med team än med mottagningar ibland? Remisser bollas mellan mottagningar fast än att de inte ska det. Man måste prata med varandra i stället. Det är en svårighet och en väg in hade behövts där patienterna sedan slussas vidare ifrån.

### **3.4 VO vuxenpsykiatri Lund**

VO Lunds beroendevård omfattas av vuxenpsykiatrimottagning beroende, vuxenpsykiatriavdelning 8 beroende samt Maria Skåne mellersta (Lund). Det finns statistik för öppenvårdsinsatserna. Totalt hade beroendemottagningen och Mariamottagningen 399 patienter i

behandling under 2024. Totalt noterades 6 895 besök för dessa mottagningar. Tillgängligheten under 2024 till första besök inom förväntad tid var 80 % för beroendemottagningen respektive 50 % för Mariamottagningen. Budget för 2025 för beroendemottagningen, avdelning 8 och Mariamottagningen är 20,8 miljoner.

### **3.4.1 Vuxenpsykiatrimottagning beroende**

Beroendemottagningen erbjuder specialistpsykiatrisk diagnostik, bedömning och behandling av beroendetillstånd gällande alkohol, läkemedel och narkotika. Mottagningen har en enhetschef och 13 medarbetare: två medicinska sekreterare, fyra sjuksköterskor, två skötare/undersköterskor, tre kuratorer, en ST-läkare och en överläkare.

Patienter som tas emot måste ha ett väletablerat skadligt bruk eller beroende. Lättare beroendeproblematik eller riskbruk tas inte emot. Det görs även mycket konsultationer till både primärvården och andra delar av psykiatrin.

Vid bedömning av remisser följer beroendemottagningen den Skåneövergripande handlägningsöverenskommelsen som finns mellan primärvård och specialistpsykiatri gällande vuxna. Medarbetarna förhåller sig även till de styrande överenskommelser som finns för samverkan på nationell, regional, och lokal nivå. Vid bedömning av vård och behandling utgår medarbetarna från Region Skånes standardiserade vårdprocesser samt beprövad erfarenhet inom området. Patienter som tar kontakt via rådgivningstelefonen och som inte är kända sedan tidigare ombeds ta kontakt med primärvården för att få en första bedömning (provtagning samt behandlingsförsök enligt ovan).

### **3.4.2 FACT**

Det pågår en pilotverksamhet som omfattar ett FACT-team, det finns en anställd utvecklare i FACT med fokus på beroende som har startat upp i projektform. Även privat psykiatri deltar i detta arbete. FACT-modellen skulle vara bra som en förberedelse för samsjuklighetsreformen.

### **3.4.3 Maria Skåne**

Mariamottagningen är ett samarbete mellan Region Skåne och kommunerna i mellersta Skåne (Burlöv, Lomma, Lund, Kävlinge, Eslöv, Hörby och Höör). Alla kommuner utom en är anslutna. Mottagningen har en enhetschef och sammanlagt 4-5 medarbetare, bland annat två sjuksköterskor, en kurator och en överläkare (deltid).

### **3.4.4 LARO**

VO Lund bedriver inte LARO i egen regi, det är en upphandlad extern tjänst för det geografiska upptagningsområde som berör vuxenpsykiatri i Lund.

### **3.4.5 Haldygnsvårdsavdelning inklusive avgiftning**

Vuxenpsykiatriavdelning 8 är en heldygnsvårdsavdelning. Avdelningen har två enhetschefer samt 21 medarbetare (varav en är teamledare): en medicinsk sekreterare, nio sjuksköterskor, sex skötare/undersköterskor, två omvårdnadsassistenter, en patientstödare, en kurator och en överläkare.

För pågående patienter på mottagningen görs bedömning av läkare gällande behov av heldygnsvård och då det är aktuellt sker direktinläggning via vårdplatskoordinatorn.

Det finns åtta platser för avgiftning och att öppna upp fler vårdplatser är utmanande, även om behoven finns. Patienterna kommer antingen in via socialtjänsten eller så söker de själva. Ofta är de somatiskt dåliga, och ges vid behov abstinensbehandling, antingen polikliniskt eller inneliggande. Stödsamtal och återfallsprevention ges, patienterna får lämna prover för att få hjälp med kontroll och för att känna sig trygga med sig själva och sin behandlare. Återfall är vanligt förekommande.

Kända patienter som tidigare vårdats inneliggande och som inte har pågående kontakt med mottagningen hänvisas till psykakuten för ställningstagande till akut inläggning på grund av medicinsk risk i abstinensfasen.

### **3.4.6 Samarbete inom PHH**

Det framkommer att beroendemottagningen gör konsulter gentemot andra verksamheter i Lund. Bilden är att allmänpsykiatri behöver arbeta mer med beroendevård om man ska tolka samsjuklighetsutredningen.

### **3.4.7 Samarbete med primärvården**

Samarbetet med primärvården fungerar bra, till exempel att psykiatri remitterar ut patienter till primärvården. Primärvården har blivit mer kompetent i beroendevård även om det finns behov av utveckling. Det finns dialogforum för beroende där psykiatri (även den privata) och primärvården medverkar.

### **3.4.8 Samarbete med somatiken**

Samarbetet med somatiken fungerar bra och det finns en bra dialog med specialiteterna.

### **3.4.9 Samarbete med kommunerna**

Det finns en delregional samverkan för beroende med kommunerna.

Då kommunerna arbetar olika och är olika organiserade är det svårt för regionen att hålla koll på hur det fungerar i varje enskild kommun. Det finns olika synsätt på vem som gör vad i respektive kommun och i regionen. Gemensamma avstämningar har underlättat och fungerat bra för att kunna närma sig varandra. Tidigare har samverkansmöten med varje enskild kommun testats, men utan resultat. Det blir mer kraft i gemensamma samverkansmöten och bättre effekt i nätverket när alla är med. Det finns ett nära samarbete med alla kommuner som fungerar bra, mycket tack vare den delregionala samverkan. SIP är ett bra verktyg som används.

Efter behandling på LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall) kommer patienten tillbaka igen, mottagningen erbjuder eftervård och kontakt innan behandlingshemsvistelsen för att kunna fånga upp patienterna efter institutionsvård.

Individuell bedömning görs i första hand i form av konsult och i samarbete med inremitterande enhet, i andra hand görs ett övertag av vårdansvar. Erbjudande ges om efterbehandling till personer som på grund av substansbrukssyndrom genom kommunen vistats på behandlingshem, alternativt institutionsvårdats. Behandling ges under cirka tre till sex månader för att säkerställa fortsatt drogfrihet efter hemkomst, varefter behandlingsansvaret återgår till ordinarie mottagning om nykterhet bibehållits. Insatser via beroendemottagningen bör ha initierats innan behandlingshemsvistelsen påbörjas, även för gravida kvinnor, oavsett svårighetsgrad av substansbruk.

### **3.4.10 Utmaningar**

Mariamottagningen har utmaningar i sättet att dokumentera då kommun och region inte har samma journalsystem.

Det råder kompetensbrist inom både specialistvården och inom primärvården vad gäller beroende, till exempel så varierar det mycket mellan olika vårdcentraler hur kompetensen se ut. Vårdcentralerna är första linjens psykiatri, vissa vårdcentraler har psykologer och

psykiatrisjuksköterskor, andra har inte något av det. Utbildning behövs på bredden inom både region och kommun, varav vissa utbildningar bör vara gemensamma för båda huvudmännen, till exempel i återfallsprevention.

Det är utmanande att ha psykiatrin och beroendevården uppdelad. Vissa mottagningar inom psykiatrin behandlar inte beroende, vilket de borde. Det är inte hållbart då problematiken är så pass stor.

### **3.5 VO Vuxenpsykiatri Malmö-Trelleborg**

Beroendecentrum Malmö (BCM) samlar all beroendevård i Malmö-Trelleborg under ett område. Statistik från 2024 för öppenvårdsmottagningarna för beroende, inklusive LARO, visar att totalt 2 194 patienter hade kontakt och att dessa mottagningar hade totalt 54 390 besök. Statistik för heldygnsvården anges inte här. Tillgängligheten under 2024 för samtliga öppenvårdsmottagningar för beroende i VO Malmö-Trelleborg var hög, 93,5 % av patienterna erhöll första besök inom förväntad tid. Flera mottagningar hann träffa 100 % av patienterna inom förväntad tid. Budget för 2025 för beroendevården i Malmö är ca 204 miljoner kr.

#### **3.5.1 Vuxenpsykiatrimottagning Rådmannen**

Rådmannen erbjuder behandling för personer i behov av specialistpsykiatrisk vård och som samtidigt är beroende av alkohol och/eller narkotika. Man erbjuder även behandling till personer med svårt beroendesyndrom med eller utan samtidig psykisk ohälsa, där behovet inte kunnat tillgodoses av kommunen eller primärvården.

Mottagningen har en enhetschef samt totalt ca 26 anställda: En receptionist, två medicinska sekreterare, en skötare, tio sjuksköterskor, fem specialistläkare/överläkare, tre kuratorer, fem psykologer, varav några är specialister, och en PTP-psykolog.

#### **3.5.2 Öppenvårdsmottagning Triangeln**

Triangelmottagningen erbjuder kartläggning, kortare stödinsatser och kortare behandlingar för personer med alkoholproblem och som tidigare inte sökt specialistvård och som inte är i behov av samarbete med socialtjänst eller annan vårdgivare. Det är bara Malmö som har denna sorts mottagning.

Mottagningen har en enhetschef (deltid), en medicinsk sekreterare samt två sjuksköterskor.

### **3.5.3 Vuxenpsykiatrimottagning dubbeldiagnos**

Denna mottagning behandlar personer med psykossjukdom och som samtidigt är beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika.

Vid mottagningen arbetar en enhetschef, två medicinska sekreterare, tre sjuksköterskor samt en kurator.

### **3.5.4 Vuxenpsykiatrimottagning elitidrott och hälsa**

Mottagningen vänder sig till den som är eller nyligen varit aktiv inom elitidrott, för att få hjälp att upptäcka, bedöma och behandla psykisk ohälsa. Mottagningen vänder sig inte specifikt till målgruppen beroende men kan behandla beroende i förekommande fall.

På mottagningen arbetar en enhetschef (deltid), två psykologer (deltid) samt en överläkare (deltid).

### **3.5.5 Vuxenpsykiatrimottagning läkemedelsberoende**

Mottagningen har en enhetschef, två behandlingsassistenter med anställning i Malmö stad, en socionom med anställning i Malmö stad, tre sjuksköterskor och en överläkare (timanställning).

### **3.5.6 Vuxenpsykiatrimottagning spelberoende**

Mottagningen har en enhetschef, en psykolog (gamingprojektet, dataspelsberoende), två kuratorer (varav en i gamingprojektet), en sjuksköterska och en överläkare (deltid).

### **3.5.7 LARO**

Det finns sammanlagt fyra LARO-mottagningar i VO Malmö i regi av BCM. Tre av dessa ligger i Malmö och en i Trelleborg: LARO Bokgatan, LARO Hasselgatan (inklusive helgmottagning), LARO Matris och LARO Trelleborg. De flesta som haft LARO länge går på Hasselgatan. Det råder strikta krav på LARO-vård men alla privata aktörer är inte lika strikta. Alla mottagningar fungerar bra. Det finns läkarbemannning på samtliga och många arbetar på flera ställen inom BCM. Under 2025-2026 planeras för ytterligare två LARO-mottagningar på sjukhusområdet i Malmö, där även helgmottagning kommer att finnas.

#### **3.5.7.1 LARO Bokgatan**

Mottagningen har en enhetschef, en medicinsk sekreterare, en patientstödjare, sju sjuksköterskor, en kurator, en psykolog, en överläkare och en undersköterska,

### **3.5.7.2 LARO Hasselgatan**

Enheten har en enhetschef, en receptionist, en administratör, en kurator, åtta sjuksköterskor, två skötare, två sjukvårdsbiträden, en undersköterska, en överläkare samt en farmaceut.

### **3.5.7.3 LARO Matris**

Mottagningen har en enhetschef, en medicinsk sekreterare, fem sjuksköterskor, en skötare, en kurator, en psykolog, en överläkare och en specialistläkare.

### **3.5.7.4 LARO Trelleborg**

Mottagningen har en enhetschef, en medicinsk sekreterare, tre sjuksköterskor, en omvårdnadsassistent, en psykolog och en specialistläkare.

## **3.5.8 Heldygnsvård, akutavdelning, avgiftning**

### **3.5.8.1 Akutmottagning vuxenpsykiatri beroende**

Det finns en egen akutmottagning i Malmö fram till kl. 23:00, därefter är det vanliga psykakuten. Det är ett högt tryck på akuten på kvällen. Det framkommer i intervjun att akuten har förändrats de senaste tre åren så sett att man kan komma in som kraftigt berusad på avgiftning. Poliklinisk avgiftning erbjuds. Läkemedel kan ges en gång om dagen via akuten, men patienten måste vara motiverad. Detta skapar ett mindre behov av heldygnsplatser.

Akutmottagningen tar emot personer som är 18 år eller äldre med svåra symtom till följd av beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika. Det kan vara till exempel svår abstinens, om man behöver hjälp att bryta pågående beroende eller om man behöver avgiftning efter långvarigt beroende.

Anställda på akutavdelningen ingår i katalogiseringen av personal från avdelning 1 nedan.

### **3.5.8.2 Vuxenpsykiatriavdelning 1 beroende**

Avdelningen vårdar patienter med svåra symtom till följd av ett beroende och skadligt bruk och som behöver vård under en eller flera dagar. Patienter läggs in via akutmottagning beroende eller via socialtjänsten om man har ett beviljat bistånd till behandling.

Avdelningen (inkl. akuten) har en enhetschef, 25 sjuksköterskor, tolv skötare, fyra undersköterskor, en servicevärd, en kurator, två omvårdnadsassistenter, en receptarie och två medicinska sekreterare.

### **3.5.8.3 Vuxenpsykiatriavdelning 2 beroende**

Avdelningen erbjuder inläggning efter utredning eller undersökning på en psykiatrisk mottagning, oftast en psykiatrisk akutmottagning. Avdelningen specialiserar sig på att möta personer som är under utredning för en svår psykisk störning och som samtidigt är beroende av alkohol, läkemedel eller narkotika. Avdelningen kan också under en begränsad tid hjälpa personer som har en svår beroendeproblematik men inte någon psykisk störning. Avdelningen tar emot när behovet av specialistkunskap inte kan tillgodoses hos kommunen eller vårdcentralen.

Avdelningen har enhetschef, en medicinsk sekreterare, tolv sjuksköterskor, tolv skötare, sex undersköterskor, en kurator, en psykolog och en överläkare.

### **3.5.8.4 Vuxenpsykiatriavdelning för opioidberoende**

Avdelningen erbjuder vård till personer som är beroende av opioider och behöver vård under flera dagar. Man erbjuder medicinsk behandling vid abstinens och avgiftning, till exempel insättning eller upptrappning av metadon eller buprenorfin.

Förutom den medicinska behandlingen är målsättningen att patienten ska få tillbaka en normal dygnsrytm med fungerande sömn, aktivitet, mat, hygien och socialt umgänge.

Avdelningen har enhetschef, tolv sjuksköterskor, nio skötare, två sjukvårdsbiträden, tre undersköterskor, två omvårdnadsassistenter, två sjukvårdsbiträden samt en kurator.

### **3.5.8.5 Maria Skåne**

Generellt för Mariamottagningar i Skåne är att man inte behöver ha diagnos beroende för att tas emot, det kan räcka med riskbruk. Det räcker att man har problem med alkohol eller andra droger. Man har en låg tröskel för vårdsökande och hög tillgänglighet. Det handlar också om förebyggande arbete så att man inte hinner utveckla skadligt bruk/beroende.

Patienterna får information, bedömning och kartläggning vid behov. Det finns även ett stort fokus på att inkludera patientens anhöriga i form av föräldrar, släkt och/eller vänner om patienten samtycker till det.

Patienterna får en fast vårdkontakt och målsättningen är att de ska erbjudas tid snabbt när de söker hjälp, inom en vecka.

Man har hög tillgänglighet och egna lokala mål. Det är sällan att det blir köer, i så fall under 30 dagar till nybesök. Först nybesök, sedan direkt till kartläggning, sedan vårdplan, sedan bestäms insatserna. Det råder ingen väntan i denna vårdprocess.

Patienten får en etablerad behandlings/genomförandeplan och i den ingår de professioner som behövs, vilka kan vara läkare, sjuksköterska, socionom och psykolog.

Det totala antalet remisser till Mariamottagningarna under 2024 var ca 900, ca 550 hade insatser, det vill säga, kartläggning eller behandling.

Patienterna har i snitt kontakt med Mariamottagningarna i fyra till sex månader. Trettio procent av patienterna är återkommande och kan komma från socialtjänsten eller någon annan vårdinstans. En del av patienterna söker själva och övriga kommer i kontakt via anhöriga eller socialtjänsten. Mariamottagningarna samarbetar inte mycket med primärvården.

Tankar utifrån samsjuklighetsutredningen är att man behöver prata mer om vilka huvudmän som ska göra vad, det vill säga, vad är behandling kopplat till beroende och vad är behandling kopplat till normbrytande beteende/riskbruk. Vem ska ha uppdraget för komplext beroende, beroende med psykiatrisk samsjuklighet? Kan man ha ett FACT-beroendeteam inom Bup eller en regional Mariamottagning för komplexa fall? Man hade kunnat samarbeta mer med allmänpsykiatrimottagningar för unga vuxna, om det hade funnits.

Mariamottagningen i Malmö har en enhetschef som dessutom har samordningsansvaret för Marianätverket. Övriga anställda är en administratör, en behandlingsassistent med anställning i Malmö stad, fyra socionomer som har sina anställningar i Malmö kommun och ytterligare en regionanställd socionom med anställning i Bup, två sjuksköterskor, en teamledare, en överläkare (deltid) och en specialistläkare (deltid) med anställning i Bup, en psykolog, en PTP-psykolog samt en utvecklare.

### **3.5.9 Samarbete inom PHH**

Samarbetet beskrivs som välfungerande inom verksamhetsområdet samtidigt som det också förekommer tankar om bättre samarbete med Bup kring provtagning.

### **3.5.10 Samarbete med primärvården**

Önskemål framkommer om en vårdcentral för personer med skadligt bruk och beroende som också är hemlösa (eller ambulerande personer) och att en sådan verksamhet skulle vara avgiftsfri. En sådan vårdcentral hade kunnat arbeta uppsökande för målgruppen. Det finns stora barriärer mot sjukvården för denna grupp.

### **3.5.11 Samarbete med somatiken**

Det framkom inte mycket om detta samarbete i intervjuerna, mer än att sprututbyte fungerar väl.

### **3.5.12 Samarbete med kommuner**

Man samarbetar till exempel öppenvårdshuset Gustav. Man har också ett bra samarbete med placeringar med samsjuklighet och andra psykiatriska diagnoser där kommunen betalar avgiftningen om behandlingshem behövs. Men det finns utmaningar, en gräns mellan sjukvård och kommun. Vi kan arbeta bättre med att kommunen får veta av hälso- och sjukvården vad patientens behov är. Allt beror också på patientens frivillighet.

Det framkommer en del tankar om HVB-hem utifrån samsjuklighetsutredningen, bland annat att det vore bra om HVB-hem blev utslussningsboenden om de hamnar i regionen regi.

### **3.5.13 Utmaningar**

Det finns en stor utmaning i hur man betraktar beroendepatienter, och det råder konkurrens mellan olika perspektiv. Beroendevården behöver lyfta blicken och prata ihop sig inom området beroende och samtliga som arbetar med patientgruppen. Till exempel så finns det ingen enad definition av samsjuklighet och vad som ryms inom begreppet. Det råder också ett stort stigma kring dessa patienter, vilket är ett problem och som ofta bidrar till att vården brister för dem. Det är dessutom utmanande att diagnostisera barn, trots hög psykosocial kompetens bland personalen.

Det kommunala självstyret inom kommunerna gör att det blir upp till varje enskild chef om kommunen ska ansluta sig till Marianätverket eller inte, vilket är ett problem.

Vissa kommuner har nu även aviserat att de vill lämna nätverket och ha liknande verksamhet i egen regi. Det beror på att de anser att avståndet

till närmaste Mariamottagning är för långt, och att de inte får ut tillräckligt mycket av att vara anslutna.

Om fler kommuner drar sig ur måste allmänpsykiatri och Bup eventuellt rusta upp på vissa geografiska platser för att dessa patienter ska kunna få en tillgänglig vård. Det är viktigt med en väg in och att snabbt fånga upp dessa patienter, då de inte har någon annan självklar plats i hälso- och sjukvårdssystemet.

Många ungdomar har ett riskbruk, men det tappar enklare över till att bli destruktivt jämfört med hos vuxna. Fokus bör därför inte ligga för mycket vid diagnostik, utan vid snabb och tidig kontakt för att kunna hjälpa dem på bästa sätt.

Standardiserade vårdförlopp är ett förenklat sätt att förstå ett komplext behov när det kommer till beroendeproblematik, och ibland kan medarbetare behöva gå utanför boxen för att patienten ska få den hjälp den behöver.

En utmaning är att medarbetarna på Bup generellt saknar beroendekompetens.

Cirka 10–15 ungdomar blir inlagda för heldygnsvård för sin beroendeproblematik per år, men kriterierna för inläggning är otydliga. Det handlar inte endast om platsbrist, utan även vilket synsätt man har på ineliggande barn och samsjuklighet. Stockholm och Göteborg har egna avdelningar för ungdomar med beroende. Man behöver se inläggning i ett helhetsperspektiv, det hade behövts en egen avdelning i Skåne, från 14-21 år till exempel. Att sätta 18-åringar på avdelningar är inte optimalt.

I bästa fall har Bup redan påbörjat behandling av andra samexisterande tillstånd vid inläggning. Sedan är det långa väntetider för inläggning, vilket aldrig är bra. Det är också utmanande att det dras en skarp linje vid 18-års ålder.

Ny rutin finns nu mellan Bup och Mariamottagningarna enligt principen en patient – en vårdplan. Man behöver ha ett gemensamt synsätt för hur behandla en patient. Historiskt sett har socialtjänsten haft ansvaret för barn/ungdomar med substansbruk.

Bup har fortsatt behov fortbildning. En basutbildning i beroendevård hade behövts – hur sker en beroendeutveckling, hur börjar det och hur slutar det, från riskbruk till beroende? Man behöver också känna till hur substanser klassas, hur ser beroendetrappan ut? Eller om man

exempelvis söker för ångest och börjar behandla den utan att ha undersökt om patienten använder droger.

Bup har en egen rutin för drogscreening där patient ges remiss till vårcentralen, det är dock inte enligt rutin. Det kan vara en kostnadsfråga eller resursfråga. Det förekommer att patienter blivit testade samtidigt som de varit aktiva brukare.

Generellt behöver man arbeta mer förebyggande med den här patientgruppen. Det kan göras till exempel genom kompetenshöjande insatser för elevhälsan och att satsa mer på sysselsättning och arbete för patienter över 18 år då en meningsfull vardag betyder mycket i sammanhanget. Mariamottagningarna har även många lokala samarbeten med frivilligorganisationer.

## **3.6 Barn- och ungdomspsykiatri (Bup)**

### **3.6.1 Öppenvård**

Bup erbjuder första linjens verksamhet och specialistmottagning för barn och ungdomar som är 0–18 år. Det finns cirka 800 medarbetare inom Bup och verksamheten är geografiskt utspridd över hela Region Skåne. Bup har cirka 30 000 patienter i Skåne och patientgruppen ökar mer än inom vuxenpsykiatri. Inom Bup förekommer både barn och ungdomar som själva har ett skadligt bruk och beroende, eller barn och ungdomar vars föräldrar har ett skadligt bruk och beroende. Generellt så ställs frågor om alkohol och droger till alla över tolv år. Patienterna är ofta förvånansvärt ärliga, och det är mycket vanligare än vad man tror att ha testat alkohol eller droger bland unga under 18 år.

### **3.6.2 Haldygnsvård inklusive avgiftning**

Haldygnsvård finns bara i Malmö, 21 platser, och två av dessa är avsedda för avgiftning. Nya lokaler hade kunnat öka antalet vårdplatser, vilket hade varit önskvärt. Tidigare fanns haldygnsplatser hos Beroendecentrum i Malmö, vuxenpsykiatri, men det fungerade inte optimalt.

De flesta söker till Bup via egenremiss, där oftast föräldrar söker åt sitt barn. Bup eftersträvar en hög tillgänglighet och majoriteten kommer på ett första besök inom 30 dagar. De patienter som remitteras via till exempel Mariamottagningarna har extra hög prioritet.

Bup Online har ett samarbete med Mariamottagningarna och ungdomsmottagningarna där syftet är att erbjuda tidiga insatser på

både specialistnivå och primärvårdsnivå. Samverkan med elevhälsan inom kommunerna och primärvården behöver stärkas upp ytterligare.

Rätt kompetens och lättillgängliga tidiga insatser är avgörande för att kunna fånga upp barns problematik. Detta provocerar vissa medarbetare då man gärna vill hålla det inom den specialiserade vården. Men man måste vara beredd att kunna jobba utanför sitt uppdrag för att kunna göra skillnad.

### **3.6.3 Samarbete med kommunerna**

Bup har ett bra samarbete med kommunerna, och många skolor uppmanar elever som mår dåligt att söka till Bup. Bup har tagit fram en remissmall tillsammans med socialtjänsten för att underlätta. Bup arbetar även mycket med psykoedukation och motiverande samtal, och det är då viktigt att tänka på att anpassa till åldern på patienten. Det kan i många sammanhang förbättras, till exempel är 1177 inte så anpassat.

Föräldrastöd är minst lika viktigt som behandlingen för patienten, och det erbjuds gruppbehandling till föräldragrupper men inte renodlad familjebehandling, det ligger på kommunerna.

Den största anledningen till att det i dag inte är en sammanhållen vård för den här patientgruppen är att de finns två huvudmän med olika ansvar, och att det råder ett hålrum för vem som ska hålla ihop det. Regionen står för en del av behandlingsutbudet och kommunerna för en annan, och många tillstånd är samexisterande och kräver samordnad behandling och ett bättre samarbete mellan region och kommun för att få hela tillvaron för individen att fungera. Det finns ett stort behov av att öka samverkan och samarbetet.

### **3.6.4 Samarbete inom PHH**

Det finns ett samarbete mellan Bup och Mariamottagningarna, rent formellt. Mariamottagningarna påtalar att beroendeproblem kan behöva uppmärksammas mer inom Bup i allmänhet.

## **3.7 Somatisk akutsjukvård**

### **3.7.1 Akutmottagningen i Helsingborg**

Akutmottagningen i Helsingborg är ett av de stora akutsjukhusen i Skåne och är därför öppen dygnet runt. Patienter med skadligt bruk och beroende kommer till akutmottagningen i olika tillstånd. Ibland kommer

de själva för att de inte har någon annanstans att ta vägen. De kan även komma in tillsammans med polis eller anhörig för att de är i behov av bedömning eller observation. Det händer även att de kommer in som prio-ett-larm vid akuta tillstånd, till exempel vid intoxikation, och är då i behov av intensivvård eller observation och sedan vidare till inneliggande vård på somatisk avdelning.

Det förekommer att dessa patienter skapar en stökig arbetsmiljö på akutmottagningen, och att väktare eller polis behöver tillkallas. Generellt sett har akutmottagningen ingen kontakt med kommunerna kring dessa patienter, det finns däremot en etablerad kontakt med primärvården vid behov av samarbete kring vissa patienter. I de fall som patienterna kommer in till akutmottagningen påverkade av alkohol så lämnar de igen när de tillnyktrat, och akutmottagningen vidtar inga ytterligare åtgärder då det inte finns resurser till det. Har de inkommit via polisen hämtar polisen dem igen.

Om det gäller andra substanser än alkohol skrivs ibland remiss till beroendemottagningen i Helsingborg, men där är det ont om platser.

I Helsingborg finns flera LARO-mottagningar, vilket märks på inflödet till akutmottagningen. Det märks även på de somatiska medicinavdelningarna, och därför försöker man samordna så mycket som möjligt med LARO-mottagningarna. Dessa patienter är i behov av mer stöd, men de måste också ha en egen vilja att förändra sin situation.

Det är inte ovanligt att patienterna kommer in hänvisade från psykakuten, då de sökt hjälp där, men psykakuten vill ha en somatisk bedömning. Ibland kan patienterna då observeras och sedan skickas tillbaka till psykakuten. Ibland behöver de inte somatisk bedömning, även då skickas de tillbaka till psykakuten. Detta är en utmaning som man arbetar med inom förvaltningen, då den somatiska akutmottagningen blir som en konsulttjänst till den psykiatriska akutmottagningen.

I dagsläget behövs en remiss för att skicka patienterna mellan akutmottagningarna, vilket är onödig administration som inte ska behövas. I stället för att skicka en remiss kan patienten ledas över fysiskt till rätt mottagning, vilket blir bättre för alla parter. Patienterna ska tas om hand och det ska gå smidigt. Samverkansdokument har av den anledningen upprättats mellan somatiken och psykiatrin, och det hålls samverkansmöten både på ledningsnivå och närmare verksamheten. Det förenklar diskussioner om kommunikation och att

stötta varandra internt, då det är viktigt med samsyn för att kunna arbeta framåt gemensamt.

Vid LVM kan det ibland bli en utmaning då akutmottagningen är skyldig att säkerställa att patienten kvarstannar, men innan man får tag i rätt kontaktpersoner kan det bli påtagligt svårt då det inte finns någon lag som stödjer fysisk kvarhållning.

Kompetensen kring beroendeproblematik bland medarbetarna på akutmottagningen varierar. Akuta larm handhas på samma sätt som alla andra, men när patienter blir stökiga är det alltid svårt för medarbetarna. Vissa medarbetare känner sig naturligt mer bekväma än andra och det kan vid tillfällena bli mycket på kvällar och nätter och vid större evenemang. Det arbetas hårt tillsammans med väktarna för att det ska fungera, och att det finns ett tydligt system för ansvar och befogenheter mellan väktare och ordningsvakter.

### **3.7.2 Akutmottagningen Trelleborg**

Lasarettet i Trelleborg är inte ett av de stora akutsjukhusen – här hanteras sådant som har en lägre vårdnivå. Det finns en akutmottagning som kan hantera vissa akuta åkommor, men eftervård och observation görs inte i Trelleborg utan skickas då till Malmö i ambulans där de hanterar patienter med en hög vårdnivå, till exempel kraftig alkoholförgiftning. Patienterna kan sedan skickas tillbaka till Trelleborg för till exempel intravenös antibiotika eller mindre akut observation.

Trelleborg hanterar inga patienter med avancerad beroendeproblematik, utan de får remiss vidare till psykiatri eller Beroendecentrum i Malmö.

Förutom en LARO-mottagning saknar Trelleborg en beroendemottagning för övriga beroendetillstånd. Det förekommer patienter med abstinensbesvär eller andra somatiska besvär till följd av beroendeproblematik, och dessa hanteras på lasarettets somatiska avdelningar utan problem. Läkarna har god kompetens om patienter med skadligt bruk och beroende. Det är en utmaning att det inte finns någon psykiatrisk beroendevård i Trelleborg (bortsett från LARO), man får klara sig utefter de resurser man har. Avancerade patienter skickas vidare till psykiatri i Malmö, till exempel vid LPT. Men då patienten själv måste söka sig vidare på frivillig basis är det en utmaning att inte ha verksamheten inom samma förvaltning, då det blir svårare att samordna. Primärvården kan hantera olika svårighetsgrad av dessa patienter beroende på utbudet på vårdcentralen. Om ansvar ska tas över från kommunerna till regionen är det viktigt att utreda alla delar

och särskilt ansvarsdelarna, oavsett om det gäller tillnyktringsplatser eller dagmottagning och rehab.

## 3.8 Primärvård

Under 2024 noterades det i statistiken totalt 404 patienter med någon form av beroendediagnos för 511 besök inom offentlig primärvård, merparten till läkare. Inom privat primärvård noterades totalt 223 patienter med någon form av beroendediagnos för totalt 273 besök. Primärvården i Skåne har hög tillgänglighet. Huruvida dessa siffror är proportionerliga i relation till den totala andelen patienter i offentlig kontra privat regi behöver undersökas vidare, särskilt i relation till DARC:s tidigare nämnda data. Det är tänkbart att patienter med beroende har fått andra diagnoser, till exempel ångestsyndrom.

Nedan följer en sammanställning av intervjuer med representanter från primärvård i offentlig regi från tre olika geografiska områden – nordväst, nordost och väst. Det är viktigt att notera att detta inte kan betecknas som heltäckande kartläggning av primärvårdens arbete med beroende, utan ska ses som exempel.

Generellt sett skiljer sig utbudet mycket över regionen och vårdcentraler emellan. Ingången till vårdcentralen leder oftast till läkare som sedan vid behov och tillgång kopplar på relevant kompetens. Läkare gör somatisk kontroll och förskriver läkemedel. Kurator eller psykolog ger KBT-insatser och sedan finns det, i varierande grad, MET-utbildade (motivational enhancement) sjuksköterskor.

### 3.8.1 Samarbete primärvård - specialistpsykiatri

Samarbetet mellan primärvården och specialistpsykiatri beskrivs fungera bra vad gäller behandling av beroendetillstånd utifrån handläggningsöverenskommelsen, liknande för andra tillstånd som regleras av handläggningsöverenskommelsen.

### 3.8.2 Samarbete mellan primärvård och kommun

Angående frågan om det upplevs som tydligt vem som gör vad mellan primärvården och kommunerna framkommer det att det delade ansvaret mellan kommun och region kan upplevas som otydligt. Beroende på vilka insatser som finns inom kommunen involveras den i olika grad.

Förutsättningarna för att bedriva beroendevård inom primärvårdens olika geografiska områden skiljer sig åt. Dels kompetensmässigt, dels tillgången till psykologisk behandling. Till exempel har östra Skåne mindre tillgång till psykologer men mer till socionomer.

### **3.8.3 Exempel från primärvård i västra Skåne**

Vården för patienter med skadligt bruk och beroende fungerar generellt sett bra. De flesta patienter är kända och har ibland utmaningar i att dyka upp på inbokade tider. Det är ofta patienter med allvarligt skadligt bruk och beroende som inte dyker upp.

Patienterna kan få läkemedelsbehandling på vårdcentralen, men all psykoterapeutisk behandling ges inom kommunen. De psykologer och kuratorer som arbetar på vårdcentralen hanterar inte alkoholberoende, utan patienterna kan här endast få medicinsk behandling av läkare, till exempel i form av antabus. Den geografiska närheten är viktig för dessa patienter, till exempel för att kunna hämta ut läkemedel. Vårdcentralen har även ansvar för att rapportera in förhöjda värden till Transportstyrelsen.

Akuta abstinensbehov hanteras inom den psykiatriska akutsjukvården. När det gäller alkohol görs det oftast genom abstinensbehandling på dagtid och med nedtrappning, och inte som heldygnsvård. Vårdcentralen erbjuder inga andra former för nedtrappning, utan det är om patienten själv lyckas sluta med alkohol på uppmuntran av vårdcentralen.

Samarbetet mellan primärvården och kommunerna fungerar inte optimalt. Sekretessen huvudmännen emellan utgör ett hinder. För patienterna är det ofta svårt med ytterligare ett steg att kontakta kommunen för att få viss hjälp från dem. Ibland kan vårdcentralen hjälpa till och skriva ett brev till kommunen men i de flesta fall måste patienten själv sköta den kontakten. Vid behov kan möten komma till stånd mellan primärvården och kommunen, men det är svårt då det inte finns något regelbundet samarbete kring gemensamma patienter.

Det är svårt att navigera i kommunens organisation och det går inte att ha gemensam rond av patienterna. Om patienten uttryckligen ber om hjälp i kontakten mellan huvudmännen ges det ibland, men då är det under speciella omständigheter och på begäran av patienten.

Primärvården hänvisar alltid till kommunens insatser, men följer inte upp om patienten sedan aktivt tar kontakt med kommunen. Det är för ont om resurser i primärvården för att hinna lägga tid på att kontakta

kommunen. Ibland vill inte patienterna att kommunen ska kontaktas, och berättar inte patienten själv vad den får för andra insatser kan primärvården inte få någon kännedom om det. SIP används inte regelbundet för dessa patienter och är ett underutnyttjat redskap i sammanhanget.

Det är svårt att remittera patienter vidare till psykiatri eller beroendemottagningarna, då patienten i regel måste ha en samsjuklighet eller långvarigt och svårt beroende för att bli mottagen där. Dock verkar det ibland lite slumpartat då det händer att patienter med lättare beroendeproblematik också kommer till.

Det händer att LVM-anmälningar görs via socialtjänsten, men inte heller dessa får primärvården särskilt mycket uppföljning kring.

AUDIT och DUDIT som frågeformulär används ibland inom primärvården vid misstanke om alkoholproblem, eller så görs provtagning. I de flesta anamneser hör det till att fråga patienten om bruk av alkohol och droger, till exempel vid utredningar av depressioner och sömnbesvär. Det är få patienter som blir vidareremitterade från vårdcentralen så länge det inte är ett akut tillstånd. Det finns bra verktyg för att arbeta med dessa patienter inom primärvården, till exempel genom psykoterapi och att arbeta med sina egna beteendemönster för att minska sin alkoholkonsumtion, men det saknas resurser för det. Många patienter självmedicinerar andra primära diagnoser med alkohol och droger. Vid till exempel depression får de hjälp av primärvårdens psykolog, men kan då lyckas sluta dricka med vårdcentralens hjälp i samma veva eftersom depressionen behandlas. Många patienter med ett skadligt bruk och beroende är svårbehandlade, och det hänger mycket på patienten själv om den vill ha behandling eller inte. Generellt sett är kunskapsnivån om skadligt bruk och beroende inom primärvården bra, men den kan bli ännu bättre när det kommer till att upptäcka överkonsumtion.

En sammanhållen vård för dessa patienter är svår eftersom det finns överlapp och glapp mellan vilka insatser som ges av regionen och kommunernas socialtjänst. Två huvudmän innebär att det inte fungerar sömlöst. Att flytta över verksamhet från kommun till region skulle också vara svårt, primärvården har ingen kapacitet att ta emot och kommunens tjänstemän saknar medicinsk utbildning vilket skulle innebära andra utmaningar. Det vore även synd att slå sönder de fungerande strukturer som kommunerna byggt upp. Kanske skulle en lösning kunna vara att kommunerna har en medicinsk tjänst kopplad till sin socialtjänst. Det är viktigt att skapa beröringspunkter för att kunna

mötas kring samma syfte. Bara att kommunerna inte journalför på samma sätt utgör ett basalt hinder.

Det hade underlättat för patienterna om de kunde få tillgång till specialiserad vård tidigare. Det är inte alltid så lätt att skilja på vad som är primärt och sekundärt vid samsjuklighet, om patienten har psykisk ohälsa på grund av långvarigt skadligt bruk och beroende eller om patienten självmedicinerar för sin psykiska ohälsa. Vårdcentralen konsulterar i första hand psykiatrikonsulten i Lund men även beroendecentrum i Malmö vid behov, men det är inte alltid tiden räcker till för konsultation. Fler sjuksköterskor som håller motiverande samtal på vårdcentralen hade varit önskvärt, men deras resurser är inte oändliga så då blir det på bekostnad av andra arbetsuppgifter. Det gäller att ständigt väga en insats nytta mot dess kostnad i både arbetstid och pengar. Primärvården gör redan allt de kan med de resurser som finns, ska uppdraget utökas behövs mer ekonomiska resurser och personal. Och vissa insatser kommer kommunerna alltid ha ansvar för till patienter med skadligt bruk och beroende, till exempel boende och boendestöd. Vissa patienter behöver ännu mer hjälp och stöttning i att hålla ihop sin vardag, för att kunna komma ihåg inbokade vårdbesök. Det räcker inte att ringa och påminna dagen innan utan de behöver bättre hjälp. Primärvården har varken tid eller resurser att stötta dem ytterligare, utan tvingas hänvisa till kommunen utan att kunna säkerställa om kommunen tar vid. Två huvudmän är det främsta problemet i en sammanhållen vård.

### **3.8.4 Exempel från primärvård i nordvästra Skåne**

Primärvården i Helsingborg upplever både ett stort glapp mellan primärvården och kommunerna och mellan primärvården och den specialiserade vården för patienter med skadligt bruk och beroende.

Det finns ingen etablerad kontakt med kommunerna och därmed inte heller med socialsekreterarna som har hand om andra delar av insatserna för personer med skadligt bruk och beroende.

Beroendemottagningen i Helsingborg tolkar sitt uppdrag snävt, patienterna tas endast emot om de har ett avancerat skadligt bruk och beroende av mer än en substans. Patienter som till exempel har ett skadligt bruk av alkohol eller behöver hjälp med att trappa ned sömntabletter kan inte få hjälp på beroendemottagningen i Helsingborg. Primärvården hade behövt mer stöttning i att trappa ned avancerade beroenden. Det innebär att patienterna oftast kommer till beroendemottagningen i Helsingborg via akutmottagningen och inte via primärvården.

Vidare är ett annat problem att allmänpsykiatrin inte tar emot patienterna om de inte är drogfria. Vårdcentralerna har svårt att hjälpa patienterna till drogfrihet utan att de får samordnad behandling med sina psykiatriska tillstånd. Många patienter självmedicinerar för sin psykiska ohälsa. Resultatet av dessa gränsdragningar blir att patienterna faller mellan stolarna. De patienter som vårdcentralen inte kan hjälpa med till exempel riskbruk av alkohol utan behov av medicinering får de slussa vidare till kommunens socialtjänst med hopp om att patienten själv söker sig dit. Då det inte finns något etablerat samarbete kan inte vårdcentralens personal göra mer än att hänvisa/uppmuntra patienterna att söka sig till kommunen och förlita sig på patientens egen drivkraft att få hjälp.

På vissa vårdcentraler erbjuds rådgivande samtal med sjuksköterska, och andra vårdcentraler har tidigare haft psykiatrisjuksköterskor som kan underlätta för patienterna. Men det beror snarare på att det finns en chef och en personalgrupp som har intresse för dessa frågor än att det är för att invånarna i det området behöver stödet.

Många patienter som har allvarigare beroendeproblematik och samsjuklighet dyker inte upp inom primärvården, oavsett orsak. Ett förslag är att allmänpsykiatrin hade haft god nytta av en specialist i allmänmedicin en dag i veckan, för att kunna nå dessa patienter och behandla deras somatiska symtom. Det skulle även vara tänkbart med en ambulering verksamhet för att möta dessa patienter där de är och hjälpa dem med somatiska besvär till följd av deras beroendeproblematik.

Alkohol diskuteras med alla patienter där misstanke om riskbruk eller skadligt bruk finns. Alkohol är inte kontroversiellt på samma sätt som andra substanser och det är relativt enkelt att upptäcka riskbruk. Andra substanser tillfrågas patienterna också om, men inte i lika stor utsträckning, men det blir allt vanligare och mindre stigmatiserat. Tyvärr upptäcks substansbruk ofta när det redan gått för långt.

Det hade underlättat om beroendecentrum i Malmö och beroendemottagningen i Helsingborg hade haft mer etablerad kontakt. Nu måste mycket gå via socialtjänstens socialsekreterare och det finns inga optimala kontaktvägar. Det är svårt med gränsdragning mot kommunen och ingen vet riktigt vem som har ansvar för vad och var gränsen går för respektive huvudmans ansvar. Lagstiftning i olika lagrum försvårar arbetet. Ofta när LVM-anmälningar skickas till kommunen så händer ingenting och primärvården får heller inte någon återkoppling.

Primärvården har dessutom en pressad arbetssituation och det finns inget tidsutrymme för att försöka samordna med kommunen. Primärvården har ett samordningsansvar för vården, men det är otydligt vad det innebär, och primärvården har väldigt svårt att följa upp kommunens insatser. Det är ett stort steg för dessa patienter att söka hjälp, och kan bli ett stort bakslag om de inte får någon konkret hjälp utan endast hänvisning att söka sig vidare till en annan huvudman. Det är även ostrukturerat hur orosanmälningar för dessa patienter ska göras till kommunen, det bästa hade varit att kunna ge aktiv överlämning från primärvården till kommunen med patientens samtycke. Någon form av vårdlots mellan primärvården och kommunerna hade varit önskvärt. Alternativt en vårdkoordinator på vårdcentralerna, men då behövs en väg in till kommunerna och aktiv överlämning av patienterna och inte att skicka papper emellan huvudmännen. Mina planer är underanvänt som verktyg och det är svårt att hitta kontaktuppgifter till kommunernas socialtjänst. Ofta hamnar man i telefonkö och det finns det inte utrymme för.

Remitterande inom regionen fungerar bra. Det finns en tydlig uppdelning mellan primärvård och somatisk specialistvård och då fungerar remissflödet bra. Även mellan primärvård och psykiatri fungerar det bra. Vid nyinsjuknande i psykos tar psykiatri emot patienterna inom 24–28 timmar, och utreder även om psykosens var drogutlöst.

En stor utmaning är de sociala problem som kommer med ett skadligt bruk och beroende. Dessa patienter tar mycket resurser då de snurrar runt i systemen hos flera olika huvudmän och sällan kommer vidare. Dessa patienter står ofta delvis utanför samhället. De där en villkorad sjukskrivning fungerar, där villkoret är drogfrihet, fungerar ofta bra eftersom dessa patienter inte är så komplexa.

Generellt har medarbetarna hög kompetens kring alkohol, men nyare substanser som till exempel lustgas finns det inte lika mycket kompetens kring. Även spelberoende är något som märks allt mer men som primärvården saknar kompetens för att hantera och behandla.

Upplevelsen är att sjuksköterskor i primärvården har relativt låg kompetens för att kunna snappa upp patienter med beroende. När det väl uppdagas att en patient har ett riskbruk eller ett skadligt bruk är det få som generellt vet vilka vidare kontaktvägar som finns att erbjuda om det inte krävs inläggning, men vårdcentralen kan inte hantera problemet. De insatser som kuratorerna på vårdcentralerna kan ge är en snabb punktinsats och saknar långsiktighet. Det psykosociala

omhändertagandet av patienterna inom primärvården är lågt och det hade behövts mer resurser i form av kuratorer och psykologer. Vårdval psykoterapi ska användas men fungerar inte lika bra, och specialistpsykiatrin blir mer och mer begränsad i vad den kan ta emot. Det är även en ojämn bemanning på vårdcentralerna i Skåne där många vårdcentraler saknar psykolog helt men vissa andra har flera psykologer anställda.

För fortsatt arbete framåt är det viktigt att etablera en bättre kontakt och samarbete med kommunerna. Om verksamheter ska flyttas mellan huvudmännen måste fortsatt drift säkerställas, till exempel ungdomsansvaret och kommunens uppsökande verksamhet.

### **3.8.5 Exempel från primärvård i nordöstra Skåne**

Patienter med riskbruk är den största både synliga och osynliga patientgruppen inom primärvården. Primärvårdens roll för denna patientgrupp är att ge insatser för att det inte ska gå över i ett allvarligt skadligt bruk och beroende. Riskbruk syns bland annat i sjukskrivningar och sömnproblem. Screening med AUDIT och DUDIT görs vid misstanke om riskbruk eller skadligt bruk och beroende, och mycket går att fånga i provtagning. Patienterna erbjuds läkemedelsbehandling, där vissa patienter får bra effekt och andra lite sämre effekt. Primärvården har ett uppdrag att använda mer läkemedel mot beroendesjukdomar. Primärvården uppmärksammar även barn och gör orosanmälningar vid behov samt drar in körkort.

Organisationen skiljer sig åt mellan de olika vårdcentralerna i Skåne. Vissa vårdcentraler har både psykiatrisjuksköterska och psykolog, andra har inget av det. Kunskapen om skadligt bruk och beroende bland läkarna varierar. I stort styr utbudet på vårdcentralen hur allvarliga patienter man kan ta hand om.

Kommunerna ger många sorters insatser men samverkan mellan regionen och kommunerna är obefintlig. Patientens egen motivation och driv får styra behandlingen vilket är ett stort bekymmer. SIP används nästan aldrig, och skulle kunna användas mer. Det används inte för att det är för tidskrävande och eftersom det inte finns något samarbete vet man inte vem som har ansvar för insatser och samordning, vilket är frustrerande för både kommun och region. Det enda som går att göra är att hänvisa till den andra huvudmannen, men ingen av parterna vet vad man hänvisar till.

Patienter med lättare riskbruk hanteras bättre inom primärvården för dem träffar man oftare, svårare beroendepatienter är inte lika ofta inom primärvården.

I viss mån kan behandling med IKBT ges och hjälpa, det finns ingen specifik för beroende men för depression, sömnbesvär osv., vilket delvis fungerar.

De patienter som primärvården inte kan hantera får en remiss till specialistvård. Med LARO fungerar det bra, men alkohol är svårare, då beroendemottagningen inte tar emot så många på sin lilla enhet i Kristianstad. De allra svåraste patienterna hamnar i Malmö.

Remisser skrivs även till andra enheter, till exempel psykiatri och akuta intoxikationer eller abstinensbesvär skickas till akutmottagningen. Ibland kan akutmottagningen konsulteras och så kan vårdcentralen själva lösa problemet.

Generellt fungerar vården för patienter med skadligt bruk och beroende bra, förutom att alla med alkoholberoende inte tas om hand. Beroendemottagningen tycker inte det är tillräckligt allvarligt och att primärvården ska kunna hantera det, och här uppstår en frustration från båda sidor. När patienter remitterats vidare görs ingen uppföljning eller samordning. Vissa patienter är kommunikativa och berättar själva när de återkommer till vårdcentralen, andra är mer restriktiva. Ofta får man samtycke till att läsa journalen. Det är svårt att behandla ett regelrätt beroende utan att samtidigt behandla samsjukligheten. LARO gör fantastiska insatser för samsjuklighet, till exempel adhd-utredningar.

Det finns en hög kunskap om beroende inom primärvården och det är en styrka inom primärvården att de träffar många patienter kontinuerligt och kan jobba motiverande för att patienten ska vilja ta hjälp med sin problematik.

Utbudet och vad som kan erbjudas patienterna skiljer sig åt. Det finns bra insatser från kommunen, till exempel 12-stegsprogram och anhörigstöd, och regionen kan bli bättre på att tipsa patienterna om att söka dessa.

Det hade behövts mer somatiska kontroller för personer med skadligt bruk och beroende med tanke på överdödligheten. Patienterna kommer till vården först när deras somatiska tillstånd har blivit allvarligt.

Primärvården, psykiatri och kommunen måste samarbeta bättre, just nu finns inget etablerat samarbete och ingen tar ansvar. Psykiatri gör

punktinsatser, socialtjänsten tar inga initiativ eller saknar klinisk kunskap för att veta när vården behöver kopplas in. Det är sårbara patienter som behöver samordnat stöd. För att förbättra samarbetet behövs samverkansmöten, gemensamma utbildningsinsatser och att de olika parterna börjar kommunicera med varandra. Men det kräver tid och resurser.

Det finns också en geografisk orättvisa i Skåne där patienter i områdena runt Malmö har beroendecentrum i Malmö som kan ge mer insatser än till exempel i området runt Kristianstad.

## 4 Diskussion/analys och rekommendationer

### 4.1 Utbud, tillgänglighet och ekonomi

Det finns ett omfattande behandlingsutbud för vuxna med olika beroendetillstånd, både i offentlig och privat regi. Det finns på primärvårdsnivå samt inom psykiatrins olika mottagningar, inklusive särskilda beroendemottagningar. Det finns även en utveckling mot fler FACT-team med inriktning beroende där både region och kommun samarbetar. Utöver detta finns det både akutavdelning för beroende (i Malmö) samt flera beroendeavdelningar på de psykiatriska klinikerna i Skåne. I VO Malmö finns dessutom en forskningsenhet inom beroende med en professur knuten till sig.

Även primärvården med ett stort antal vårdcentraler i Skåne gör ett viktigt arbete med beroendevård.

För ungdomar och unga vuxna finns det flera Mariamottagningar runt om i Skåne som också utgör ett viktigt exempel på ett lyckat samarbete mellan region (Bup, Vup) och kommun för att arbeta samordnat, där två huvudmän delar på uppgiften att göra vården sömlös för patienten.

Även somatiken gör viktiga behandlingsinsatser för personer med beroendeproblem vid både akuta och mer långvariga tillstånd orsakade av beroende.

Specialistberoendevården i psykiatri, rehabilitering och hjälpmedel, inklusive Mariamottagningarna, har en totalbudget på över 300 miljoner kronor årligen, ca 300 anställda som enbart arbetar med beroende och

som hanterar ca 3 600 patienter och erbjuder över 80 000 besök årligen (2024). Graden av tillgänglighet är hög eller mycket hög. Det ska nämnas i detta sammanhang att det inte har gått att få fram några siffror för vad beroendevården inom upphandlad psykiatri kostar eller några tillgänglighetssiffror därifrån, inte heller från privat primärvård. Besöksstatistik med mera från offentlig primärvård behöver undersökas vidare. Däremot är tillgängligheten allmänt hög inom primärvården.

Beroendevården i Region Skåne är sammantaget en omfattande och framgångsrik verksamhet, givet uppdragets komplexitet och de organisatoriska förutsättningar som råder för att arbeta med en målgrupp med hög grad av samsjuklighet, stora behov av samordnade insatser med kommun, annan sjukvård och samhälleliga insatser. Det finns samtidigt utvecklingspotential för flera områden, vilka nämns nedan.

## **4.2 Samarbete och utmaningar inom psykiatri, habilitering och hjälpmedel**

Det finns flera exempel i intervjuerna om ett bra samarbete mellan till exempel LARO-mottagningar och beroendemottagningar, om bra samarbete mellan beroendevården och andra mottagningar som inte har beroende som huvuduppgift, mellan Bup, Vup och Mariamottagningarna, mellan verksamhetsområden som hjälper varandra med heldygnsvård med mera.

Det förekommer också uppgifter om att beroendepatienter kan behöva en mer sömnlös övergång mellan psykiatrins olika enheter, att vissa specialistpsykiatriska mottagningar behöver samarbeta mer kring beroende.

Det förekommer uppgifter i intervjuerna som talar för att kunskap om beroendevård behöver utvecklas inom allmänpsykiatri och andra mottagningar som inte har beroende som huvuduppdrag. Det gäller även Bup och möjligen Ungdomsmottagningarna i samband med utredning och behandling av andra tillstånd. Några av de viktigaste frågorna som behöver utvecklas eller utredas vidare inom PHH är följande:

- Samordnade vård- och stödverksamheter/team, till exempel i form av fler FACT-team.
- Förstärkt beroendevård på Österlen, mottagningsfunktion.

- Mer utbildning till medarbetarna (och chefer) i beroendetillstånd och behandling av dessa vid verksamheter inom PHH som inte har behandling av beroende som huvuduppgift.
- Mer sömlösa övergångar för personer med beroendetillstånd mellan PHH:s verksamheter och att se över den formella uppdelningen mellan specialiserad beroendevård och verksamheter som inte har behandling av beroendetillstånd som huvuduppgift.
- Utred möjlighet till egen heldygnsvårdsavdelning i Skåne för beroende för ungdomar och unga vuxna i åldrarna 14-21 år.
- Utred alternativ till att vissa verksamhetsområden i PHH ska köpa vissa platser av beroendecentrum Malmö, till exempel om det hade funnits några platser som kan disponeras av hela Skåne.

### 4.3 Samarbete och utmaningar inom Region Skåne och mellan Region Skåne och kommunerna

- Delregionalt samarbete där beroende är en del arbetar nu och framöver med frågan om eventuellt införande av samsjuklighetsreformen. Skadligt bruk och beroende berör alla sjukvårdsförvaltningar så som primärvård, specialistpsykiatri och somatisk vård. Det delregionala samarbetet ser ut att ha ett tydligt fokus på att samverka och förbättra vården för personer med skadligt bruk och beroende.
- Handläggningsöverenskommelsen mellan specialistpsykiatri och primärvård ser ut att fungera som ett bra medel för att säkerställa rätt vård på rätt nivå. Det påtalas i underlaget att det är viktigt att handläggningsöverenskommelsen används.
- En fråga som den aktuella utredningen egentligen inte haft i uppdrag att utreda är hur samarbetet ser ut mellan offentlig psykiatri och privat psykiatri eller mellan offentlig psykiatri och privat primärvård. Det noteras dock att frågan om privat LARO-vård är under diskussion. Intervjuade påtalar att privat LARO-vård behöver följa samma rutiner vid behandling som offentlig LARO och att upplevelsen är att så inte alltid varit fallet.
- Det finns uppgifter om att samarbetet mellan specialistpsykiatri och primärvård kan behöva förbättras på sina håll, där det framkommer tankar om att den specialiserade beroendevården inte tar emot remisser om beroendebehandling i den utsträckning som primärvården önskar.

- Det framkommer utmaningar i samarbetet mellan somatiken och kommunerna, där upplevelsen är att det är huvudmannaskapet som försvårar informationsöverlämning.
- Det framkommer utmaningar vad gäller sekretess, att det inte går att läsa journaler över verksamhetsgränserna, vilket försvårar möjligheten att följa upp hur det går för en patient, till exempel mellan somatik och kommun. Olika journalsystem går till exempel inte heller att komma åt med enkelhet vid Mariamottagningarna, trots ett formellt samarbete mellan region och kommun.
- Det påtalas att SIP hade behövt användas mer, liksom tjänsten Mina planer.
- Det framkommer även tankar om att den psykosociala bemanningen inom primärvården behöver utökas för att hantera uppdraget med beroende, att det behövs fler kuratorer och psykologer, särskilt i östra Skåne.
- Det framkommer utmaningar i samarbetet och förutsättningarna för Maria Skåne, att alla kommuner måste vara med.
- Det hade behövts mer somatiska kontroller av personer med beroendeproblem.
- Det framkommer tankar om att personer som inte har en fast bostadsadress eller hemlösa hade behövt ha möjligheten att få primärvård och beroendevård gratis, möjligen via en form av uppsökande vård, som möter de personerna där de är. Alternativt en vårdcentral som riktar sig till målgruppen.
- Det framkommer önskemål om mer fortbildning brett i beroende.
- Det finns också resonemang om geografiska avstånd. Bland annat framkommer önskemål om ett mobilt team för beroende med psykiatri och kommun och att Österlen skulle behöva en egen beroendemottagning då avstånden är stora.

#### **4.4 Brister i vården för personer med ett skadligt bruk och beroende, utmaningar med att erbjuda en sammanhållen vård med ett helhetsperspektiv**

Som beskrivits ovan finns det flera brister och utmaningar vad gäller sammanhållen vård för personer med skadligt bruk och beroende. Några av de viktigaste är:

- Att det är olika huvudmän och att det kan råda oklarheter i vem som har behandlingsansvar och hur de olika ansvarerna som de olika huvudmännen har ska hanteras.
- Att det råder oklarheter kring sekretess och olika journalsystem.
- Att det råder olika förutsättningar för att bedriva beroendevård utifrån geografi/tillgång till personal med rätt kompetens.
- Att det råder olika förutsättningar för samarbete mellan Region Skåne och kommun.
- Att det finns behov av utbildningsinsatser vad gäller beroendevård brett i Region Skåne.

## **4.5 De största riskerna kopplat till bristerna, förslag till prioriterade områden att arbeta vidare med för åtgärder**

De största riskerna utifrån ovanstående är att skadligt bruk och beroende inte upptäcks i tid och att det utvecklas till ett beroendetillstånd samt att ett utvecklat beroende med samsjuklighet inte hanteras och behandlas på rätt sätt med de tvärprofessionella insatser det kräver. Konsekvenserna är potentiellt allvarliga eller mycket allvarliga för den enskilda personen med beroendeproblematik, dess nätverk och samhället i stort.

Det krävs samverkan och att man överväger fler formella samarbeten mellan Region Skånes verksamheter och kommunerna, inte bara för personer med de mest komplexa problemen.

Förutom flera av de saker som nämnts ovan och som kan vara viktiga att överväga att åtgärda är följande viktiga att arbeta vidare med:

- Se över de formella strukturerna, hur beroendevården är organiserad i psykiatrin, primärvården och i kommunerna, och undersöka möjligheter till mer formella samarbeten inom och mellan dessa organisationer.
- Se över hur sekretess kan hanteras, till exempel åtkomst till journaler över organisationsgränserna.
- Undersök vidare vad som går att göra åt det ojämlika utbudet runt om i Skåne för att bedriva beroendevård utifrån geografi/tillgång till personal med rätt kompetens. Närmast till hands ligger mer samarbete inom psykiatrin, primärvården och kommunerna och givetvis mellan dessa organisationer.
- Se över och utveckla utbildningsinsatser vad gäller beroendevård brett i Region Skåne.

## 4.6 Analys/teman utifrån samsjuklighetsutredningen

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

Om samsjuklighetsreformen träder i kraft kommer det att medföra en omfattande omställning, där en stor del av kommunernas viktiga behandlingsarbete med beroende kommer att tas över av regionen. I det scenariot kommer både primärvården och psykiatrin att få ett betydligt större ansvar jämfört med i dag. All beroendevård inom psykiatri- och habiliteringsförvaltningen (PHH) kommer inte att kunna göras på specialistnivå, utan både primärvård och de delar av PHH som arbetar på primärvårdsnivå så som Bups första linje och möjligen Ungdomsmottagningarna kan komma att få ett annat uppdrag kring beroende. Än vidare är det tänkbart att Bup (som alltså arbetar med specialiserad barn- och ungdomspsykiatri) kan behöva arbeta mer med beroende än idag.

Frågan som också kommit fram i intervjuer är i vilken mån som Region Skåne kan ta över de behandlingsinsatser som kommunerna ger i dag. Det är troligt att omfattande utbildningsinsatser kommer att behövas. Än vidare uppstår frågan om Region Skånes verksamheter i ett sådant scenario kommer att kunna anställa personal från kommunen som idag arbetar med beroende.

Den aktuella utredningen visar att det kommer att bli viktigt att Region Skånes sjukvårdsförvaltningar förbereder sig på ett beslut om att införa samsjuklighetsreformen där vårdansvaret är tänkt att finnas i Region Skåne. Bedömningen är att det pågår bra förberedelser i delregionalt samarbete mellan region och kommun för en sådan utveckling.

En stor fråga är hur detta ska finansieras, skatteväxling har nämnts. En annan fråga är hur man kan nå ut med behandlingsinsatser till mindre orter?

Rent allmänt finns det vissa frågor om vad som rymts i begreppet samsjuklighet.

### 4.6.2 Behandling för skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.

Psykiatrin har i dag uppdraget att bedriva vård för personer med beroende och skadligt bruk där samsjuklighet i andra psykiatriska tillstånd föreligger. Det gäller i princip för alla öppenvårdsmottagningar

inom psykiatri, avdelningar, Maria-mottagningar och LARO-mottagningar. Vissa öppenvårdsverksamheter har utvecklat FACT-koncept för beroende, det är rimligt att fler verksamhetsområden följer efter. Man kan ställa sig frågan om sådana utvecklingar också kommer att ske inom den upphandlade privata öppenvårdspsykiatri, förutom nuvarande privat och kommande upphandlad privat LARO som redan har ett sådant uppdrag.

#### **4.6.3 Sprutbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.**

Sprututbyte erbjuds i Region Skåne och samarbetet mellan specialiserad beroendevård och sprututbyte ser ut till att fungera, till finns det erfarenheter av att personer som går till sprututbyte kan motiveras till att söka beroendevård. Samtidigt nämns att dialogen mellan sprututbytet behöver utvecklas.

#### **4.6.4 Uppsökande och andra förebyggande insatser, social trygghet med fokus på funktionsförmåga, resurser och möjligheter till ett självständigt liv, anhörigstöd, samt insatser till barn och unga ska vara ett fortsatt och förtydligt uppdrag för socialtjänsten.**

Just denna fråga berör fortsatt socialtjänsten och avhandlas därmed inte närmare i aktuell rapport.

#### **4.6.5 Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på HVB.**

Detta kommer att bli en stor fråga. Här framkommer tankar om att det hade behövts en lag om att erbjuda sjukvård. Ska regionerna bedriva HVB-hem? Några uttrycker att det vore bra om HVB-hem blev utslussningsboenden. Ska personal och lokaler övertas, hur går det till? Kommer det att krävas omfattande utbildningsinsatser? Några tydliga svar på dessa frågor går inte att se nu, men behöver avhandlas i kommande arbete.

#### **4.6.6 En samordnad vård- och stödverksamhet för dem med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivs gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.**

Det finns redan i dag tämligen omfattande erfarenheter av sådana insatser, främst via Mariamottagningarna, men även exempel på FACT

beroende och ett intresse för att utöka sådana koncept. För att sådana samarbeten ska fungera optimalt krävs både stabil finansiering och tydligare överenskommelser om att ingå i Marianätverket. Det blir samma sak för andra liknande samverkansprojekt enligt samsjuklighetsutredningen.

Det behöver också vara möjlighet för region och kommun kan se varandras journaler. Det finns uppgifter om att det kan vara formellt möjligt för kommunal personal att läsa psykiatrins journaler. Här behöver både lagrum och ren teknik undersökas.

Det pågår ett omfattande arbete i delregionala processer med representanter från både region och kommun och mycket talar för att det finns ett stort engagemang för att utveckla samordnade vård- och stödverksamheter. Det finns även uppgifter om att det är så brukarföreningarna ser det, bland annat utifrån att heldygnsvård kan minska.

Det framkommer också i intervjuerna att i princip all beroendevård behöver ske samordnat mellan region och kommun.

#### **4.6.7 Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.**

Denna del i samsjuklighetsutredningen har inte kommit upp tydligt i intervjumaterialet, men finansiering av utökningen av personliga ombud kommer att behöva diskuteras.

#### **4.6.8 Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient, brukar- och anhörigorganisationer.**

Arbetet med brukarperspektivet är starkt i PHH och det finns ett inflytanderåd och en hel organisation för det med peer support. Det finns flera anställda med egen erfarenhet av psykisk ohälsa av olika slag, peer support. Det är möjligt att sådant arbete behöver utökas i till exempel primärvården om den kommer att ta över delar av det som kommunen gör inom beroendevården.

#### **4.6.9 Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och anhöriga.**

Det kommer att behövas modeller för hur man följa upp beroendevård på mer övergripande nivå. I dag finns möjligheter att göra sådant i enskilda förvaltningar inom regionen via vårdplanen och följsamhet till standardiserade vårdprocesser och andra relevanta riktlinjer. Möjligen är detta en viktig uppgift att titta på framöver i det delregionala samarbetet kring beroende.

#### **4.6.10 En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälsosjukvården ansvarar för tvångsvård för skadligt bruk och beroende ska utformas.**

Den aktuella utredningen kommer inte så mycket in på detta men det finns farhågor om att det blir en svår omställning. Fungerar LPT på det sättet att den kan ersätta LVM? Var kan LPT-vården ges är frågor som kommit upp.

### **4.7 Utredningens begränsningar och tankar framåt**

Den aktuella utredningen borde ha omfattat patient-, brukar- och anhörigperspektivet och haft med intervjuer med dem för att bredda perspektivet. Samma sak gäller för peer support, egenerfarna. Det är en brist att detta perspektiv saknas i utredningen, men av tidsskäl fanns tyvärr inte den möjligheten. Det blir viktigt att involvera detta perspektiv i det fortsatta arbetet. Andra samhällsliga insatser, så som ideella föreningar, har inte heller undersökts närmare, även det är en brist för denna undersökning.

Det är självklart också en begränsning att kommunernas viktiga arbete med beroendevård inte varit föremål för direkt belysning i denna utredning. Det hade kompletterat bilden väsentligt och hade mer varit i anda om vad ämnet handlar, samarbete över organisationsgränserna. Men det låg inte i uppdraget.

Denna utredning har inte haft möjlighet att undersöka privat psykiatri eller privat primärvårds arbete med beroende, vilket hade varit intressant att få med. De kommer att bli viktiga att involvera i det fortsatta arbetet.

Det samma gäller egentligen allmänpsykiatrisk öppenvård och specialistvård för till exempel psykos, ätstörningar med mera där det också hade varit intressant att fördjupa sig i hur sådana verksamheter arbetar med samtidigt beroende.

Andra intressanta frågor att fördjupa hade varit att titta närmare på både Bup och Ungdomsmottagningarnas verksamhet när det kommer till deras kartläggning av beroende.

## 5 Slutsatser

Det görs ett stort och viktigt arbete för personer med beroende och beroende och samsjuklighet i Region Skåne. Specialistpsykiatri, primärvården, somatiken, kommunerna, brukarorganisationerna och ideella föreningar har sedan länge startat ett samarbete.

Det är också tydligt att det pågår hög aktivitet för att förbereda för en trolig samsjuklighetsreform. Det görs bland annat via delregionalt samarbete och processledare är tillsatta för det. Den aktuella utredningen kan förhoppningsvis ingå som ett led i det fortsatta arbetet. Som någon uttryckte i intervjuerna så är det viktigt att poängtera att det, oavsett en samsjuklighetsreform eller inte, krävs mer samverkan både inom de enskilda sjukvårdsförvaltningarna, mellan dem och mellan de olika sjukvårdsförvaltningarna och kommunerna.

Författarna vill rikta ett stort tack till samtliga intervjuade, vilka förblir anonyma. Ett stort tack även till våra uppdragsgivare, liksom till alla kollegor som tagit fram uppgifter om statistik, ekonomi och annan fakta.

Johanna Wihl och Njördur Viborg, Region Skåne, 2025-11-16

## 6 Referenser och datakällor

Förfrågningsunderlag Vårdcentral [forfragningsunderlag-vc-fran-2025-09-01.pdf](#)

Enheten för dataanalys och registercentrum (DARC) som ingår i avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning (HSS) på Koncernkontoret.

[Vård- och stödmodellen FACT - Vårdgivare Skåne](#)

[Från delar till helhet – Regeringen.se](#) (Samsjuklighetsutredningen)

[Skåneövergripande handlägningsöverenskommelse primärvård specialistpsykiatri gällande vuxna](#)

Socialtjänstlagen [Socialtjänstlag \(2025:400\) | Sveriges riksdag](#)

Skånekatalogen

Standardiserade vårdprocesser i Psykiatri, habilitering och hjälpmedel  
[Standardiserade vårdprocesser psykiatri - Region Skånes intranät](#)

VÅPS samt QlikView för psykiatrins statistik