![Logo Pantone [Converted]]() 

Förstudie

Integrerad verksamhet för personer med psykossjukdom

Slutrapport

Pernilla Rehn

Malmö 2017 – 03 - 31

Innehåll

[Inledning 3](#_Toc478983509)

[Bakgrund 3](#_Toc478983510)

[Förstudie 4](#_Toc478983511)

[Målgrupp och avgränsningar 4](#_Toc478983512)

[Uppdrag 4](#_Toc478983513)

[Metod/tillvägagångssätt 5](#_Toc478983514)

[Kartläggningsfas 5](#_Toc478983515)

[Insamlingsfas 5](#_Toc478983516)

[Analys- och förslagsfas 6](#_Toc478983517)

[Kartläggning 7](#_Toc478983518)

[Organisatoriska förutsättningar och arbetssätt 7](#_Toc478983519)

[Område Psykos 7](#_Toc478983520)

[Malmö stad 8](#_Toc478983521)

[Samverkansstruktur 9](#_Toc478983522)

[Insatser och verksamheter 10](#_Toc478983523)

[Målgruppens insatser 12](#_Toc478983524)

[Vilka samverkansinstrument använder vi? 15](#_Toc478983525)

[Resultat 17](#_Toc478983526)

[Problemområden 17](#_Toc478983527)

[Brister i samverkansstrukturen 17](#_Toc478983528)

[Bristande översikt och användande av insatser och verksamheter 18](#_Toc478983529)

[Otydliga ingångar och kontaktvägar 18](#_Toc478983530)

[Brister i motivationsarbetet 19](#_Toc478983531)

[Bristande kunskaper och tillit 20](#_Toc478983532)

[Bristande samordning av insatser 21](#_Toc478983533)

[Konsekvenser 21](#_Toc478983534)

[Utvecklingsområden 22](#_Toc478983535)

[Förslag 23](#_Toc478983536)

[Flexibel ACT som integrerad verksamhet 23](#_Toc478983537)

[Konsultationsteam 25](#_Toc478983538)

[Stödja förbättrat användande av SIP 25](#_Toc478983539)

[Utvärdering 26](#_Toc478983540)

[Referenser 27](#_Toc478983541)

# Inledning

Inom socialtjänsten i Malmö stad och Område Psykos i Malmö har det funnits en upplevelse av svårigheter gällande samverkan mellan de två organisationerna. Något som exempelvis kan innebära konsekvenser i form av fördröjning och begränsad tillgång till de rätta insatserna för den gemensamma målgruppen, personer över 18 år med psykossjukdom. Utifrån detta har en arbetsgrupp med representanter från Område Psykos, Region Skåne och Välfärdsavdelningen, Malmö stad ansökt om medel från FINSAM Malmö till en förstudie för ”Integrerad verksamhet för personer med psykossjukdom”. Ansökan beviljades och en processledare anställdes under perioden 2016-09-01 - 2017-03-31 för att genomföra projektet.

## Bakgrund

Lagstiftning

Sedan den 1 januari 2010 är det lagstadgat i såväl socialtjänstlagen (SoL) som i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att kommun och landsting är skyldiga att ha överenskommelser avseende samarbetet för personer med psykisk funktionsnedsättning. Lagstiftningen säger också att de personer som är i behov av insatser från de båda huvudmännen ska ha en individuell plan. Detta framgår i SoL 2 kap. 7 §, HSL 3 f § samt i Patientlagen 6 kap. 4 §.

Nationella riktlinjer

2011 gav Socialstyrelsen ut ”Nationella riktlinjer för psykosociala riktlinjer vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd och ledning”. Dessa innehåller centrala rekommendationer som bedöms vara av särskild betydelse för hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. En del av rekommendationerna ansvarar de båda huvudmännen för gemensamt vilket ställer krav på samverkan. I riktlinjerna står att samordnade åtgärder behövs för att tillgodose kontinuitet i vård och omsorg. Det främsta målet för samverkan är att personer som tillhör målgruppen ska få tillgång till den vård och omsorg som skapar möjlighet för återhämtning och som är nödvändig för att kunna leva som andra och vara delaktiga i samhällslivet.

Nationell satsning

2012 utkom regeringen med en handlingsplan ”PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016”. Syftet med regeringens satsning var att stödja och skapa förutsättningar för ett målmedvetet, samordnat och långsiktigt utvecklingsarbete på samtliga nivåer. I den senaste överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), ”Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2017”, framkommer bland annat att det finns ett behov av att skapa mer sammanhållna vård- och stödprocesser med utgångspunkt i den enskildes rättigheter. Det övergripande syftet med överenskommelsen är att öka tillgängligheten till stöd och behandling av god kvalitet och att förebygga och motverka psykisk ohälsa.

Överenskommelser på regional och lokal nivå

2013 upprättade Kommunförbundet Skåne och Region Skåne ”Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdomar som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa”. I denna lyfts det fram att samverkan är ett prioriterat område för båda huvudmännen. Det beskrivs vad sjukvården respektive socialtjänsten ansvarar för och det framgår att det ska upprättas en handlingsplan som beskriver samverkan och samarbetet mellan de båda huvudmännen på lokal nivå.

2014 upprättades ”Lokal överenskommelse mellan Malmö stad och Region Skåne om samarbete gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar utveckla psykisk ohälsa”. I denna framgår bland annat att det är de båda parternas ansvar att skapa rutiner och arbetsprocesser som är nödvändiga för samordning kring insatser och stöd utifrån den enskilde individens behov och med dennes delaktighet. Det presenteras hur strukturen för samverkan ska se ut på de olika nivåerna, från politisk nivå till stadsområdesnivå. I den lokala överenskommelsen finns även rutiner beskrivna för Samordnad Individuell Plan (SIP) och Samordnad vårdplanering (SVPL).

## Förstudie

Syftet med förstudien är att belysa vad som fungerar väl samt vad som behöver vidareutvecklas avseende insatser, verksamheter och organisering för att etablera en väl fungerande samverkan på både en strukturell och operativ nivå.

### Målgrupp och avgränsningar

Målgrupp är män och kvinnor från 18 år, bosatta i Malmö, med psykossjukdom, som i sin återhämtningsprocess är i behov av samordnade vård och stödinsatser från Region Skåne och Malmö stad.

Integrerad Närsjukvård i Malmö (INM) består av två privatiserade öppenvårdsmottagningar. För målgruppen inom det upptagningsområde som motsvaras av de tidigare stadsdelarna Centrum och Limhamn/Bunkeflo har INM ansvar för den psykiatriska öppenvården. De ingår inte i förstudien och personer som har sin vårdkontakt härigenom är således inte representerade. Förslagen som presenteras inkluderar inte dessa verksamheter.

Yrkesverksamma inom socialtjänsten i Malmö stad har påpekat att de möter personer i sina verksamheter, som de bedömer vara i stort behov av psykiatrisk kontakt men som av olika skäl saknar detta. Från Malmö stad har man sett ett behov av att inkludera även dessa personer i förstudiens målgrupp. Något som lyftes i projektets styrgrupp, där det beslutades att inte inkludera dessa personer. Ett skäl var att det är svårbedömt huruvida dessa personer har psykossjukdom eller annan psykiatrisk problematik. Ett annat var behovet av att avgränsa förstudien i förhållande till projektets längd. Det framkom i ett tidigt stadie av projektet att det från Malmö stads sida även fanns behov och intresse av ett närmare samarbete med allmänpsykiatrin. Allmänpsykiatrin är inte inkluderade i förstudien, men förslagen på integrerade arbetssätt skulle kunna diskuteras som en möjlig samverkansform även här.

### Uppdrag

* Kartläggning av personer med psykossjukdom och deras kontakter inom psykiatri respektive socialtjänst.
* Översyn av kontaktytor och samverkansstrukturer, undersöka behov av vidareutveckling.
* Kartläggning av de verksamheter och insatser som vänder sig till målgruppen inom respektive organisation.
* Beskrivning av processen och flödet inom och mellan verksamheterna/insatserna.

## Metod/tillvägagångssätt

Processen för förstudien har utgått från nedanstående modell indelad i fyra olika faser. Samtidigt har arbetet inom de olika faserna i stor utsträckning skett parallellt och överlappat varandra.

### Kartläggningsfas

Kartläggningsarbetet har utgått från tidigare nämnt uppdrag i syfte att göra en inventering av målgrupp, samverkansarenor och samverkansstrukturer, samt verksamheter och insatser för målgruppen.

Målgrupp

För att få en bild av målgruppen har medarbetare fått fylla i ett underlag för kartläggning av deras patienters kontakt och behov av insatser från socialtjänsten i Malmö stad. Varje medarbetare fyllde i underlaget för de personer som denne var primärkontakt för. Detta gjordes på psykiatrins fem öppenvårdsteam; team Nordöst, Innerstaden, Söder, NIP-teamet (Nyinsjuknad I Psykos) och ACT-teamet (Assertive Community Treatment).

Samverkan

Det finns fyra olika nivåer för samverkan som hanterar frågor som rör målgruppen. Från politisk nivå till stadsområdesnivå.

Genom att tillfråga medarbetare och chefer inom respektive organisation har en inventering gjorts av de samverkansgrupper där båda huvudmännen finns representerade.

Verksamheter

Information har inhämtats om de olika verksamheterna som vänder sig till målgruppen inom de båda organisationerna.

### Insamlingsfas

Insamlingsfasen har bestått av inhämtning av information från medarbetare från de båda organisationerna samt från patienter med pågående kontakt på psykosmottagningarna.

Representanter från Malmö stad önskade att kontakt skedde genom avdelningscheferna inom Vård och omsorg (VoO) samt Individ och Familj (IoF). Information om projektet skickades via e-post till dessa med önskan om kontakt för intervjuer. På så sätt etablerades kontakt med intervjupersoner från socialtjänsten. Även enhetscheferna för de olika teamen inom Område Psykos blev informerade om projektet och ombedda att sprida informationen med förfrågan om deltagande i förstudien till sina medarbetare.

För att ta del av patienternas erfarenheter och synpunkter bildades en referensgrupp. Varje öppenvårdsteam inom Område Psykos (totalt fem stycken) ombads tillfråga en patient med erfarenhet av insatser från kommunen. Totalt kom referensgruppen att bestå av fyra personer, eftersom en av de tillfrågade fick förhinder att delta. Referensgruppen träffades en gång per månad under projekttiden och hade olika fokus beroende på i vilken fas av projektet man befann sig i. Utöver detta intervjuades ytterligare fem personer ur målgruppen för att få ta del av deras erfarenheter kopplat till samarbetet mellan socialtjänsten och psykiatrin. Personerna rekryterades genom ett informationsblad i väntrummet alternativt genom dennes kontaktperson på mottagningen.

Intervjuer

Intervjuerna med medarbetarna bestod av nedanstående fyra frågor. För att undvika att begränsa svarsalternativen ställdes öppna och relativt breda frågor.

* Vad är målet med samverkan (mellan Område Psykos och socialtjänsten i Malmö stad)?
* Vad styr denna samverkan?
* Hur skulle du beskriva denna samverkan?
* Hur tror du att vi skulle kunna förbättra samverkan mellan Malmö Stad och Område Psykos?

Från Malmö stad har 27 personer intervjuats. Samtliga stadsområden representerades och de intervjuade kom från både IoF och VoO.

* 6 personer på chefsnivå
* 2 personer från personligt ombud
* 1 person från ACT-teamet
* 1 person från Handkraft
* 1 samordnare för boendestöd
* Övriga 16 var socialsekreterare och biståndshandläggare

Från Område Psykos har 21 personer intervjuats. Både öppen- och heldygnsvården var representerade.

* 1 områdeschef
* 2 enhetschefer
* 4 teamledare
* Övriga 14 personer var behandlingspersonal med olika professionell bakgrund

Andra viktiga informationskällor har varit de diskussioner och reflektioner som skett i samband med studiebesök hos olika verksamheter samt vid de samverkans- och nätverksmöten som processledaren deltagit i.

Information har även inhämtats från andra verksamheter för att ta del av deras erfarenheter av olika former av integrerade arbetsmetoder. Bland annat gjordes ett studiebesök hos psykiatrin i Halmstad där man valt att arbeta med Resursgruppsarbete som arbetsmodell för samverkan. Erfarenhetsutbyte har även skett med processledaren som arbetar med att implementera Flexibelt ACT (FACT) i Helsingborgsregionen. Telefonintervjuer har genomförts med representanter från psykiatrin i Kristianstad, Göteborg och Södertälje vilka har olika erfarenheter av samarbetet mellan kommunen och landstinget.

### Analys- och förslagsfas

Det insamlade materialet har granskats och identifierade problem har kategoriserats i olika områden. Utifrån dessa har det även gjorts en konsekvensbeskrivning. I det insamlade materialet har det också identifierats exempel på bra samarbete och framgångsfaktorer för samverkan, vilket också fått betydelse för de förslag på integrerade arbetssätt som sedan utarbetats.

I det insamlade materialet framkom brister och problemområden. Vissa av dem avsåg sådant som man lämpligen kan lösa genom att se över lokala rutiner på arbetsplatsen medan andra var mer omfattande och kräver gemensamma strategier. Identifierade brister har rapporterats till styrgruppen fortlöpande under projekttiden.

Det har funnits ett aktivt samarbete med den processledare som arbetar med ”Integrerad verksamhet” mellan beroendemottagning Rådmannen och IoF, inte minst under analysfasen. Samarbetet har bestått av regelbundna möten för att reflektera över gemensamma problemområden i samverkansprocessen samt resurser och svårigheter kopplade till implementering av nya arbetssätt.

# Kartläggning

## Organisatoriska förutsättningar och arbetssätt

För att skapa förståelse gällande grunden för samverkan ges här en kort organisatorisk beskrivning samt en kortfattad beskrivning av olika arbetssätt inom respektive organisation.

### Område Psykos

Verksamhetsområde Vuxenpsykiatri Malmö/Trelleborg är indelat i fyra områden; Allmänpsykiatri öppenvård, Allmänpsykiatri heldygnsvård, Beroendecentrum och Psykos.Område Psykos består av åtta enheter; Mottagningen på Drottninggatan, Påskliljegatan (NIP-enheten), Trelleborg samt heldygnsavdelningarna 87, 88 och 25.

På mottagning Drottninggatan är man geografiskt indelad i tre olika team;

team Nordöst, team Söder och team Innerstaden. Utöver dessa öppenvårdsteam finns två specialiserade team. ACT-teamet och NIP-teamet som sedan december 2016 är samlokaliserat med avdelning 25 (NIP-enheten) i bostadsområdet Holma i stadsdelen Hyllie.

På Drottninggatans mottagning finns även Dagvården som är en verksamhet som erbjuder stöd i form av olika aktiviteter och social samvaro.

Till Område Psykos hör även ett förstärkt LSS-boende (Olof Hågansens allé). Boendet är i likhet med ACT-teamet en integrerad verksamhet mellan Område Psykos och Malmö Stad.

Arbetssätt inom Område Psykos

Arbetssätten i teamen ser delvis olika ut. NIP-teamet vänder sig till personer som insjuknar första gången i psykos eller till personer som misstänks ha psykotiska symtom som behöver utredas. Man arbetar med tidig intervention och fokuserar inledningsvis på kris- och närståendearbetet. Behandlingen består av olika delar såsom farmakologisk, psykologisk, psykosocial eller fysioterapeutisk behandling och ofta i kombination med varandra. NIP-teamet arbetar med hög tillgänglighet och kontinuitet.

På Drottninggatans mottagning introducerades våren 2015 FACT-modellen (flexibelt ACT), vilket bland annat innebär att man arbetar på två olika behandlingsnivåer. Behandling ”som vanligt” i ett multidisciplinärt team där varje patient har sin case manager (benämns på mottagningen som primärkontakt) alternativt behandling med ett utökat teamansvar när patienten befinner sig i kris och riskerar att återinsjukna.

Modellen kommer från Holland och har anpassats till svenska förhållanden. Det innebär att man måste förhålla sig till två olika huvudmän istället för en som det är organiserat i Holland. I öppenvårdsteamen har man velat utveckla samarbetet med socialtjänsten och framför allt har detta byggts upp med boendestödet som arbetar nära målgruppen. I nuläget är det organiserat genom att representanter från boendestödet (från majoriteten av stadsområdena) kommer till FACT-mötena cirka en gång i månaden. Syftet är då att diskutera och, vid behov, nominera ärenden till FACT-tavlan. På tavlan sätts de personer upp som behandlas enligt den intensiva nivån och i samband med detta är hela teamets ansvar. Utöver detta sker kommunikationen framför allt genom telefonkontakt mellan aktuell primärkontakt på Drottninggatan och aktuell boendestödjare. I ett av teamen kommer även en representant från det socialpsykiatriska teamet regelbundet till FACT-mötena.

ACT-teamet är en integrerad verksamhet som består av ett multidisciplinärt team som utöver medarbetare från Område Psykos består av socialsekreterare anställda av Malmö stad samt en brukarspecialist. Teamet riktar sig till personer med omfattande och komplicerad psykiatrisk problematik som är i behov av stöd från både psykiatrin och socialtjänsten. Teamet arbetar mer intensivt och uppsökande än övriga öppenvårdsteam. En annan skillnad från de övriga teamen är att en del kommunala insatser, såsom till exempel boendestöd samt IPS (Individual Placement and Support), utförs av medarbetarna i teamet.

### Malmö stad

Malmö stad är indelat i fem stadsområdesförvaltningar; Norr, Öster, Söder, Väster och Innerstaden. De olika stadsområdena är uppdelade i olika avdelningar; varav IoF och VoO berörs av denna förstudie. Under respektive avdelning finns enheter som i sin tur är uppdelade i sektioner.

Utöver ovanstående förvaltningar finns bland annat Sociala resursförvaltningen, som innefattar ACT-teamet, alternativboenden (SoL), fritid och friskvård, LSS-boenden, personligt ombud, sysselsättning/arbete (Handkraft och IPS-teamet). Under arbetsmarknads-, gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltningen är Jobb Malmö organiserat.

Under projekttiden har det pågått en omorganisation i Malmö stad. Kommunfullmäktige har beslutat att Malmö stad från den 1 maj 2017 ska gå från geografisk indelning med stadsområdesnämnder till facknämnder. De nya facknämnderna består av vård- och omsorgsnämnden, funktionsstödsnämnden samt arbetsmarknads- och socialnämnden. Huvudansvaret för målgruppen kommer att finnas under funktionsstödsnämnden, men eftersom en del verksamheter och insatser som kan beröra målgruppen kommer att organiseras under de andra nämnderna, så kommer det även fortsättningsvis finnas ett förvaltningsövergripande samverkansbehov.

Arbetssätt inom socialtjänsten

Insatserna för målgruppen är olika organiserade i de olika stadsområdena. Bland annat varierar arbetssätten utifrån de socialpsykiatriska frågorna. Gemensamt för flera av områdena är att socialpsykiatrin består av representanter från både IoF och VoO. En del representanter för socialpsykiatrin fungerar konsulterande till medarbetarna i den egna organisationen medan andra arbetar operativt och även ansvarar för individuella ärenden. En annan skillnad är hur de är arbetar i förhållande till psykiatrin. En del av de socialpsykiatriska teamen är tänkta att fungera som en ingång åt båda hållen, vilket skulle innebära att både socialtjänsten och psykiatrin kan få hjälp att komma rätt i den andres organisation. I andra stadsområden arbetar socialpsykiatrin endast på uppdrag av den egna verksamheten.

I tre av stadsområdena har man anställt psykiatrisjuksköterskor. Även deras uppdrag ser delvis olika ut. En del arbetar mer operativt i komplicerade ärenden medan andra främst har en undervisande och konsulterande funktion riktat till medarbetare inom kommunen.

Även boendestödet kan se olika ut i de olika stadsområdena, till exempel kan boendestödjarnas arbetstid variera, vilket innebär att man i vissa stadsområden kan erbjudna insatsen under helger, medan man i andra stadsområden inte kan göra det.

## Samverkansstruktur

Strukturen för samverkan kring frågor som rör målgruppen delas in i nedanstående fyra nivåer.

Delregionalt samverkansorgan

Den politiska ledningen inom Region Skånes hälso- och sjukvård respektive Malmö stad diskuterar samverkansfrågor.

Tjänstemannaberedning till delregionalt samverkansorgan

Samverkansgrupp mellan Region Skånes hälso- och sjukvård och Malmö Stad på tjänstemannanivå med mandat att fatta beslut. Ger uppdrag till Samverkansforum (se nedan) att bereda och handlägga frågor avseende samarbetet inom psykiatriområdet.

Samverkansforum för psykisk hälsa

Består av företrädare från Arbetsförmedlingen i Malmö, Försäkringskassan i Malmö, Malmö stad, brukarorganisationen, psykiatrin och primärvården i Malmö. Har som uppdrag att informera om aktiviteter i respektive verksamhet, identifiera gemensamma utvecklingsområden, uppmärksamma gemensamma kompetensutvecklingsbehov, bereda och handlägga frågor på uppdrag av tjänstemannaberedningsgruppen och återföra förslag. Samverkanforum har också i uppdrag att behandla frågor som lyfts från de lokala samverkansgrupperna (se nedan) och när det bedöms lämpligt lyfta dessa vidare till tjänstemannaberedningsgruppen.

Lokala samverkansgrupper

Grupperna ska från Malmö stad bestå av representanter från respektive stadsområdesförvaltning, sociala resursförvaltningen, förskoleförvaltningen, grundskoleförvaltningen samt gymnasie- och vuxenutbildningsförvaltningen. Från Region Skåne ska representanter utses från barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i Malmö (första linjen och specialist), vuxenpsykiatriska verksamheten i Malmö, rättspsykiatriska verksamheten i Skåne, primärvården och barnhälsovården i Malmö. Gruppen har i uppdrag att utforma gemensamma rutiner som ska reglera samarbetet på lokal nivå samt utforma planer för uppföljning. Enligt den lokala överenskommelsen (2014) kan olika samverkansgrupper etableras för barn och ungdomar respektive vuxna.

Utöver dessa finns det samarbetsgrupper på lokal nivå som presenteras i korthet nedan.

Innerstaden

*”Frukostklubben”*

Består av representanter från IoF, VoO, Allmänpsykiatrin, Psykosmottagningen (team Innerstaden), Beroendecentrum (Rådmannen) och Stadsmissionen. Man träffas cirka en gång/månad för att diskutera komplicerade ärenden samt för att informera om aktuella förändringar i respektive verksamhet.

Väster

*”Samverkansmöte och konsultationsteam”*

Består av representanter från IoF, VoO, Allmänpsykiatrin, Psykosmottagningen (team Söder) och vuxenhabiliteringen. Mötena sker två gånger/termin i anslutning till varandra. Samverkansmötet syftar till att deltagarna uppdaterar varandra om vad som sker i respektive verksamhet, medan konsultationsteamet handlägger svåra ärenden.

Öster

*”Socialpsykiatriskt stödteam”*

Teamet består av representanter från IoF, VoO, Allmänpsykiatrin, Psykosmottagningen (team Nordöst), Beroendecentrum samt primärvården (Vårdcentralerna Husie och Törnrosen). Även Lokalt Forum finns representerade i det socialpsykiatriska stödteamet. Man träffas 4-5 gånger/termin med målsättningen att skapa kontaktvägar in i varandras verksamheter, ge effektivare stöd, öka kunskaperna om verksamheternas stödinsatser, arbetssätt och kompetenser.

Söder och Norr

Har i nuläget inget som motsvarar ovanstående utifrån de uppgifter som inkommit under förstudien.

Övriga

Utöver de lokala grupperna finns även ”Brukarsamverkan” med representanter från Lokalt Forum, vuxenpsykiatrin och Malmö stad. Man träffas två gånger/termin och diskuterar aktuella frågor. Gruppen arrangerar även dialogmöten riktade till allmänheten, brukar- och anhörigorganisationer, samt till medarbetarna i respektive organisation.

”Samverkansnätverket” är en samverkansgrupp med representanter från Vuxenpsykiatrin (Allmänpsykiatri och Psykos), Arbetsförmedlingen, Jobb Malmö (Kartläggningsenheten, Anställningsenheten, Fenix, Aktivitetscenter, och Portalen), Projektet Utsikt (ett numera avslutat FINSAM-projekt mellan Socialtjänsten och Försäkringskassan) samt från socialpsykiatrin i Väster. Man träffas 2-3 gånger/termin för att informera om vad som sker i respektive verksamhet och för att diskutera svåra ärenden och möjliga ingångar till varandra.

Det finns även grupper som representeras av kommunen och psykiatrin, bestående av personer med samma yrkestillhörighet såsom sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Utöver dessa finns specialiserade grupper som arbetar utifrån specifika områden där psykiatrin och socialtjänsten medverkar tillsammans med andra aktörer. Exempel på sådana är ”Våld i nära relationer”, ”Almas konsultationsteam” och ”Hyresreferensgruppen”.

## Insatser och verksamheter

Malmö stad och Område Psykos erbjuder olika insatser till målgruppen. Nedan listas verksamheter och insatser som finns för målgruppen i respektive organisation.

Område Psykos

* Psykologisk behandling
* Farmakologisk behandling
* Fysioterapeutisk behandling
* Arbetsterapeutisk behandling
* Hälsosamtal
* Tobaksavvänjning
* IPS (Individual Placement and Support)
* IMR (Illness Management and Recovery)
* IPT-k (Integrerad psykologisk terapi – kognitiv träning)
* Psykopedagogisk utbildning
* Social färdighetsträning
* Basal kroppskännedom
* Bassängträning
* Mindfulnessgrupp
* Gymnastikgrupp
* Dansgrupp
* Skapandegrupp

Malmö stad

* Ledsagar- och avlösarservice samt kontaktperson via SoL
* LSS-insatser (som ovan samt boende)
* Personligt ombud
* Boendestöd
* God man
* Förvaltare
* Boende (lägenheter, akuta boenden, genomgångsboenden m.fl.)
* Hemtjänst
* Hemsjukvård
* Öppenvårdshuset Gustav
* Maria Malmö (Integrerad verksamhet)
* Aktivitetshuset
* Mötesplatser
* Rehabiliteringsteam
* Jobb Malmö
* Handkraft
* IPS-team
* Viktoriagården

Psykosmottagningen erbjuder insatser både individuellt och i grupp. Insatserna presenteras för patienterna via dennes primärkontakt och/eller i form av anslag i väntrummen.

Utöver ovanstående så finns även verksamheter som drivs av föreningar/stiftelser och frivilligorganisationer. Exempel på sådana är Fontänhuset, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Sofia kulturmötesplats, Frälsningsarmén, kyrkor, Friskvårdsklubben och Stadsmissionen.

En arbetsgrupp för mötesplatser och sysselsättning, bestående av representanter från välfärdsavdelningen, Sociala Resursförvaltningen samt Lokalt Forum, skapade en översikt av befintliga verksamheter i Malmö stad (se figur 1). Den beskriver vilka verksamheter som kan vara aktuella i de olika faserna, från ett ”första steg ut” i social samvaro till ett lönearbete. De grönmarkerade är verksamheter som är riktade till personer med psykisk funktionsnedsättning och de orangemarkerade är verksamheter som är kopplade till IoF (men även här finns personer med psykisk funktionsnedsättning representerade).

Återhämtning är en individuell process och behöver inte innebära att en fas naturligt leder till en annan såsom nedanstående beskrivning. Dock kan översikten vara ett stöd i att ge en överblick av de olika verksamheterna.



**Figur 1**

Det är inte ovanligt att verksamheter försvinner, tillkommer eller ändrar sitt uppdrag. Därför är det viktigt att material, som exempelvis denna översikt regelbundet uppdateras, vilket kräver att någon tar ansvar för det samt att berörda parter meddelar förändringar i den egna verksamheten.

## Målgruppens insatser

Nedan presenteras resultaten av den kartläggning som skett i de olika teamen. Drottninggatans mottagning inkluderar tre team; team Nordöst, team Innerstaden och team Söder. Värt att notera är att de insatser som ges via psykiatrin inte är med i kartläggningen. Det innebär till exempel att det finns personer som har rehabiliterande insatser via psykiatrin och inte från Malmö stad, som inte framgår av diagrammet. IPS både kan erbjudas av kommunen och psykiatrin (i NIP-teamet och ACT-teamet inom Område Psykos), men instruktionen vid registreringen var att det var kommunens insatser som avsågs.

En del av rubrikerna i diagrammet innehåller flera insatser. Det fanns en intention att urskilja de olika insatserna, men detta var inte möjligt då uppgifterna inte preciserades i tillräcklig omfattning.

* *Rehabilitering*: Insatser via Jobb Malmö och IPS-teamet (Individual Placement and Support).
* *Sysselsättning*: Aktivitetshuset, Handkraft, Sofia Kulturmötesplats, Fontänhuset, Friskvårdsklubben och Kultur & Natur.
* *Mötesplats:* Limhamns mötesplats, Vänkretsen, Hörnan (drivs av RSMH), Frälsningsarmén och mötesplatser via kyrkan.
* *Stödboende:* V. Skrävlinge och Bangatan.
* *Boende*: Boenden via socialtjänsten, exkluderat LSS-boenden och äldreboenden.

Drottninggatans mottagning

Enligt uppgift från Drottninggatans psykosmottagning har man i nuläget cirka 1100 patienter. Kartläggningen som har gjorts innefattar 905 registrerade patienter. Av de registrerade har 416 personer inga insatser via kommunen. Av dessa har den som registrerat uppgifterna bedömt att 76 personer har behov av insatser. Den främsta anledningen till varför det saknas insatser uppges vara att personerna är ”svårmotiverade”.

Det finns även personer (52 stycken) som har insatser från kommunen, men där den som registrerat uppgifterna bedömt att det finns behov av ytterligare insatser från kommunen. Även här beskrivs bristande motivation vara den främsta orsaken till varför insatser saknas. Av de 905 registrerade har alltså 489 personer någon form av insats via kommunen/frivilligorganisationer. Diagrammet visar vilka insatser som patienterna på Drottninggatans mottagning har från Malmö stad eller frivilligorganisationer.

Ingen av de registrerade på Drottninggatans mottagning hade insatser via Maria Malmö. Delvis kan detta förklaras med att Maria Malmö vänder sig till unga med missbruksproblematik (upp till 25 år). Dock visar kartläggningen att även Öppenvårdshuset Gustav, som vänder sig till personer med missbruksproblematik från 18 år och uppåt, endast brukas av ett fåtal (två personer) enligt resultatet från kartläggningen. Då registreringen utförts av primärkontakten går det inte att utesluta att insatser kan finnas som denne inte är informerad om.

NIP-teamet

Enligt uppgifter från NIP-teamet så har mottagningen i nuläget cirka 180 patienter. Av dessa har 130 personer registrerats i kartläggningen. Här, i likhet med Drottninggatans mottagning, finns personer som den som har registrerat bedömt har behov men saknar insatser. Av de registrerade hade 71 personer inga insatser via Malmö stad och av dessa har den som registrerat uppgifterna bedömt att 14 personer har behov. Ytterligare 10 personer har vissa insatser men är i behov av andra som saknas. Sju av de som registrerats som ”svårmotiverade” har en missbruksproblematik, men eftersom alla behov inte specificeras kan det även finnas fler.

Kartläggningen visar bland annat skillnader mellan NIP-teamet och teamen på Drottninggatan. Detta kan delvis bero på målgruppernas olikheter. NIP-teamet möter ofta yngre personer som är nyinsjuknade i psykos medan de som är aktuella på Drottninggatans mottagning ofta har haft en längre tid av psykisk ohälsa, vilket kan vara en bidragande orsak till att insatserna skiljer sig åt i de olika patientgrupperna. En annan förklaring kan vara att medarbetarna är olika uppmärksamma på olika behov och är olika insatta i vilka insatser som finns för målgruppen utanför den egna organisationen.

Ingen av de registrerade patienterna på NIP-teamet har enligt kartläggningen insatser från Maria Malmö och endast två personer har kontakt med Öppenvårdshuset Gustav. Trots detta beskriver flera medarbetare på NIP-teamet att de har upplevelsen av att flera i deras målgrupp har en missbruksproblematik som försvårar för den behandling som ges via NIP-teamet.

ACT-teamet

I ACT-teamet har man i nuläget 73 deltagare (patienter). Av dessa kartlades 65 personer. En viktig skillnad i ACT-teamet jämfört med övriga är att teamet är en integrerad verksamhet där en del av de kommunala insatserna (exempelvis boendestöd och IPS) utförs av medarbetarna i teamet. Endast i undantagsfall utförs denna insats externt. Anledningen till att LSS-boenden är exkluderade under ”LSS-insatser” är att de som är beviljade LSS-boenden inte tillhör ACT-teamets målgrupp.

Även i ACT-teamet finns det personer (14 stycken) som bedöms ha behov som det saknas insatser för. Den främsta anledningen, i likhet med övriga team, anges vara bristande motivation.

Reflektioner

Vad gäller de olika insatserna så är det inte tydligt vem som erbjuds vad och när. Enligt kartläggningen är till exempel personligt ombud en insats som endast är aktuell för 19 personer på Drottninggatans mottagning och för 4 personer på NIP-teamet. Detta har noterats av de som arbetar som personligt ombud. De har upplevelsen av att det inte aktualiseras ärenden från Område Psykos i samma utsträckning som tidigare. Personligt ombud som inledningsvis endast erbjöds till personer med psykossjukdom har numera ett utökat uppdrag och menar att de har ett större inflöde från allmänpsykiatrin. De ställer sig själva frågan om varför det ser ut så. Om det beror på att målgruppen inte har behov av personligt ombud i samma utsträckning som tidigare eller om det är så att man glömmer bort att insatsen finns.

Ett annat exempel på en liknande reflektion som framkom under intervjuerna, var att ansökan om vissa insatser (i detta fall boendestödet) kan vara personbundet. Man gav som exempel när en medarbetare i ett av de psykiatriska teamen slutat och man i samband med detta noterat att andelen ansökningar om boendestödsinsatser från denna verksamhet minskat.

## Vilka samverkansinstrument använder vi?

Ett återkommande svar för hur samverkan sker är att den många gånger är personbunden. Det beskrevs bland annat att enskilda medarbetare genom personliga kontakter byggt upp kontaktnät med personer att kontakta vid behov. Flera av de intervjuade angav dock att detta är ett sårbart system som riskerar att falla när personer i de olika organisationerna byts ut. Det fanns också en beskrivning av att resultatet av samverkan delvis var personbunden, på så sätt att vissa personer till exempel med rätt kunskaper och förståelse för målgruppen, upplevdes lättare att samarbeta med.

Samordnad Individuell Plan (SIP) beskrevs i intervjuerna som ett tydligt och bra instrument för samverkan. Resultatet av intervjuerna visar dock att grunden för att initiera en SIP kan se olika ut. En del av de intervjuade svarade att de initierade en SIP så snart de uppmärksammat att det fanns etablerade kontakter inom båda organisationerna eller när det fanns ett behov av detta. Dock angav majoriteten av de intervjuade att SIP var något som initierades först när man stött på problem eller behövt ”komma vidare”. En förklaring till detta var att man ansåg att förberedelserna och sammankallandet till SIP är tidskrävande och att det är svårt att hinna med utifrån en hög arbetsbelastning.

Bland de intervjuade socialtjänsten var det flera som berättade om svårigheter när det kom ”beställningar” och man framförde under intervjuerna istället en önskan om mer ”öppna” möten, där man tillsammans pratar om de hur behoven ser ut och vilka insatser som kan anses vara lämpliga utifrån dessa. Det fanns också de som beskrev svårigheter att motivera klienten till en insats om denne sedan tidigare varit inställd på någon annan. Flera menade att det fanns en vinst i att komma till mötet förberedd, men inte med färdiga lösningar.

Flera av de intervjuade, från både psykiatrin och socialtjänsten, ansåg att man borde göra SIP oftare och gärna i ett tidigare skede. Vikten av att hitta långsiktigt hållbara lösningar, kalla rätt personer och behov av uppföljningar var andra åsikter som lyftes kring SIP. Det framkom inte i intervjuerna att det fanns tydliga rutiner som underlättade för detta.

En del påtalade svårigheter att hantera IT-stödet ”Mina planer” som gäller för såväl Samordnad vård och omsorgsplanering (SVPL) som SIP, men det fanns också de personer som menade att tekniken hade underlättat arbetet. I nuläget sker utbildningar av medarbetare på varje enhet som kallas ”superanvändare” som ska underlätta användandet av IT-stödet inom psykiatrin.

En annan svårighet kopplad till ”Mina planer” är att alla verksamheter inte haft tillgång till systemet. Det har nu anställts en processledare i Malmö stad som har till uppdrag att införa Mina Planer inom IoF, vilket sannolikt kan bidra till ett ökat och underlättat användande av IT-stödet.

Tjänstemannamöte var en annan typ av samverkansinstrument som beskrevs i intervjuerna, vilket ansågs vara ett bra komplement till SIP. Flera menade att det kan finnas frågor som man inte vill lyfta i mötet med patienten, till exempel frågor som rör betalningsansvar, och att tjänstemannamöte då var att föredra framför SIP. En annan beskrivning var att det kan vara fördelaktigt med tjänstemannamöte inför en SIP, till exempel för att skapa realistiska förväntningar hos de olika parterna. En av de intervjuade menade dock att det fanns en risk att SIP då bara är ett ”spel för gallerierna” eftersom man redan innan mötet planerar för innehållet och således minskar individens delaktighet.

Mycket av det som framfördes som viktiga komponenter för en lyckad SIP återkom för en lyckad SVPL. Bland annat angavs det betydelsefullt att rätt personer medverkar vid mötet. Med rätt person avsågs den person som har ansvar för aktuella insatser och som har mandat att fatta beslut för att snabbt kunna komma igång med insatser. Intervjuade från psykiatrin menade även att ”rätt person” från kommunen också var den person som har kunskap och erfarenhet av målgruppen. De beskrevs ha en bättre förmåga att bemöta, presentera insatser och hantera ambivalens hos mottagaren. Som exempel nämndes bland annat psykiatrisjuksköterskor och representanter från socialpsykiatrin i kommunen.

Det fanns inom heldygnsvården en önskan om en förbättrad kommunikation med socialtjänsten efter en utförd SVPL. Man upplevde att det fanns en risk när beslut inte fattades på mötet, och att dessa drog ut på tiden. Flera av de intervjuade inom heldygnsvården gav beskrivningar av att de kände sig tvingade att ”jaga beslut”, något som de upplevde som både tidskrävande och ofördelaktigt för ett bra samarbete. Det gavs också beskrivningar utifrån patientens perspektiv, till exempel hur en ambivalent person under en lång beslutsprocess kan förlora motivationen att vilja ta emot insatserna som diskuterats på SVPL.

I vissa stadsområden har man speciella SVPL-team. Från psykiatrins sida såg man detta som positivt utifrån att det underlättade att få kontakt, men det rapporterades även om svårigheter. Exempelvis att det i SVPL-teamen saknades erfarenhet av att arbeta med målgruppen samt bristande kunskaper om insatser riktade till målgruppen. Det ansågs också vara problematiskt när representanter i SVPL-teamen saknade kännedom om individen. Det fanns även erfarenhet av att information ”tappades bort” när SVPL-teamen rapporterade tillbaka till de som var ansvariga i Malmö stad. Flera av de intervjuade ansåg att det var betydelsefullt att begränsa antalet kontakter, både för att underlätta för den enskilda individen och för att underlätta samarbetet mellan huvudmännen, vilket talar emot SVPL-team. Det framkom också önskvärt att den som ska utföra en insats (till exempel boendestödet) är med på SVPL. Detta utifrån att de personerna bäst kan beskriva insatsen samtidigt som patienten/klienten får ett ansikte på personen som han/hon i så fall kommer att träffa framöver. Om det redan finns en pågående insats (till exempel boendestöd eller personligt ombud) så kan dessa personer vara betydelsefulla i planeringen både för att få tillgång till information och för att tillsammans kunna planera för långsiktigt hållbara lösningar. Även närstående lyftes fram som betydelsefulla i detta syfte.

# Resultat

## Problemområden

Flera av problemområdena ligger nära eller går in i varandra. De kommer nedan att presenteras var för sig för att skapa en så tydlig bild som möjligt.

### Brister i samverkansstrukturen

I den lokala överenskommelsen beskrivs de olika nivåerna i samverkan avseende uppdrag och representation. Bland annat står det att de lokala samverkansgrupperna har i uppdrag att utforma rutiner som reglerar samverkan på lokal nivå samt planer för uppföljning. I vilken utsträckning detta har skett är oklart då endast ett fåtal vid förfrågan har återkommit med svar och endast två av stadsområdena har rapporterat att de har lokala handlingsplaner för samarbetet.

Det har under arbetet med förstudien framkommit att de lokala samverkansgrupperna ser olika ut i de olika stadsområdena. Representationen varierar och i en del av grupperna saknas representanter från psykiatrin. Från psykiatrin framförs att det varit svårt att finnas representerade i samtliga grupper och att det är problematiskt att hitta rätt representanter utifrån vilken ledningsnivå övriga representanter företräder.

Den lokala överenskommelsen som ska utgöra en grund för samarbetet är inte uppdaterad och har inte följts upp årligen enligt planerat. I intervjuerna med medarbetarna från båda organisationerna framkom det även brister i spridningen av detta dokument. Majoriteten kände inte till att den lokala överenskommelsen fanns eller hade inte kännedom om innehållet i denna.

Avseende de lokala samarbetsgrupperna så har brister i kommunikationen till och från dessa uppmärksammats. Gemensamt för flera av de intervjuade är att det saknas rutiner för återkoppling till den egna verksamheten. Konsekvensen av detta blir att gruppernas funktion och kompetensen i dem inte används optimalt. Som nämndes tidigare i rapporten så finns det också stadsområden som inte har motsvarande samarbetsgrupper.

NIP-teamet eller ACT-teamet fanns inte representerade i någon av de lokala samarbetsgrupperna. Detta kan förklaras med att teamen vänder sig till flera stadsområden och därigenom inte har en naturlig koppling till någon av grupperna som var geografiskt indelade. Detta har fått till konsekvens att NIP-teamet och ACT-teamet inte har kunnat använda sig av grupperna, men har också inneburit att kunskapen om de båda teamens verksamhet, arbetssätt och specialiserade kompetens inte har nått ut i de olika samarbetsgrupperna i tillräcklig utsträckning.

Flera intervjuade anger samarbetsavtalet mellan Drottninggatans mottagning och LSS-boendena (PK3) inom Sociala Resursförvaltningen i Malmö som fungerande. Samarbetet innebär bland annat att man knutit två fasta medarbetare från Område Psykos (en läkare och en primärkontakt) till respektive boende. I överenskommelsen framgår tydligt hur samverkan ska ske, att SIP ska genomföras på samtliga brukare i berörda i boendena, att insatser ska följas upp regelbundet och att det ska finnas rutiner för identifierade brister i vårdkedjan.

### Bristande översikt och användande av insatser och verksamheter

Under intervjuerna framkom att det var svårt att överblicka vilka insatser som finns för målgruppen, vilket framfördes av medarbetare från båda organisationerna. En del av svårigheterna tycks bero på stadsområdenas olikheter, men också på förändringar i verksamheterna, som kan innebära att nya tillkommer, andra försvinner medan en del ändrar sitt uppdrag.

Utöver svårigheter att överblicka insatserna i sin helhet ansåg en del att det även var svårt att överblicka den enskildes aktuella insatser. Detta kan bero på bristande dokumentationsrutiner, men också på bristande uppföljningar kring individen. Något som i sin tur försvårar för utvärdering av insatserna. Individen ska få tillgång till rätt insats i rätt tid vilket ställer krav på uppföljningar för att utvärdera och vid behov justera insatser.

Svårigheten att överblicka olika insatser kan få till konsekvens att individen inte får tillgång till de rätta insatserna för sin återhämtning. Det kan också innebära att insatserna och verksamheterna inte används tillräckligt effektivt. För att kunna ta del av en insats kan man ibland även behöva en annan.

En bristande översikt innebär också svårigheter att uppmärksamma utvecklingsområden. Det kan vara komplicerat att identifiera behov av nya eller utveckling av befintliga insatser för målgruppen, om det saknas en helhet om vad som finns.

### Otydliga ingångar och kontaktvägar

I intervjuerna beskrevs otydliga ingångar och kontaktvägar till varandras verksamheter som försvårande för samarbetet och flera beskrev dessa som sina ”egna” och ”personbundna”. Vissa berättade om goda relationer till personer som de tidigare hade arbetat tillsammans med och att de använde dessa kontakter som en ingång i den andres verksamhet. De flesta såg dock att detta är ett sårbart och inte alltid effektivt system som riskerar att falla när personer i de olika organisationerna byts ut.

De otydliga ingångarna beskrevs svåra och tidskrävande, vilket i vissa fall gjorde att man avvaktade att ta kontakt.

Av de intervjuade från Område Psykos ansåg flera att problematiken berodde på att det var för många personer involverade från socialtjänsten. En del menade att hög personalomsättning i Malmö stad också försvårade kontaktvägarna. Några lyfte den begränsade tillgängligheten som ett hinder i samarbetet, såsom avgränsade telefontider.

De otydliga ingångarna och kontaktvägarna kunde bekräftas även av de intervjuade i ACT-teamet, men de ansåg sig ha en fördel av att de har socialsekreterare från Malmö stad i teamet. Socialsekreterarna har en ökad kännedom om de olika verksamheterna i Malmö stad, vilket upplevdes som underlättande för kontakten.

Ingångarna till psykosmottagningen ansågs framför allt vara svåra när det gällde nya eller avslutade personer inom psykiatrin. I de fall det redan fanns en etablerad och pågående kontakt med psykiatrin och denna var känd, menade flera av de intervjuade att kontaktvägarna till Område Psykos var enklare. Många delade upplevelsen av att det fanns en god tillgänglighet och att man snabbt kunde få kontakt med aktuell primärkontakt via e-post eller telefon.

Ett fåtal av de intervjuade från socialtjänsten berättade att de kunde använda den lokala samarbetsgruppen som ingång till varandra. Det framgick dock inte att detta var en rutin.

En annan svårighet var när ärenden bollades mellan olika verksamheter. Till exempel när man från socialtjänsten blev bollad mellan olika områden (Psykos, Allmänpsykiatri och Beroendecentrum) eller när man från psykiatrin hamnade mellan olika avdelningar inom socialtjänsten (IoF och VoO). Från psykiatrins sida sågs även olikheterna mellan stadsområdena som problematiska.

Även heldygnsvården rapporterade kommunikationssvårigheter som ett hinder i samarbetet. De lyfte framför allt fram behovet av att bli kontaktade för att bli informerade om beslut efter SVPL samt kontakt för planering inför utskrivning från avdelningen.

Även socialtjänsten kunde uppleva kommunikationssvårigheter i förhållande till heldygnsvården. En del menade att det kändes otryggt att lämna information via telefon när de inte kände sig säkra på att informationen skulle nå rätt personal på avdelningen.

Förutom att samarbetet försvåras av otydliga ingångar och kontaktvägar så försvåras det även av bristande kunskaper om varandras verksamheter. På vilket sätt underlättar en ingång om man inte vet vad den leder till?

### Brister i motivationsarbetet

Under kartläggningsfasen blev det tydligt att det fanns personer som bedömdes vara i behov av insatser men som av olika skäl inte hade erhållit detta. Det främsta skälet till att insatser saknades angavs vara bristande motivation hos den enskilde. Från socialtjänstens sida signalerade man att det också finns personer som är aktuella i deras verksamheter, där medarbetare har identifierat behov av kontakt med psykiatrin, men där personerna i fråga inte önskar sådan. Socialtjänsten efterfrågade här ett förbättrat samarbete då de i nuläget ofta hänvisas till primärvården som man många gånger upplever saknar den psykiatriska kompetensen som efterfrågas.

Motivationsarbetet utgör en viktig del av arbetet både inom socialtjänsten och inom Område Psykos. En reflektion utifrån intervjuerna är huruvida medarbetarna i de båda organisationerna har rätt förutsättningar för att motivera till varandras insatser när kunskaperna om vad den andre gör är bristande. En annan reflektion är huruvida kunskapsbristerna även påverkar förmågan att uppmärksamma olika behov hos målgruppen.

Som tidigare nämnts i rapporten så framhävs i intervjuerna betydelsen av personer med rätt kompetens, erfarenhet och med ett bra bemötande, som presenterar insatser och arbetar motiverande. Flera intervjuade påpekade att det är betydelsefullt för motivationsarbetet att de personer som ska utföra insatsen bjuds in när insatsen ska presenteras. Ett fåtal intervjuade påpekade att det fanns en risk att det skulle innebära stora möten med många deltagare, vilket ibland ansågs vara belastande för patienten.

En annan svårighet i motivationsarbetet ansågs vara de ibland långa beslutsprocesserna. Från heldygnsvården beskrevs det problematiskt när det efter en SVPL kan vänta en lång beslutsprocess där patienten under väntetiden övergår från att vårdas enligt LPT (Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård) till HSL. Det kan innebära att personen väljer att skriva ut sig från avdelningen innan besked om beslut har kommit, vilket kan innebära att insatserna uteblir.

Andra svåra situationer kopplade till patientens motivation till att ta emot insatser, beskrevs när patienter avbryter sin kontakt med psykiatrin och slutar medicinera på eget initiativ. En del av de intervjuade från socialtjänsten beskrev en känsla av ensamhet i dessa ärenden. De berättade att de inte alltid får information om uteblivande från psykiatrin eller om avbruten farmakologisk behandling, vilket till exempel kan innebära säkerhetsrisker för boendestödet.

Att kommunens insatser är frivilliga verkar vara väl känt för medarbetarna inom Område Psykos. Det som kan upplevas problematiskt är när frivilligheten presenteras för patienten på ett sätt som kan upplevas som ett avvisande, vilket kan innebära att en svårmotiverad eller ambivalent person, som har stora behov av insatser, avstår att ta emot dessa.

En gemensam upplevelse hos flera av de intervjuade från båda organisationerna var att målgruppen inte själva efterfrågar, kräver eller söker upp insatser utan tvärtom ofta behöver presenteras och motiveras till dessa. Detta kräver att det finns en kunskap om de olika insatserna och som tidigare berördes, en förmåga att presentera och motivera de olika alternativen.

I referensgruppen diskuterades hur en persons behov skiftade över tid och det påpekades att insatser som är betydelsefulla för den enskilde under en viss period inte nödvändigtvis har samma funktion och värde under en annan period. Referensgruppen beskrev betydelsen av stöd för att hitta rätt insatser och möjligheten att diskutera lämpliga förslag med sin primärkontakt på mottagningen.

### Bristande kunskaper och tillit

I intervjuerna återkom bristande kunskaper som försvårande för samarbetet. En av anledningarna ansågs bero på hög personalomsättning där nyanställda inte alltid förses med nödvändig kunskap. Kunskapsbristerna definierades olika i intervjuerna, men återkommande var bland annat bristande kunskaper i bemötande, om målgruppen och om arbetssätten i den andres organisation. Konsekvenserna av detta kunde innebära orealistiska förväntningar på den andre, utförande av ”beställningar” av vad den andre ska göra samt bristande förståelse för den andres bedömningar. Det gavs även beskrivningar om att bristande kunskaper innebar konsekvenser för den enskilde patienten/klienten, som riskerar att inte få tillgång till rätt vård och stöd.

En av förklaringarna till den bristande samordningen hänvisas till kommunikationssvårigheter vilket också kan kopplas samman med bristande kunskaper och tillit. Det kan till exempel vara när medarbetare från socialtjänsten har observerat att en klient har ett försämrat mående, rapporterat detta till psykiatrin, men inte fått återkoppling om planerade åtgärder eller resultatet av dessa. De kan även uppleva det problematiskt när en klient som de ser är försämrad i sin psykossjukdom inte tar emot psykiatrins stöd och samtidigt inte uppfyller kriterierna för att vårdas enligt LPT. Sådana bedömningar kan vara svåra även för specialistsjukvården och här kan ett tätt samarbete vara önskvärt ur flera perspektiv. Delvis för att få in betydelsefull information som en del av underlaget i bedömningen, men också för att hjälpas åt att se olika lösningar utifrån respektive verksamhet.

Liknande svårigheter beskrivs av medarbetare från psykiatrin när en person som de ser har stora behov inte beviljas LSS-insatser. En del beskrev en känsla av uppgivenhet när de inte kan se att andra insatser är tillräckliga för att hjälpa personen. Således finns även här ett behov av att utbyta information, ge tillbaka sin bedömning och hjälpas åt att hitta flexibla lösningar.

Flera upplever samarbetssvårigheter när det uppstår låsningar, då ärenden riskerar att bollas mellan huvudmännen och blir ett hinder för flexibla lösningar. Majoriteten av de intervjuade menade att ett viktigt mål för samverkan är att se helheten, vilket kan betraktas som svårt om man låser sig vid att diskutera utvalda delar av en individs situation och behov.

Sekretessen kan också utgöra ett hinder i samarbetet och en del upplever att detta kan vara ett sätt att skydda sig från att agera. Istället för att gemensamt hitta flexibla lösningar blir fokus på formaliteter som till exempel vilka papper som ska fyllas i vid ett medgivande. En annan viktig del är berördas inställning i samarbetet. Genom att gå in med uppfattningen om att man själv är bäst att bedöma alla behov och lämnar beställningar till den andre är risken stor att samarbetet inte kommer att fungera. En öppenhet i mötet där deltagarna informerar om vad den egna verksamheten kan erbjuda kan ge ett bättre och mer framgångsrikt resultat.

Tillit som beskrivs som betydelsefull för en god samverkan menar man måste finnas både inom och mellan de båda organisationerna. Det anses också vara viktigt att den finns och förmedlas på de olika nivåerna av samverkan.

### Bristande samordning av insatser

Bristande samordning av insatser innebär brister i gemensamma planeringar, kontinuitet och uppföljningar. Det framgår som tidigare angivits att samarbetet ser olika ut i de olika verksamheterna inom socialtjänsten och Område Psykos och vissa delar fungerar bättre än andra. De ovan beskrivna problemområdena utgör alla viktiga delar som också påverkar möjligheten att samordna insatser. Utifrån detta perspektiv kan den bristande samordningen ses som en konsekvens av tidigare beskrivna problemområden. Anledningen till att det presenteras som ett eget problemområde i rapporten är att det under intervjuerna lyfts fram att det saknas arbetssätt som främjar samordningen.

För att skapa en bild av behoven som utgör grunden till föreslagna arbetssätt presenteras nedan de faktorer som återkommande under intervjuerna påpekades betydelsefulla för ett bra samarbete:

* *Samsyn*
* *Tidig kontakt*
* *Kontinuitet*
* *Färre personer*
* *Flexibilitet*
* *Regelbundna gemensamma uppföljningar och justeringar av insatser*
* *Arbeta nära*

Även om majoriteten av de intervjuade upplever att SIP är ett bra och användbart instrument för samverkan så verkar det finnas ett behov att utveckla processen runt SIP och även innehållet i den.

## Konsekvenser

Problemområdena som uppmärksammats kan innebära följande konsekvenser:

* Orealistiska förväntningar, svårigheter att hitta rätt insats, bristande flexibilitet, försvårat motivationsarbete riktat till de personer som inte tar emot insatser men har stora behov, bristande förståelse för den andres arbetssätt och svårigheter att samverka.
* Individen får inte tillgång till insatser, svårigheter att koppla in rätt personer/insatser, samt begränsade möjligheter att följa upp utvecklingsområden
* Insatser följs inte upp eller justeras vilket försvårar för återhämtning.
* Bristande helhetssyn, svårigheter att planera för långsiktigt hållbara lösningar, ökad risk för individen att falla mellan stolarna och risk för dubbelarbete.
* Gemensamma planeringar fördröjs eller uteblir.
* Bristande patient- och rättssäkerhet.

# Utvecklingsområden

Under arbetet med förstudien har det noterats utvecklingsområden som bör hanteras utöver föreslagna arbetssätt. Ett av dessa avser samverkansstrukturen som beskrevs som ett av problemområdena. Utifrån tidigare beskriva svårigheter finns behov av att i samband med Malmö stads omorganisation se över de olika samverkansnivåerna, både avseende representation, funktion och kommunikation mellan de olika nivåerna. Ett sätt att se till att kommunikationen fungerar mellan de olika samverkansnivåerna är att tydliggöra kopplingarna mellan dem, samt att utse någon med en länkande funktion.

Det framgår av förstudien att det finns ett behov av att inte bara förbättra samverkan mellan Område Psykos och socialtjänsten utan också inom de båda organisationerna. Bland annat behöver man arbeta mer sammanhållet mellan öppenvården och heldygnsvården inom Område Psykos. Som ett fungerande exempel lyfts ACT-teamets läkares medverkan på vårdavdelningarnas ronder varje vecka. Ett annat exempel är NIP-teamets arbetssätt som innebär regelbunden kontakt med patienten och dess närstående när patienten är inskriven inom heldygnsvården. FACT-modellen förespråkar också tätare kontakt vid försämring och ett tätt samarbete mellan öppen- och heldygnsvården. På Drottninggatans mottagning finns det möjlighet att vidareutveckla detta samarbete utifrån FACT- modellen.

Inom socialtjänsten finns det också ett behov av att vidareutveckla den interna samverkan. Eftersom Malmö Stad befinner sig i en omorganisation så är det i nuläget svårt att avgöra hur samarbetet kommer att vidareutvecklas framöver. Det som hittills framgått är att huvudansvaret för förstudiens målgrupp kommer vara organiserat under funktionsstödsnämnden, men som framgått tidigare i rapporten så kommer det även fortsättningsvis att krävas samverkan över de olika förvaltningarna.

Utifrån de svårigheter som beskrivs avseende insatser riktade till målgruppen, så finns behov av att se över dessa gemensamt för att kunna identifiera vad som saknas och vad som behöver vidareutvecklas. Här spelar brukarinflytandet en viktig roll. I en brukarenkät som utfördes av Lokalt Forum med hjälp av Malmö stad (2014) tillfrågades brukare bland annat om vad de ansåg var viktigast i sin tillvaro. Det noterades då att socialt umgänge och fysisk hälsa rangordnades högt efter ekonomi och bostad. Även psykologsamtal och sysselsättning hamnade högt i denna undersökning. Det finns exempel på hur en sådan gemensam översyn kan se ut, till exempel i Trelleborg där det gjordes en inventering av befintliga insatser, för att därefter med Nationella riktlinjer som utgångspunkt diskutera vad som behövde vidareutvecklas.

Ett förslag från förstudiens referensgrupp var att skapa en gemensam portal för samtliga insatser. Detta för att patienterna/klienterna även själva ska få möjligheten att söka upp information om vilka insatser som finns, för att sedan vid behov kunna diskutera vidare med sin primärkontakt på mottagningen.

För att åtgärda kunskapsbristerna i organisationerna behövs en inventering av befintlig kompetens följt av en bedömning av det som saknas innan det fattas beslut om vilka åtgärder som kan anses lämpliga. Utöver övergripande utbildningar så kan även en förbättrad kommunikation kring enskilda ärenden också bidra till en ökad kunskap och förståelse, till exempel genom att informera om sina respektive bedömningar och tillsammans diskutera komplexiteten i dessa. En del bedömningar är svårare än andra och här behöver man arbeta nära varandra för att hitta flexibla och hållbara lösningar för den enskilde. För att detta ska vara möjligt krävs både tillit, ett tillåtande klimat och möjlighet att mötas prestigelöst.

I intervjuerna gavs exempel på sådant som ansågs vara betydelsefullt för att skapa tillit, såsom att träffas regelbundet och att ”få ett ansikte” på varandra. Genom ett tätare samarbete skapas möjligheter att utbyta kunskaper och erfarenheter vilket i sin tur även kan bidra till kompetenshöjning och ökad tillit.

Flera intervjuade lyfte fram ACT-teamets arbetssätt som exempel på när samverkan fungerar. En av de intervjuade (Malmö stad) berättade om ett bra samarbete kring en person som hade behov men saknade motivation att ta emot insatser från kommunen. De involverade medarbetarna från ACT-teamet respektive socialtjänsten hade inledningsvis haft ett gemensamt möte utan patienten, vilket resulterade i en planering av motivationsarbetet, vilket så småningom ledde fram till ett gemensamt möte tillsammans med patienten/klienten. Den intervjuade påpekade betydelsen av att ingen ”släppte” ärendet, att det fanns en gemensam planering och att de involverade visste vem som gjorde vad. En av de intervjuade från ACT-teamet belyste valet av miljö som betydelsefullt för motivationsarbetet och menar att motivationsarbetet underlättar om det sker i en miljö där denne känner sig trygg.

Flera av de intervjuade såg fördelar med att arbeta integrerat. Även samarbetet mellan LSS-boendena (PK3) och Område Psykos ansågs fungera bättre sedan man utsett två fasta kontaktpersoner på psykosmottagningen för respektive LSS- boende.

NIP-teamet har uttryckt behov och önskemål från deras sida att utveckla samarbetet med både Maria Malmö och öppenvårdshuset Gustav. En förstudie ”Integrerad mottagning” från 2013 lämnade förslag på ett samarbete mellan NIP-teamet och Öppenvårdshuset Gustav. Det finns ett intresse från båda verksamheterna att ta upp diskussionen om ett utvecklat samarbete och möjligen kan tidigare förslag följas upp. Representanter från NIP-teamet och Maria Malmö kommer också att träffas för att diskutera hur deras framtida samarbete kan utvecklas.

# Förslag

Förslaget innehåller två olika former av arbetssätt, FACT som integrerad verksamhet och konsultationsteam, som innebär att man i form av en pilotstudie provar de olika förslagen, utvärderar dessa och därefter beslutar vilken arbetsmodell som bör implementeras i övriga verksamheter. De verksamheter som inte inkluderas i pilotstudien bör få fortsatt stöd i utvecklingsarbetet med befintliga samverkansinstrument.

För att stödja implementeringen av ovanstående förslag rekommenderas att anställa två processledare, en från respektive huvudman. Under respektive arbetssätt finns en beskrivning av processledarens uppdrag, men detta kan behöva justeras allteftersom. Det finns även behov av att anställa en brukarspecialist och den personen bör vara delaktig i båda pilotverksamheterna.

## Flexibel ACT som integrerad verksamhet

För att tydliggöra hur modellen kan utvecklas till en integrerad verksamhet presenteras nedan idealet enligt Veldhuizen & Bähler (2014).

Personal:

* Läkare 100 %
* Teamledare 50 %
* 7 case managers (4-5 sjuksköterskor/skötare, 1-2 psykiatrisjuksköterska, 1 socialsekreterare 80 %)
* 1 psykolog 80 %
* 1 brukarspecialist 60 %
* 1 IPS-specialist 50 %

Kompetens:

* 2 heltidsanställda specialiserade på missbruk
* Kunskaper om rehabilitering och återhämtning hos samtliga i teamet
* 2-3 teammedlemmar som kan fungera som ledare vid FACT-mötena

Detta skulle kunna innebära att de som fungerar som case managers delvis är medarbetare från psykiatrin och delvis är medarbetare från socialtjänsten, såsom boendestödjare och socialsekreterare. Arbetsspecialister enligt IPS finns i nuläget framför allt i IPS-teamet i Malmö stad (med undantag av NIP-teamet och ACT-teamet som har kompetensen i teamet). Enligt FACT-modellen finns IPS-specialisten i teamet.

I idealmodellen framgår inte vem eller vilka som ska ha ansvar för missbrukskompetensen, men det kan anses önskvärt att inhämta denna kompetens från Malmö stad, som också har insatser som i nuläget inte utnyttjas i tillräcklig utsträckning av målgruppen.

För att uppmärksamma behov, arbeta motiverande och undvika långa beslutsprocesser är det önskvärt att inkludera personer med mandat att fatta beslut i teamet. Ett alternativ till detta kan vara att dessa personer regelbundet finns på plats, som en tillgång att användas vid behov av FACT-teamet.

Enligt idealmodellen ska socialsekreterarens tjänstgöringsgrad i teamet motsvara 80%. Det kan anses vara betydelsefullt att övriga 20 % förläggs inom Malmö stads verksamheter för att hålla sig uppdaterad, ha en plattform att diskutera med andra socialsekreterare samt kunna dela med sig av erfarenheter och sprida komptensen vidare.

På Drottninggatans mottagning arbetar de tre teamen i viss utsträckning med FACT-modellen. Presenterat förslag skulle kunna innebära att delar av ett team blir en del av pilotverksamheten tillsammans medarbetare från Malmö stad och att teamet arbetar modelltroget. Detta innebär till exempel att antalet patienter/klienter behöver reduceras. Enligt modellen ansvarar ett FACT-team med 11-12 heltidsanställda för 200-220 klienter/patienter.

Processledares uppdrag:

Fungera stödjande mot chefer och teammedlemmar i implementeringen av modellen.

* Hitta rätt personer som kan ingå i teamet (utifrån profession och kompetens, ”möjliggörare”)
* Formulera rollbeskrivningar
* Utveckla samarbetet med övriga verksamheter (heldygnvård, socialpsykiatri, ideella stödorganisationer m.fl. )
* Inventera utbildningsbehov (i FACT-modellen, metodstöd, IDDT, återhämtning m.fl)
* Planera för metodstöd
* Rutiner för dokumentation
* Information till patienter
* Stödja grupprocessen - roller, värderingar, skapa grunden för samsyn , förväntningar m.m.
* Arbeta för att förhindra en sammanblandning som gör att specialistkompetens riskerar att förloras
* Fortlöpande identifiera hinder och resurser i arbetssättet

## Konsultationsteam

Ett team bestående av representanter från socialtjänsten och Område psykos. Deltagarna i teamet har kompetens och erfarenhet av att arbeta med målgruppen och har i uppdrag att hålla sig uppdaterade om de olika verksamheterna i den egna organisationen. Konsultationsteamet arbetar efter ett strukturerat arbetssätt, till exempel systemiska möten eller reflekterande team. Syftet med konsultationsteamet är att bistå medarbetare samlad kompetens och erfarenhet, med en plattform för reflektion som grund, som i förlängningen syftar till att förbättra för individernas återhämtningsprocess. Brukarspecialist bör ingå i konsultationsteamet och kan då ha i uppdrag att vara uppdaterad i de insatser som erbjuds av föreningar och frivilligorganisationer.

Konsultationsteamets uppdrag:

* Konsulterande i svåra ärenden

Till exempel i ärenden där den enskilde saknar motivation att ta emot vård och stöd eller när det för medarbetaren är oklart vilket stöd som finns att erbjuda och var detta finns. Konsultationsteamet kan också vara en tillgång för medarbetarna när de upplever att de inte kommer vidare i ärenden och behöver stöd i hur man kan fortsätta arbetet med den enskilde, till exempel när insatser inte gett förväntat resultat.

* Ingång

Deltagare i konsultationsteamet fungerar länkande och som ingång i den organisation de representerar.

Processledares uppdrag:

Fungera stödjande mot chefer och teammedlemmar i implementeringen av arbetssättet.

* Hitta rätt personer som kan ingå i teamet (utifrån profession och kompetens, ”möjliggörare”).
* Inventering av utbildningsbehov (till exempel i systemiska möten, reflekterande team).
* Formulering och förankring av syfte och funktion.
* Spridning av arbetssättet i de aktuella verksamheterna.
* Inhämtning av ärenden, så att teamet utnyttjas optimalt.
* Fortlöpande identifiera hinder och resurser i arbetssättet.
* Identifiering av kunskapsluckor utifrån ärenden som lyfts i teamet och förslag till lämpliga åtgärder.
* Skapa struktur för uppföljning av ärenden.

## Stödja förbättrat användande av SIP

Förutom att prova FACT och konsultationsteam ingår i förstudiens förslag att fortsätta att utveckla samarbetet med befintliga samverkansinstrument. Utifrån att SIP är lagstadgat bör fokus läggas på att vidareutveckla användandet av denna. Det finns stödmaterial, till exempel i form av checklistor och introduktionsfilmer om SIP. Genom att undersöka på vilket sätt detta material används kan man få en uppfattning om huruvida det finns behov av vidareutveckling av materialet eller om användandet av materialet kan stödjas på annat sätt. Förutom att arbeta med SIP-processen, med önskan om ett tidigt samarbete och uppföljningar för utvärdering av insatser, kan förbättringsarbetet även innebära en utveckling av innehållet i SIP. Med hjälp av ”SIP-kollen” kan patienten/klienten utvärdera sin SIP vilket kan lämna betydelsefull information till de som deltagit. Det kan också vara värdefullt att göra en övergripande granskning av utvärderingarna i syfte att identifiera återkommande eller gemensamma svårigheter, som ett sätt att utveckla och förbättra användandet av SIP.

En annan viktig åtgärd är att sprida information om SIP till patienter/klienter. Utöver att överlämna informationsmaterial till de som erbjuds en SIP, bör det även finnas tillgängligt för övriga utifrån att individen även själv ska ha en möjlighet att initiera en sådan.

Processledare kan genom sin funktion i respektive pilotverksamhet se resurser och hinder som kan vara av betydelse även för övriga verksamheter. SIP ska fortgå även i pilotverksamheterna och kan ses som en gemensam nämnare för de olika delarna i förslaget. Genom att inkludera förbättrat användande av SIP i processledarnas uppdrag ökar möjligheterna att följa samverkansprocessen övergripande.

# Utvärdering

Som angivits tidigare i rapporten bör utvecklingen i pilotverksamheterna följas upp och regelbundet utvärderas. Detta skulle kunna ske i samarbete med Lunds universitet som visat intresse av att följa processen.

# Referenser

Brukarenkät, Lokalt Forum, Malmö, 2014.

[www.nsph.se/wp-content/uploads/2015/06/Brukarenkat-2014-Malmo.pdf](http://www.nsph.se/wp-content/uploads/2015/06/Brukarenkat-2014-Malmo.pdf)

FACT - Flexible Assertive Community Treatment. Vision, tillämpning och organisation, CEPI, Lund, 2014.

Förstudie – integrerad mottagning, Malmö, 2013 [www.finsamimalmo.se/portals/finsam/Dokument/Slutrapport%20-%20Förstudie%20integrerad%20mottagning%20missbruk%20beroendeproblematik.pdf?ver=2016-04-19-103743-490](http://www.finsamimalmo.se/portals/finsam/Dokument/Slutrapport%20-%20F%C3%B6rstudie%20integrerad%20mottagning%20missbruk%20beroendeproblematik.pdf?ver=2016-04-19-103743-490)

Lokal överenskommelse mellan Malmö stad och Region Skåne om samarbete gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar utveckla psykisk ohälsa, Malmö, 2014.

Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd – stöd för styrning och ledning, Socialstyrelsen, Stockholm, 2011.

PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016, Regeringskansliet, Stockholm, 2012.

Ramöverenskommelse om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa, Kommunförbundet Skåne och Region Skåne, 2013.

Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2017, Regeringskansliet och Sveriges kommuner och Landsting, Stockholm, 2016.

Överenskommelse om samarbete mellan område Psykos, Mottagningen Drottninggatan och LSS-boenden (PK3) för personer med psykiska funktionsnedsättningar inom Sociala Resursförvaltningen i Malmö, Malmö, 2016.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen.* Stockholm: Riksdagen.

SFS 2001:453. *Socialtjänstlage*n. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2014:821. *Patientlagen.* Stockholm: Riksdagen.