

I »Södertälje- modellen« jobbar kommun och landsting tillsammans

Samlat stöd ger styrka åt Psykiatrireformens patienter



HÅKAN GÖTMARK, chefläkare, sjukvården Salem–Nykvarn–Södertälje; vid tiden för modellens genomförande verksamhetschef/chefsöverläkare, Södertälje psykiatriska sektor
MARIE ASKERSTAM, sektionschef, psykosöppenvården,

Södertälje psykiatriska sektor marie.askerstam@sts.sll.se
HELENA FORSLUND, utredare, social- och arbetsmarknads-kontoret
KERSTIN PALOMÄKI, social- och arbetsmarknadschef; de båda sistnämnda Södertälje kommun

Både i Sverige och i andra länder är det svårt att uppnå en fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvård och sociala myndigheter, vilket samtidigt är en nödvändig förutsättning för bra resultat. I Södertälje har skapats en välfungerande struktur i arbetet med Psykiatrireformens målgrupp. Syftet med denna artikel är att ge en översiktlig bild av modellen, sprida våra erfarenheter och till en del beskriva fortsatta utmaningar.

Målgrupp och vision

Målgrupp är Psykiatrireformens kärngrupp. Antalet inskrivna är för närvarande cirka 520 personer. (Befolkningsunderlaget är något över 100 000 invånare.) Den största andelen av patienterna har schizofrenidiagnos. Ett mindre antal har andra diagnoser som schizofreni psykos, psykos UNS eller kortvarig psykos. Enstaka patienter med bipolär sjukdom och stora funktionsvårigheter finns även med. Förutom psykosdiagnos krävs dokumenterade, sammansatta stödbehov (detta gäller dock inte för patienter som nyinsjuknat i psykos, dessa patienter erbjuds tid så snart som möjligt).

Utformningen av verksamheten bygger på en för kommun och landsting gemensam vision och gemensamma övergripande mål. Bärande tankar är

- patientens behov i centrum
- patienternas delaktighet i planering och utvärdering
- fokus på insatser i öppenvård med rehabiliteringsinriktning
- nätverkstänkande på alla nivåer.

Organisation

Initialt gjordes en inventering av målgruppen. Denna inventering låg till grund för en gemensamt framdiskuterad organisationsmodell, där grundpelaren utgörs av att tillsammans/i nära

samverkan driva öppenvårdsverksamheter för hela målgruppen. Vissa verksamheter drivs separat av den ena huvudmannen, men även då i nära samarbete.

Kommun/landstingsgemensamma verksamheter:

- Tre gemensamma rehabiliteringsenheter med alla olika personalkategorier under samma tak. Enheterna har tillsammans 520 personer inskrivna, vilket utgör nästan hela målgruppen. Från landstinget finns t ex sjuksköterskor, läkare, skötare, arbetsterapeuter och psykologer; från kommunen bl a boendestödare, rehabiliteringsassistenter och socionomer. Alla patienter/klinter har en samordnare från landstinget och en från kommunen.
- Ett psykiatriskt beroendeteam som arbetar i »intensiv öppenvård« med ett mindre antal patienter som har både långvariga psykiska funktionshinder och allvarligt missbruk eller beroende.

Landstingsverksamheter:

- Psykiatrisk heldygnsvård där patienter från målgruppen för närvarande använder i genomsnitt cirka 12 platser. Arbetet pågår kontinuerligt för att förbättra samarbetet mellan öppenvården och heldygnsvården. Ett viktigt mål är att vid inläggning ska samordnarna i öppenvården komma till avdelningen inom 48 timmar för ett gemensamt ankomstsamtal.
- Sedan december 2001 finns ett »gästhus« (en »mellanvårdsform«) med möjlighet för sex patienter/gäster att stanna kvar under högst 1–2 veckor. Behandlingsansvaret vilar på öppenvården. Detta är ett alternativ till psykiatrisk heldygnsvård eller dygnetruntestöd i hemmet. Tanken är att patienter vid tidiga varningstecken enkelt ska kunna söka hjälp tidigt i förloppet och därigenom minska återfallens varaktighet. »Hellre tre dagar på gästhuset än tre veckor på avdelning.« Personalbemanningen är låg, och patienten ska med stöd ta ansvar för all medicinering, delta i t ex gemensam matlagning och få stöd att komma ur den aktuella krisen/återfallet.

Kommunverksamheter:

- Särskilda boendeformer med tillhörighet till någon av rehabiliteringsenheterna och tillgång till dess utbud.
- Externa placeringar. Uppföljning av dessa och eventuell planering till hemkommunen görs gemensamt av personal från kommunen och landstinget.
- Sysselsättningsverksamheter med två arbetskooperativ och en bild- och formverkstad.

Styrgrupp. Sedan Psykiatrireformens genomförande finns en gemensam styrgrupp med representanter från båda huvud-

■ SAMMANFATTAT

I Södertälje samverkar psykiatriska sektorn och kommunen kring personer med långvariga psykiska funktionshinder.

Årliga skattningar med hjälp av behovsskattningsskalan Camberwell Assessment of Need (CAN) ligger till grund för individuella, skriftliga rehabiliterings- och behandlingsplaner, som kontinuerligt följs upp.

Resultaten används även övergripande för att få en bild av hur behoven ser ut i patientgruppen och för att utveckla stöd inom olika livsområden.

Utgångspunkten för det gemensamma arbetet är att sätta patientens behov i centrum. Målet är att aldrig låta en patient »ramla mellan stolarna« på grund av otydliga eller snäva ansvarsgränser mellan huvudmännen.

TABELL I. De fem områden där flest patienter uppfattade sig ha allvarliga problem 1997/1998 (n=114) respektive 2004 (n=114).

Livsområde	Andel patienter med allvarliga problem 1997/1998, procent	Andel patienter med allvarliga problem 2004, procent
Nära relationer	20	4
Emotionella besvär	17	11
Psykotiska symtom	16	8
Sociala kontakter	16	6
Fysisk hälsa	12	11

TABELL II. Områden där patienter skattar sina stödbehov högre år 2004 än tidigare (n=114).

Livsområde	Andel patienter som skattar allvarliga problem, procent	Andel patienter som av personal skattas ha allvarliga problem, procent
Information om hälsa och behandling	7	1
Fysisk hälsa	11	10
Information om bidrag	5	2
Problem med transporter	4	3
Sexuella problem	1	0

TABELL III. Områden där personal skattar patienternas stödbehov högre år 2004 än tidigare (n=114).

Livsområde	Andel patienter som skattar allvarliga problem, procent	Andel patienter som av personal skattas ha allvarliga problem, procent
Sysselsättning	3	13
Psykotiska symtom	8	12
Föda	2	6

männerna. Styrgruppen har vidgat sin målsättning till att också omfatta samarbete runt övriga psykiatripatienter.

Modellens genomförande

Att sätta patientens egna uttalade problem och behov av stöd i centrum genomsyrar verksamheterna, liksom att i så hög grad som möjligt få med anhöriga och andra närstående. Den totala livssituationen beaktas. Rehabiliteringsperspektivet är genomgående.

Tillsammans med patienten gör de två samordnarna skattningar med hjälp av behovsskattningsskalan Camberwell Assessment of Need (CAN-skalan) och skriftliga rehabiliteringsplaner, som kontinuerligt följs upp. CAN-skalan belyser 22 olika livsområden där personer kan ha stödbehov. Skattningsskalan används internationellt, och flera utvärderingar har gjorts avseende reliabilitet och validitet [1, 2].

Samordnarparet står för kontinuitet och tillgänglighet, och till dem kan patienten vända sig med alla typer av frågor. Mycket kraft läggs på att stödja patienten att bli så självständig som möjligt och ta kontroll över sitt liv. Vad som ger den enskilde patienten hoppet att kunna förändra sitt liv kan variera; därför är det viktigt att verksamheterna har ett brett utbud av stöd.

Att komma in tidigt och arbeta förebyggande genom att uppmärksamma tidiga varningstecken har allt mer satts i fokus.

För dem som första gången söker för psykos finns ett speciellt

stöd utarbetat med hög tillgänglighet och kontinuitet, låg medicinering, kristänkande och familjeinriktning.

Verksamheterna fokuserar också på att utforma ett bättre sätt att arbeta med barn till psykiskt sjuka, i samarbete med och med stöd av BUP (barn- och ungdomspsykiatri) i Södertälje.

Uppföljning

Uppföljning av stödet till patienter/klienter:

- Den viktigaste uppföljningen ur patientperspektiv är de årliga CAN-skattningarna och de skriftliga rehabiliteringsplanerna. Där sätter patienten sina mål, och dessa följs upp regelbundet.
- Enkäter till patienterna där de får uttrycka hur de uppfattar stödet och ge förslag på förbättringar.
- De patienter som nyinsjuknat i psykos har följts upp i en särskild studie [3].
- Samtliga patienter inbjuds regelbundet till träffar där man diskuterar de övergripande resultaten från t ex enkäter, CAN-skattningar och brukarrevision.
- En brukarrevision har genomförts med fokus på två problemområden, »patienternas delaktighet« och »information om behandling och stöd«, där vi haft stora svårigheter att hitta bra metoder.

Uppföljning av stödet till anhöriga:

- Periodvis tillsänds anhöriga en enkät om verksamheten. (Patienterna väljer om och i så fall vilka anhöriga som tillfrågas.)
- Anhöriga bjuds regelbundet in tillsammans med patienterna för diskussion av resultaten från enkäter m m.

Uppföljning av samverkan mellan huvudmännen:

En uppföljning med fokus på framgångsfaktorer för samverkan har gjorts av Ingvar Nilsson [4].

Verksamhetens resultat

Av utrymmesskäl kan vi här beskriva endast ett fåtal resultat.

Varje år görs behovsskattningar med hjälp av CAN-skalan. Skattningarna görs både av patienterna själva och av samordnarna. Förutom som grund för den individuella rehabiliteringsplanen används skattningarna för att få en övergripande bild av hur behoven ser ut i hela patientgruppen inom upptagningsområdet. Jämförelser görs på olika sätt. En grupp patienter som tillhört verksamheterna från start och som fortfarande finns kvar har följts vad gäller både egenskattningar och jämförelser med personalskattningarna.

Ett viktigt fokus har varit upplevelse av allvarliga problem inom olika livsområden.

Exempel på resultat från en grupp patienter (n=114) som gjort egenskattningar både 1997/1998 och 2004 visas i Tabell I.

Överlag har andelen patienter som uppfattar sig ha allvarliga problem minskat mellan skattningstillfällena. Detta gäller även inom de andra livsområdena. Inom två områden – nära relationer och psykotiska symtom – har den grupp som uppfattar sig ha allvarliga problem mer än halverats. Det område där minst hänt – fysisk hälsa – var under 2004 (tillsammans med området emotionella problem) det livsområde där flest personer skattade allvarliga problem.

Skattningsresultaten har lett till ökad uppmärksamhet för att finna bättre sätt att möta och stödja patienter som uttrycker problem med den fysiska hälsan.

För samma patientgrupp jämförs också patienternas egna skattningar med personalskattningarna. Exempel på skattningsskillnader mellan personal och patienter 2004 vad gäller allvarliga problem framgår av Tabell II och Tabell III.

I stort stämmer patient- och personalskattningar överens,

med undantag för information om behandling. Där skattar patienterna problemen som klart större än vad personalen gör. Skillnaderna mellan patientskattningar och personalskattningar har minskat under åren inom dessa områden. Speciellt gäller det området fysisk hälsa.

Diskussioner har förts med både personal och brukarorganisationer hur man ska arbeta med informationen på ett bättre sätt. En särskild handlingsplan håller på att utarbetas för att förbättra information om behandling.

Vi har även funnit områden där personalen skattar problemen som högre än vad patienterna gör.

Siffrorna kan tolkas på olika sätt. Uppenbarligen uppfattar patienterna de psykotiska symtomen som mindre allvarliga än tidigare, och de uppfattar även problemen som mindre än vad personalen gör. Den stora skillnaden finns inom området systerställning, och där behöver vi göra fortsatta analyser.

Vi har också funnit en del intressanta könsskillnader i materialet.

Nio års erfarenheter

Våra gemensamma verksamheter har nu varit igång under närmare nio år. Vad som varit de viktigaste framgångsfaktorerna och hindren i verksamheten har växlat en del beroende på om vi varit i uppbyggnadsfas eller – som nu – i en mer reguljär verksamhet.

Viktiga framgångsfaktorer:

- Att ta sig tid att diskutera fram en gemensam vision och gemensamma mål innan diskussioner om organisation och ekonomi kommer igång. De gånger vi börjat med organisation och ekonomi har lösningarna – om det blivit några – varit betydligt sämre för patienterna.
- Att skapa tillit över huvudmannagränserna. Finns inte detta går mycket energi åt till kontrollerande. Att lita på den man samverkar med är grundläggande. Att inte »mörka« budgetar. Att inte ha dolda mål. Att skapa arenor för möten där man diskuterar och lär känna varandra, t ex att ha arbetsrummen nära varandra, fika och äta lunch tillsammans och ibland även ha personalfester ihop.
- Att kunna arbeta gränsöverskridande. Att ha patientens problem och lösning av dessa i fokus innebär att aldrig fastna i snävt dragna »ansvarsgränser« för respektive huvudman, utan se det som ett gemensamt och primärt uppdrag att bistå patienten i dennes livssituation. Man får aldrig låta en patient »ramla mellan stolarna« på grund av oklara eller rigida gränser.
- Att skapa patientmedverkan. I de fall vi hittat former för att ha patienter med i det mer övergripande arbetet har nya dimensioner och lösningar kommit fram.
- Att ge ett starkt ledningsstöd. Att arbeta i en samverkansmodell innebär att ständigt ha en dialog och fatta konsensusbeslut. Alla i ledningen måste vara modeller för detta arbetssätt och stödja det fullt ut. Vi har under hela perioden haft kontinuitet när det gäller både beställare och högsta chefer, vilket har underlättat samarbetet betydligt. På rehabiliteringsenheterna har vi periodvis haft chefer som inte fungerat som ett ledarpar, och det har omedelbart återverkat på övriga personalens möjligheter att samverka.
- Att ha en helhetssyn på patientarbetet, både övergripande och på individnivå. Vid planering av det enskilda stödet finns båda samordnarna med. I grupper som planerar systerställningsutbud eller boende i hemkommunen – efter vistelse på t ex HVB-hem (socialtjänstens hem för vård eller boende) – finns representanter med från båda huvudmännen.

»Våra samlade erfarenheter av nära samverkan mellan kommun och landsting för Psykiatrireformens målgrupp är så goda att vi vill rekommendera andra runt om i landet att samverka på liknande sätt.«

Svårigheter och områden att arbeta extra med:

- Att utveckla metoder för information till patienter och anhöriga vad gäller all form av behandling och stöd. CAN-skattningar och enkäter har under alla år pekat på vår brist där. Vi har blivit bättre, men mycket återstår att göra.
- Att underlätta patienters och anhörigas delaktighet i planering och uppföljning på både individnivå och övergripande nivå. Delaktighet är t ex en förutsättning för att hitta metoder för information.
- Att undvika att organisationen stelnar. Under uppbyggnadsfasen var vi väldigt lyhörda för hur patienternas behov såg ut. Risken nu, efter nio år, när vi funnit former att arbeta efter, är att vi inte är tillräckligt uppmärksamma på ändrade behov. Det kan vara bekvämt med ett vant och tryggt arbetssätt, och det finns alltid risk att man i stället för att ändra organisationen börjar prata om att vissa patienter inte »passar in«, att man får bygga upp en speciell organisation för dessa.
- Att skapa en gemensam dokumentation. Inom många områden har vi med lite träcklande funnit bra sätt att samverka, trots skilda organisationsstrukturer och regler. Dokumentationen är emellertid ett problem. Vi har olika sätt att dokumentera men skulle på grund av det täta samarbetet kring enskilda patienter behöva ha en del av dokumentationen gemensam. Här skulle ändrad lagstiftning vara till hjälp.

Framtiden

Det gemensamma arbetet har under åren dels gett spridningseffekter till andra målgrupper både inom och utanför psykiatrin, dels setts som föregångsverksamhet och inspirationskälla i utvecklingen av »närsjukvården« i Södertälje.

Politiska prioriteringar och resursallokering. Psykiatrireformen 1994 innebar en tydlig politisk prioritering av de mest funktionshindrade patienterna inom psykiatrin. Trots detta har det på många håll varit problem med genomförande av intentionerna i reformen. Det är angeläget att inte ge upp, utan fortsätta reformarbetet. Dock krävs betydligt större och mer långsiktiga satsningar än de som görs i årets statsbudget. För att säkerställa att resultat nås krävs också att kommun och landsting formulerar gemensamma konkreta mål och att dessa också följs upp.

Vision och mätbara mål. Vår ursprungliga vision från 1995 reviderades senast år 2002. Årligen arbetar enheterna fram gemensamma arbetsplaner med mätbara mål för det kommande året. De flesta målen är gemensamma för de båda huvudmännen. Under år 2004 var målområdena bl a skriftliga rehabiliteringsplaner, behovsskattningar och inventering av personer med missbruk/beroende. År 2005 var ett av de gemensamma målen införandet av det regionala vårdprogrammet för personer med psykos.

Samverkansavtal. Ett skriftligt samverkansavtal mellan Södertälje kommun och psykiatriska sektorn finns för perioden 1 juni 2004 till och med 31 december 2006.

Kostnadseffektivitet. De totala kostnaderna för Psykiatrireformens målgrupp är mycket stora. Det är därför av stort intresse att försöka få fram arbetssätt och organisationsmodeller som ger god kostnadseffektivitet. I Södertälje har vi kunnat överblicka de samlade kostnaderna för båda huvudmännen under

ett antal år nu, och vi har även i viss utsträckning kunnat relatera kostnaderna till resultat i form av minskade stödbehov.

Vi kan se att antalet patienter som läggs in i heldygnsvård har minskat sedan det gemensamma arbetet med Psykiatrireformen inleddes 1996. Det väl utbyggda stödet i öppenvård har också inneburit att flertalet brukare kan bo i egna lägenheter. Det minskar behovet av särskilda boendeformer, utom för en mindre grupp personer med mycket stora behov dygnet runt.

Fördelar med dubbelt huvudmannaskap under samma tak

En framgångsfaktor under uppbyggnadsfasen var att inte diskutera om reformen var bra eller dålig eller om det var bra eller dåligt med delat huvudmannaskap. All kraft koncentrerades på att genomföra reformen utifrån de intentioner som fanns.

Så här i efterhand kan vi se en hel del fördelar med »delat huvudmannaskap under samma tak« vid sammanflyttningen, trots de olika systemen för organisation:

- Det delade huvudmannaskapet främjar kompetensen på enheterna. Psykiatrin är bäst på behandling, och kommunen är bäst på boende och sysselsättning.
- Inga nya »murar« har byggts upp till andra verksamheter inom huvudmännens ansvarsområden. Ett nära samarbete finns med heldygnsvården. Närhet finns även till kommunens övriga sysselsättningsverksamheter.
- Samverkan mellan två huvudmän försvårar möjligheterna till snabba, oövertänkta omorganisationer i besparingstider. Man måste diskutera med sina samarbetspartner för att undvika övervältrande av kostnader.

De positiva förändringarna över tid avseende minskade stödbehov måste tolkas med försiktighet. Vi har inte haft någon kon-

trollgrupp och kan inte med säkerhet säga något om vad resultaten beror på. Sannolikt beror de positiva resultaten på ett flertal faktorer. Det välfungerade samarbetet mellan kommun och landsting har troligen varit en avgörande faktor, liksom god uppföljning av medicineringsplaner och andra stödinsatser i skriftliga samordnade rehabiliteringsplaner. Ett systematiskt arbete med upptäckt av så tidiga varningstecken kan också ha bidragit. I de fall speciella personer följts över tid kan givetvis sjukdomens naturlförlopp ha spelat in.

Våra samlade erfarenheter av nära samverkan mellan kommun och landsting för Psykiatrireformens målgrupp är så goda att vi vill rekommendera andra runt om i landet att samverka på liknande sätt. Vi tror att det betyder oerhört mycket för reformens patientgrupper att komma till en verksamhet där de kan träffa andra personer med liknande problem och samtidigt möta personal från både kommun och landsting – personal som är specialiserad på att ge det stöd och den behandling som dessa patienter behöver.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Slade M, Thornicroft G, Loftus L, Pheelan M, Wykes T. CAN: Camberwell Assessment of Need. London: Gaskell, Royal College of Psychiatrists; 1999.
2. McCrone, Leese M, Thornicroft G, Griffiths G, Padfield S. Reliability of the Camberwell Assessment of Need – European version. Br J Psychiatry 2000;177:34-40.
3. Götmark H, Ohlsson M, Öhlund L, Askerstam M, Henriksson M. Utvärdering av ett behandlingsprogram för nyinsjuknade psykospatienter »NIP-projektet«. Södertälje: Stockholms läns landsting; 2003. FOU-rapport.
4. Nilsson I. Vi byggde nätverk – om psykiatrireformens genomförande i Södertälje. Järna: Institutet för socialekologisk ekonomi; 1998. Rapport, version 1:1.

annons