

Kartläggning av samverkan och kunskapsbaserade arbetssätt kring vuxna personer med samsjuklighet i Gävleborg

Charlotte Roos, Maria Eriksson och Emelie Lundin

FoU Valfärd

Arbetsrapport 2026:1

Den här arbetsrapporten utgörs av en kartläggning med fokus på hur samverkan och kunskapsbaserade arbetssätt kring vuxna personer med samsjuklighet fungerar i Gävleborg. Vuxna definieras i rapporten som personer över 18 år. Samsjuklighet definieras som att ha både ett skadligt bruk och beroende och psykisk ohälsa.

Rapporten bygger på intervjuer med ett 20-tal verksamhetsföreträdare inom verksamheter i Region Gävleborg och länets kommuner, vilka har delat med sig av sina perspektiv kring hur samverkan och kunskapsbaserade arbetssätt fungerar kring vuxna personer med samsjuklighet i länet. Vi vill rikta ett stort och varmt tack till er alla som har deltagit i intervjuer. Tack för att ni har delat med er av er kunskap och erfarenhet och på så sätt lämnat viktiga bidrag till att försöka förstå hur samverkan fungerar, och kan förstärkas, kring vuxna personer med samsjuklighet.

Rapporten bygger även på brukardialoger, där patient- och brukarrepresentanter från *Föreningsnätverket för psykisk hälsa i Gävleborg* under november-december 2025 mötte representanter från välfärdsorganisationen i länet, för att tillsammans prata om lokala och regionala förutsättningar på samsjuklighetsområdet utifrån ett brukar- och patientperspektiv. Sammanlagt skedde tre dialoger som organiserades i samverkan med länets brukarinflytandesamordnare, och sammantaget deltog 18 patient- och brukarrepresentanter. Vi vill rikta ett stort och varmt tack även till er för att ni har delat med er av er kunskap och erfarenhet när det gäller upplevelser av behandlingen, vården och omsorgen vid samsjuklighet.

Kartläggningen gör inte anspråk på att ge svaret på alla frågor kring samverkan runt vuxna personer med samsjuklighet. Det finns fler frågor att både besvara och fördjupa kunskapen kring. Det finns även andra förklaringsmodeller än den förklaringsmodell vi valt att använda i den här kartläggningen. Vår förhoppning är dock att resultatet kan användas för att ge vägledning i några perspektiv i det fortsatta arbetet.

Charlotte Roos

Avdelningschef FoU Valfärd, Region Gävleborg

Sammanfattning

Samsjuklighet definieras som att en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar. Det är vanligt att personer som har ett skadligt bruk och beroende samtidigt också har någon form av psykisk ohälsa. År 2023 presenterades samsjuklighetsutredningen och år 2025 tillsattes en samsjuklighetsdelegation med uppdraget att förbereda inför ny lagstiftning på området, en lagstiftning där samverkan mellan huvudmän är central. Delegationen framhåller vikten av förberedelsearbete på länsnivå, och bör i första hand innehålla kartläggning och analys av samordning kring målgruppen. FoU Valfärd fick därav under hösten 2025 i uppdrag av Länsledningens utskott Psykisk hälsa att kartlägga hur samverkan kring målgruppen vuxna med samsjuklighet fungerar i länets kommuner och berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter i Gävleborg. Kartläggningen genomfördes med en beskrivande design med kvalitativ ansats där data från dokument, intervjuer och brukardialoger har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. Samverkanstrappan, med stegen *mötesplats*, *samtal*, *samsyn*, *samverkan* och *samhandling* användes som teoretisk referensram. Intervjuer genomfördes i fyra kommuner, varav två i Gästrikland och två i Hälsingland. Chefer och medarbetare vid enheter som kommer i kontakt med personer med samsjuklighet intervjuades. I regionens verksamheter intervjuades chefer och medarbetare inom primärvård, vuxenpsykiatri och beroendevård.

Resultatet visar att det finns *mötesplatser* där samverkanspartners möts. Dock finns behov av att tydliggöra syftet med mötesplatserna så att de har fokus på gränsöverskridande samtal som främjar samverkan. Vidare visar resultatet att frustration ofta uppstår när man inte förstår den andra samverkanspartens perspektiv. Vikten av att ha *samtal* för att utforska andra organisationers perspektiv lyfts därför fram. Gällande *samsyn* visar resultatet på svårigheter. Svårigheterna beskrivs ligga i olika perspektiv dvs att samverkanspartner ser på personens problematik och behandling på olika sätt, vilket skapar frustration. Trots att nationella riktlinjer anger att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerade behandlingsmetoder till personer med samsjuklighet visar resultatet att så inte alltid sker. Detta beskrivs grunda sig i de skilda perspektiven. Vad gäller *samverkan*, vilket innefattar samordning och koordinering av arbetssätt och processer, visar resultatet att detta sker både inom regionens verksamheter och inom kommunernas verksamheter samt mellan regionen och kommunerna. Vad gäller samverkan mellan regionens och kommunernas verksamheter betonas vikten av samsyn gällande den fortsatta strategiska inriktningen i länet. Vidare betonas vikten av att i större utsträckning följa upp, utvärdera och analysera det som sker i samverkan i länet. Detta beskrivs vara viktigt för att arbetet runt personer med samsjuklighet ska bli mer träffsäkert. *Samhandling* innebär att det finns etablerade strukturer som håller samverkan vid liv. Resultatet visar att strukturer för samverkan dokumenteras i länsövergripande och lokala överenskommelser, vilka dock är i behov av revidering utifrån en kommande ny lagstiftning på området.

Utifrån kartläggningens resultat rekommenderas att det formeras en länsövergripande arbetsgrupp som leder omställningsarbetet. Arbetsgruppen kan påbörja sitt arbete utifrån kartläggningens rekommendationer för varje steg i samverkanstrappan.

Innehåll

1 Inledning	4
2 Syfte och frågeställningar	5
3 Metod	5
3.1 Design	5
3.2 Deltagare	5
3.3 Datainsamling	6
3.3.1 Dokument	6
3.3.2 Intervjuer	6
3.3.3 Dialogmöten med brukarrepresentanter	6
3.4 Dataanalys	6
3.5 Etiska överväganden	7
4 Resultat och rekommendationer	8
4.1 Mötesplats	8
4.1.1 Rekommendationer	9
4.2 Samtal	9
4.2.1 Rekommendationer	9
4.3 Samsyn	9
4.3.1 Rekommendationer	10
4.4 Samverkan	10
4.4.1 Samverkan inom regionens verksamheter	10
4.4.2 Samverkan inom kommunen	13
4.4.3 Samverkan mellan regionen och kommuner	15
4.4.3.1 Rekommendationer	16
4.5 Samhandling	16
4.5.1 Rekommendationer	17
4.6 Kunskapsbaserade arbetssätt	17
5 Slutsatser och rekommendationer	18
Referenser	20

1 Inledning

Samsjuklighet definieras som att en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar. Det är mycket vanligt att personer som har ett skadligt bruk och beroende samtidigt också har någon form av psykisk ohälsa. Personer med ett skadligt bruk och beroende har en förhöjd risk för olika former av psykisk ohälsa. Omvänt så har personer med psykisk ohälsa en ökad risk för skadligt bruk och beroende (Socialstyrelsen 2019). I Region Gävleborgs verksamheter (år 2024) hade totalt 1544 individer ett vårdbesök i öppen eller slutenvård med diagnoskod skadligt bruk och beroende. Av dessa var 63% män och 37% kvinnor. Medelåldern för män var 50,8 år och för kvinnor var medelåldern 52,1 år. Av dessa 1544 individer hade 747 individer (48%) också ett vårdbesök med någon diagnos gällande psykisk ohälsa (depression, ångest, ADHD, autism, schizofreni mm) i öppen eller slutenvården. Psykisk ohälsa följer samma könsfördelning som för skadligt bruk eller beroende. Medelåldern för män var 42,9 år och för kvinnor 42,3 år. Generellt var individerna med psykisk ohälsa yngre än de individer med endast skadligt bruk och beroende (Region Gävleborg 2024).

Samsjuklighetsutredningen som presenterades år 2023 innehåller tio bärande delar (SOU 2023:5 s. 20).

1. All behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård.
2. Behandling av skadligt bruk och beroende ska ges samordnat med behandling för andra psykiatriska tillstånd.
3. Sprututbyte ska utvecklas till lågtröskelmottagningar som främjar fysisk och psykisk hälsa och alla regioner ska erbjuda sådan verksamhet.
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 förtydligat uppdrag för socialtjänsten.
5. Regionerna ska ta ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser på hem för vård eller boende (HVB).
6. En samordnad vård- och stödverksamhet för personer med stora samordningsbehov ska finnas överallt och bedrivas gemensamt av hälso- och sjukvård och socialtjänst.
7. Tillgången till personliga ombud ska öka för personer med samsjuklighet.
8. Ett program för förstärkt brukarinflytande och minskad stigmatisering ska bedrivas tillsammans med patient-, brukar- och anhörigorganisationer.
9. Sammanhållen uppföljning av området skadligt bruk och beroende ska ske utifrån målbilder som tagits fram tillsammans med personer med samsjuklighet och deras anhöriga.
10. En behovsanpassad tvångsvårdslagstiftning där hälso- och sjukvården ansvarar för tvångsvård av skadligt bruk och beroende ska utformas. Utformningen ska ske utifrån den analys som utredningen presenterar i betänkandet.

År 2025 tillsattes en samsjuklighetsdelegation. Delegationens uppdrag är treårigt och utgör en förberedelse inför ny lagstiftning. Samsjuklighetsdelegationen

framhåller vikten av förberedelsearbete på länsnivå. Förberedelsearbetet bör i första hand innehålla kartläggning och analys av samordning kring målgruppen vuxna med samsjuklighet. FoU Valfärd fick därav under hösten 2025 i uppdrag av Länsledningens utskott Psykisk hälsa att kartlägga hur samverkan och kunskapsbaserade arbetssätt kring målgruppen vuxna med samsjuklighet fungerar i länets kommuner och berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter i Gävleborg. En person med samsjuklighet definieras i kartläggningen som en person som har både ett skadligt bruk och beroende samt annan psykisk ohälsa. Kartläggningen avgränsas till att innefatta personer som är 18 år och äldre dvs vuxna.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet var att kartlägga hur samverkan och kunskapsbaserade arbetssätt kring målgruppen vuxna personer med samsjuklighet fungerar i länets kommuner och berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter i Gävleborg.

Följande frågeställningar har undersökts i kartläggningen:

1. Hur ser samverkan kring målgruppen ut?
2. Vilka framgångsfaktorer finns i samverkan mellan huvudmännen?
3. Vilka utmaningar finns i samverkan mellan huvudmännen?
4. Hur kan samverkan mellan huvudmännen förstärkas?
5. Hur/vilka kunskapsbaserade arbetssätt används för målgruppen?

3 Metod

3.1 Design

Beskrivande design med kvalitativ ansats (Polit & Beck 2021) där data från dokument, intervjuer och brukardialoger har analyserats med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman 2004).

3.2 Deltagare

I kommunernas verksamheter intervjuades chefer och medarbetare på enheter som kommer i kontakt med personer med samsjuklighet, exempelvis beroendeenheter, vuxenenheter, socialpsykiatri och boendestöd. Intervjuer genomfördes i fyra kommuner, varav två i Gästrikland och två i Hälsingland. I regionens verksamheter intervjuades chefer och medarbetare inom primärvård, vuxenpsykiatri samt inom beroendevården. Deltagarna kontaktades via mail och erhöll både muntlig och skriftlig information innan intervjun.

Brukardialoger planerades av länets brukarinflytandesamordnare. Inom det redan befintliga arbetet bestående av strukturerade systematiska brukardialoger med det

föreningsnätverk som finns i Gävleborg, ligger också en geografisk indelning: norra Hälsingland, södra Hälsingland samt Gästrikland - vilken även användes här. Brukarinflytandesamordnaren rekryterade representanter från patient- och brukarföreningar i Gävleborg. Deltagarna erhöll både muntlig och skriftlig information innan dessa dialogmöten.

3.3 Datainsamling

3.3.1 Dokument

Aktuella styrdokument från berörda verksamheter i länets kommuner samt berörda verksamheter inom Region Gävleborg samlades in. Aktuella styrdokument utgjordes av avtal, överenskommelser och andra vägledande dokument samt verksamhetsnära rutiner som beskriver arbetssätt och samverkan runt målgruppen. Insamling av aktuella dokument skedde via direktkontakt med ansvariga chefer i berörda verksamheter samt via diaries.

3.3.2 Intervjuer

Semistrukturerade intervjuer (Polit & Beck 2021) genomfördes med chefer och medarbetare från berörda verksamheter i länets kommuner och Region Gävleborg. En intervjuguide användes och frågorna hade fokus på erfarenheter och upplevelser av hur samverkan fungerar, utmaningar med samverkan och hur samverkan kan förstärkas kring personer med samsjuklighet. Vidare innehöll intervjuguiden frågor kring kunskapsbaserade arbetssätt. Intervjuerna genomfördes digitalt och deltagarna valde själva datum och tid för intervjun. Muntligt samtycke inhämtades i anslutning till intervjun och 19 personer intervjuades i 13 intervjuer. Intervjuerna var mellan 40-60 minuter långa, spelades in och transkriberades digitalt. Deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan att ange skäl för detta.

3.3.3 Dialogmöten med brukarrepresentanter

Dialogmöten med brukarrepresentanter genomfördes av länets brukarinflytandesamordnare i semidigitala möten. Samtycke inhämtades muntligt i anslutning till dialogen. Tre dialoger genomfördes där professionen och förtroendevalda representanter också deltog. Sammanlagt och sammantaget vid alla tre träffarna deltog 18 representanter för patient- och brukarföreningarna. Vid dialogerna fördes minnesanteckningar. Deltagandet i brukardialogerna var frivilligt och deltagare kunde när som helst avbryta sin medverkan utan att ange skäl för detta.

3.4 Dataanalys

Frågeställning 1-4, vilka har fokus på samverkan, har analyserats med kvalitativ innehållsanalys med deduktiv ansats (Graneheim & Lundman 2004) utifrån samverkanstrappan (Regeringen 2022). Samverkanstrappan beskriver en koordineringsprocess för samverkan mellan aktörer i olika steg och kan användas för att förstå var två parter befinner sig i sin samverkan. Trappan kan vidare användas för att analysera vad som behöver göras för att nå nästa nivå. Samverkanstrappan består av följande steg: *Mötesplats*, *Samtal*, *Samsyn*, *Samverkan* och *Samhandling*. *Mötesplats* innebär ett forum för gränsöverskridande samtal om behov och trender. *Samtal* innebär

att det finns möjlighet till utbyte av information, att utforska varandras perspektiv samt att få förståelse för varandras perspektiv. *Samsyn* innebär en gemensam ambition, en riktning, för att gå framåt. *Samverkan* innebär att det finns en samordning och koordinering av arbetssätt och processer. *Samhandling* innebär att det finns etablerade strukturer som håller samverkan vid liv, se figur 1 för översikt av stegen i samverkanstrappan.



Figur 1: Översikt av stegen i Samverkanstrappan.

Analysen av frågeställning 1-4, vilka har fokus på samverkan, genomfördes i följande steg:

1. De transkriberade intervjuerna och minnesanteckningar från brukardialoger läses igenom i sin helhet.
2. Deduktiv ansats tillämpades (Graneheim & Lundman 2004) vilket innebär att på förhand bestämda kategorier användes. De kategorier som användes var samverkanstrappans steg dvs mötesplats, samtal, samsyn, samverkan och samhandling.
3. Innehåll med fokus på mötesplats, samtal, samsyn, samverkan och samhandling identifierades och sorterades in i respektive kategori.

Analysen av frågeställning 5, som har fokus på kunskapsbaserade arbetssätt, genomfördes i följande steg:

1. De transkriberade intervjuerna lästes igenom i sin helhet.
2. Induktiv ansats tillämpades (Graneheim & Lundman 2004), vilket innebär att innehåll identifierades utifrån frågeställningen.

3.5 Etiska överväganden

Inga känsliga personuppgifter samlades in då syftet var att kartlägga hur samverkan och kunskapsbaserade arbetssätt kring målgruppen vuxna med samsjuklighet fungerar i länets kommuner och berörda hälso- och sjukvårdsverksamheter i Gävleborg. Vid genomförandet av intervjuer med berörda chefer och medarbetare samlades personuppgifter i form av inspelade intervjuer in. Hantering av personuppgifter

registrerades hos Region Gävleborg. Data har hanterats enligt gällande rutin för hantering av personuppgifter i Region Gävleborg. Data sparas vid FoU Valfärd, på Region Gävleborgs server i tio år utan åtkomst för obehörig. Data dvs de inspelade intervjuerna kodades. Kodnyckel och data förvaras åtskilda från varandra. Vid dialogmöten med brukarrepresentanter fördes minnesanteckningar. Dessa minnesanteckningar sparas vid FoU Valfärd, på Region Gävleborgs server. Data sparas i tio år och inga obehöriga har tillgång till data. Redovisning av resultat har skett på en aggregerad nivå så att enskilda personer inte kan identifieras.

4 Resultat och rekommendationer

Resultatet presenteras nedan utifrån stegen i samverkanstrappan: *Mötesplats, Samtal, Samsyn, Samverkan* och *Samhandling*. Resultatet gällande kunskapsbaserade arbetssätt presenteras under egen rubrik. I resultatet benämns medarbetare som informanter och deltagare i brukardialoger benämns som brukarrepresentanter.

4.1 Mötesplats

Enligt samverkanstrappan behöver mötesplatsen vara ett forum för gränsöverskridande samtal om behov och trender.

Resultatet visar att det finns mötesplatser där bland annat regionens beroendevård, öppenvård psykiatri och socialtjänst möts. Dessa mötesplatser beskrivs vara värdefulla. Dock beskrivs olika uppfattningar om hur dessa mötesplatser fungerar när det gäller att ha gränsöverskridande samtal om behov. Å ena sidan beskrivs hur mötesplatsen bidrar till gränsöverskridande samtal.

"Var tredje eller fjärde vecka har vi ett samverkansmöte. Då är det ju beroendevården, öppenvård psykiatri och vi från socialtjänsten. Jag tycker att det är jättebra. Vi kan diskutera ärenden om vi har samtycke. Man lär sig väldigt mycket av dom andra när man diskuterar. Vi pratar mycket om hur vi ser på saker på olika sätt. Ringer man till oss inom socialtjänsten så har man en tid inom två veckor. Men man kan stå i kö jättelänge på psykiatri och så ska man ska vara drogfri för att kunna komma in inom psykiatri. Vi i socialtjänsten förstår inte riktigt det där. Varför är det så liksom? Men då finns det en möjlighet att fråga på samverkansmötet, det är jätteviktigt." (9)

Å andra sidan finns beskrivningar som beskriver mötesplatser där de gränsöverskridande samtalen kan förbättras.

"Jag vet inte vad det heter riktigt, men då träffas man i alla fall en gång i månaden. Ja, men socialtjänsten och öppenvård psykiatri och jag tror att det kan vara behandlare med där. Men jag tror inte att det där forumet har blivit ett kreativt forum där man kan komma på bra lösningar tillsammans utan snarare lite mer avrapportering – vad gör vi i vår verksamhet och vad gör ni i er liksom." (2)

Gällande mötesplatserna finns även beskrivningar av att utvärdering saknas och att mötesplatserna möjligen har levt ett eget liv sedan de startade

4.1.1 Rekommendationer

- Tydliggör syftet med mötesplatserna så att de har fokus på gränsöverskridande samtal som främjar samverkan.
- Förankra syftet hos deltagarna i mötesplatsen.
- Utvärdera löpande upp hur mötesplatserna fungerar.

4.2 Samtal

Enligt samverkanstrappan syftar samtalet till utbyte av information och utforskande av varandras perspektiv. Detta är viktigt i samtalet för att skapa förståelse för varandra.

Resultatet visar att frustration ofta uppstår när man inte förstår den andra samverkanspartens perspektiv.

”Vi kan ju sitta här på vårt håll att känna jättestor frustration. Men varför förstår de inte eller varför gör de inte så eller varför gör de inte så? Men vi har ju inte deras sanning eller liksom vad de tittar ifrån för perspektiv. Så jag tycker att det är någonting som är viktigt att ha med sig och vara ödmjuk inför.” (2)

Informanterna beskriver att ovanstående kan handla om okunskap och att man därför inte vet på vilka grunder den andra parten grundar sina bedömningar och beslut. Vikten av att ha samtal för att utforska samverkanspartners perspektiv lyfts därför genomgående fram.

Brukarrepresentanterna belyser vikten av att brukarperspektivet utforskas mer systematiskt. Ett sätt att göra det mer systematiskt beskrivs vara att bilda ett brukarråd som kan samverka med professionens mötesplatser.

4.2.1 Rekommendationer

- Tydliggör vad samtalet ska syfta till. Enligt samverkanstrappan syftar samtalet till utbyte av information och utforskande av varandras perspektiv för att skapa förståelse för varandra.
- Säkerställ att samtalet har fokus på utforskande av den andres perspektiv.
- Säkerställ att brukarnas perspektiv utforskas systematiskt.

4.3 Samsyn

Samsyn innebär att parterna har en gemensam ambition, en gemensam riktning och en vilja att gå framåt.

Resultatet visar att det finns svårigheter när det gäller samsyn kring personer med samsjuklighet. Svårigheterna beskrivs ligga i de olika perspektiven, vilket även är beskrivet ovan under samtalet. Även gällande samsyn beskrivs hur olika perspektiv, dvs att man ser på personens problematik och behandling på olika sätt, skapar frustration mellan samverkanspartners. Informanterna beskriver exempelvis att de nationella

riktlinjerna anger att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerade behandlingsmetoder till personer med samsjuklighet. Trots det ges beskrivningar av att det inte alltid sker, vilket beskrivs grunda sig i de skilda perspektiven.

”Man kanske har lite olika perspektiv på saker och ting. Vi på socialtjänsten kan hjälpa till med beroendet, men det kommer inte att lösa hela situationen kring personen för det kanske också är den psykiska ohälsan som gör att man självmedicinerar, medan psykiatrien kanske tänker att man utvecklar psykisk ohälsa av ett skadligt bruk och beroende.” (2)

Brukarrepresentanterna betonar behovet av att arbeta med synsättet (perspektivet) när det gäller personer med samsjuklighet. Det beskrivs vara viktigt för att motverka negativa attityder, vilket upplevs kunna skapa fördröjning av insatser. Brukarrepresentanterna delar upplevelser av att de ofta möts av stigmatisering, både i kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten, men även generellt i samhället. Brukarrepresentanterna upplever att negativa attityder och stigmatisering motverkar deras möjligheter att kunna ta till sig de insatser som erbjuds för att må bättre och kunna komma tillbaka till ett mer fungerande liv.

Informanterna beskriver att en viktig framgångsfaktor i arbetet är när samtliga aktörer runt personen med samsjuklighet har en gemensam ambition och en vilja att gå framåt.

4.3.1 Rekommendationer

- Skapa en gemensam ambition för vården, behandlingen och omsorgen om personen med samsjuklighet. Denna ambition bör ta sin utgångspunkt från nationella riktlinjer vilka anger att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerad behandlingsmetod till personer med skadligt bruk och beroende och samtidig psykisk ohälsa.
- Arbeta tillsammans med representanter för målgruppen eller samverkande patient- och brukarföreningar för ökad kunskap gällande attityder och stigma hos medarbetare inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

4.4 Samverkan

Enligt samverkanstrappan behöver man i samverkan ha fokus på praktisk samordning och koordinering av arbetssätt och processer. Resultatet visar att samordning och koordinering av arbetssätt och processer sker både inom regionens verksamheter och inom kommunernas verksamheter samt mellan regionen och kommunerna. Nedan presenteras samverkan inom och mellan regionen och kommunerna.

4.4.1 Samverkan inom regionens verksamheter

Resultatet i den här rapporten bygger på röster från *primärvården*, *beroendevården* och *vuxenpsykiatrien*, vilka beskrivs vara centrala aktörer runt personen med samsjuklighet. Personen med samsjuklighet kan vara aktuell i samtliga verksamheter, varpå vikten av en fungerande samverkan inom regionens verksamheter beskrivs vara viktig.

"Och det kan det ju vara att man söker för det ena hos psykiatrin. Och sen söker man hos beroendevården för att man kanske har en period där man har ett aktivt brukande. Men samtidigt så har man också sökt hos primärvården. Så låt säga att man kanske har varit på primärvården vid tillfälle och fått ett läkemedel utskrivet, och så har man också varit hos psykiatrin, och så har man också var hos beroendevården. Och sen så är receptet slut och så ringer man till beroendevården och då säger vi att du har en kontakt i psykiatrin som har hand om den medicinen. Ja så säger psykiatrin att nej, men när du fick det här utskrivet första gången så var det primärvården. Och så går det här runt och mitt i det här så står den stackars personen och vet inte vart den ska vända sig." (10)

Citatet nedan beskriver även det vikten av samverkan inom regionens verksamheter.

"Vi kan inte säga: Det där är inte vårt uppdrag, det där är primärvårdens uppdrag eller vuxenpsykiatrins uppdrag. När en person har en, två eller tre diagnoser då behöver vi verkligen tänka lite bättre." (12)

Inom *primärvården* beskrivs att samtal i psykosociala team eller läkemedelsbehandling kan erbjudas till personer med samsjuklighet. Primärvården beskrivs ha generalistkompetens inom området. Det innebär att man inte alltid upplever sig ha rätt redskap för att möta målgruppens behov. Därav betonas samverkan med vuxenpsykiatrin och beroendevården, specialistkompetens, som mycket viktigt för primärvården. I denna samverkan beskrivs dock upplevelser av att personen med samsjuklighet kan bollas fram och tillbaka mellan parterna.

"Primärvården är generalist och då vänder man sig till en specialist, men specialisten tycker då att det inte är tillräckligt speciellt." (6)

När det gäller personer med samsjuklighet beskrivs vikten av att inom primärvården identifiera personer med samsjuklighet. I det arbetet beskrivs det vara viktigt att i större utsträckning ställa frågor om skadligt bruk och beroende. En försvårande omständighet som beskrivs när det gäller att ställa frågor om skadligt bruk och beroende är stigmat som finns kring det. Därav betonas vikten av att man som hälso- och sjukvårdspersonal har skapat en relation till personen, en relation som kännetecknas av förtroende när dessa frågor tas upp. En förtroendefull relation beskrivs ta en tid att bygga upp och detta upplevs försvåras av bristande kontinuitet bland hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Dock finns uppfattningar hos samverkanspartners att vikten av att ställa frågor om skadligt bruk och beroende inom primärvården har förbättrats.

"Jag tycker att de har blivit otroligt mycket bättre på det. De kanske har varit bra, men min upplevelse är det har blivit bättre. Det är ju utifrån att jag träffar patienter som säger att man fått frågan i primärvården och de har kanske börjat ta prover också." (10)

Inom *primärvården* lyfts även vikten av att arbeta mer förebyggande vad gäller att identifiera riskbruk fram.

Beroendevården

Region Gävleborg har ett beroendecentrum, organiserat under vuxenpsykiatri, som erbjuder specialiserad vård vid skadligt bruk och beroende. Inom beroendecentrum finns beroendemottagningar. Vid beroendemottagningarna arbetar olika hälso- och sjukvårdsprofessioner såsom läkare, sjuksköterskor och kuratorer. Utifrån den kommande samsjuklighetsreformen har man vid en beroendemottagning även anställt en behandlingspedagog. När en person vänder sig till beroendemottagningarna får personen ofta hjälp inom två veckor. I detta sammanhang lyfts vikten av fungerande arbetssätt och att medarbetarna har ett välfungerande teamarbete.

"Vi jobbar i team. Man vet vad var och ens funktion och uppdrag är och det är jättetydligt. Jag vet varför jag är här och vad jag ska göra och vi litar på varandras kompetens." (10)

Även inom beroendevården lyfts dilemmat kring att samverkanspartners kan ha olika syn kring behandling, främst vad gäller olika syn kring nykterhet och drogfrihet för att kunna ta del av psykiatrisk behandling. Man betonar vikten av att en person kan behöva stöd i väntan på behandling.

"Vår läkare kan ju skriva remiss till psykiatri, men dit är det ofta väntetid. Det är ju viktigt att det händer någonting under väntetiden, det kan ändå ge något form av hopp att det är någonting som är på gång. Jag har fortfarande kontakt kvar här liksom, men remissen är på väg." (12)

Det bör tilläggas att beroendemottagningarna även samverkar med andra verksamheter inom regionen, exempelvis infektionsmottagning, smittskyddsmottagning, gastroscopimottagning och medicinska akutvårdsavdelningar.

Inom *vuxenpsykiatri* har man startat ett utredningsteam med fokus på personer med samsjuklighet. I teamet ingår bland annat psykologer från vuxenpsykiatri samt kuratorer och läkare från beroendevården. Syftet med teamet är att utreda de personer med samsjuklighet som "faller mellan stolarna". Personer som kan vara aktuella för teamet är personer med ett skadligt bruk och beroende som har genomgått flera behandlingar utan resultat, och där man ser att det kan vara andra delar som behöver utredas. En grundtanke i teamet är att man vill erbjuda snabb hjälp och personen ska inte behöva stå i lång kö för att få hjälp av teamet. En framgångsfaktor som lyfts fram är kopplad just till att man snabbt sätter igång med utredningen. En annan framgångsfaktor som lyfts fram är att de olika professionerna jobbar tätt tillsammans.

"Vissa delar av utredningen sker fast patienten kanske inte är helt nykter och drogfri. Man kan ändå börja med vissa saker och då tar ju själva utredningen kortare tid också. Jag tänker dom här som kanske inte har så mycket tålamod och tycker att det tar lång tid med saker. Då är det viktigt att se att man ändå kan påbörja vissa delar." (7)

I teamet har man också sett att en viktig faktor för att nå framgång är att personen med samsjuklighet har stöd under hela utredningen. Stödet kan vara en kontakt på en mottagning inom regionen eller en kontakt inom socialtjänsten.

”Blir det luckor och patienten inte har något stöd under utredningen blir det svårt. När man kommer till dom bitarna där personen behöver vara nykter och drogfri en period är det extra viktigt att man stöttar i det” (7)

Brukarrepresentanterna föreslår att man borde bygga mer på goda utvecklingsinitiativ som redan startats. Vuxenpsykiatrins utredningsteam lyfts där som ett exempel på ett steg i rätt riktning.

4.4.1.1 Rekommendationer

- Skapa en gemensam ambition, inom regionens verksamheter, för vården och behandlingen av personen med samsjuklighet. Denna ambition bör ta sin utgångspunkt från nationella riktlinjer och vara kunskapsstyrd.
- Se över arbetssätt och processer utifrån den gemensamma ambitionen.
- Följ och utvärdera effekterna av vuxenpsykiatrins nystartade utredningsteam.

4.4.2 Samverkan inom kommunen

Inom kommunen finns många aktörer som möter personer med samsjuklighet. Resultatet i den här rapporten bygger på röster från socialsekreterare vid vuxenenheter, medarbetare och chefer vid beroendemottagningar samt inom boendestöd och socialpsykiatri.

Bland socialsekreterare som möter personer med samsjuklighet beskrivs en förhoppning om att det förebyggande arbetet inom socialtjänsten kommer att intensifieras i och med den nya Socialtjänstlagen som tydligare lyfter fram socialtjänstens förebyggande arbete.

”Med tanke på den nya socialtjänstlagen där vi ska ha mer fokus på det förebyggande arbetet så kanske det också gör att skadligt bruk och beroende upptäcks tidigare så att vi kan sätta in tidigare insatser. Det är ju verkligen en förhoppning”. (9).

Inom boendestöd och socialpsykiatri beskrivs upplevelser av en förskjutning mot en ny målgrupp – personer med svår psykisk ohälsa och ett aktivt skadligt bruk och beroende. Tidigare har målgruppen främst utgjorts av personer med intellektuell funktionsnedsättning och eller psykiatrisk diagnos. De arbetssätt och metoder man tidigare använt upplevs inte fungera fullt ut att använda i arbetet med en ny målgrupp, vars problematik är mer komplex. Förskjutningen av målgrupp har inneburit utmaningar i form av att medarbetarna, som till största delen är stödassistenter eller undersköterskor med inriktning psykiatri, till viss del saknar kunskap, erfarenhet och

trygghet för att arbeta med målgruppen, i synnerhet när det gäller det skadliga bruket och beroendet.

"Tidigare har det ju varit undersköterskor, men det är inte det som skulle rusta mig för att gå ut och jobba som boendestödare idag för att man behöver mycket, mycket mer kompetenser än den utbildningen. Boendestödet ska ju också vara lite av ett förändringsarbete. För tanken är ju inte att vi ska bara hjälpa till att bibehålla förmågor, utan vi ska ju hjälpa dem tillbaka till självständighet eller delaktighet i samhället eller att klara av att sköta sin bostad. Och jag tycker inte att man i en undersköterskeutbildning får tillräckligt med verktyg och metoder i hur man jobbar med det förändringsarbetet." (8)

Parallellt med detta beskrivs en upplevd förväntan i organisationen att man inom boendestöd och socialpsykiatri ska hantera det skadliga bruket och beroendet.

Medarbetarnas kompetens inom skadligt bruk- och beroende beskrivs vara en mycket central fråga inom boendestöd och socialpsykiatri. I vissa verksamheter har man därför valt att anställa behandlingspedagoger med erfarenhet av att arbeta med skadligt bruk och beroende i verksamheten. Dessa satsningar har fallit väl ut och chefer ger uttryck för att man framöver kommer att behöva rekrytera fler behandlingspedagoger. Gällande kompetensutveckling inom området skadligt bruk och beroende lyfts Yrkesresan fram. Yrkesresan har en utbildning som är specifikt riktad till skadligt bruk och beroende. Högskolan Gävles BAS-utbildning lyfts också fram som en viktig satsning för medarbetarna, men det betonas också att det är viktigt att utbildningar inte bara har fokus på teorier och modeller utan också på att ge verktyg till hur man kan arbeta mer konkret i vardagen. Vidare beskrivs önskemål om att förstärka samverkan med kommunens beroendevård vad gäller stöd och handledning av medarbetare inom socialpsykiatri och boendestöd.

Kompetensfrågan beskrivs även vara central för ansvariga chefer inom socialpsykiatri och boendestöd, som även de lyfter behovet av kompetensutveckling inom området.

"Jag som chef har inte heller tillräcklig kunskap om vilka metoder man ska använda för att komma till bra lösningar för den här målgruppen. Vi kämpar på naturligtvis och försöker omvärldspana och så, men jag saknar någon som skulle kunna säga att jag tror att ni skulle kunna ha nytta av de här metoderna." (5)

4.4.2.1 Rekommendationer

- Se över behovet av kompetensutveckling gällande skadligt bruk och beroende för medarbetare och chefer som arbetar inom boendestöd och socialpsykiatri.
- Se över behovet av handledning gällande skadligt bruk och beroende för medarbetare som arbetar inom boendestöd och socialpsykiatri

4.4.3 Samverkan mellan regionen och kommuner

Gällande förslaget till ny lagstiftning inom området, där förslaget är att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård samt att 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 förtydligat uppdrag för socialtjänsten, beskriver informanterna att de tror att detta blir tydligare, i synnerhet vad gäller ansvarsfördelningen.

"Inom andra områden finns det en modell för hur vi ska arbeta och det är lite klarare och tydligare med ansvar och roller och så vidare. Man vet liksom vad socialtjänsten gör och vad hälso- och sjukvården gör och så vidare. Men i det här området så är det mer oklart med vem som gör vad och vilken ordning och så där. Det där hoppas jag blir bättre nu." (1)

Brukarrepresentanterna menar att Samsjuklighetsutredningens förslag innehåller många goda och välvilliga formuleringar som man ställer sig positiv till. Dock beskrivs i dagsläget upplevelser av att "bollas runt" och att det finns en rädsla för att "falla mellan stolarna". Kopplat till detta beskrivs en oro inför att det i en ny framtida organisation fortsatt blir otydligt gällande vem som ska göra vad.

I samverkan mellan regionen och kommunerna lyfter informanterna vidare vikten av att undvika tänkande i stuprör.

"Jag tror att det är viktigt att vara nyfiken och inte en sån streber i sina regler och rutiner och vad man får göra och vad man inte får göra. Tänk dig att du går på en bro, och vi ska hela tiden sträva efter att vara på mitten – det kommer ju aldrig att gå. Ibland kommer du över lite på ena sidan och ibland på den andra sidan. Ibland behöver man från regionens sida kliva över lite på kommunens sida och hjälpa till och ibland måste man från kommunens sida kliva över lite på regionens sida och hjälpa till. Det handlar INTE om att man ska bestämma saker åt den andra samverkanspartnern, men vi behöver liksom sträcka oss lite längre än vad vi har gjort tidigare. Det tycker jag verkligen är en framgångsfaktor när vi har jobbat så runt en individ med samsjuklighet – att vi inte slår varandra på fingrarna när vi ska försöka hitta en lösning." (12)

Informanterna beskriver situationer kring att man i vissa fall har arbetat som i citatet ovan och att det i hög grad leder till minskad frustration i samverkan.

"Det krävdes inte alls så mycket av oss för att det skulle gå bra. Det krävs mindre än man tror, det handlar mest om vår inställning. Men det blir ju väldigt mycket huvudvärk och frustration när vi alla säger nej, och vi ska hålla på att kämpa mot varandra. Jag skulle önska att vi lyfter fram de här goda exemplen ännu mer" (13)

Under dialogmötena med brukarrepresentanter beskrev anhöriga och närstående till personer med samsjuklighet perspektiv på att samverkanspartners arbetar i stuprör. Anhöriga/närstående beskrev upplevelser av att de ofta får axla ett informellt och stort samordningsansvar för patienten/brukaren. Detta upplevs som att de behövde kompensera för en samordning mellan huvudmän som inte riktigt fungerar.

Informanterna beskriver att när samsyn uppnåtts i samverkan mellan region och kommun kring en person med samsjuklighet och det finns en plan för vården,

behandlingen och omsorgen är det som en framgångsfaktor. Vikten av att ha en plan för vården, behandlingen och omsorgen lyfts också av brukarrepresentanter som betonar att de verktyg som finns för det tex Samordnad individuell plan (SIP) används. När det gäller SIP är det en metod som den samverkande brukarrörelsen i Gävleborg även har utvärderat genom metoden brukarstyrd brukarrevision vilket resulterat i rapporterna *Ett stort möte som handlar om framtiden: Brukarrevision av SIP Gävleborgs län* (2022) och *SIP – ett kraftfullt verktyg om det används rätt: Brukarstyrd brukarrevision 2025 genomförd av Föreningsnätverket för psykisk hälsa i Gävleborg* (2025).

Inför en kommande ny lagstiftning inom området betonar informanterna vidare vikten av samsyn gällande den fortsatta strategiska inriktningen i länet: Vad vill vi uppnå i länet? Vad ska vi göra i länet? Vem som ska göra vad? Hur ska det göras? Vidare betonas vikten av att i större utsträckning följa upp, utvärdera och analysera det som sker i samverkan i länet. Detta beskrivs vara viktigt för att arbetet runt personer med samsjuklighet ska bli mer träffsäkert.

4.4.3.1 Rekommendationer

- Påbörja arbete gällande vilken aktör som har ansvar för vad i och med att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård samt att 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 förtydligat uppdrag för socialtjänsten.
- Skapa samsyn kring vad som ska uppnås och vad som behöver göras i samverkan i länet.
- Följ löpande upp, utvärdera och analysera det som sker i samverkan.

4.5 Samhandling

Enligt samverkanstrappan innebär samhandling att det finns etablerade strukturer som håller samverkan vid liv. Resultatet visar att strukturer för samverkan dokumenteras i länsövergripande och lokala överenskommelser. Den länsövergripande överenskommelsen – *”Länsöverenskommelse om samverkan inom missbruks- och beroendevården i Gävleborgs län”*, arbetades fram under åren 2017-2019 och reviderades år 2021. Ansvarig för överenskommelsen är Länsledning Valfärd. En årlig översyn genomförs av utskott Psykisk hälsa, som har en beredande funktion samt initierar en ny revidering när behov bedöms föreligga. Syftet med länsöverenskommelsen är att stärka samverkan och förtydliga ansvarsfördelningen mellan Region Gävleborg och länets kommuner för att bättre tillgodose behovet av vård, stöd och behandling hos personer med skadligt bruk och beroende. Länsöverenskommelsen är vidare tänkt att utgöra en grund när lokala överenskommelser, avtal eller handlingsplaner mellan länets kommuner och berörda hälso och sjukvårdsenheter inom Region Gävleborg upprättas. Resultatet visar att det i länet finns upprättade samverkansavtal mellan kommuner och Region Gävleborg samt

samverkansavtal och överenskommelser inom kommuner. I dialogmötena med brukarrepresentanter betonas vikten av att dessa dokument är tydliga för de målgrupper som är berörda. Brukarrepresentanterna betonar att språket måste bli lättare att förstå för den som är i kontakt med hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I ett komplext system bestående av olika aktörer som agerar utifrån olika lagstiftning behöver också detta bli mer tydligt för den berörda individen, om denne ska ha en chans att veta vad man kan förvänta sig men också veta vad som förväntas av en själv.

4.5.1 Rekommendationer

- Länsöverenskommelsen behöver en större revidering utifrån en kommande ny lagstiftning inom området.
- Utifrån reviderad länsöverenskommelse behöver de lokala överenskommelserna revideras.
- Säkerställ att dokument och överenskommelser som beskriver åtaganden, rättigheter och skyldigheter finns skrivna med ett tydligt patient- och brukarperspektiv; så att det är begripligt och tillgängligt för de målgrupper som berörs.

4.6 Kunskapsbaserade arbetssätt

I intervjuerna kom frågan kring kunskapsbaserade arbetssätt att stå mindre i fokus än frågorna om samverkan. Det ska dock noteras att informanterna när det gäller samverkan betonat vikten av att arbeta kunskapsbaserat utifrån nationella riktlinjer. Kunskap beskrivs vidare som mycket centralt för att kunna hantera olika situationer kring personer med samsjuklighet, och i detta betonar informanterna vikten av att använda sig av kunskapsbaserade arbetssätt. Kunskapsbaserade arbetssätt beskrivs vara viktiga för att behandling, vård och omsorg ska vara jämlik och säker. Kunskapsbaserade arbetssätt beskrivs också vara viktiga för att personen med samsjuklighet ska känna sig trygg.

"Alla personer ska känna sig helt trygga med att det som vi gör bygger på evidens och beprövad erfarenhet. Så att det inte blir så att vi går på känsla -jag känner så och gör så och så kommer nästa personal och känner så och gör så." (13)

När det gäller jämlikhet beskrevs inom kommunens verksamheter användandet av bedömningsmetoden Addiction Severity Index (ASI). Metoden används i åtta av tio kommuner (Samverkanswebben 2026).

"När man ansöker om en insats för skadligt bruk och beroende så utreder vi alltid genom ASI. Då blir det jämlika bedömningar. Där blir det ju också otroligt tydligt med den psykiska hälsan som man ju går in på då också." (9)

Chefer i verksamheter där ASI används beskriver hur denna data på gruppnivå ger viktig information om problematiken kring samsjuklighet. Det beskrivs vara viktig information för att organisera och utveckla verksamheten. Informanterna betonar dock

vikten av att ges förutsättningar för att kunna arbeta kunskapsbaserat. Det beskrevs vara viktigt att ansvarig chef förstår vikten av kunskapsbaserade arbetssätt och vad som krävs för det.

"Finns det inte förutsättningar blir det "business as usual" och inget blir annorlunda." (3)

Informanterna betonade vidare vikten av att kunskapsbaserade arbetssätt och förutsättningar för att arbeta kunskapsbaserat löpande diskuteras på tex arbetsplatsträffar.

5 Slutsatser och rekommendationer

Enligt *samverkanstrappan* fungerar det inte att direkt påbörja arbete på steg fyra och fem dvs samverkan och samhandling. Gällande samverkan kring personer med samsjuklighet innebär det i praktiken att man inte bör börja processen med att koordinera nya arbetssätt och processer och etablera strukturer som håller samverkan vid liv. Enligt *samverkanstrappan* bör man först mötas i samtal om behoven, skapa en förståelse för varandras perspektiv samt skapa en samsyn för den gemensamma riktningen. Först därefter kan processen med att skapa nya arbetssätt och processer samt strukturer för samverkan påbörjas. Utifrån kartläggningens resultat och *samverkanstrappan* rekommenderas därför följande:

Formera en länsövergripande arbetsgrupp som leder omställningsarbetet.

Arbetsgruppen kan enligt rapportens resultat påbörja arbeta med att:

1. Påbörja arbete gällande vilken aktör som har ansvar för vad i och med att all behandling av skadligt bruk och beroende ska vara ett ansvar för regionernas hälso- och sjukvård samt att 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 förtydligat uppdrag för socialtjänsten.
2.
 - Tydliggöra och förankra syftet med de *mötesplatser* som sker i samverkan.
 - Säkerställa att *samtalet* vid mötesplatsen har fokus på utforskande av den andres perspektiv.
 - Skapa en *samsyn* för vården, behandlingen och omsorgen om personen med samsjuklighet genom att förankra nationella riktlinjer vilka anger att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda integrerade behandlingsmetoder till personer med skadligt bruk och beroende och samtidig psykisk ohälsa (*kunskapsbaserade arbetssätt*).
 - Se över samordning och koordinering av arbetssätt och processer (*samverkan*).
 - Revidera länsöverenskommelsen (*samhandling*) utifrån en kommande ny lagstiftning inom området.
3. Skapa en referensgrupp av personer med egen erfarenhet (patient-, brukar- och anhörigperspektivet) eller ett brukarråd med representanter som kan kopplas till omställningsarbetet. Denna grupp bör samordnas av länets

brukarinflytandesamordnare. Brukarrepresentanternas delaktighet och inflytande bör genomsyra alla faser i utvecklingsarbetet, och det bör även finnas möjlighet för målgruppens representanter att påverka eller ha synpunkter på olika delar av arbetet i omställningen.

4. Genomför en regional konferens (*mötesplats*) där kartläggningens resultat presenteras och diskuteras (*samtal och samsyn*) i workshops. Vid konferensen bör medarbetare och chefer inom berörda verksamheter inom kommunens och regionens verksamheter delta. Vid den regionala konferensen kan även samsjuklighetsdelegationen bjudas in, för att delge information om samsjuklighetsutredningen och det fortsatta arbetet.
5. Kartläggningens resultat kan även förstås utifrån teori om *interorganisatoriskt lärande* dvs den process där kunskap delas och nya insikter och rutiner skapas mellan organisationer. Interorganisatoriskt lärande handlar om att organisationer lär av varandra för att uppnå gemensamma mål, vilket innebär att det kan vara en användbar teori att komplettera *samverkanstrappan* med. Processen för interorganisatoriskt lärande innebär:
 - *Kunskapsdelning*: Organisationer delar sina erfarenheter och kunskaper med varandra för att öka den samlade kompetensen.
 - *Skapande av ny kunskap*: Målet är inte bara att dela befintlig kunskap, utan även att ny kunskap uppstår genom samspelet mellan organisationerna.
 - *Kritiskt tänkande och reflektion*: Genom att utmana gamla sanningar och reflektera över processer och resultat kan organisationer förbättra sina arbetssätt.
 - *Återkoppling*: Att ge och ta emot återkoppling är avgörande för att utvärdera hur väl arbetet går och vad som kan göras bättre.

Interorganisatoriskt lärande är beroende av relationer, tillit och gemensamt engagemang och utvecklas över tid i takt med ökande samarbete. Nätverk fungerar som särskilt framgångsrika miljöer för lärande (Rupcic 2021, Wróblewska 2023). I detta sammanhang bör nämnas att det i länet finns ett regionalt nätverk för beroendefrågor i region och kommuner i X län (BIRK-X). I nätverket deltar representanter från både regionens och kommunernas verksamheter.

6. Ett internt arbete behöver genomföras inom regionens verksamheter och inom kommunernas verksamheter. Se rekommendationer under rubrik 4.4.1 och 4.4.2.

Referenser

Föreningsnätverket för psykisk hälsa i Gävleborg och Region Gävleborg. (2022). *Ett stort möte som handlar om framtiden: Brukarrevision av SIP Gävleborgs län.*

Föreningsnätverket för psykisk hälsa i Gävleborg och Region Gävleborg. (2025). *SIP – ett kraftfullt verktyg om det används rätt: Brukarstyrd brukarrevision 2025 genomförd av Föreningsnätverket för psykisk hälsa i Gävleborg.*

Graneheim, UH., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.

Polit, D., & Beck, C. (2021). *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice.*: Wolters Kluwer Company.

Regeringen. (2022). Ett tydligare ledarskap för hållbar utveckling – hur vi med gemensamma krafter kan öka takten i omställningen, s 61 (samverkanstrappan). [ett tydligare ledarskap for hallbar utveckling.pdf](#)

Rupcic, N. (2021). Interorganizational learning: a context-dependent process. *The Learning Organization: An International Journal*, 28 (2), 222-232.

Samsjuklighetsutredningen. (2023). Från delar till helhet. Slutbetänkande (SOU 2023:5) [Från delar till helhet \(Statens offentliga utredningar 2023:5\) | Sveriges riksdag](#)

Samverkanswebben. (2026). Systematisk uppföljning. [Systematisk uppföljning - Region Gävleborg](#)

Socialstyrelsen. (2019). Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik. [Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik](#)

Wróblewska, D. (2023). Interorganizational learning from a theoretical perspective. *International Journal of New Economics and Social Sciences*, 1(17), 143-150.