

Regionala Samarbetsprojekt
i Norrbottens län
- Socialtjänsten, psykiatrin och primärvården

Elisabeth Berg
red.

Luleå tekniska universitet
Institutionen för Arbetsvetenskap
Avdelningen för Socialt arbete

Regionala samarbetsprojekt i Norrbottens Län

- Socialtjänsten, psykiatrin och primärvården

Elisabeth Berg (red.)

Luleå tekniska Universitet
Institutionen för Arbetsvetenskap

Förord

Denna forsknings – och utvecklingsrapport redovisar fem projekt, där syftet har varit att förbättra samarbetet mellan personal från landstingets psykiatriska verksamhet, primärvården och kommunens socialförvaltning. Dessa regionala ”Miltonprojekt” startade hösten 2005 i regi av Kommunförbundet Norrbotten och Norrbottens läns landsting.

De fem projektgrupperna har varit verksamma i kommunerna Jokkmokk, Gällivare, Kiruna, Pajala, Övertorneå, Haparanda, Kalix, Arjeplog, Arvidsjaur, Piteå, Boden och Luleå i Norrbotten. Projektarbetet har pågått mellan åren 2005 – 2007. Syftet har varit att utveckla nya metoder och rutiner för samarbete över myndighetsgränserna för att därmed förbättra service och vård för psykiskt funktionshindrade.

Det övergripande målet med dessa projekt är att förbättra samverkansrutiner, skapa en samsyn som i sin tur ska underlätta arbetet mellan personal från olika organisationer. Men syftet är också att genom utbildning, information samt etablera nätverk få en ökad kompetens om personer med psykiska funktionshinder.

Luleå 2008-03-04

Elisabeth Berg

Presentation av författarna

Elisabeth Berg, professor i sociologi, har varit handledare för olika regionala samverkansprojekt i regi av Kommunförbundet, Norrbotten, sedan 2000. Hon har forskat om samarbete mellan landstinget och kommunernas socialförvaltning, som finns publicerat i avhandlingen *Det ojämlika mötet: en studie av samarbetet mellan kommunernas hemtjänst och landstingets primärvård*. 1994:148 Diss. Luleå, och boken *"Hemvården"*, Liber, Lund (1995) som handlar om samarbetet mellan landstingets primärvård och kommunens hemtjänst.

Benitha Eliasson, filosofie magister i sociologi har arbetat med två samverkansprojekt i Östra Norrbotten. Östra Sosam 2004 - 2005 Benitha har under tiden även arbetat som biträdande enhetschef och handläggare inom handikappomsorgen i Överkalix kommun. Hon är nu doktorand vid Institutionen för Arbetsvetenskap, Luleå Tekniska Universitet, där hon forskar om samarbete mellan landsting och kommuner.

Birgitta Holmgren är distriktssköterska med lång erfarenhet från öppen psykiatrisk vård i Kiruna kommun. Hon har varit projektledare för ett projekt inom Kraftfält Norr (Kiruna, Gällivare, Jokkmokk och Pajala) där man valt att inom varje kommun bygga upp och arbeta med ett kontaktnät för de personer som har komplexa vårdbehov.

Jan Renberg, filosofie magister i beteendevetenskap och har tidigare arbetat som mentalskötare under 20 år. Han var mellan 2005 - 2006 projektledare för Miltonprojektet Unga vuxna i Pite älvdal. Han arbetar nu i Piteå som samordnare för förbättringsarbete inom Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan, Primärvården och Piteå kommun.

Britt Rutström, socialpedagog med lång erfarenhet av både sluten och öppenvården inom Barn och ungdomspsykiatri. Mellan åren 2005-2006 projektledare i Luleå för Miltonprojektet "Barn till psykiskt sjuka föräldrar". Idag arbetar hon inom BUP Luleå/Boden. Och fortsätter att hålla i SAMBA, konsultationsgruppen för "Barn till psykiskt sjuka föräldrar" i Luleå.

Anna-Lena Skogman, leg. psykolog/barnterapeut med lång erfarenhet från barnpsykiatri. Hon har varit projektledare under år 2005 i Boden. Idag arbetar hon inom BUP Luleå/Boden och fortsätter att vara med i SAMBA, konsultationsgruppen för "Barn till psykiskt sjuka föräldrar" i Boden.

Maria Sundberg har varit projektledare i det Miltonprojekt som kom att kallas "Värdegrund/Samsyn". Det syftade till att genom gemensamma utbildningsdagar för personal från kommun och landsting i Luleå skapa bättre förutsättningar för samarbete och en samsyn omkring stödet för personer med psykiska

funktionshinder. Projektet inleddes i slutet av 2005 och avslutades 2007. Maria är legitimerad arbetsterapeut och har arbetat i Luleå, både inom landsting och kommun, som arbetsterapeut, handledare och arbetskonsult för personer med funktionshinder sedan 1989.

Innehåll

<i>Introduktion</i> <i>Elisabeth Berg</i>	9
Kapitel 1: Samverkan över organisationsgränser - några teoretiska reflektioner <i>Elisabeth Berg</i>	13
Kapitel 2: Den psykiskt funktionshindrades rätt till rätt insats av rätt aktör i samverkan med andra <i>Benitha Eliasson</i>	25
Kapitel 3: Samverkan kring personer med komplexa vårdbehov <i>Birgitta Holmgren</i>	43
Kapitel 4: Miltonprojekt ”Unga vuxna i Piteå älvdal” En ny arbetsmetod för personer med psykiska funktionshinder och missbruk <i>Jan Renberg</i>	57
<i>Kapitel 5: Mot gemensam värdegrund och ökad samsyn</i> <i>Maria Sundberg</i>	91
Kapitel 6: Barn till psykiskt sjuka föräldrar. Att synliggöra de osynliga barnen <i>Anna-Lena Skogman och Britt Rutström</i>	105
Kapitel 7: Samarbetet mellan personalgrupper – några avslutande reflektioner <i>Elisabeth Berg</i>	119
Bilagor 1 – 2	125

Introduktion

Dessa fem redovisade regionala "Miltonprojekt" har sin bakgrund i att regeringen tillsatte en utredning under namnet "Nationell Psykiatrisamordning" (S2003: 09). Syftet var att nationellt "se över arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av personer med allvarlig psykisk sjukdom och/eller psykiska funktionshinder" (Dir. 2003:133).

Psykiatrisamordnaren fick också i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för samordning och förstärkning av berörda institutioners utvecklingsarbete. Det blev Anders Milton som utsågs av regeringen som ansvarig för den nationella utredningen. Utredningen avrapporterades till regeringen i november 2006¹.

Förarbetet till Nationella Psykiatrisamordning var att staten under åren 2001 – 2004 beviljade nio miljarder kronor till kommuner och landsting för att stimulera samverkan mellan organisationerna. Socialstyrelsen hade haft till uppdrag att följa upp och utvärdera samverkansprojekten, men trots att ett flertal samverkansprojekt genomfördes kvarstod problemen. Det fanns stora behov av utveckling för samverkan mellan kommun, primärvård och psykiatri vilket även framgår i Socialstyrelsens årsrapport 2003.

Socialstyrelsen beviljade 9 miljoner till 14 olika samverkansprojekt i Norrbotten, 2005. Avsikten var att skapa bättre förutsättningar för samverkan mellan kommun och landsting. Socialtjänstens, primärvårdens och psykiatris personal i Norrbotten har ansökt om medel för att utveckla samarbetat i olika projekt mellan kommun och landsting som rör personer med psykiska funktionshinder.

I denna rapport redovisas fem projektgruppers arbete. En projektgrupp har varit verksam i Jokkmokk, Gällivare, Kiruna, och Pajala, den andra i Överkalix, Övertorneå, Haparanda och Kalix, den tredje i Arjeplog, Arvidsjaur och Piteå, den fjärde i Luleå och det femte projektet Luleå och Boden. Dessa fem så kallade Miltonprojekt har genomförts i regi av Kommunförbundet, Norrbotten samt Norrbottens landsting - primärvården och psykiatrin. Respektive kommun har ansökt om medel där målsättningarna har varierat för de respektive projekten. Det som har förenat projekten är att fokus varit att utveckla samarbetet mellan kommunernas socialförvaltningar, primärvården och psykiatrin. Projekten som redovisas i denna rapport har letts av följande projektledare; Benitha Eliasson, enhetschef Överkalix kommun, Birgitta Holmgren, distriktssköterska Kiruna kommun Jan Renberg beteendevetare, Piteå kommun, Maria Sundberg, arbetsterapeut Luleå kommun och Anna-Lena Skogman och Britt Rutström, psykiatriska verksamheten Norrbottens läns landsting.

De sex projektledarna har i sina respektive projekt valt att utarbeta sina egna arbetsätt, gemensamt är dock att de tillsammans med projektgrupper utvecklat

¹ SOU 2006:91

nya metoder och rutiner i samarbetet mellan kommunens socialförvaltning, primärvården och landstingets psykiatri. Styr- och projektgrupper samt personalrepresentanter från de tre verksamhetsområdena utsågs från de olika kommunerna. Den projektmodell som har valts av alla projektledare är *”den avskilda modellen”*. Dessa grupper har varit en utvald grupp, med representanter för olika personalgrupper från sina respektive arbetsplatser, primärvården, psykiatrin och socialförvaltningen. Syftet har varit att arbeta fram förslag till samarbetsformer. Något som har skett i samspel med var och ens arbetsgrupp, där projektets medlemmar har varit drivande i detta arbete.

Projektledarna genomförde en inventering med hjälp av enkäter och intervjuer direkt vid starten av Miltonprojektet. Syftet var att undersöka förväntningar och hinder för samverkan samt inventering av utbildningsbehov. Enkäter har besvarats av personal på alla nivåer i organisation, dels frågor som rör hur samarbetet fungerar mellan personalgrupper, dels vilka kurser som personalen ansåg var nödvändiga för att utveckla samarbetet. Erfarenheterna av projektgruppernas arbete har varierat mellan grupperna, i vissa fall har arbetat fungerat bra med konstruktiva diskussioner och förslag på lösningar, i andra projektgrupper har det funnits problem att överhuvudtaget starta ett samarbete. Vid denna typ av svårigheter har den aktuella projektledaren begärt hjälp av andra som har gått in i gruppen i avsikt att starta en gruppprocess.

Gemensamt för alla sex projektledare är genomförande av utbildning av personal, sammankomster med styr- och ledningsgrupper och fokusering på att arbeta fram skriftliga rutiner och informationsmaterial för samverkan mellan de tre verksamhetsområdena. Projektledarna har genomfört ett flertal utbildningsdagar där syftet har varit att belysa olika problemställningar som har uppmärksammats under projektets gång. Det har handlat om dels erfarenheter rörande betydelsen av brukarmedverkan i samverkan, och vikten av att se personen först och inte diagnosen, dels fokusering på kompetenshöjning av personal angående psykiska problem.

Sammantaget har dessa projekt haft en konkret inriktning, där syftet var att utarbeta policydokument, gemensamma riktlinjer och information kring samarbetet. Det som också har skett är etablerandet av sociala nätverk som förväntas fortleva efter projektet.

Rapporten inleds av Elisabeth Berg som i kapitel 1, *Samverkan över organisationsgränser - några teoretiska reflektioner*, lyfter fram teorier och begrepp kring samarbete samt reflekterar över det sociala arbetets komplexitet. I kapitel 2 *”Psykiskt funktionshindrades rätt till rätt insats från rätt aktör i samverkan med andra”* beskriver Benitha Eliasson hur projektet har arbetat med utformning av rutiner för aktualisering, vårdplanering, samordning och ansvar, uppföljning av insatser samt strategier när parterna i de olika organisationerna inte kan samarbeta. Syftet var att genom ökad kunskap om olika psykiska funktionshinder och om varandras kompetens- eller ansvarsområden skapa hållbara samverkansformer som garanterar psykiskt funktionshindrades möjligheter till den vård och de stödåtgärder de har rätt till i samhället.

Birgitta Holmgren beskriver i kapitel 3, *Samverkan kring personer med komplexa vårdbehov, på grund av psykisk störning och missbruk*, hur gruppen arbetat för att skapa ett gemensamt arbetssätt, samordna resurser kring personer med sammansatt problematik så kallad dubbeldiagnoser, och tydliggöra och stärka primärvårdens roll både när det gäller tidiga insatser och behandling av svårare problematik.

Jan Renberg har i kapitel 4, *En ny arbetsmetod för personer med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk*, fokuserat sitt projekt på samverkan kring personer med psykiska funktionshinder och som också är missbrukare, det vill säga har en dubbeldiagnos. Syftet var att skapa hållbara samverkansformer genom ökad kunskap om olika psykiska funktionshinder och om varandras kompetens- och ansvarsområden.

Maria Sundberg har i kapitel 5, satt fokus på ”*Mot gemensam värdegrund och ökad samsyn*”. Syftet har varit att skapa bättre förutsättningar för samarbete och en samsyn kring stödet för psykiskt funktionshindrade människor samt en förståelse för respektive uppdrag. Detta ska ske genom att ge personalen ökad kunskap omkring behov, insatser och samverkan

Anna-Lena Skogman och Britt Rutström har i Kapitel 6: *Barn till psykiskt sjuka föräldrar. Att synliggöra de osynliga barnen*, visat på betydelsen att utveckla samarbetsrutiner för att möta dessa barns behov. Utöver en inventering, studiebesök, anordnat information, kring den så viktiga frågan om barnen till psykiskt funktionshindrade, har de utvecklat en informationsbroschyr och modell hur samarbetet kan ske mellan landsting och kommun.

I det avslutande kapitlet reflekterar Elisabeth Berg över samarbetets problematik genom att fokusera på dels möjligheter och begränsningar som synliggjorts genom projekten, dels hur samarbetet mellan personal från olika organisationer kan utvecklas.

Att samarbeta över organisationsgränserna - några teoretiska reflektioner

Elisabeth Berg

”När jag började [1968] hade vi en hemtjänstassistent inom kommunen, det var bara så att distriktssköterskorna var först till allting. När jag kom till någon som behövde en insats från kommunen så ringde jag bara till hemtjänstassistenten och sa att de behövde hjälp. De beviljades ofta bara på det distriktssköterskorna sa” (Berg 1995:134).

Denna distriktssköterskas erfarenheter från hemvården i slutet av 1960-talet i en medelstor kommun i Norrbotten, visar på distriktssköterskans självklara auktoritet. Det fanns givetvis en tydlig arbetsdelning mellan primärvård och socialtjänst, där tjänstemännen på socialförvaltningen uppfattades som byråkrater, de följde politiska beslut och direktiv medan distriktssköterskorna var medicinska experter och företrädde den enskilde. Distriktssköterskorna som var ute på hembesök var kända och uppskattade av de som fick sjukvård i hemmet (Berg 1995). I citatet ovan beskrivs alltså en situation som existerade för 40 år sedan med en låg specialisering inom socialförvaltningen och en kommunal sektor med ett fåtal tjänstemän. Om samarbetsproblem uppstod var förklaringarna ofta på individnivå snarare än att det inte fungerade på en organisatorisk eller politisk nivå (Berg 1995). Andra förklaringar var att personalen hade för hög arbetsbörda, saknade resurser, saknade kompetens eller saknade kontroll över sitt ansvarsområde när de skulle samarbeta med andra yrkesgrupper från andra organisationer (ibid).

Kommunen representerade myndigheten och uppfattades som en auktoritet, och det var tjänstemän och sjukvårdspersonal som tog beslut i olika frågor och definierade de behov den enskilde hade. Det sociala arbetet var ett över- och underordnat förhållande mellan två parter, där kommunen bedömde vilka behov som den enskilde var berättigad till och den enskilde hade att följa de beslut som togs (Berg 1995).

Människor som behövde stöd definieras som den behövande och socialarbetaren den som definierar och har lösningar till de sociala problemen (Eriksson, 1989). Distriktssköterskorna var ofta de som utredde och föreslog beslut om sociala ärenden under 70-talet. Det kan förklaras av att antalet

tjänstemän var få och att de därför inte hade möjlighet att åka hem till personerna. De tog därför hjälp av distriktssköterskorna som uppfattades som kunnig i både sjukvårdsfrågor och sociala frågor (Berg, 1995).

Det fanns en uppfattning som byggde på tilltro och respekt för distriktssköterskornas yrkeskunskaper och framförallt deras kännedom om den lokala befolkningen. Samarbetet i denna kontext handlade om att ytterst ge den vård som den enskilde behövde och där framstod den medicinska expertisen som den som definierade behoven och kommunens tjänstemän bedömde mot bakgrund av de uppgifter de fick av distriktssköterskan och de förutsättningar som fanns för tjänstemännen. Samarbete som begrepp kan definieras olika men vanligtvis handlar samarbete eller samverkan om att två eller fler parter har ett gemensamt mål som de vill uppnå tillsammans, något som sker vanligtvis via olika mötesformer (ibid).

Utgångspunkten för samarbetet är att det finns samordningsvinster som leder till ekonomiska vinster för myndigheter och vinster för enskilda så de får bästa tänkbara vård och service där det finns någon som tar det yttersta ansvaret.

Syftet med detta inledande kapitel är att lyfta fram och reflektera över några centrala begrepp samt organisatoriska möjligheter och hinder för samarbete.

Utgångspunkter för samarbetet mellan socialtjänsten och sjukvården

En viktig princip i socialtjänsten är helhetssyn, som innebär att socialt arbete skall ha ett brett perspektiv på människorna och deras situationer, liksom det egna ansvaret för den sociala situationen (SOU 2005:34, sid 85). I Socialtjänstlagen betonas att: "Socialtjänsten skall under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser" (SOU 2005:34, sid 85).

Den socialdemokratiska regeringen ansåg att det var av särskild vikt att lyfta fram bemötande av enskilda inom socialtjänsten och betydelsen av att stödja förändringar i den enskildes livssituation.

“Kärnan i det sociala arbetet är själva klientarbetet och då främst det som sker i mötet mellan socialarbetare och klient. En förtroendefull samverkan mellan den enskilde och socialtjänstens personal och respekten för den enskildes personliga integritet är därför av stor betydelse för kvaliteten. Det är väsentligt att socialtjänsten visar lyhördhet och inlevelseförmåga i den enskildes förhållanden samt att denne har insyn i och ett reellt inflytande över de insatser som ges” (SOU 2005:34, sid 85).

Med en brukarmedverkan där den enskilde deltar i utredningsprocessen och föreslår åtgärder, med förbehållet att kommunen inte kan ge de insatser som begärs, är socialarbetaren i en annan situation än den medicinska professionen. Ett förändrat arbetsätt där klienten/brukaren ska ha ett reellt inflytande i att dels definiera sitt problem och dels föreslå lösningar, kan leda till minskade

förutsättningar för en tydlig professionalitet för socialarbetaren. Å andra sidan kan ett tydligare klientrelaterat förhållningssätt öka tilltron till socialarbetaren och därmed stärka deras professionalitet.

Om brukarmedverkan leder till att professionaliteten stärks förutsätter det att professionalitet definieras *att den enskilde har en tilltro till de professionellas kompetens*, i likhet med vad den medicinska professionen har byggt upp under en lång tid, väl sanktionerat av staten.

Det har under framförallt 80-talet och framåt skett en specialisering och professionalisering av det sociala arbetet och av sjukvårdsarbetet (Gough, 1987). Det är fler yrkesgrupper som deltar för att tillgodose den enskildes behov, såväl kommunens tjänstemän, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), vårdbiträden, undersköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, vårdare som läkare och distriktssköterskor. Både det sociala arbetet och sjukvårdsarbetet domineras av kvinnor, huvudsakligen på lägre - och mellanpositioner, år 2003 arbetade 90 procent kvinnor på olika befattningar med kommunalt vård- och omsorgsarbete (Wolmesjö, 2005).

När socialarbetarna som arbetar i framförallt äldre- och handikappomsorgen definieras i relation till den medicinska professionen leder det till att de uppfattas som en semiprofessionell yrkesgrupp snarare än att det är en egen profession (Trydegård, 2000, Wolmesjö 2005). En något vidare definition på socialarbetarens professionalitet har Blom, Morén och Nygren (2006) som argumenterar att socialt arbete har en kunskapsmassa som gör att det är en profession, men att det saknas en enighet i vad denna kunskapsmassa faktiskt innehåller. Brante (2003) till exempel pekar på att forskningsämnet i socialt arbete kan betraktas som vagt på grund av att ämnet är tvärvetenskapligt och det har lett till att kunskapsmassan är svår att avgränsa.

Tjänstemän i socialtjänsten värnar givetvis om sitt kompetensområde i förhållande till sjukvårdspersonal samtidigt som det också handlar om mötet mellan olika organisationer med inbördes skilda lagstiftningar, ekonomiska resurser, rutiner och regler i relation till brukare. Det finns dock faktorer som har fått konsekvenser för tjänstemännens professionaliseringssträvanden, som ökat krav på ledarskap (new public management) - större krav på kontroll, redovisningar, ökad administration, budgetansvar för mellanchefer, återkommande budgetuppföljningar. Detta är faktorer som inte med nödvändighet lett till en ökad professionalisering (Berg, Chandler och Barry, 2008)

Professionalitet handlar givetvis inte bara om en speciell utbildning, etik, forskning inom ett specifikt område, stöd av samhället utan även om relationen mellan den enskilde och de professionella. När det sker samhälleliga förändringar då reses frågan vilken effekt det kan få på socialarbetarens arbete? Välfärdsstaten² befinner sig i en brytningstid, där särskilt arbetsmarknadssituationen och dess

² Välfärdsstaten står för ett flertal offentliga institutioner, försäkringskassa, arbetsförmedling, socialtjänst, sjukvård, vilket sammantaget ger effekter på alla människors levnadsvillkor.

konsekvenser för människor är centrala (se även Hugman, 2005). Detta i sin tur leder till att de förändringar som sker i den svenska välfärdsstaten är en senkommen parallell till de förändringar som har skett i övriga OECD-länder (Sociologisk forskning 1999:3). Det är framförallt den höga arbetslösheten och beskärningarna i trygghetssystemen som får allvarliga ekonomiska och sociala konsekvenser. Arbetslöshet är ett av de vanligaste skälen till fattigdom, och som även leder till andra sociala svårigheter (Salonen, 2001).

De socialförsäkringssystem som Sverige har byggt upp sedan mellankrigstiden har sin grund i att skapa en grundtrygghet för medborgarna, det är dock detta som nu är under förändring något som givetvis får konsekvenser för samhället men även socialarbetarna (ibid).

Socialtjänstreformerna - Ädelreformen 1992, Handikappreformen 1994 och Psykiatrireformen 1995 - har inneburit förändringar för det sociala arbetet och med det ett ökat behov av samverkan mellan olika myndigheter, främst landstinget och kommunen (SOU 2005). Det har dessutom skett en ökad specialisering av det sociala arbetet och med det ett ökat behov av samordning av service för enskilda. Det är en samordning som inte har varit enkel att genomföra.

Detta att personalen från olika organisationer inte har kunnat samordna sina insatser har fått konsekvenser för klienter/brukare/patienter (SOU 2000:114). I vissa fall har inte boendet ordnats, något som är kommunens ansvar, och i andra situationer har sjukvården inte tagit ansvar för enskilda som har behövt medicinskt och psykiatrisk vård och när detta sker blir den enskilde utan hjälp och hamnar i en gråzon (ibid).

Det har inom hemtjänsten och hemsjukvården varit ett mycket påtagligt behov av samverkan redan från dess start under 1950-talet, vilket har lett till att olika samarbetsformer har utvecklats mellan den somatiska sjukvården, primärvården och socialförvaltning, samarbetet gäller framförallt äldre- och handikappomsorgen (Berg, 1995). Under 1990-talet i samband med omstrukturerings av psykiatri, när institutionsvården reduceras och fler psykiskt funktionshindrade får eget boende, blir behovet av samarbete mellan socialtjänsten och psykiatrin ännu tydligare.

I SOU 2006:91 framgår det att samordningsproblem mellan olika aktörer i kommun och landsting i vården och omhändertagandet av psykiskt störda lagöverträdare är ett ständigt återkommande problem. Detta trots att statsmakterna under ett flertal år har arbetat för att via lagstiftning och stöd via projektmedel underlätta samarbetet mellan olika organisationer.

Mot bakgrund av dessa erfarenheter menar Psykiatrisamordningen att det bör inrättas ett nationellt samordningsorgan för den rättspsykiatriska vården (SOU 2006:91). Det finns enligt utredningen få exempel på en fungerande samordning av vården.

Det sociala arbetet som aktör för välfärdsstaten

Socialt arbete handlar om mänskliga och mellanmänskliga problem relaterat till social förändring och social politik. Fokus är utsatta grupper och den aktuella socialpolitiken. Socialt arbete kan dels vara en professionell verksamhet för att hjälpa individer eller grupper för att förbättra eller förändra sina liv i avsikt att fungera bättre i samhället, vanligtvis från ett normativt perspektiv. Dels kan det vara att arbeta för att förändra det som skapar problem på grund av samhällsförhållanden, från attityder och värderingar till att aktivt verka i olika grupper för att förhindra att sociala problem uppstår. Socialt arbete är också det arbete socialarbetare utför i den samhälleliga och organisatoriska kontext som de verkar i.

Det centrala rörande socialt arbete är dock att det finns en förståelse för samspelet mellan individ och samhälle och även hur denna förståelse leder till handling i förhållande till sociala problem. Det sociala arbetet³ som representant för välfärdsstaten har tagit sin utgångspunkt från människors behov av att få hjälp från staten, det vill säga ett asymmetriskt maktförhållande mellan två parter (Berg, 1995). Individen har i det sociala arbetet definierats som den behövande och socialarbetaren som definierar och har lösningar till de sociala problemen (Eriksson, 1989).

Det finns dock väsentliga skillnader mellan sjukvårdens personal och socialtjänstens personal i ansvarsfråga, beslutsfråga samt hur arbetet ska genomföras (Berg 1995, Boklund 1995, Danermark och Kullberg, 1999). Det är några av dessa skillnader som leder till att samarbetet mellan personalgrupperna inte alltid fungerar (Tengvald 1982, Westrin 1986, Sunesson 1992, Danermark och Kullberg 1999).

Definitionen av socialt arbete och sociala problem är dock inte statiskt utan det pågår en ständig nydefiniering av vad som är politiskt korrekt att beteckna som sociala problem och vad staten ska vara delaktig i. Hugman (2005) beskriver hur det sociala arbetet i Storbritannien och Australien har förändrats under de senaste åren mot en neo-liberalistiska anda där den enskilde brukaren sätts i centrum, och behoven definieras av den enskilde medborgaren i samarbete med socialarbetaren. Det ska inte som tidigare definieras av de professionella, något som är en policyförändring som givetvis påverkar socialarbetarens arbete. Hugman hävdar att det sociala arbetet domineras av en strukturell diskriminering, där bland annat etnisk diskriminering leder till ett högt antal socialbidragstagare för invandrare.

Den ökade specialiserade forskningen, inom både det sociala arbetet och sjukvårdsarbetet, kan troligen leda till revirstrider snarare än samarbete. Det sociala arbetet använder samma metoder, teorier och begrepp som övriga

³ Definitioner av vad det sociala arbetet betyder finns det många av och i denna rapport är utgångspunkten det sociala arbete som utförs av socialförvaltningens personal. Socialt arbete är något som är ständigt i förändring och följer den samhällsutveckling som sker och vad som anses vara politiskt korrekt. Socialt arbete har normativa förtecken och definieras olika i olika sociala sammanhang (Blom, Morén och Nygren, 2006). Socialt arbete som yrke definieras som en semiprofession (Trydegård 2000; Wolmesjö 2005).

samhälls- och beteendevetenskapliga ämnen, en insikt som C. W. Mills, 1959, diskuterade och lyfte fram redan sent 50-tal. Hugman (2001) riktar kritik mot den ökade professionaliseringen och hävdar att professionalism snarare går mot en reproducering av patriarkalism, rasism, åldersdiskriminering och förtryck av människor. Det finns dock andra tecken på en utveckling, sanktionerad av staten med ökat brukarmedverkan, som snarare pekar på att socialarbetare istället för att värna om sin professionalitet, snarare borde alliera sig med klienterna. Den utveckling som har skett har dock inte understött denna utveckling utan snarare gått mot en mer ny-liberalistisk politik där klienterna ses som konsumenter vilket kan försvaga välfärdssamhället och förstärker ett ny-liberalt tänkande (Hugman, 2001).

En annan aspekt av problematiken kring professionalitet visar Dalziel (2005) i sin avhandling. Han pekar på att de professionella alltid måste beakta att de kan förlora sin professionalitet vilket leder till att andra yrkesgrupper tar över definitionsrätten över hur, vad och vilka som ska behandlas. Det pågår alltid en kamp om vem som äger rätten att definiera problemet och därmed behandlingen eller insatsen. I hans undersökning fann han att samarbetet ledde till att de professionella upplevde att deras speciella kunskaper inom sitt område reducerades när de skulle samarbeta med andra grupper med annan kompetens. Ökad professionalitet ger inte automatiskt bättre förutsättningar för samarbetet mellan olika professioner, trots att det teoretiskt borde leda till den bästa vården. Professionalitet talar snarare mot samarbetstanken och är en av orsakerna till svårigheterna att bygga upp ett fungerande samarbete. En annan orsak är skilda organisatoriska tillhörigheter som skapar skilda rutiner och regler och en geografisk distans.

En annan aspekt som ger effekter för det sociala arbetet är en förändrad attityd till välfärdstaten från medborgarna som ger konsekvenser för både det sociala arbetet och givetvis även utbildningen; ”The challenge for social work, and hence for social work education, is to make sense of welfare in a world that is now quite hostile to ‘welfarism’ (Hugman, 2001:331). I tider när ny-liberalsmen får ett alltmer starkare fäste i politiken (Cervantes, 2005) blir det viktigt att medvetandegöra vilket bagage som skall tas med så att inte centrala idéer lämnas därför att de har blivit besvärliga att bära med sig.

Det här är uppfattningar som ligger i linje med den diskussion som föreligger angående det sociala arbetets utveckling i en tid när new public management har implementerats i kommunerna med ett ökat fokus på ledarskap, ökad effektivisering och en ekonomisk åtstramning (Hedlund, 2003, Högscoleverket 2003:16). Något som särskilt kan noteras är den fokusering som sker på ledarskap i offentlig sektor (Hedlund och Henning 2003, Pollitt and Bouckaert 2000, von Otter 1999, Hood 1995) där olika ledarskapstekniker tagna från den privata sektorn har implementerats i den offentliga sektorn (Dent, 1993). Sverige har implementerat, sedan början av 90-talet en striktare fokusering på ekonomi, uppföljningar, delegering av ekonomiskt ansvar på lägre mellancheftsnivåer, där arbetsintensifiering är en av målsättningarna (Berg, Chandler och Barry, 2008).

Dessutom har en utveckling med minskade resurser för både landsting och kommuner lett till att det sociala arbetet har fått utstå kritik där socialtjänsten anses inte klara av att ge bra service till medborgare (SOU 2000:114). Kritiken mot den svenska välfärdsstaten började redan under 80-talet när det fanns en fokusering på ekonomisering av statlig, kommunal och landstingskommunal verksamhet (Pollit and Bouchaert, 1999).

Samverkan mellan personalgrupper

Det har tidigare varit rättsliga hinder för samarbetet, men regeringen har sett över lagstiftningen och har under de senaste fem åren gett både landsting och kommun möjligheter att utveckla samarbetet, genom inrättandet av en gemensam nämnd (SFS 2003:193) som trädde i kraft den 1 juli 2003 (SOU 2006:93). Bakgrunden till denna ändring var att samarbetet skulle legitimeras på den högsta organisatoriska nivån, och i och med en förändring av lagstiftningen så undanröjs ett strukturellt hinder. Det har i ett fåtal kommuner i Norrbotten inrättats samordningsnämnder. De rättsliga hinder som tidigare fanns för samverkan över organisationsgränserna i den offentliga sektorn kring frågor som rör klienter/brukare har reducerats och det finns nu helt andra förutsättningar att ingå samarbetet.

Icke fungerande samarbete mellan personalgrupperna från landstinget och socialförvaltningarna har under en längre tid pekats ut som orsaken varför inte vården och servicen fungerar tillfredsställande.

Samarbete mellan landstinget och kommunen är dock ingen ny fråga utan har varit ett ofta beskrivet problem. Tengvald (1982) visar i sin artikel på samordningsproblem orsakade av strukturella och organisatoriska olikheter, olika kompetens mellan yrkesgrupperna, och skilda regler och praxis för tystnadsplikt. Westrin (1986) pekar på att samarbetet sker efter olika förutsättningar, samverkan mellan myndigheter i vissa specifika frågor, medicinsk konsultation där läkarna till exempel går in med sitt medicinska kunnande eller att två specifika verksamheter integreras vilket leder till att uppgifterna blir gemensamma. Det är få av projekten som har visat några direkta positiva ekonomiska utfall. Danermark och Kullberg (1999) tar upp nödvändigheten av att samverka inom olika områden men kommer fram till att det finns många problem innan samverkan kan uppnås. Det har också påvisats att det råder en asymmetrisk relation mellan socialtjänstens personal och primärvården i samarbetet (Sunesson, 1991, Berg, 1995).

Denna asymmetriska relation, eller det ojämlika förhållandet leder till att samarbetet mellan personalgrupperna inte fungerar, i samordningen blir det den medicinska expertisen som har definitionsrätt över åtgärderna. Ett exempel var att kommunerna fick finna sig i att sjukvårdens personal definierade när patienterna var medicinskt färdigbehandlade. Det har dock ändrats via lagstiftning, och nu är det när patienten är "utskrivningsklar" som gäller för kommuner och landsting (SOU 2006:19).

En patient är utskrivningsklar tidigast när en vårdplan⁴ har upprättats, och då sker det också en bedömning av behandlande läkare om patienten behöver insatser från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård och/eller landstingets primärvård, öppen psykiatrisk vård eller annan öppenvård. Det är en gemensam vårdplanering som skall bygga på delaktighet och samtycke från patienten och ska tydliggöra behovet av insatser samt vilka verksamheter som är ansvarig för respektive insats. Det är den behandlande läkaren som har ansvaret att kalla till vårdplaneringsmöte. Kommunens betalningsansvar träder i kraft först efter 5 dagar vid somatisk vård och 30 dagar vid psykiatrisk vård efter det att kallelsen om vårdplanering ska ske (ibid).

Redan under 1970-talet uppmärksammades behovet av samverkan mellan psykiatrin, socialtjänsten och primärvården (Socialstyrelsen redovisar 1978:5) och förslag lades om en förändrad vårdstruktur för psykiatrisk hälso- och sjukvård där kommunerna skulle ge enskilda sysselsättningar, omvårdnad, förhindra isolering samt utveckla samarbetet mellan landsting och kommuner. Under 70-talet organiserade kommunernas socialförvaltningar samordningsgrupper för att få vården och servicen att fungera för äldre och handikappade, så kallade hemvårdsberedningar, där läkare, sjuksköterskor, kommunens tjänstemän deltog, men det var samarbetsproblem som ofta relaterades till ekonomiska frågor (Berg, 1995). Dessa hemvårdsberedningar syftade till att informera om den enskildes situation och ge förslag på åtgärder (ibid). Det var en beredning där läkarna hade en framträdande funktion och ofta ledde dessa sammankomster till att sjukvårdens personal med läkaren i spetsen gav direktiv över vad som skulle göras (Berg, 1995). Det problem som ofta uppstod var att det fanns meningsskiljaktigheter över när patienten var medicinskt färdigbehandlade och kommunen skulle ta över ansvaret från landstinget.

Hemvårdsberedningar var delvis att betrakta som ett team där det fanns representanter från olika organisationer, och även om det rådde en asymmetrisk relation mellan deltagarna, så fanns det en formell beredning av ärenden och en fortlöpande kontakt mellan yrkesgrupperna (Berg 1995). Men att kalla dessa hemvårdsberedningar för team med ett gemensamt mål är troligen inte korrekt mot bakgrund av att organisationerna hade olika målsättningar. De beslut som togs i dessa grupper var ofta angående vem som skulle ta ett ekonomiskt och administrativt ansvar för den enskilde.

En grupp kan givetvis definieras på olika sätt men en definition är att de har gemensamma mål, samordnar verksamheten för den enskildes bästa, har en formell relation till övriga yrkesgrupper, där var och en i gruppen känner till varandras specialitet (Brooks, 2003). När en grupp bildas är första steget att en gemensam tillit utvecklas för varandras kompetens, därför att finns inte det utvecklas vanligtvis en misstro, en försvarshållning vilket leder till ett beteende där medlemmarna begränsar sin delaktighet i samarbetet genom att hävda sina

⁴ Vårdplaneringen är en skriftlig överenskommelse mellan brukaren, socialtjänsten, primärvården och psykiatrin. Den skrivs under av alla och kopieras till alla som är med när vårdplan skrivs.

revir men också stödjer sig på mer ritualer och den egna organisationens rutiner (ibid). Ett team kan definieras som; *“A work group allocated an overall task and given direction over how the work is to be done. These groups are self-regulating and work without direct supervision”* (Brooks, 2003:85).

De olika yrkesgrupperna har olika utbildningar, där den medicinska kompetensen med naturvetenskapliga teorier och begrepp dominerar och anger villkoren för både diagnos och medicinskt vård. Detta ska i sin tur jämföras med den beteende – och samhällsvetenskapliga teorier och begrepp som socialarbetare förhåller sig till. Läkarna, sjuksköterskor, vårdare, undersköterskor arbetar efter andra föreställningar och uppfattningar om människornas situation än vad socionomer gör och har olika befogenheter. Detta leder till en ojämn maktfördelning mellan personalgrupperna (Berg, 1995). Problem som har uppkommit vid utskrivning av patienter inom rättspsykiatri har bland annat handlat om problem att ge enskilda ett boende och en sysselsättning, vilket är kommunens ansvar. När det har inte alltid lösts på ett tillfredsställande sätt samt när psykiatri har brutit i tillsyn, då har samarbetsproblem uppstått (SOU 2006:91).

Varken kommuner eller landsting har prioriterat samarbetet, och den samverkan som sker är vanligtvis mellan angränsande kommuner samt samverkansområden som socialtjänst och äldreomsorg (Interkommunal samverkan, 2002). Samarbetet mellan yrkesgrupperna är vanligtvis mellan sjukvårdspersonal och mellanchefer i kommunen. Där syftet är att ge en bra service och vård för enskilda.

Det finns dock tydliga indikationer på att respektive yrkesgrupp bevakar sina revir vilket leder till olika exkludering och inkludering av metoder och policy (Dalziel, 2005). Samtidigt som det finns skillnader i ansvar, kompetens, utbildningsnivå samt vem som ytterst har makten att besluta vad som ska göras för brukaren (Danermark och Kullberg, 1999). Vid förändringar i en organisation och ökade krav från andra yrkesgrupper över vem som ska ta ansvar för vad finns alltid exkludering och inkludering närvarande för nya arbetsmetoder och rutiner, det i sin tur leder till risken att andra yrkesgrupper tar över definitionsrätten över hur, vad och vilka som ska behandlas (Berg, 1995).

Psykiatriken till exempel har stor påverkan på behandlingen över vad som ska göras och inte göras med patienten/brukaren medan social tjänstemannen är hänvisad till den diagnos som är ställd samt på de förslag på åtgärder som måste göras enligt sjukvårdens personal. Distriktssköterska och läkare är också delaktiga i genomförandet av insatser och de måste följa den diagnos som är ställd. Mentalsköterskan, undersköterskor och vårdbiträden i sin tur har som uppgift att se till att medicinering, terapi och social träning sker och följs av brukaren.

Centralt vid samarbetet är ofta i vilken utsträckning det är socialtjänsten eller sjukvårdens personal som ska ta ansvar och agera, det vill säga att i samråd med den enskilde bevilja service eller omsorgsinsatser.

Förutsättningar som bör finnas för ett bra samarbete kan sammanfattas som att det finns; 1) ett gemensamt mål för samarbetet 2) en förståelse för varandras

kompetens 3) en utvecklad gruppkänsla där personalen känner igen varandra 4) gemensamma riktlinjer och rutiner i samarbetet 5) en gemensam kunskap och information för alla personalkategorier.

I de fortsatta kapitlen avser vi att lyfta fram hur olika samverkansprojekt i Norrbottens län har genomförts samt några av de möjligheter som har visat sig under projektiden samt även de hinder som finns för ett fungerande samarbete mellan kommuner och landsting.

Referenser

- Berg, Elisabeth (1995) Hemvården. Utveckling, förändring och samverkan. Liber utbildning, Lund
- Berg, Elisabeth (2000) Kvinna och Chef i offentlig förvaltning, Liber, Lund
- Berg, Elisabeth, Chandler, John och Barry, Jim (2008) New Public management and Social work in Sweden and England, International Journal of sociology and Social Policy (forthcoming).
- Berge, Anders med flera (1999) Välfärdstat i brytningstid: Inledning Ur: Välfärdstat i brytningstid, Sociologisk Forskning Supplement
- Blom, Björn, Morén Stefan och Nygren Lennart (2006) Kunskap i socialt arbete. Om villkor, processer och användning. Natur och Kultur, Stockholm
- Brante Tomas (2003) Socialt arbete. En nationell genomlysning av ämnet, Högskoleverkets rapportserie 2003:16 R
- Cervantes, Sara (2005) Attitudes towards starting small business. Youth and local authorities in a changing labour market. Doktorsavhandling, Luleå tekniska universitet
- Clarke, J. 2004. Dissolving the Public Realm? The Logics and Limits of Neo-Liberalism, Journal of Social Policy, 33, 1, 27-48.
- Danermark, Berth och Kullberg, Christian (1999) Samverkan. Välfärdens nya arbetsform. Studentlitteratur, Lund.
- Dalziel Douglas (2005) Clinical Psychologists in a Managerial National Health Service A Study of How Clinical Psychologists have responded to changes within the Culture of the British National Health Service. Doctoral thesis, university of East London, UK
- Dent, m. (1993) 'Professionalism, Educated Labour and the State: hospital Management and the New Managerialism', The Sociological Review, Vol. 41, No. 2
- Dir. 2003:133 En nationell psykiatrisamordnare
- Eriksson, Inga-Lill (1989) De professionellas makt över pensionärerna. Social medicinsk tidskrift 5-6.
- Gough, Ritva (1987) Hemhjälp till gamla. Forskningsrapport 54, Arbetslivscentrum, Stockholm.
- Hugman, Richard (2001) Post-welfare social work? Reconsidering post-modernism, post-Fordism and social work education. Social Work Education, Vol. 20, No. 3, 2001.
- Hugman, Richard (2005) Locking back: The View From Here. British Journal of Social Work 35, 609-620.
- Interkommunal samverkan 2002
- Lundgren, Henry (2001) Samsyn. En utvärdering av psykiatrireformen i Norrbottens län 1995 – 2000. Kommunförbundet Norrbotten
- C.W. Mills (1959) The Sociological Imagination, Oxford University Press
- Pollit, Christopher och Bouchaert, Gert (2004): Public Management Reform. (valda delar). Oxford University Press, Oxford, UK.

Holmberg, I. och Henning, R. ed. (2003): *Offenligt ledarskap - om förändring, förnyelse och nya ledarideal*. Studentlitteratur, Lund.

Regeringens proposition 2002/03:20. Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet

Salonen, Tapio (2001) Sweden: *Between Model and Reality*. In: *International Social Policy: welfare regimes in the developed world*. Red. Alcock, P. och Craig, G. Palgrave Macmillan, N.Y. USA.

SOU 2006:91 *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare*

SOU 2005:34 *Socialtjänsten och den fria rörligheten*

SOU 2000:114 *Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet, m.m. Betänkande av Samverkansutredningen*

SFS 2003:193 *Lag om ändring i lagen SFS 1990:1404 om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*

Tengvald, Karin (1982) Sweden Ur: Hokenstad, Merl, C, Jr och Ritvo, Roger, A. (red) *Linking health care and social services. International perspectives*. Beverly Hills: Sage Publication.

Trydegård, Gun-Britt (2000) *Tradition, change and variation: past and present trends in public old-age care* Stockholm: Univ. Institutionen för socialt arbete.

Sunesson, Sune (1991) *Social medverkan i primärvården*, Ur: SoS-rapport 1991:17

Westrin, Claes-Göran (1986) *Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser* Socialmedicinsk tidskrift, 7-8.

Wolmesjö, Maria (2005) *Ledningsfunktion i omvandling Om förändringar av yrkesrollen för första linjens chefer inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen* Lund Dissertations in Social Work 21 Lunds Universitet, Socialhögskolan.

von Otter, Casten (1995) *Public administration and result-oriented management in Sweden*. Working paper series 24. Stockholm: Institutet for Arbetslivsforskning.

Den psykiskt funktionshindrades rätt till rätt insats av rätt aktör i samverkan med andra

Benitha Eliasson

Den samverkansgrupp som finns i Östra Norrbotten och som består av mellanchefer från kommunernas och landstingets psykiatri samt från primärvården beslutar under våren 2005 att söka medel från Socialstyrelsen för ett gemensamt projekt. Till en början prioriteras kompetensutveckling för dem som arbetar med människor som har både missbruk och ett psykiskt funktionshinder eller sjukdom. Ansökan utvidgas till att i slutändan även handla om ett förbättringsarbete; att förbättra samverkan mellan verksamheterna för att brukaren skall få den hjälp och det stöd denne har rätt till. I projektet deltar socialtjänsten i Haparanda, Kalix, Överkalix och Övertorneå samt landstingets vuxenpsykiatri och primärvård.

Projektet som heter *Den psykiskt funktionshindrades rätt till rätt insats från rätt aktör i samverkan med andra*, har ett för projektet beskrivande namn. Men då namnet är långt kallas det för Miltonprojektet. Projektet beviljas drygt en miljon kronor och inleds i september 2005. Tanken är att det avslutas i juni 2006, men förlängs under våren och pågår året ut. Ett avslutande seminarium anordnas i januari 2007. Därefter fortsätter implementeringen och intentionen är att projektet övergår i ordinarie verksamhet.

Det *övergripande syftet* är att genom ökad kunskap om olika psykiska funktionshinder och om varandras kompetens- och ansvarsområden skapa hållbara samverkansformer som garanterar de psykiskt funktionshindrade möjlighet till den vård och de stödåtgärder de har rätt till i samhället. Projektet innefattar *kompetensutveckling* för de anställda samt ett *förbättringsarbete*. Som grund för förbättringsarbetet ligger genombrottsmetodiken, se bilaga 1. Målgruppen är nyinsjuknade och psykiskt funktionshindrade, de med neuropsykiatriska störningar samt de med så kallad dubbeldiagnos eller samsjuklighet.

De förväntningar som finns innan projektet handlar om:

- att man efter projekttiden har implementerat rutiner för hållbar samverkan mellan aktörerna,
- att de arbetsgrupper eller nätverk som bildas för samverkan skall bli bestående,

- att andra aktörer, såsom försäkringskassa, arbetsförmedling, intresseorganisationer är involverade i arbetet kring de psykiskt funktionshindrade,
- att kunskapen om målgruppen förstärks i regionen och i de olika verksamheterna,
- att ingången till systemet förenklas,
- att målgruppen får adekvat hjälp och inte *faller mellan stolarna*⁵,
- att fler psykiskt funktionshindrade får möjlighet till meningsfull sysselsättning, samt
- att en gemensam vårdplanering upprättas, genom att informationsöverföringssystem införs.

Organisation och upplägg

Det mest betydelsefulla arbetet har gjorts av de fyra projektgrupperna och rollen som projektledare har varit samordnande. Projektet leds av en styrgrupp där socialcheferna från de fyra kommunerna deltar tillsammans med verksamhetschefen från vuxenpsykiatrien vid Sunderby sjukhus samt en läkare från primärvården i Kalix. Kontaktperson för projektet och tillika styrgruppens ordförande är Marja-Leena Komulainen, socialchef i Övertorneå. I projektplanen framgår vad var och ens ansvar är.

Förutom ansvar för ekonomi och uppföljning ansvarar styrgruppen för:

- att ta ställning till övergripande frågor som rör projektet och arbetsgrupperna,
- att ta ställning till förslag om förändringar som föreslås av grupperna,
- att verkställa beslutade förslag, samt
- att medverka till att förankra projektet i organisationen på chefsnivå.

Det ekonomiska ansvaret delegeras till Marja-Leena Komulainen, projektledaren har inget eget ekonomiskt ansvar. För att möjliggöra för de verksamheter som har svårt att klara verksamheten utan vikarier vid till exempel utbildningar, beslutar styrgruppen att när verksamheten tar in vikarier kan de återsöka kostnaden av projektet.

Som projektledare anställs jag, Benitha Eliasson, på halvtid från och med september 2005. Rollen som projektledare är inte att delta i det direkta projektarbetet utan mer av en samordnare för projektet. Kommunförbundet Norrbotten, FoU-enheten bistår med en vetenskaplig handledare, Elisabeth Berg vid Luleå Tekniska Universitet.

Utöver att planera och samordna projektet ansvarar projektledaren för:

- att fungera som en länk mellan arbetsgrupperna och styrgruppen,

⁵ Människor med psykiska funktionshinder behöver ofta stöd och hjälp från olika aktörer, inte minst av de två huvudmännen kommun och landsting. När exempelvis inte samverkan fungerar mellan dem eller när de tvistar om vems ansvar det är risker för den enskilde individen att hamna mellan stolarna och därmed inte få den hjälp och stöd denne har rätt till.

- att informera styrgruppen om projektet,
- att fungera som kontaktperson för de lokala arbetsgrupperna,
- att anordna utbildningar, föreläsningar och lärandeseminarier,
- att ansvara för upprättandet av projektplan, slutrapportering och övrig dokumentation, samt
- att medverka till att utvärdera projektet.

Styrgruppen beslutar i samråd med projektledaren att inte bilda en arbetsgrupp med mellanchefer från kommunens socialtjänst och landstingets psykiatri och primärvård, ett beslut som grundar sig i att det inte ryms inom projektledarens halvtidstjänst. Mellanchefernas ansvar är att stödja projektarbetet genom att skapa möjlighet att delta i projektet och att det prioriteras, inte minst tidsmässigt. De skall även medverka till att förankra och implementera projektet i verksamheten. För att bedriva förbättringsarbete beslutas att fyra projekt- eller arbetsgrupper bildas och att ett *underifrånperspektiv* används för vilket genombrottsmetodiken passar bra. Cheferna får i uppdrag att inom sin verksamhet välja intresserade personer som skall delta i arbetsgrupperna. En intresseanmälan skickas ut där projektet och det tänkta upplägget beskrivs. Då det är brukligt i genombrottsprojekt tilldelas varje arbetsgrupp en handledare som skall fungera som ett stöd i metodiken.

Under projektet ansvarar respektive arbetsgrupp för:

- att operativt genomföra styrgruppens beslut,
- att inventera utbildningsbehov (tillsammans med övrig personal),
- att bedriva förbättringsarbete med hjälp av genombrottsmetodiken samt att kontinuerligt dokumentera och analysera arbetet skriftligt,
- att under projektet återge arbetsgruppens arbete till berörda, exempelvis arbetsledare och medarbetare,
- att sammankalla och med jämna mellanrum informera en referensgrupp om projektarbetet,
- att arbeta fram ramar eller rutiner för samverkansarbetet – en metod för samverkan,
- att medverka till att implementera nya arbetssätt i den egna organisationen,
- att sprida kunskapen om behovsbedömningsinstrumentet CAN-skattningsskala (Camberwells Assessment of Need) till den egna verksamheten så att den kan användas av andra än arbetsgruppen, samt
- att aktualisera frågor som utgör hinder i projektarbetet till styrgruppen.

De verksamheter som medverkar är landstingets vuxenpsykiatri och primärvård, kommunens psykiatri, hemtjänst samt individ- och familjeomsorg. Kalix kommun väljer att inte involvera hemtjänstens personal då de inte i någon stor utsträckning möter psykiskt funktionshindrade i sitt arbete. Med drygt 17 000 invånare är det den största kommunen i Östra Norrbotten, och har

därmed en mer utbyggd psykiatrisk verksamhet. I till exempel Överkalix, som har knappt 4 000 invånare, möter hemtjänstens personal många personer med psykiska funktionshinder. Att hemtjänsten medverkar och till viss del även primärvården beror på att de har en generell kompetens och inte är specialiserade på psykiatri, vilket kan skapa både osäkerhet och frustration vid mötet med målgruppen.

Samverkan – ett kitt mellan organisationerna

Samverkan är vanligt förekommande i dagens samhälle och är många gånger en nödvändighet. Regeringen anger i proposition 2002/03:20 att: *”Ur den enskildes perspektiv är det viktigt att metoder för samordnad planering utvecklas samt att en god kvalitet säkerställs.”* En fungerande samverkan är många gånger ett villkor för att myndigheter, som socialtjänsten och landstinget, skall kunna utföra sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt och för att brukaren skall få den vård och omsorg denne är i behov av. I regeringens proposition 1996/97:124 konstateras att ett bra samverkansarbete kommer brukaren till del och att det för verksamheten medför en högre kostnadsmedvetenhet, att resurserna nyttjas bättre och att professionaliteten och kompetensen blir högre bland de aktörer som samverkar. Vidare skriver de att när samverkan fungerar mindre bra beror det till stor del på oklara ansvarsgränser, bristande kunskaper, otillräckligt med tid för samverkan samt oro för kostnadsövertalningar. Även sekretessreglerna kan utgöra hinder för samverkan, istället för att som tanken är att få till stånd ett förtroendefullt samarbete med brukaren.

En enkätstudie som genomförs under ett idéseminarium i november 2004 som anordnas av Nationella psykiatrisamordningen där chefer, utvecklingsledare, psykiatrisamordnare och andra med ansvar att leda och utveckla samarbetet mellan kommun och landsting deltar. I resultatet, som sammanställts av Janne Koskinen (2005), framkommer att för att förbättra samverkan behövs, enligt anställda inom kommunerna, gemensamma arbetsformer, exempelvis teamarbete. De inom psykiatrin svarar att ökade resurser, gemensamma pengar och politiska samverkansavtal och handlingsplaner på tjänstemannanivå, kan förbättra samverkan. De största hindren för samverkan är revirstrider, vilket samtliga grupper uppger förutom de från psykiatrin som svarar att hinder i regelverk och lagstiftning utgör det största hindret.

För att i Miltonprojektet i Östra Norrbotten nå kunskap om hur personalen och arbetsledarna uppfattar att samverkan fungerar, vilka förväntningar och hinder som finns i projektet samt vad som kan förbättra samverkan, skickas en enkät ut när projektet har pågått ett halvt år. Enkäten som vänder sig till personalen skickas till 31 personer från arbetsgrupperna. Det är 25 personer som svarar vilket ger en svarsfrekvens på 81 procent. Den enkät som vänder sig till arbetsledare inom kommun och landsting, såväl mellanchefer som förvaltnings-, enhets- och verksamhetschefer, skickas till 20 personer varav 12 svarar. Svarsfrekvensen är 60 procent. Eftersom det ger ett mer jämförbart resultat redovisas det i procent, men läsaren bör ha i åtanke att det är få personer som

svarar. De citat som återges ändras i viss mån språkligt för att inte personer skall kännas igen och för att underlätta läsningen. Begreppen vårdtagare, patient och klient ändras genomgående till brukare. Vissa av frågorna i denna enkät har sitt ursprung i enkäten som Koskinen har sammanställt.

Samverkan

En av de första frågorna i enkäten berör om personalen är nöjda med samverkan, samt hur de upplever att samverkan fungerar med de andra verksamheterna. En fjärdedel uppger att de inte är nöjda med samverkan. En något större andel, 38 procent, svarar att samverkan fungerar bra och en lika stor andel svarar att samverkan fungerar ibland. Delas resultatet upp på de olika verksamheterna framkommer att landstingspsykiatrin är de som i störst utsträckning svarar att samverkan med andra fungerar bra, 57 procent, därefter kommer kommunpsykiatrin och hemtjänsten där hälften av de svarande från respektive verksamhet uppger att samverkan med andra fungerar bra. Av dem inom individ- och familjeomsorgen upplever en fjärdedel och inom primärvården upplever endast 14 procent att samverkan fungerar bra med andra verksamheter.

På frågan om hur personalen upplever att samverkan fungerar med de *andra verksamheterna* svarar 60 procent att med kommunpsykiatrin fungerar samverkan bra. Vidare är det 35 procent respektive 33 procent som svarar att med hemtjänsten och med individ- och familjeomsorgen fungerar samverkan bra. Endast 18 procent av de svarande uppger att samverkan fungerar bra med landstingspsykiatrin.

Förankring

När ett projekt förankras i verksamheten är det, enligt de arbetsledare som svarar, betydelsefullt att informera om projektet och att ha en del i det. Projektet skall ha verksamhetsanknytning och visa vad det tillför verksamheten. Man bör förklara syftet med projektet och ha realistiska förväntningar, då det inte kan lösa alla problem. Vidare skall ledningen aktivt – eller intresserat – stödja projektet. Medarbetare som är intresserade och villiga att driva ett projekt är viktigt. Ett citat belyser detta: *”Engagera personalen tidigt i processen, för att hinna kommunicera ut mål och den avsedda verksamhetsnyttan, bygga engagemang genom personalens delaktighet i hela processen.”*

Förväntningar på projektet

Såväl personal som arbetsledare svarar vad projektet förväntas leda till för verksamheten och för brukaren. De två frågorna kan inte enkelt skiljas från varandra utan svaren hänger samman – med bättre samverkan och större kunskap om varandra och varandras arbete kan verksamheterna erbjuda brukaren bättre hjälp och stöd, vilket denna person belyser: *”Ett gemensamt synsätt för alla inblandade, därmed skapas bättre förutsättningar och bättre bemötande av brukaren.”*

Det som projektet förväntas leda till för *verksamheten*, som såväl personal som arbetsledare uppper, handlar till stor del om att samverkan förbättras, att ett annat arbetssätt utvecklas och att gemensamma vårdplaner upprättas och används. Det handlar om respekt för och kunskap om varandras arbete och att alla arbetar åt samma håll, med mindre revirtänkande. Arbetsledarna förväntar sig dessutom att det i projektet sker en kompetensutveckling för personalen. En arbetsledare beskriver: *"Smidigare samarbete mellan aktörer och en ökad respekt för varandra, bättre omhändertagande av de psykiskt funktionshindrade och ökad kunskap om målgruppen."*

Som nämns ovan har både personalen och arbetsledarna en förhoppning att man genom att förbättra inom den egna verksamheten och mellan verksamheterna även förbättrar för brukaren. En person förväntar sig: *"Att brukaren får bästa möjliga hjälp. Att alla aktörer som arbetar med brukaren, tillsammans med brukaren, gör en lämplig planering för vården och också har uppföljningar tillsammans."* Citatet visar att brukarna skall få rätt vård och omsorg av rätt aktör och att de inte hamnar mellan stolarna, vilket uppnås genom att arbeta tillsammans, brukare och berörda verksamheter. En person svarar att det inte skall finnas brukare som ingen vill hjälpa: *"Inga tillhör inte oss brukare."* En annan av de svarande beskriver det på ett annat sätt: *"Att brukaren får sina behov tillgodosedda oavsett var gränsen går mellan kommun och landsting. Att man inte fastnar i vem som skall göra vad."*

Några personer har ett tydligare fokus på brukaren, vilket illustreras i följande citat: *"Att brukaren blir nöjd och trygg med insatserna på en gång och slipper fara runt till olika instanser samt att brukaren får en bra livs kvalitet."* Det framkommer i många svar att förbättringar för den enskilda individen är en följd av en förbättring i verksamheterna. Det är färre svar som har ett tydligt fokus på att förbättra för brukaren. Det är enklare att mäta eller utvärdera förbättringar i organisationen, istället för nyttan för brukaren.

Hinder för samverkan

De två faktorer som enligt både arbetsledare och personal utgör de största hindren för samverkan är revirstrider och fantasilöshet eller vi gör som vi alltid har gjort⁶. Arbetsledarna svarar även att ovilja till förändring och att samverkan varken efterfrågas eller belönas är faktorer som gör att samverkan inte fungerar. Personalen svarar att bristande resurser är en faktor. När resultatet av personalens svar delas upp i verksamheterna framkommer att kommun, landstingspsykiatri och primärvård sätter revirstrider på en första eller andra plats. Vidare svarar kommunens personal att fantasilöshet, psykiatrins att bristande resurser och

⁶ Denna fråga har elva svarsalternativ att välja mellan och uppgiften är att rangordna fem faktorer som utgör de största hindren, där ett är det största hindret, två det näst största och så vidare. Vid analysen summeras de tre alternativ som har fått flest röst, tvåor och treor och redovisas som det högst prioriterade. Detta för att det är få respondenter och många alternativ och det alternativ som har fått flest röst utgör endast ett fåtal respondenter. Svarsalternativ som finns att välja mellan: (1) bristande resurser, (2) hinder i regelverk eller lagstiftning, (3) bristande kompetens hos samverkanspartners, (4) revirstrider, (5) brist på statlig styrning, (6) nuvarande system för ekonomistyrning, (7) fantasilöshet, vi gör som vi alltid har gjort, (8) ovilja till förändring hos medarbetare, (9) samverkan varken efterfrågas eller belönas, (10) ointresserad eller okunnig chef eller arbetsledning, samt (11) egna alternativ.

primärvårdens att hinder i regelverk och lagstiftning samt nuvarande system för ekonomistyrning är hinder för en fungerande samverkan.

Arbetsledarnas reflektioner över varför det brister i samverkan handlar om att det är olika organisationer med en tydlig gräns mellan, ansvarsområdena är tydligt avgränsade och det finns ett revirtänkande. Detta citat beskriver en del av problematiken:

”[Det är en] vårdkrävande målgrupp som tillsammans med resursbrister lätt leder till revirstrider och dumpning. Det är ett diffust gränsland socialt-medicinskt. Det är oklart exempelvis vad gäller utskrivning och fastställda regler, rutiner används inte alltid.”

En del av problematiken kan bero på okunskap om varandras kompetenser och arbetssätt samt att det många gånger kan vara en komplicerad målgrupp att arbeta med, som behöver stöd av flera aktörer och som lätt hamnar mellan stolarna.

Faktorer som förbättrar samverkan och som gör att den består

De faktorer som arbetsledare och personal menar kan förbättra samverkan är gemensamma arbetsformer och handlingsplaner⁷. Därefter uppger personalen att tydligare uppdrag för respektive part skulle förbättra samverkan. Även arbetsledarna anger det alternativet, men anger dessutom gemensamma utbildningar.

Faktorer som gör att samverkan består handlar till stor del om upprättandet av rutiner, om förankring av ett nytt arbetssätt, om nätverk och förståelse för andra verksamheters arbete samt om att skapa forum för samverkan. Nedanstående citat från två arbetsledare belyser dessa faktorer:

”Att man upprättar rutiner för samverkan mellan olika kategorier, schemalagda möten, träffar brukaren tillsammans, gemensamma planer och så vidare.”

”Att man har skapat samverkansrutiner och är överens om dem samt ökad kännedom om varandras ansvars- och kompetensområden.”

En annan viktig del är att cheferna, men också politikerna, är med i projektarbetet, i förankringsprocessen och i det fortsatta arbetet: *”Cheferna och politikerna skall vara med i beslutsfattandet. Det vore också bra att ha en kontaktperson från varje enhet också efter projekttiden samt regelbundna samverkansträffar.”* Följaktligen

⁷ Frågan som handlar om vad som kan förbättra samverkan är uppbyggd och redovisas på samma sätt som föregående fråga. Svarsalternativen är tio till antalet: (1) samverkansavtal på politisk nivå, (2) handlingsplan om samverkan, (3) gemensamma utbildningar, (4) gemensam *pengapåse*, (5) ökade resurser, (6) tydligare uppdrag för respektive part, (7) gemensamma arbetsformer, till exempel att arbeta i team, (8) förtydligande i lagstiftning, (9) gemensam organisation, samt (10) egna alternativ.

är det av vikt att cheferna ser till att upprättade rutiner följs för att samverkan skall fungera efter projektet. En arbetsledare menar att arbetet måste förankras hos dem som arbetar på golvet: *"Att det fungerar i det praktiska vardagsarbetet. Att det har utvecklats verksamheten, brukare och personal."*

Det finns dessutom någon som trycker på information som en betydelsefull faktor för ett bra samverkansarbete: *"Informationsutbyte mellan verksamheterna ger trygghet i arbetet. Missförstånden elimineras. Brukaren får den hjälp som de är i behov av."* Information är en viktig faktor för ett framgångsrikt samverkansarbete. En annan faktor som inte bör glömmas bort är de personer som arbetar i organisationen och deras betydelse för en framgångsrik samverkan, vilket uttrycks av denna person: *"Förståelse för varandras roller och att personlig kännedom/relation lägger grunden för en fortsatt samverkan. ..."* I kommuner där personkännedomen bland de anställda är stor fungerar samverkansarbetet många gånger bättre än där den inte är det, man vet var och till vem man skall vända sig.

Kompetensutveckling

Att planera och genomföra kompetensutvecklingsinsatser för de anställda är en del av projektet. Gemensamma utbildningar ger samma kunskapsgrund och de anställda får kännedom om vilka som arbetar i Östra Norrbotten. I början av projektet delas en enkät ut till samtliga verksamheter. De som är med i arbetsgrupperna får i uppgift att ta med sig enkäten till sin arbetsplats och fylla i den, enskilt eller i grupp. Frågorna handlar om vad som är svårt och vilken kunskap som saknas i arbetet. Vidare finns en fråga om det är någon utbildning eller föreläsning som de behöver och de får lämna förslag på utbildningar och utbildare. Med utgångspunkt i förslagen prioriterar styrgruppen de utbildningar som senare genomförs och som vänder sig till all personal. Dessutom erbjuds en del utbildningar genom andra Miltonprojekt i Norrbotten, till vilka projektet står för anmälningsavgiften.

Fyra utbildningsområden prioriteras – allmän psykiatri, missbruk och behandlingsmodeller, neuropsykiatriska funktionshinder samt bemötande. Samtliga utbildningar genomförs vid två tillfällen för att så många som möjligt skall kunna gå. Tanken är att det skall vara grundläggande utbildningar samt någon mer specialiserad utbildning, alla blir dock relativt grundläggande.

Per-Axel Karlsson, överläkare inom rättspsykiatri i Piteå, håller under hösten, vintern 2006 utbildning i både allmän psykiatri och neuropsykiatriska funktionshinder. Lars Nygren, även han läkare inom psykiatri i Piteå, håller i september 2006 föreläsning om missbruk och behandlingsmodeller. Vid det avslutande seminariet föreläser Angelica Frithiof, utbildningskonsult inom vård och omsorg, om bemötandefrågor. Utöver det föreläser Karin Melander, Skellefteå kommun, Håkan Viklund, psykiatrikliniken samt Birgitta Sjögren-Öhlund från ISPS, Skellefteortens intresseförening för schizofreni och andra psykiska störningar, om brukarinflytande och samverkan.

Sammantaget deltar 348 personer från kommunernas socialtjänst, 75 personer från vuxenpsykiatri, 83 personer från primärvården samt tolv perso-

ner från andra verksamheter och organisationer, vid dessa utbildningar och föreläsningar.

Förbättringsarbete

Att bedriva ett gemensamt förändringsarbete är andra delen i projektet. Efter det att intresseanmälan för att delta i projektet skickas ut tar det ett par månader innan grupperna träffas. Eftersom projektansökan utvidgas till att även handla om förbättringsarbete, är vuxenpsykiatrin osäker på sin medverkan. När de får klartecken från sin ledning deltar de fullt ut. När grupperna träffas i november är Camilla Andersson med. Hon är anställd av både landstinget och kommunerna och har ett stort kunnande om förbättringsarbete och om genombrottsmetodiken. Varje grupp skall med det övergripande syftet som ram och med genombrottsmetodiken som grund bestämma vad de skall arbeta med och med vilken målgrupp. Detta för att situationen ser olika ut i respektive kommun och att säga att grupperna skall arbeta med dubbeldiagnoser skulle medföra att de mindre kommunerna inte känner att det är lika angeläget som vad de större kommunerna gör. Mycket tid ägnas i början till att lära känna varandra och varandras verksamheter. I en del kommuner kommer man nära varandra fort medan det i andra kommuner tar längre tid.

För att underlätta arbetet metodmässigt skall varje grupp, enligt genombrottsmetodiken, ha en handledare. Eftersom det inte är enkelt att få intresserade och utbildade handledare får en grupp vänta till efter årsskiftet. En annan grupp blir utan handledare några månader då deras handledare får annat arbete och inte har möjlighet att fortsätta. Tanken med genombrottsprojekt är att grupperna arbetar självständigt och att handledaren inte är närvarande vid varje träff. Genom metoden har arbetsgrupperna ett gemensamt förbättringsfokus och arbetar tillsammans för att lära andra och varandra hur de kan förbättra och utveckla verksamheten för att brukaren skall få det denne har rätt till. Det är med brukaren i fokus som rutiner, processer och arbetsfördelning ses över. Samtliga grupper träffas vid fyra så kallade lärandeseminarier, där de får hjälp att komma vidare i projektarbetet. Erfarenhetsutbyte är en viktig del i seminarierna. Camilla Andersson deltar vid de tre första seminarierna, vid det fjärde har hon ingen möjlighet att närvara, vilket är en bidragande orsak till att metodiken mot slutet av projektet tappar i betydelse.

Vid det första lärandeseminarier i januari 2005 bjuds mellancheferna från respektive verksamhet in för första gången, för att få möjlighet att sätta sig in i sin grupps arbete. De har inte en aktiv roll utan deras roll är enbart informativ. Karin Melander, psykiatrisamordnare i Skellefteå kommun, föreläser tillsammans med Siv Hedström, landstingets psykiatri om hur verksamheterna samverkar i Skellefteå. De beskriver ett 20-årigt samarbete mellan socialtjänst och psykiatri. Deras samverkansavtal ger tydlighet i uppdraget och i en central samrådsgrupp på ledningsnivå träffas socialtjänst, psykiatri och brukarorganisationer. Där berörs frågor som rör samverkansavtalet. Samverkan måste förankras i organisationen, då kommer engagemang, intresse och vilja från personalen att göra samverkans-

arbetet framgångsrikt. Det är viktigt med trygghet i organisationen och att det finns en kultur som tillåter medarbetarna att hitta bra samverkansformer. Det handlar om att överskrida gränser, organisatoriska och personliga. Man måste fråga sig *Vad kan jag bidra med för att lösa det här? inte Hur kan vi komma undan detta problem?*

Karin och Siv berättar att de i arbetet med brukaren använder ett gemensamt behovsbedömningsinstrument, CAN-skattning. För att få en gemensam grund för behovsbedömning anordnar vårt projekt en utbildning i CAN-skattning för dem i arbetsgrupperna. Utbildningen genomförs i mars 2006 med Bo G Ericson som är den som har översatt det engelska materialet till svenska.

Mellan lärandeseminarieerna fortsätter grupperna att arbeta på egen hand med förbättringsarbetet. Som samordnare har jag inte mycket kontakt med grupperna mellan seminarierna. Det framkommer dock att det finns hinder för att komma vidare i projektarbetet, gamla motsättningar mellan huvudmännen och kulturella motsättningar. För att hjälpa dem vidare anordnas vid det andra lärandeseminarier i april en föreläsning om bemötande och människosyn. Målet är att grupperna börjar reflektera över sitt eget förhållningsätt och hur de vill att gruppens medlemmar skall förhålla sig till varandra; att hjälpa dem att skapa en grupp känsla. Utbildningsdagen genomförs på ett enkelt och underhållande sätt men med ett tydligt budskap. Den andra seminariedagen redovisar grupperna sitt arbete och med stöd av Camilla arbetar de vidare med projektet. Jan Renberg berättar om Miltonprojektet i Piteå, där de arbetar fram former för ett gemensamt arbetssätt. Vårt arbetssätt påminner om Piteås, att de har kommit en bit längre kan arbetsgrupperna nyttja. De får dessutom, enskilt, svara på en enkät som arbetsgruppen sedan går igenom. Enkäten knyter an till föreläsningen om bemötande och människosyn och berör frågor om kultur, arbetsklimat, ledarskap och delaktighet. Grupperna väljer att lyfta fram att de vill ha tydligare direktiv, ramar och förutsättningar för projektet i fråga om pengar och mandat. Att tid avsätts för projektet och att deras chefer visar engagemang för projektet, som inte alltid upplevs sanktionerat. Tydligare information efterfrågas om projektet och om de överenskommelser som finns om ersättning för vikarier. Slutligen efterfrågas ytterligare handledning i genombrottsmetodiken då projektet upplevs mer inriktat mot metodkunskap än mot förbättringsarbete.

Synpunkterna tas med till styrgruppsmötet i maj där de ekonomiska ramarna och var och ens ansvarsområde tydliggörs samt att arbetsgrupperna får i uppdrag att börja skriva ned rutiner för samverkan. Projektledaren arbetar för att förbättra informationen. Skriftlig information om tagna beslut skickas till arbetsgrupperna och till berörda chefer inom kommun och landsting. För att öka de ansvariga chefernas delaktighet kallas de till nästa lärandeseminarium i september. Den första dagen deltar enbart arbetsgrupperna som förutom att arbeta i gruppen även får förbereda sig inför dag två. Yngve Johansson, som bland annat arbetar med organisationsutveckling, har som uppdrag att leda grupperna och verksamheternas chefer i arbetet med rutiner. Den andra dagens innehåll riktas mot cheferna, Marja-Leena Komulainen inleder med styrgruppens intentioner och stor vikt

läggs vid upprättandet av rutiner – som bör innehålla rutiner för aktualisering, gemensam vårdplanering, samordning och ansvar, uppföljning av insatser samt hur man skall göra när man inte är överens. Detta prioriteras och ansvaret läggs på arbetsgrupperna, vilket medför att det dominerar arbetet resten av året. Vidare gästföreläser Elisabeth Berg, Luleå Tekniska Universitet om samverkan och samarbete och Anette Peterson, Qulturum i Jönköping, föreläser via videoteknik om ledarskap i förändring.

För att fortsätta med upprättandet av rutiner anordnas ett fjärde seminarium i november. Yngve Johansson fortsätter att leda arbetet och föreläser om chefers betydelse i ett förändringsarbete. Eftersom Camilla Andersson inte deltar inriktas dagarna helt på upprättandet av rutiner. Även till detta seminarium kallas cheferna för kommun och landsting den andra dagen. Där utarbetar de tillsammans med arbetsgrupperna innehållet i rutinerna. De blir i sitt innehåll färdiga men kommer att justeras något innan styrgruppen tar del av dem i december. Vidare diskuteras hur samverkan skall fortsätta och för det finns olika lösningar.

I vissa kommuner finns samverkansträffar på chefsnivå, där detta kan läggas in som en punkt på dagordningen, medan det i andra kommuner vore önskvärt att bilda en sådan grupp. Ansvaret för upprättandet av rutiner och eventuella samverkansgrupper flyttas nu över på cheferna. På en verksamhetsnära nivå och på initiativ av vuxenpsykiatrin anordnas samverkanskonferenser med jämna mellanrum i varje kommun där dessa verksamheter medverkar.

Vid det sista styrgruppsmötet i december beslutas att de upprättade rutinerna skall användas i verksamheten, som får i uppdrag att finjustera dem för att bland annat få brukaren mer i fokus. Mellancheferna för såväl kommun som landsting ansvarar för att samverkan fortsätter, i de forum som finns eller som skapas. För att fortsätta implementeringen får arbetsgrupperna beskriva på vilket sätt de vill arbeta med detta och de pengar som är kvar i projektet delas ut till arbetsgrupperna. Det kan vara muntlig information på arbetsplatsträffar, upptryckning av broschyrer eller utbildning. Styrgruppen poängterar att i och med att projektet tar slut upphör också Miltongrupperna. De enskilda kommunerna får, om de själva bestämmer det, ha kvar gruppen men den bör kallas något annat. Detta för att visa att projektet upphör och att resultatet skall in i ordinarie verksamhet. Som avslutning av projektet anordnas ett seminarium med föreläsningar i januari 2007. Där får samtliga grupper möjlighet att träffas en sista gång och all personal inbjuds att delta.

Vad har projektet resulterat i?

Arbetsgrupperna utformar syfte och mål med utgångspunkt i det övergripande syftet. Deras arbete är lokalt förankrat, men upplägget i projektarbetet är i mångt och mycket detsamma i samtliga grupper. De väljer fyra till fem brukare att arbeta tillsammans med, som har kontakt med flera aktörer. För att möjliggöra ett gemensamt arbete utformas blanketter där brukaren lämnar sitt medgivande att delta. En gemensam vård- eller omsorgsplan utarbetas och CAN-skattning används, vilket av de flesta upplevs vara bra vid behovsbedömningar. Mycket tid

läggs ned på information såväl till brukare som till personal. Grupperna utformar skriftlig information i form av basfaktablad, verksamhetsguider och guider till brukare och anhöriga, informationskort i visitkortsformat med mera. Den uppgift som grupperna ägnar en stor del av hösten 2006 åt är att utforma rutiner för aktualisering, vårdplanering, samordning och ansvar, uppföljning av insatser samt hur man skall göra när man inte är överens. Cheferna för respektive verksamhet får möjlighet att ta del av och godkänna dem innan styrgruppen tar beslut att de skall användas. Rutinerna används för brukare som behöver stöd av flera aktörer och samverkanskonferenserna som startas är ett bra forum för det.

För att beskriva vad projektdeltagarna upplever att projektet har resulterat i för verksamheten och för brukaren är min utgångspunkt de samtal med deltagarna och deras slutrapportering, som publiceras i en separat rapport. Från den plockar jag ord och meningar som beskriver deras upplevelse. I första hand gäller det förbättringar i verksamheten, som är enkla att mäta. I en förlängning kan man anta att förbättringarna även kommer brukaren till del.

Projektet skapar möjlighet till förändring, kunskapen om och förståelsen för varandras verksamheter har ökat, så också ansvarstagandet. Därigenom förbättras samverkan, personliga och organisatoriska motsättningar och låsningar har utvecklats mot det bättre och respekten för varandra och varandras yrkesroll har ökat. Genom en metod eller modell för samverkan underlättas arbetet med de brukare som behöver hjälp och stöd från flera aktörer. Rutiner för samverkan har upprättats och samverkanskonferenser skall genomföras med jämna mellanrum. Konferenserna kännetecknas av ett gemensamt ansvarstagande samtidigt som den egna kompetensen finns kvar och en uppgift kan vara att handleda varandra utifrån den egna specifika kompetensen. Verksamheterna blir bättre på att upptäcka behov hos brukaren och medverkar till att de tillgodoses. För brukaren har vägen från aktualisering till färdiga insatser blivit kortare och enklare bland annat genom färre kontakter.

En region – fyra kommuner

Östra Norrbotten är en region som har mycket gemensamt, men där kommunerna skiljer sig en hel del åt, så även arbetsgrupperna. Varje kommun har en egen historia vad gäller samverkan mellan kommun och landsting som avspeglas i gruppernas arbete. Elisabeth Berg (2004) refererar till Staffan Johansson som beskriver att det finns två modeller för utvecklingsarbete. I den avskilda modellen, som gäller i detta projekt utses en projektledare och de som är intresserade och vill delta lyfts ut från organisationen. Problem med denna modell handlar om svårigheter att genomföra sina idéer i den ordinarie verksamheten. Ett motstånd som kan öka när förändringarna strider mot organisationens identitet, kultur, värderingar och verklighetsuppfattning. Danermark (2000) menar att när organisationen fungerar och är stödjande i ett samverkansprojekt får inte personkemin stor betydelse. Men när organisationen inte stöder samverkan får personerna i grupperna och i verksamheterna större inflytande över hur samverkan fungerar. I detta avsnitt berörs några av de svårigheter och möjligheter

i samverkan som har varit under projektet i de olika kommunerna och i de olika arbetsgrupperna. Det är en subjektiv beskrivning som utgår från de erfarenheter som jag har gjort som samordnare för olika samverkansprojekt i Östra Norrbotten.

När Miltonprojektet startade i Övertorneå kommun var utgångspunkten en samverkan mellan de båda huvudmännen som inte fungerade särskilt väl, som har kantats av motsättningar, vilket avspeglades i arbetsgruppen. Detta blev bättre under projektet men det var ett tidskrävande arbete att komma förbi dessa hinder. En av vinsterna upplevs vara att respekten för varandra har ökat. I *Haparandas* arbetsgrupp synliggörs att organisationen inte stöder samverkan uttryckligt. Min upplevelse är att ledningen är intresserade men att de inte prioriterar förankringen av samverkan, kanske på grund av att många uppgifter konkurrerar om tiden. Det skapar osäkerhet bland dem i arbetsgruppen som inverkar på möjligheterna att samverka och att överskrida de organisatoriska gränserna. Projektet och dess styrgrupp hade kunnat visa vikten av förankringsarbetet tydligare och mellancheferna hade kunnat involveras tidigare i arbetet. I *Kalix* fungerar projektarbetet bra och det är flera personer som tar initiativ till förändring. Deltagarna kompletterar varandra och de är en grupp, trots att de i början knappt känner till varandra och varandras verksamheter. Upplevelsen är att projektet prioriteras av chefer inom såväl kommun som landsting. Problemen är att gruppen upplever en otydlighet i hur projektet skall genomföras och att arbetsättet mer riktas mot metoden än mot ett förbättringsarbete. Tydligare direktiv i början av projektet hade underlättat arbetet. *Överkalix* har sedan tidigare ett bra samarbete mellan kommunen och landstinget, mycket beroende på de personer som arbetar i verksamheterna. Däremot finns vissa brister i de organisatoriska förutsättningarna för samverkan. Gruppen är intresserad av projektet och blir en väl sammansatt grupp som enligt dem själva karaktäriseras av respekt för varandras kompetens. Den största nackdelen är svårigheterna för gruppen att fokusera på förbättringsarbetet och driva projektet framåt då de tidvis inte upplever att det finns några *problem*.

Handledarens roll är betydelsefull i projektet, speciellt i de grupper som inte upplever att de har stöd av sina chefer och där inte heller en grupp känsla utvecklas. Det är dessa grupper som behöver handledaren i stor utsträckning och i en annan roll än den som är bruklig i genombrottsprojekt. Där organisationen fungerar, med stödjande ledning och/eller där personkemin finns behövs inte handledaren till andra uppgifter. I de grupper där projektet drivs framåt finns inte den mest aktiva handledaren, där sköts kontakten i huvudsak via telefon och e-post. Vidare har projektledaren och projektledningen ett ansvar att se till att arbetet flyter för grupperna. Danermark beskriver ledningens roll under ett projektarbete: "... *ledningen måste ha en aktiv roll under hela processen. Det dyker ständigt upp frågor som bäst hanteras på ledningsnivå. Om ledningen är frånvarande eller passiv vid dessa tillfällen kan det få förödande konsekvenser för samverkan.*" (Citat sid. 19). Projektledaren är den som skall föra information mellan grupperna och styrgruppen och skall se till att information sprids i projektet. Detta har skett

främst via e-post. På vilket sätt projektledaren och projektledningen skall arbeta är något som bör klargöras tydligare i början av ett projekt – för att undvika missförstånd och förhoppningar som inte kan infrias. I detta arbete hör att även tydliggöra ansvaret hos mellancheferna i ett tidigt stadium.

Eftersom detta är ett samverkansprojekt valdes projektmodellen där deltagare från olika verksamheter medverkar med en projektledare som har i uppgift att samordna projektet. Det har medfört svårigheter att förankra arbetet i varje verksamhet och arbetsgrupperna har emellanåt haft svårt att genomföra sina förbättringsidéer i den egna verksamheten, speciellt i de kommuner där samverkan inte är en naturlig del i arbetet.

Reflektioner

Det här projektet hade till syfte att genom ökad kunskap om olika psykiska funktionshinder och om varandras kompetens- eller ansvarsområden skapa hållbara samverkansformer som garanterar de psykiskt funktionshindrade möjlighet till den vård och de stödåtgärder de har rätt till i samhället.

Samverkan mellan kommun och landsting är ingen ny företeelse och är idag något av en nödvändighet, speciellt i mindre kommuner och inom områden som kräver fleras kompetens – som inom psykiatriens område där det finns många människor som inte får den vård och det stöd de behöver och som faller *mellan stolarna*. Det finns en mängd faktorer som avgör om samverkan blir framgångsrik eller inte, som verksamhetens kultur, chefers medverkan och projektmedlemmarnas deltagande. I projektet har vi arbetat för att bilda samverkansteam där var och en går in med sin kompetens och erfarenhet för att dela med sig av den till andra och för att få nya kunskaper och erfarenheter. Utifrån det skapas ett annat arbetsätt där gemensamma rutiner och samverkanskonferenser är en del i ett gemensamt arbete som förhoppningsvis kommer att leva vidare. I vissa grupper har detta arbete varit enklare medan andra har mött svårigheter och motstånd. Hinder för samverkan kan vara revirstrider och chefers bristande intresse för projektet eller otydlig information. Det kan finnas svårighet att nå ut med idéer för förbättring, vilket enligt Staffan Johansson kan bero på organisationens identitet, kultur, värderingar och verklighetsuppfattning. Finns det en kultur som inte tillåter nya idéer, eller värderingar som inte tillåter människor att kliva över gränserna för att komma bort från det stuprörstänkande som existerar mellan landsting och kommun, kan det fungera som hinder för samverkan.

Besluten har gått från styrgrupp till arbetsgrupp med information till mellanchefer, via projektledaren som har fungerat som en spindel i nätet. De som har drivit arbetet framåt är arbetsgrupperna, de har varit delaktiga i upprättandet av rutiner och samverkansformer. Det var en förutsättning i projektet och har medfört att styrgruppen enbart gav riktlinjer för projektet och hade en beslutande funktion. Valet att inte engagera berörda mellanchefer genom hela projektet har främst haft praktiska orsaker, där projektledarens arbetstid var den största. Ett beslut som har fått en del mindre positiva effekter.

På många håll har projektarbetet fungerat bra, mycket tack vare engagerad och intresserad personal. Stort eget ansvar har lagts på dem vilket i vissa grupper har visat sig problemfyllt då upplevelsen är att de närmsta cheferna inte visar engagemang och intresse för projektet och mandatet för att delta har varit otydligt. I de grupper där projektet prioriterats av cheferna och där de kände att de fick delta har samverkan fungerat bättre, vilket också framkom i resultatet av enkäten om samverkan. Det kan vara så att deltagarna i den grupp där samverkan fungerar bra, aktivt har arbetat för att få den kontakten med sina närmaste chefer. Även om det finns många chefer som tar sitt ansvar borde de ha involverats tidigare i gruppernas arbete så att deras ansvar som stödjare och möjliggörare i projektet tydliggjordes, för båda parter.

Genombrottsmetodiken har bidragit till att ge struktur på projektet och en av de stora vinsterna med metodiken har varit att grupperna försöker ha ett större fokus på målgruppen – att projektet skall medföra förbättringar för dem – än vad man med många andra metoder hade haft. Det har dock inte varit enkelt och grupperna har inte mätt resultatet i den omfattning som brukligt är i genombrottsprojekt. Det har funnits tendenser under projektet att grupperna fastnat i metodiken och ägnat tid till att följa metodiken istället för att arbeta med projektet och brukarna. Vid de tillfällena hade en tydligare styrning behövts av den egna verksamheten och av projektorganisationen. Inte heller har det funnits så många i projektet som har arbetat med genombrottsprojekt tidigare, vilket försvårar arbetet. Psykiskt funktionshindre är en målgrupp som många gånger behöver lång tid och motivation för att förändra sitt liv, vilket visar svårigheten med kortsiktigheten i sådana statliga satsningar.

Lärandeseminarier gav deltagarna tillfällen att träffas och bilda nätverk, vilket har varit viktigt. Innehållet i lärandeseminarier, med förbättringsarbete, erfarenhetsutbyte och föreläsningar har syftat till att möjliggöra för grupperna att arbeta vidare med projektet och komma runt de hinder som uppkommit under resans gång. Att gemensamma arbetsformer, rutiner och handlingsplaner utarbetats och att nätverk bildats är faktorer som kan förbättra samverkan och som gör samverkan mer bestående. När projektet hade pågått ett halvt år uppgav såväl personal som arbetsledare att faktorer som gör att samverkan består är just upprättandet av rutiner, förankring av ett nytt arbetssätt, nätverk och förståelse för andra verksamheters arbete. En viktig del är att chefer är med i beslutsfattandet, vilket också har visat sig under projektet.

Har förväntade resultat nåtts?

Innan projektet förväntades att det skulle bidra till att ett annat arbetssätt utvecklades och att samverkan förbättrades. Respekt för varandras arbete och att alla arbetar åt samma håll var andra förväntningar. Till stor del har dessa förväntningar uppnåtts eller så har en grund lagts för ett fortsatt arbete. En annan förväntning, som angavs i projektplanen var att kunskapen om målgruppen skulle förstärkas. Det har genom de seminarier, föreläsningar, utbildningar och inte minst genom gruppernas arbete givits tillfällen att höja kunskapen om

målgruppen. Deltagarna har fått en ökad kunskap om hur andra verksamheter arbetar och vilken erfarenhet och kunskap varje verksamhet har – och hur den kunskapen kan nyttjas. Rutiner för samverkan mellan aktörerna har upprättats och det finns genom samverkanskonferenserna forum för samverkan och möjlighet att arbeta för att samverkan skall bli hållbar i ett längre tidsperspektiv.

Det som förbättrar samverkan, som både arbetsledare och personal har uppgett i enkätundersökningen, är gemensamma arbetsformer och upprättandet av handlingsplaner eller rutiner. Nätverk har skapats mellan projektdeltagarna, där kontaktvägarna är enklare och snabbare än tidigare. Det framkom vidare i enkäten att förväntningar fanns innan projektet att brukaren skulle få rätt vård och omsorg och inte hamna mellan stolarna, som är vanligt för många i målgruppen. Ett citat illustrerar dessa förväntningar: *”Att brukaren blir nöjd och trygg med insatserna på en gång och slipper fara runt till olika instanser samt att brukaren får en bra livskvalitet.”* I arbetsgruppernas slutrapport beskrivs att genom att arbeta tillsammans med de brukare som behöver hjälp av flera aktörer torde ingången till systemet förenklas och brukaren i större utsträckning få den hjälp denne behöver. Samtliga grupper har dessutom utformat en vård- eller omsorgsplan som används vid gemensamma planeringar, tillsammans med brukaren.

Att engagera brukarorganisationer, som Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, och andra aktörer som försäkringskassa och arbetsförmedling, var ett önskemål i början av projektet och är något som Nationella Psykiatrisamordningen prioriterar. Varje arbetsgrupp har informerat dem och andra aktörer som har bedömts viktiga i den enskilda kommunen, dock har de inte använts som en referensgrupp. En svårighet i Östra Norrbotten är att det finns få brukarorganisationer, RSMH är i princip den enda föreningen som är aktiv, dock inte i samtliga kommuner. Varje grupp har också arbetat tillsammans med några brukare och gjort CAN-behovsbedömningar och gemensam vårdplanering. Förhoppningen är att man i kommunerna arbetar för att hitta former för att brukaren i större omfattning medverkar i sin egen behandling. Birgitta Sjögren-Öhlund gav i sin föreläsning flera exempel på hur man kan involvera brukare i arbetet.

Det som inte ännu har varit möjligt att genomföra och som behöver beslut på en högre nivå än på den verksamhetsnära nivå som detta projekt har bedrivits, är möjligheten att införa ett gemensamt informationsöverföringssystem. Alla verksamheter har inte tillgång till informationsöverföringssystemet Meddix, men frågan har diskuterats vid styrgruppsmötena och lär framöver bli en fortsatt fråga för ledningen.

Om projektets upplägg hade varit annorlunda, hade resultatet varit ett annat då?

Det är en fråga som jag som projektledare har ställt mig många gånger. Det går inte att börja om från början och det som är gjort är gjort. Hade mellancheferna varit mer delaktiga i projektet, hade projektledaren arbetat på ett annat sätt eller hade handledaren haft en annan uppgift, vad hade resultatet varit då?

Handledares, chefers och projektledningens deltagande har haft betydelse för hur arbetsgrupperna har fungerat och vilket resultatet blev. Det har också haft

betydelse vilka personer eller personligheter som har ingått i arbetsgrupperna, vilken kultur som finns såväl i verksamheten som på orten.Handledarens roll har varit viktig, speciellt i de grupper som har behövt stöd och som inte upplevde det stödet av sina chefer. Det är dock inte i de grupper där projektet drivits framåt som har haft den mest aktiva handledaren, där har kontakten skötts i huvudsak via telefon och e-post. Däremot har dessa grupper haft ett mer uttalat stöd av sina chefer och deltagare som arbetar målmedvetet. Även projektledaren har ansvarat för att se till att arbetet flyter för grupperna och är den som har ansvarat för att föra information mellan grupperna och styrgruppen och för att information spreds i projektet, vilket skedde främst via e-post. Skriftlig information är inte alltid det bästa sättet att sprida information men är tidseffektivt. Detta är element som bidrar till om ett projektarbete blir framgångsrikt.

Naturligtvis finns många andra faktorer som samspelar – om ett projekt uppnår resultat och om det sätter avtryck i den ordinarie verksamheten, i ett längre tidsperspektiv. Det finns kulturella skillnader i organisationerna och i kommunerna, det finns motsättningar, ibland gamla motsättningar som får betydelse om man vill eller får kliva en bit över gränserna eller inte. I enkätundersökningen svarade personalen och arbetsledarna att de största hindren för en fungerande samverkan är revirstrider och att *man gör så som man alltid har gjort*, fantasilöshet. Karin Melander och Siv Hedström poängterade att samverkan måste förankras i organisationen, då kommer engagemang och intresse från personalen. Det måste finnas en kultur för samverkan och man måste *våga* överskrida gränserna.

Avslutningsvis finns en grund för samverkan i Östra Norrbotten, som är utarbetad av verksamheterna, frågan är om den blir hållbar i ett längre tidsperspektiv. Det är den ordinarie verksamheten med dess personal och ansvariga chefer som har bollen i sin hand.

Referenser

Berg, Elisabeth (2004:15) *Med fokus på ledarskap. En utvärdering av effekterna av ett ledarutvecklingsprogram vid Luleå tekniska universitet.* Luleå tekniska universitet. Institutionen för arbetsvetenskap, Avdelningen för industriell produktionsmiljö.

Danermark, Berth (2000). *Samverkan – himmel eller helvete?* Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.

Koskinen, Janne (2005). *Varför brister samarbetet kring psykiskt funktionshindrade? Samlade erfarenheter gällande hinder, möjligheter och fungerande exempel.*

http://www.sou.gov.se/psykiatri/z_PDF/rapport_samverkan.pdf (2007-04-26).

Regeringens proposition 2002/03:20. *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*

Regeringens proposition 1996/97:124. *Ändring i socialtjänstlagen.*

Samverkan kring personer med komplexa vårdbehov, på grund av psykisk störning och missbruk

Birgitta Holmgren

Stora förändringar har skett inom psykiatrin och missbruksvården. Under åttiotalet var trenden att alla skulle på behandlingshem för sitt missbruk, medan nittiotalet präglades av att slutenvården minskade kraftigt och ersattes med en minimal öppenvård. Olika trender och attityder har präglat inriktningen. På 2000 talet har en uppbyggnad av öppenvården skett och SBU rapporten om Missbruk/Beroende ger denna patientgrupp en öppning för att få den bästa behandlingen.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks och beroendevård ger en ökad uppmärksamhet och aktivitet hos hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att åstadkomma ett bättre resursutnyttjande, högre kvalitet, större jämlikhet i den vård och behandling som erbjuds missbrukare.

Psykiatrin har också genomgått en rad förändringar där psykiatrireformen 1996 innebar den största förändringen. Efter det har slutenvårdsplatserna kraftigt reducerats och resurser satsats i öppenvården. Regeringen tillkallade i oktober 2003 en Nationell Psykiatrisamordnare med uppgift att se över bl.a. resurser, insatser och arbetsformer för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Riksdagen beslutade efter förslag från regeringen, om en satsning inom psykiatrin och socialtjänsten genom att tillskjuta särskilda medel.

Länsvis fördelning av 400 miljoner kronor år 2005 och 100 miljoner kronor för år 2006. Satsningen avser främst gemensam utveckling av verksamheter mellan landsting och kommuner. Personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder och samtidigt missbruk var inkluderade i målgruppen och skulle särskilt beaktas.

Projektansökan från Kraftfält Norr insändes 2005 och hade som syfte att ”samordna resurser kring personer med sammansatt problematik s.k. Dubbeldiagnoser. ”Arbetsättet syftade också till att vara tillämpligt på psykiskt sjuka med komplicerad social problematik som är i behov av insatser från många olika aktörer. Ibland hamnar personen hos en instans och skyfflas till nästa, där resurser satsas med ett kortsiktigt perspektiv. Endast effektiv samverkan kan på längre sikt åtgärda den komplicerade problematiken och använda de gemensamma resurserna på det mest effektiva sättet ur ett brukarperspektiv. Målet inom Kraftfält Norr är skapa ett gemensamt arbetssätt. Vidare ingick det att

tydliggöra och stärka primärvårdens roll både när det gäller tidiga insatser och i behandling av svårare problematik.

De sökandena var kommunerna inom Kraftfält Norr, Jokkmokk, Gällivare, Kiruna och Pajala samt Landstingspsykiatri och sex vårdcentraler inom primärvården. En styrgrupp tillsattes bestående av socialcheferna i nämnda kommuner, fyra verksamhetschefer från vårdcentralerna, samt verksamhetschefen för Malmfältens Psykiatri.

Det förväntade resultatet var att efter avslutat projekt skulle verksamheterna uppnå permanenta förändringar som man avser att implementeras i verksamheterna. Det nya arbetssättet skulle inte vara kostnadsdrivande utan istället effektivisera resursanvändningen via samverkan. Projektmedlen skulle användas till en projektledare, utbildning samt att upprätta ett policydokument som skulle reglera samverkan.

En projektledare tillsattes, Karin Granlund som arbetade i projektet från den 15 oktober 2005 till och med den 15 juni, 2006. Karin slutade som projektledare då hon flyttade från Kiruna i augusti 2006. Den som drev projektet vidare blev då Birgitta Holmgren, som fortsatte från 15 september, 2006 till den 31 december, 2006. Birgitta hade redan från starten deltagit i projektet genom projektgruppen, där hon representerade primärvården. Birgitta fortsatte med projektet ytterligare tre månader från 1 januari tom 31 mars, 2007, då ytterligare medel beviljades från Länsstyrgruppen. Projektledarna har varit anställda på 80 % med uppehåll tre månader under sommaren. Detta arrangemang gjorde att projektet kunde pågå under längre tid. Båda projektledarna var anställda av Kiruna kommun resterande 20 %, som sjuksköterska på kommunens särskilda boenden respektive som handledare för hemtjänstpersonal. Arbetsledare för projektledarna var avdelningschef Maggie Falk, IFO, Socialtjänsten i Kiruna. Projektledarna har haft sitt kontor i IFO: s lokaler.

Projektgruppen har bestått av representanter från Socialtjänsten, Jokkmokk, Pajala och Kiruna, Malmfältens Psykiatri. Projektgruppen har haft möten under det första året en gång/månad, därefter varannan månad. Deltagarna har turats om att skriva minnesanteckningar.

Projektet "Samverkan kring personer med komplexa vårdbehov, pga. psykisk störning och missbruk".

Från början gick projektet under benämningen "Dubbeliagnos-projektet". Allteftersom tiden har gått har ordet "dubbeliagnos" kommit att ersättas av "samsjuklighet" eller ännu bättre "personer med komplexa vårdbehov" för att motsvara det som verkligheten. Språkbruket i dokumenten att benämna någon "missbrukare" har ersatts med "personer som har ett missbruk/beroende."

Vid starten gjorde projektledaren en inventering av antal personer som både har en psykisk störning och ett missbruk/beroende under december 2005 och januari 2006. Antalet personer är följande:

Kiruna kommun har 26 diagnostiserade personer enligt Socialtjänsten. Enligt Malmfältens psykiatri, 14 personer. Gällivare kommun har 19 diagnostiserade personer enligt Socialtjänsten. Enligt Malmfältens psykiatri, 21 personer. Pajala kommun har 6 diagnostiserade personer enligt Socialtjänsten. Enligt Malmfältens psykiatri, 1 person. Jokkmokks kommun har 3 diagnostiserade personer enligt Socialtjänsten. Enligt Malmfältens psykiatri, 4 personer. Totalt finns det inom Kraftfält Norr 40 personer som har diagnosen dubbeldiagnos enligt Malmfältens psykiatri.

Det är svårt att bedöma av vilken anledning siffrorna skiljer sig åt. De finns också ett antal personer som misstänks ha diagnosen. Det faktum att missbruk/beroende ger allvarliga psykiatriska symtom kan vara en av orsakerna. Även om dessa klingar av eller helt försvinner efter en kortare tid av drogfrihet. Dessa personer har i så fall inte diagnosen.

Det förefaller som om 40 personer i Kraftfält Norr är ett mera troligt antal och överensstämmer med bilden i landet i övrigt. Svårt psykiskt sjuka med missbruk, 60-70/100 000 invånare (prop 1993/94:218). Kommunerna i Kraftfält Norr har tillsammans ett innevånarantal på 54 982 personer fördelade på Kiruna: 23 254, Gällivare: 19 204, Pajala: 6 925, Jokkmokk: 5 599.

Kartläggning av resurser inom missbrukarvård och kommunpsykiatri

Kiruna kommun

Inom missbrukarvården arbetar 3 socialsekreterare. På Åkaregatan finns 25 lägenheter som bebos av personer med missbruk och även med dubbla diagnoser. I samma hus finns Café Åke som är öppet alla vardagar. Freja är en öppenvårdsverksamhet och där bedrivs motivationsarbete, eftervård och behandling. Även Freja ligger i samma hus. Tillsammans på Åkaregatan arbetar 3,25 behandlingsassistenter. Team Fix är en offentligt skyddad anställning för män med missbruk och har tio platser.

Kommunpsykiatrin har enheten Rosenroten med tolv lägenheter. Där arbetar tio personer, 100 %. De far även ut i kommunen och har 65 aktiva ärenden.

Gruppboendet Bromsgatan/Glimten har 13 boenden och 13 anställda, 100 %. Aktivitetscentra Ljungan för psykiskt funktionshindrade har ca 20 besökare varje vardag, samt en grupp på ytterligare 6 personer som kommer ibland. Ljungan har 4 anställda, samt en arbetsterapeut knuten till sig. Ljungans verksamhet bygger på olika aktiviteter efter individuella behov.

Gällivare kommun

Det är 4 socialsekreterare som arbetar med missbruk samt två behandlingsassistenter är knutna till missbrukarvården. Kommunpsykiatrin har fyra gruppboende, där det bor sammanlagt 34 personer. På t2 av boendena finns inte personal nattetid. Sammanlagt finns 28,75 tjänster. Det finns också ett mobilt team på 4 personer som besöker brukare. Huvudsak handlar det om social träning. Träffpunkten är en dagverksamhet som är öppna vardagar. Där är 13 personer knutna dit men det finns även möjlighet för andra att delta i social samvaro. Dagverksamheten har 3 tjänster.

Jokkmokks kommun

Det är 2 socialsekreterare som handlägger missbruksärenden. Oasen är kommunpsykiatrins öppenvårdsverksamhet med 3 boenden i egna lägenheter. Oasen är öppen alla vardagar, vissa kvällar och viss tid på helgerna och har 4 anställda. Man har 8 brukare ute i kommunen med dagliga insatser både i Vuollerim och i Porjus.

Pajala kommun

Det är 2 socialsekreterare handlägger missbruk/psykiatriärenden. Bojen har två behandlingsassistenter som även har delegering på avgiftning i hemmet. Detta sker i nära samarbete med vårdcentralen. De har ca 35 ärenden, även uppsökande verksamhet. Sköter även Antabusbehandling. Bojen har öppet på förmiddagar. Kommunpsykiatrins sjuksköterska har viss handledning på Bojen.

Kommunpsykiatrin har verksamheten Klippan, 4 boende i anslutning till Klippan och dagverksamhet. Där finns 6 behandlingsassistenter samt en sjuksköterska med Kognitiv Steg 1 utbildning. De arbetar med sammanlagt 40 personer. I Pajala finns 85 byar och är den kommunen som har mest glesbygd.

Dagverksamheten är öppen alla dagar i veckan och har en rad aktiviteter med enskilda arbetsplaner.

Personliga ombud

I Kraftfält Norr finns 2 personliga ombud, lokaliserade till Kiruna och Gällivare.

Brukarorganisationer

RSMH (Riksförbundet för social och mental hälsa) finns i Gällivare och har ca 50 medlemmar. De har egen lägenhet och en person anställd med lönebidrag. De driver även café 'Finnsta' med 1,5 personer lönebidragsanställning. AMH (Aktiv mental Hälsa) finns i Kiruna och har egen lägenhet, med en person anställd. De har öppet alla vardagar.

AA (Anonyma Alkoholister) finns i Kiruna med 20 aktiva medlemmar varav 25 % kvinnor. AA finns även i Gällivare, okänt antal medlemmar samt finns för Pajalabor i finska Kolari. Avståndet dit är 2,5 mil.

Sällskapet Fria Länkarna finns i Kiruna och har ca 27 aktiva medlemmar. Tar emot personer med psykisk sjukdom och missbruksproblem och träffas varje månad, de kräver ingen nykterhet. I Pajala är Sällskapet Fria Länkarna aktiva, och

de avkräver nykterhet. De har en person med lönebidragsanställning. Samarbetar med Bojen och träffas en gång/vecka och har gemensamma aktiviteter.

Kvarngården i Jokkmokk drivs av Sällskapet Fria Länkarna. Det finns 6 platser och det finns 4 anställda som utgår från 7-punktsmodellen.

Resurser som gagnar målgruppen

Bäst utvecklade dagverksamheter, möjligheter till stödd sysselsättning både för gruppen med psykiska funktionshinder och gruppen med miss/beroende finns i de små kommunerna Pajala och Jokkmokk. Där finns också väl utbildad personal och nära samarbete. Kiruna är också väl tillgodosedd. I Kiruna finns öppenvårdsverksamhet i form av Freja med behandlingspersonal. Gällivare har minst egna öppenvårdsformer inom missbrukarvården.

Inom kommunpsykiatrin har Gällivare en särställning. I samband med psykiatrireformen omflyttades personal från landstingets psykiatriska klinik till kommunens gruppboende.

Det kan finnas anledning att tro att ”landstingskulturen” följt med personalens förhållningssätt till förfång för Socialtjänstens syn på att lyfta fram det friska och normala.

I de övriga kommunerna, särskilt Kiruna finns en större önskan att få psykiatrisk handledning, utbildning om psykiatriska sjukdomar och behandlingssätt. Man är mer öppen för att det behövs ett bra förhållningssätt och lyhörddhet från personalen för att omvårdnaden ska bli så bra som möjligt för brukarna.

Malmfältens Psykiatri har alla fyra kommunerna inom sitt ansvarsområde. Den psykiatriska vårdavdelningen har 13 platser för alla fyra kommunerna. Den mesta verksamheten sker dock genom öppenvårdsverksamhet i 3 olika enheter, beroende på diagnosgrupp. Personalen reser ut i de olika kommunerna och har egna lokaler där man träffar patienterna. De 10 personer som representerar samtliga enheter arbetar särskilt med de personer som har dubbla diagnoser och komplexa vårdbehov.

Metod

Personalenkäter

Under januari 2006 skickades enkäter ut till all personal i de olika enheterna. 115 svar kom in. Bl.a. ställdes frågan om vårdgrannar, samarbete och önskan om utbildningsinsatser. Dessa uppgifter och önskemål blev underlag för utbildningsinsatser under projektiden. Utbildningsönskemål handlade om kunskap om missbruk, psykiatri och båda tillstånden tillsammans. Samma enkät skickades ut januari 2007.

Intervjuer gjordes med arbetsgruppens deltagare och representanter från olika verksamheter. Det framkom från personalen en förväntan och längtan efter bättre samverkan. Att det ska finnas en ”DD grupp” som har större kunskap, har

förståelse och respekt gentemot varandras kunskande. En önskan fanns också att göra situationen bättre för de personer som man uppfattat ramlat mellan stolarna och man sett far illa pga. dåligt samarbete. Det ska skapas ett policydokument som förenklar samarbetet. Samtidigt fanns en förståelse för att Kraftfält Norr är ett stort område och för att åstadkomma förändringar inom så många verksamheter är ett år en kort tid.

Upplägg och organisation

Policydokument eller riktlinjer för samverkan

Styrgruppen gav projektgruppen i uppdrag att skapa ett policydokument. Detta skedde genom att ett dokument skapades av projektledaren efter diskussion i projektgruppen. Dokumentet gick ut på remiss till alla enheter innan sommaren. De synpunkter som inkom var att göra det så enkelt som möjligt med ett språkbruk som var känt och förstått av personal inom landsting och kommun. Det skulle heller inte innehålla några specifika behandlingsmetoder som inte är kända av alla och förändras över tid. Policydokumentet skickas även till brukarorganisationer, dock kom det inte några svar tillbaka. Det var också av betydelse att det skulle vara enkelt att få kontakt med dem som man skulle samverka med, samt hur ansvarsfördelningen ser ut. Det var också viktigt att följa SBU rapporten om vad som är verksamt när det gäller personer med psykisk störning och missbruk/beroende.

Det centrala var att båda tillstånden skulle behandlas samtidigt, vilket också kom att bli kärnpunkten i dokumentet. Efter omarbetning var arbetsgruppen nöjd med dokumentet i oktober 2006 och det överlämnades till styrgruppen. Den 13 november godkände styrgruppen dokumentet. Arbetet med att göra dokumentet känt tog nu fart och projektledaren besökte arbetsplatser och AP träffar.

Till policydokumentet lades till ett *Samverkansavtal* som personen skriver under tillsammans med de myndigheter som är inblandade. Syftet är att upphäva sekretessen mellan myndigheter för att göra samverkan enklare till gagn för den enskilde. Till dokumentet fogades också en kontaktnätslista på personer för varje kommun.

Utbildningar

Projektledarna deltog i en kurs i Genombrottsmetodik i Överkalix, dock utan att metoden direkt kunde användas i projektet. Genombrottsmetoden är ett sätt att förbättra en verksamhet där målet är en förbättring för vårdtagaren och bygger på att det finns ett gap mellan det vi vet och det vi gör. Utbildningar som riktades direkt till projektgruppen var besök av Dubbeldiagnos (DD) teamet i Skellefteå, samt en utbildning i farlighetsbedömning. Projektledare och en deltagare besökte DD teamet i Skellefteå. Projektledaren deltog även i kompetensutvecklingsdagar i

Stockholm tillsammans med två deltagare från projektgruppen, mest för att undersöka vad som kunde vara bra utbildningar att bjuda upp till Kraftfält Norr. På en konferens i Luleå i februari ”Personen som ingen ville ha” deltog ca 30 personer från olika enheter.

Länspsykiatrigruppen anordnade konferensen ”I samverkan korsar vi gränser och bygger broar” i februari 2006 och 32 personer deltog.

I maj 2006 anordnade Kriminalvården i Luleå konferensen ”*Neuropsykiatriska funktionshinder, missbruk och kriminalitet*”, där 45 personer deltog. Projektet anordnade egna utbildningsdagar 26 oktober i Kiruna och 27 oktober i Gällivare med lika innehåll. Sammanlagt 140 personer deltog. Föreläsare var psykiater Einar Hallman och distriktsläkare Åke Flygare. Förutom kunskaper om psykiatriska sjukdomar och missbruk behandlades förhållningssätt och etiska dilemman. Utbildningen var i första hand för kommunpsykiatrins personal och personal från primärvården samt för att alla skulle höra och diskutera samma sak vid samma tillfälle. Tyvärr uteblev personal från primärvården.

För att personal från kommunpsykiatrin skulle ges möjlighet att delta avsattes 100 000 kr från projektet fördelade efter antalet anställda/ kommun för att täcka en del av vikariekostnaderna.

Projektledare deltog på utbildningar i Haparanda och Luleå om missbruk och psykisk störning. I februari 2007 deltog 21 personer i en konferens i Luleå om ADHD.

Den 27 februari 2007 anordnade Länspsykiatrigruppen ”Kunskap, öppenhet och inflytande-nyckeln till ett bättre liv” och 39 personer deltog från projektet.

Ytterligare en egen utbildningsdag anordnades den 21 mars 2007 i Gällivare. Konferensen ”Samverkan för en bättre hälsa” var avsedd för alla kontaktnäten, personal från AF och FK samt personliga ombud. 60 personer deltog. Ämnen under dagen var bra exempel på samverkan genom SAMSA från Kiruna, om drogsituationen informerade polisen i Gällivare och under eftermiddagen fördrog verksamhetschefen på Malmfältens Psykiatri om personlighetsstörningar och psykiatriska behandlingar.

Resor och anmälningsavgifter till deltagarna har betalats av projektmedel. I övrigt har varje verksamhet betalt personalens löner. Enda bidraget är till de egna utbildningsdagarna då 100 000 kr fördelades.

Kontakt nät i fyra kommuner

Redan från starten av projektet stod det klart att befolkningsunderlaget var för litet för att bilda ett eget ”DD Team” i Kraftfält Norr. Avstånden är för stora och det ser organisatoriskt olika ut i de olika kommunerna. Resultatet är att det har bildats ett kontaktnät i varje kommun med representanter från Malmfältens Psykiatri, Socialtjänsten (missbrukarvården och kommunpsykiatrin) samt vårdcentralerna. Svårast har det varit att förankra och hitta intresserade personer inom primärvården. Det har dock löst sig i och med att projektet tar slut.

Kontaktnäten har hunnit att träffas 2 gånger under december och februari och under den gemensamma studiedagen den 21 mars. Dokumentet har diskuterats och en rad synpunkter och förbättringsmöjligheter har föreslagits. Innan projektet avslutas har ytterligare nätverksträffar bokats in för att garantera det fortsatta samarbetet.

Erfarenheter från kontaktnätsträffar - inläggning på psykiatrisk avdelning

Vid kontaktnätsträffarna har alltid en sköterska från avdelningen varit närvarande, vilket har varit värdefullt. Det är önskvärt med kontakt med missbrukarvården i respektive kommun, redan på avdelningen. Vård-tagaren är som bäst motiverad när de är kvar på avdelningen. Detta fungerar bra i Gällivare, men även övriga kommuner är positiva till att prioritera detta.

Meddix, ett system för informationsöverföring mellan slutenvård, socialtjänst och primärvård är användbart och praktiskt. Missbrukar-enheterna, med undantag av Gällivare, har inte tillgång till Meddix. Det går att skriva i särskild ruta att det gäller dubbeldiagnos.

Videokonferenser, där vårdtagaren och personal deltar, har används med framgång och bör användas i högre grad. Man sparar resurser i form av långa resor på det sättet.

I och med samordnad vårdplanering direkt på avdelningen görs en individuell vårdplan för vårdtagaren, Allt som rör medicinering, vem som är ansvarig läkare och liknade frågor klagörs tillsammans. Vårdplan-ering kan även göras i hemmet och den som tar initiativet är den personal som får kännedom om att fler vårdenheter är/kommer att bli inblandade och behöver samarbeta.

Uthållighet

Personal måste stå ut med flera misslyckanden, för att få kontakt. Viktigt att skapa tillit.Handledning från psykiatrin är viktig för att hålla uppe kunskapsnivån hos personal i kommunpsykiatrin. Ge inte upp, men ta inte på Dig skulden! Exempel finns på att flera års arbete har gett resultat och ett bra liv för den personen. Rätt vård ger bra resultat och god ekonomi. Här har träffarna varit särskilt viktiga för att utbyta erfarenheter om varandras arbetssätt och kulturer. Det har också illustreras av särskilt "krångliga ärenden".

Läkemedel mot alkoholmissbruk

Mer kunskap om hur olika läkemedel fungerar. Primärvården skriver ut Antabus, men upplevs ibland som alltför försiktig, även om personen är motiverad. Antabusmedicinering, där personen är motiverad och läkemedlet tas under kontroll fungerar bra och bör uppmuntras. Revia minskar suget, Campral har bra effekt och uppskattas av patienter. Det går bra att kombinera preparaten.

Missbruk/beroende på primärvården

Från primärvården efterlyses en "lathund" som innehåller vilken hjälp som finns att få i aktuell kommun. Den ska även innehålla namn och telefonnummer till

missbrukarenheten men även till frivilligorganisationer. Detta har gjorts i samtliga kommuner och spridits till vårdcentraler och akutmottagningar. Det är en allmän uppfattning att personal på vårdcentralerna, i alltför liten utsträckning ställer frågan om alkohol och narkotikavanor. Detta styrks också i den fokusgruppsintervju som gjordes med fyra personer ur målgruppen. Där framkommer också att det finns en önskan hos personer med missbruk att det uppmärksammas, helst på ett tidigt stadium, då man är mest motiverad.

Personal från vårdcentralerna, som deltagit på kontaktnätsträffarna, har en vilja att kunna hjälpa patienter på ett bättre sätt men tycker inte att de har verktygen. Två vårdcentraler, Jokkmokk och Pajala använder Audit, en självskattning om alkoholvanor. Jokkmokks vc har på sin hemsida ett livsstilstest, där även alkohol ingår. På Pajala vårdcentral används Audit på Mödrahälsovården. Det har lett till att man ber både mannen och kvinnan att göra en Audit.

En förhoppning är att Audit och Dudit (för narkotiska preparat) kommer att användas inom primärvården. Vissa diagnoser har mer koppling till personer med riskabla alkohol- och narkotikavanor t.ex. olycksfall, hjärtarytmier, högt blodtryck, bukspottkörtelinflammation, mag- och tarmbesvär, leversjukdomar, olika cancersjukdomar, depressioner och olika slag av ångestsymtom. Det finns också evidensbaserad erfarenhet att åtgärder som ”kort rådgivning”, en metod som med fördel kan hanteras i primärvården har god effekt. Audit har även börjat använt inom psykiatri, vilket har visat sig vara ett värdefullt instrument för att uppmärksamma riskabla alkohol- och narkotikavanor.

Värkmediciner

Vårdcentralerna upplever ett tilltagande problem med personer som använder läkemedel som innehåller opiater i berusningssyfte eller för att undvika abstinens. Det är uppenbart att det också förekommer en hel del handel med dessa läkemedel. De flesta vårdcentraler har under projektet infört rutiner att dessa läkemedel ej förförskrivs av sjuksköterska, utan man bokar in en telefoni hos läkare för att rätt person ska få rätt medicinering. Inom den somatiska slutenvården sker en relativt frikostig förskrivning av dessa läkemedel och en begäran om restriktivitet har gått ut till alla enheter inom slutenvård och primärvård. (se bilaga) Övriga beroendeframkallande läkemedel sk. Bensodiazepiner skrivs inte ut i samma omfattning och dess effekter är mera kända. Tillgången på dessa läkemedel är dock stor, då det förekommer en stor illegal import.

Narkotika

Ecstasy och hasch är de droger som ställer till mest psykiska problem, ofta långvariga och svårbehandlade. Samarbetet med polisen har stor betydelse och när de gör fler ingripanden kommer också fler ärenden till missbrukarvården.

Rutiner för personer med komplexa vårdbehov

Psykiatrin har under projektets gång omarbetat sitt tidigare policydokument för att passa med projektets dokument. Att även utarbeta ett policydokument för primärvården har påbörjats men ej hunnit slutföras. Det råder samstämmighet kring att särskild kompetens och intresse krävs för att ge bättre vård och behandling till personer som både har ett missbruk/beroende och psykisk störning. Det är nödvändigt att det finns särskilda personer inom olika enheter som har bättre kompetens och erfarenhet. Den insikten omfattas av fler personer allt eftersom projektet framskridit.

Synpunkter

Udet finns uppfattningar att samarbetet mellan olika enheter totalt sett har blivit bättre. Det vittnar också svaren i personalenkäten om. Psykiatrin har ett stort intresse att få till stånd ett gott samarbete. Fortfarande är det delar av primärvården som det är svårast att samarbeta med. Det finns flera anledningar till detta bland annat har de flera medicinska specialiteter att arbeta mot. Dessa drabbas också av neddragningar och måste lägga över fler patientärenden på primär-vården. Den huvudsakliga anledning är dock interna arbetsmiljöproblem av olika karaktär som gör att det inte funnits ork under den aktuella perioden. Att ledningsfunktionen på de olika enheterna stöder utvecklingsarbetet med ett bättre samarbete är helt avgörande. Har personal stöd och mandat att arbeta med personer som tillhör denna prioriteringsgrupp är det de bästa förutsättningar för att lyckas med samarbetet.

Förlängning av projektiden

Under september 2006 kom information från Länsstyrgruppen att det fanns ytterligare pengar att söka. Arbetsgruppen bestämde att söka 200 000 för att projektledaren skulle kunna arbeta ytterligare tre månader. Under denna tid skulle kontaktnäten ha fler träffar, fler möten på olika enheter med projektledaren, en utbildningsdag skulle anordnas. Det viktigaste under denna tid var att implementera projektets grundide och gör policydokumentet känt och förstått.

Ett möte ägde rum i september 2006 i Luleå, där representanter från de olika projekten i Norrbotten träffade Länsstyrgruppen. Projektledaren deltog inte. Primärvårdens representant i Länsstyrgruppen ställde sig tveksam till att projektet skulle få fortsatta medel pga ett påstått dåligt samarbete med psykiatrin. Det var en uppfattning som inte delades av projektgruppen, utan det kom som en kalldusch. Styrgruppen hade ett möte i november där frågan kom upp och ingen av de närvarande hade något att erinra mot projektet. Tvärtom hade projektet fortgått enligt uppgjorda planer. Resultatet blev att projektet förlängdes tom 31 mars 2007.

Ekonomi oktober 2005- 2006

Beviljade medel	800 000 kr
80 % projektledare lön, sociala avgifter, Semesterersättning	360 000 kr
Utbildningar	370 000 kr
Telefon, fast och mobil	7 000 kr
Dator + tillbehör	12 000 kr
Resor	20 000 kr
Nätverksträffar, arbetsgruppsmöten	27 000 kr
Litteratur	2 000 kr
Oförutsedda utgifter	2 000 kr

Ekonomi januari 2007- mars 2008

Beviljade medel	200 000 kr
80 % projektledare lön, sociala avgifter, semesterersättning	90 000 kr
Utbildningar + resor	66 000 kr
Nätverksträffar + resor	44 000 kr

Den 31 mars finns ekonomiska medel kvar på kontot som är bokade för träffar med nätverken och utbildningsinsatser för projektgruppen den 26-27 april.

Resultat

Tiden är en viktig faktor när det gäller att få erfarenheter och skapa förståelse. Det har gynnat arbetet med projektet att det har pågått ett och ett halvt år. Det tar tid att göra kartläggning av hur personal i olika verksamheter ser på samverkan kring målgruppen och hur det fungerade från början.

Enkät till alla personalgrupper gjordes januari 2006 och januari 2007. (se bilaga) Samarbetet har blivit avsevärt bättre mellan de olika enheterna. Undantag är Primärvården. Psykiatrin och Socialtjänsten är nästa alltid aktuella när det gäller målgruppen, medan Primärvården inte alltid är aktuell. Personal från Primärvården har varit sämst på att delta på olika utbildningar som anordnats. Det framkommer i enkätens fria text om utbildningsönskemål att primärvårdens personal önskar mer utbildning vad gäller psykiatriska sjukdomar och missbruk. De har dock inte tagit tillvara på den utbildning som erbjudits.

Önskemål finns i enkäten om gemensamt förhållningssätt och synsätt, fördjupad kunskap om andra enheter t.ex. genom att "prya" på någon annan enhet.Handledning är önskemål från kommunpsykiatrin i alla kommuner utom i Gällivare. Personalen ser det som ett kontinuerligt lärande.

I enkäten 2007 framkommer det att det blivit lättare att få kontakt med sina vårdgrannar och att samverkan fungerat bättre.

Intervju har gjorts i februari 2007 med tre personer ur varje nätverk, 12 personer. Personerna har funnits med på kontaktnätsträffarna men står ej som kontaktpersoner. De representerar alla enheter. De fick frågorna:

- Vad har projektet betytt för Dig i Ditt arbete med målgruppen?
- Har Du fått ökade kunskap om personer med dubbeldiagnos?
- Hur vill Du att arbetet ska fortsätta?

De intervjuade uttrycker att de fått större kunskap om sina vårdgrannar och vad som finns i olika kommuner vad gäller öppenvård, dagverksamhet, sysselsättning, skyddat arbete och liknande. Man har också blivit varse vilka brister som finns. Det har blivit lättare att samverka när man känner varandra. Det är också bra att policydokumentet tar upp att båda tillstånden ska behandlas samtidigt och att det finns ett delat ansvar.

Personalen har fått kunskaper om ett uthålligt förhållningssätt, om neuropsykiatriska tillstånd. Projektet har inneburit en kvalitetshöjning för verksamheten (Socialtjänsten).

Enighet kring att kontaktnätsträffarna ska fortsätta. Personalen vill ha inbokade datum innan projektledaren slutar. En person uttryckte oro för att arbetet spolieras av omorganisationer och neddragningar. Policydokumentet reglerar vilken funktion som ansvarar för att dokumentet revideras vart annat år. Det är enhetschefen på Center 2 inom Malmfältens psykiatri och nästa gång är år 2008.

Focusgrupp

En focusgruppsintervju gjordes i februari 2007 med fyra personer ur målgruppen, tre män och en kvinna. Denna intervju gjordes en gång och visar inget resultat av processen i projektet. De har kommit i behandling mot slutet av projektet och det går inte att göra någon jämförelse. Däremot är deras synpunkter värdefulla, då de beskriver hur de har blivit bemötta och hur de skulle vilja bli bemötta. De beskriver hur de uppfattar att samverkan fungerar och betonar vikten av att vårdenheter har kontakt med varandra så att man inte ramlar mellan stolarna. De önskar att vårdenheter uppmärksammar och kartlägger missbruk/beroende. Framför allt är det den somatiska vården som blundar för att det finns problem. Deras uppgifter stämmer väl överens med den forskning som finns om behandling av personer med komplexa vårdbehov pga missbruk och psykisk störning.

Reflektioner

En positiv erfarenhet är den goda kontakt personal som arbetar inom olika verksamheter, kommun och landsting, har mellan varandra i mindre kommuner. Man har också kännedom om vårdtagare i många fall, vilket har haft stor betydelse för att förstå helheten och bemöta personer med respekt.

Överlag är det en bit kvar för att få delaktighet från olika brukare och deras organisationer. Det finns en god vilja men vårdpersonal har i många avseenden intagit rollen av att vara experter och glömmer att höra efter vad den person det gäller har för egna önskemål. Kunskap som förmedlas i projektet har varit ett steg i rätt riktning när det gäller att förstå personer med komplexa vårdbehov.

Projektgruppen har stor erfarenhet av olika projekt som stagnerat och aldrig blir tillräckligt känt och accepterat av politiker och chefer. Därför innehåller policydokumentet uppgifter på hur kontaktnäten ska fortsätta att träffas och samverka ska fortsätta. Ambitionen i projektgruppen är att erfarenheterna ska vara på en nivå där de enheter som ska samarbeta känner att de är delaktiga och kan fortsätta ett hållbart arbete.

För egen del ser jag fram emot att vara med i kontaktnätet från primärvården i min kommun. Det finns bra förslag till förbättringsarbete både när gäller att förebygga missbruk och beroende, samt även för att möta de personer som har de största vårdbehoven.

Miltonprojekt ”Unga vuxna i Piteå älvdal”

*En ny arbetsmetod för personer med psykiska funktionshinder och missbruk*⁸

Jan Renberg

Efter psykiatrireformen 1995 har flera uppföljningar gjorts i länet. Dessa visar entydigt att socialtjänsten, psykiatrin och primärvården, var för sig, ger ett bra stöd till personer med psykiska funktionshinder men också att samordning förekommer i för liten utsträckning. Huvudmännen har fortfarande dåliga kunskaper om varandras möjligheter och begränsningar. Kommunerna i Piteå, Arvidsjaur och Arjeplog samt landstinget är medvetna om bristerna i samverkan kring personer med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk. De har sett att de inte arbetat effektivt med de resurser som finns utan varje huvudman arbetar ofta utifrån i sitt eget spår, egen kompetens, egna arbetsmetoder och förhållningssätt. Detta överensstämmer inte på bästa sätt för den person som ska få stöd och behandling utan kan till och med innebära ganska motverkande insatser. Huvudmännen har stora brister i samsyn. Samtidigt som de är duktiga att ha nätverksträffar och konferenser är det inte tillräckligt. Det skapar inte den samsyn som behövs för att själverfarna ska få ett så adekvat stöd som möjligt.

Mot denna bakgrund ville kommunerna och landstinget skapa en ny arbetsmetod för personer med psykiska funktionshinder och samtidigt missbruk, något som ofta benämns *dubbeldiagnos* eller som det senaste begreppet, *samsjuklighet*. Genom tillsatta medel, så kallade Miltonpengar, från Socialstyrelsen och Nationella psykiatrisamordningen kunde ett projekt startas, ”Unga vuxna i Piteå älvdal”.

Syfte

Det övergripande syftet är att skapa en metod som innebär ett gemensamt förhållningssätt och vid behov gemensamma insatser i arbetet med den enskilda brukaren. Ett annat syfte är att öka brukarnas självständighet och delaktighet i samhället, minska återfall som leder till institutionell vård samt öka samverkan i vårdkedjan med brukarfokus.

⁸ Kontakta Jan.Renberg@nll.se för mer information ang bilagor m.m.

Målgrupp

Projektet riktar sig till personer med komplexa stödbehov på grund av psykiska funktionshinder som innebär ett omfattande socialt handikapp och medför stora hinder för ett fungerande vardagsliv. De har komplexa behov av vård, stöd och service och därmed behov av kontakt med socialtjänst, primärvård och/eller den specialiserade psykiatrin. Personernas liv består av svåra återfall där de inte fångas upp av ett system utan *faller mellan stolarna* och där de med tiden blir så pass psykiskt försämrade att de är i behov av slutenvård.

Projektet riktade sig initialt till individer mellan 18-35 år boende i Piteå, Arvidsjaur och Arjeplog. De skulle vara kända inom kommun och landsting, vara i behov av stöd från både socialtjänst och psykiatri samt ha eget boende, det vill säga att de inte bor i särskilt boende. Efter drygt ett och ett halvt år förändras målgruppen till att gälla alla individer med komplex problematik mellan 18-65 år.

Förväntade effekter

De förväntade effekterna som finns på projektet är:

- Att effekterna av insatserna gör det bättre för själverfarna.
- Att motverka de idag så hårda tillbakafallen.
- Att öka antalet samverkansärenden.
- Att det sker en gemensam kompetensutveckling.
- Att själverfarna upplever en ökad självständighet och delaktighet i samhället.
- Att det blir tydligare angående vem som gör vad i arbetet med själverfarna.
- Att en gemensam mall för vårdplanering används.
- Att ett gemensamt förhållningssätt fortlever.
- Att berörda verksamheter upplever att praktisk samverkan fungerar bättre.
- Att projektet medverkar till att skapa en arena där målgruppen unga med komplexa stödbehov står i fokus för fortsatt utvecklingsarbete mellan kommuner och landsting.
- Att projektet medverkar till att berörda kommuner och landsting använder sina resurser på så effektivt sätt som möjligt för att komma själverfarna till godo.

Projekt mål

90 % av de personer som ingår i projektet ska uppleva att de klarar av eget boende, att de har kontroll på ekonomin och att de har en meningsfull sysselsättning. 100 % av de själverfarna som ingår i projektet ska ha en individuell vårdplan och 100 % av vårdplanerna ska följas upp. Den själverfarnes behov av slutenvård ska minska.

Disposition/Upplägg

Denna rapport är uppdelad i två delar. Den första delen handlar om resultatet sett ur ett organisatoriskt perspektiv. Den andra delen handlar om resultatet för själverfarna. Under rubrik *Organisation och genomförande* beskrivs de olika grupperna i projektet och deras roller samt hur delar av projektet genomförts. Under *Kompetensutveckling* beskrivs de erfarenhetsutbyten och gemensamma utbildningsinsatser som utförts. Under *Personalens upplevelse av samverkan* synliggörs faktorer som påverkar samverkan. Under *Brukarnas medverkan i projektet* beskrivs intresseorganisationernas deltagande och de själverfarnas resultat av att ha medverkat i projektet.

Begrepp

För att beskriva de individer som är i behov av stöd eller behandling på grund av psykiska funktionshinder och/eller missbruk används ofta begreppen dubbeldiagnoser, patienter, klienter eller brukare. Riksförbundet för Mental och Social Hälsa (RSMH) och unga själar i Piteå förespråkar att personer med psykiskt handikapp ska benämnas som själverfarna eftersom det bäst beskriver individen. De individer som deltagit i projektet kommer därför att beskrivas som själverfarna eller individer i rapporten.

ORGANISATION OCH GENOMFÖRANDE

Detta kapitel handlar bland annat om hur projektet är organiserat och vilka uppgifter de deltagande har haft. En annan del handlar om processen och svårigheter för att överhuvudtaget kunna genomföra ett samverkansprojekt mellan olika verksamheter. Sedan följer en beskrivning av hur den gemensamt framtagna vårdplanen används, hur en arena för lärande över gränserna skapades, hur personalgruppen bjöd in intresseorganisationerna till ett försök att utveckla samverkan och lärandet mellan parterna och processen att implementera en ny arbetsmetod.

Organisation

Inför Miltonprojektets start träffades chefer på kommunal och landstingets ledningsnivå från Piteå, Arvidsjaur och Arjeplog för att formulera en ansökan om medel för projektarbete. Samtliga skrev under om att delta i samverkan kring personer med komplexa psykiska funktionshinder. Projektet har en styrgrupp som har det övergripande ansvaret. Vidare finns en projektledare, en arbetsgrupp, personalgrupper i respektive kommun samt referensgrupper.

Styrgruppen

Styrgruppen består av fem chefer på ledningsnivå. De representerar Piteå kommuns Individ- och familjeomsorg (IFO), Handikappomsorg (HO), landstingets Vuxenpsykiatri (VP) och Primärvård (PV). Arvidsjaur och Arjeplog representeras av AFF i Arvidsjaur.

Styrgruppens uppgift har varit:

- Att ta ställning till övergripande frågor som rör projektet.
- Att ansvara för ekonomin.
- Att utse arbetsgruppen och att fastställa projektplanen.
- Att besluta vilka självverfarna som ska ingå i projektet.
- Att ta ställning till de förslag som kommer från arbetsgruppen
- Att förankra projektets arbete i linjeorganisationen.
- Att vara ansvariga för när beslutade förslag ska verkställas.
- Att kontinuerligt följa upp projektet.

–

Projektledaren

Projektledaren är beteendevetare och har sin ordinarie tjänst inom vuxenpsykiatri i Piteå. Projektarbetet har bestått av heltidsarbete i 16 månader och halvtidsarbete i 13 månader. Rollen som projektledare har inneburit att samordna insatserna.

Projektledarens uppgifter har inneburit:

- Att ansvara för ledning, planering och ekonomisk redovisning av projektet.
- Att vara föredragande i styrgruppen.
- Att ansvara för information internt och externt.
- Att tillsammans med arbetsgruppen upprätta en fullständig projektplan.
- Att medverka till att projektets resultat implementeras i respektive organisation.
- Att ansvara för slutrapport och övrig dokumentation.
- Att handleda personalgruppen.

Arbetet har dessutom inneburit att planera innehåll i utbildningar och vid vissa tillfällen också att genomföra internutbildningar.

Arbetsgruppen

Arbetsgruppen bestod i början av projektet av tio ansvariga chefer på utförarnivå och en bostadskonsulent. De arbetar inom socialtjänsten i Piteå (HO, IFO), Arvidsjaur (AFF) och Arjeplog (IFO), vuxenpsykiatri i Piteå (Öppenvårdsenhet A och B), primärvården (Furunäsets vårdcentral) i Piteå samt bostadsbolaget Pitebo. Gruppmedlemmarna skulle ha kunskap om sin organisations ansvar och befogenheter gällande arbetet med människor med komplexa stödbehov. Under sista sex månaderna i projektet har gruppen bytt namn till Psykfältgruppen. Denna samverkansgrupp fanns innan projektet men har legat nere under halva projekttiden för att återigen uppstå. Idag består gruppen av åtta medlemmar.

- Arbetsgruppens uppgift är:
- Att utarbeta projektplan.
- Att inventera och föreslå lämpliga själverfarna som kan erbjudas att ingå i projektet.
- Att samla in fakta och inventera problem/möjligheter i respektive organisation samt hos referensgrupper.
- Att inventera utbildningsbehov och planera utbildningar.
- Att under arbetets gång återge arbetsgruppens beslut till berörda.
- Att arbeta fram ramar för samverkan
- Att implementera nya arbetssätt i den egna organisationen.
- Att operativt ansvara för att genomföra styrgruppens beslut.

Referensgrupper

För att viktig information inte ska gå förlorad var det viktigt att referensgrupper fick möjlighet att lämna synpunkter. Brukar- och anhörigorganisationer är viktiga informanter om vilka behov som är angelägna ur ett brukar-/anhörigperspektiv. Intresseorganisationerna för psykiskt funktionshindrade Schizofreniförbundet – Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser (IFS) och Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) arbetar för att psykiskt funktionshindrade individer ska få rätt stöd och hjälp med att bygga upp ett självständigt och meningsfullt liv ute i samhället.

Personalen

I projektet deltog personal från Piteå och Arvidsjaur. Piteå representerades av; Personliga ombud, Boendestödjare, Psykiatrins öppenvård (Enhet A och B), Hemtjänsten, Primärvården, Ungdomsbehandlare och Alkohol och narkotika gruppen (ANG) från missbruksenheten. Från Arvidsjaur deltog personal från; Boendestöd, Personligt ombud, Pärnan, Socialsekreterare, Primärvården och A-service. Ingen personal deltog från Arjeplog. Anledningen var att det inte fanns någon brukare som var motiverad att delta i projektet och därmed fanns ingen att samverka kring.

Personalens uppgift var:

- Att motivera själverfarna att delta och fullfölja projektet.
- Att notera lösningar och hinder som påverkar själverfarna.
- Att medverka till att arbeta fram nya förändringsförslag samt att genomföra dessa.
- Att skriva vårdplaner och att göra uppföljning.
- Att delta i mätningar.

Ekonomiska förutsättningar

De ekonomiska ramarna har varit generösa. Den största kostnaden har lagts på olika utbildningar samt på fasta personalkostnader. Bland annat anställdes en vikarierande sjuksköterska på 50 % på psykiatriska öppenvårdsenheten A i Piteå för att enheten skulle kunna avsätta en personal till att delta i projektet. Styrgruppen har huvudansvaret för ekonomin och kontrollen av denna. Projektledaren har haft stora mandat att besluta om inköp av tjänster. Vid ett par föreläsningstillfälle har även arbetsplatser som inte deltagit i projektet kunnat anmäla sig till ett självkostnadspris. Vid något tillfälle har anmälan från andra arbetsplatser delfinansierat föreläsare. Redovisningen av det ekonomiska läget har skett vid speciella styrgruppsmöten där projektledaren redovisat ekonomiska sammanställningar som landstingets ekonomiska administration tagit fram.

Genomförande

Inför projektet undertecknade chefer på ledningsnivå från socialtjänsten, vuxenpsykiatri och primärvården ett avtal för att utveckla vård, boende och sysselsättning för personer med psykisk sjukdom/psykiska funktionshinder i enlighet med regeringsuppdrag S2005/441/HS. Alla parter skulle samverka med syfte att skapa nya arbetsmetoder under projektetiden.

De tre huvudmännen har medverkat i varierande omfattning. Från starten i september år 2005 till januari år 2006 medverkade i stort sett bara Socialtjänsten i Piteå, Arvidsjaur och Arjeplog samt PiteBo i arbetsgruppen. Psykiatrien kom med fullt ut i projektet efter ungefär fyra månader och Primärvården i Piteå blev delaktiga i arbetsgruppen efter drygt ett år. Primärvården i Arvidsjaur har deltagit i personalgruppen på operativ nivå men inte på ledningsnivå. Det har varit oklart i vilken omfattning ledningen i primärvården i Arvidsjaur skulle ha varit delaktig. Arvidsjaur representant i styrgruppen och arbetsgruppen tillhörde socialtjänsten och primärvårdens representant i styrgruppen tillhörde Piteå. Arvidsjaur företrädde även Arjeplogs kommun i styrgruppen.

Eftersom kompetens från psykiatri och primärvården uteblev från arbetsgruppens möten och mental kraft lades på att försöka förstå varför de inte medverkade blev inledningen på projektet inte lyckad. Med detta i ryggen var det svårt att gemensamt ta fram vad som i mer detalj skulle förbättras, skapa tydliga mål och generera idéer för tillvägagångssätt och metodarbete. Det gjordes försök till att kommunicera fram vikten av att samtliga verksamheter ska delta i samverkansprojektets samverkansmöten. Eftersom nämnda verksamheter fortsatte med sin frånvaro togs ett enhälligt beslut av deltagande medlemmar i arbetsgruppen om att lägga projektet på is, åtminstone till psykiatrien, som då ansågs vara den viktigaste samtalspartnern, skulle börja delta mer aktivt i projektet. Trots ytterligare påtryckningar på styrgruppsnivå uteblev resultat. Efter cirka tre veckors "timeout" började psykiatrien delta i arbetsgruppen. Anledningen till det sena inträdet motiveras av att information hur projektet skulle prioriteras och vilka förväntningar som fanns på dem som skulle medverka inte varit tydligt förankrat från psykiatriens ledning. Från psykiatriens operativa chefer fanns det dock

ett klart uttalat behov av att vara med och utveckla nya arbetsmetoder och samverkansformer för personer med komplex problematik.

Primärvården i Piteå har i sin tur haft ännu större problem med närvaron i projektets arbetsgrupp och längre fram även i personalgruppen. Mellan december 2005 och januari 2006 deltog primärvården på tre samverkansträffar med arbetsgruppen. Därefter fortsatte frånvaron. Anledningen till frånvaron meddelades inte till vare sig projektledaren eller styrgruppen trots att förfrågningar gjordes. Vid samtal synliggörs att primärvårdens representant inte förstod sin roll i arbetsgruppen, inte heller hur tiden skulle prioriteras, vilka mandat som gällde eller kort och gott varför primärvården skulle delta i projektet. Även fortsättningsvis har det varit svårt att tillsätta personer från primärvården till arbetsgruppen. Primärvården förklarar att förutsättningarna för att delta i projektet var en annan när projektansökan skrevs under. Projektet fick mindre medel än vad som söktes för och det medförde svårigheter att avsätta personal till projektet utan att få kompensation för vikariekostnader.

Eftersom arbetsgruppens representanter från socialtjänsten och psykiatrin arbetat fram strukturen i projektet ifrågasattes vad primärvården skulle kunna tillföra projektet på grund av sin frånvaro. Strukturen bestod av en projektplan, en inventering av målgruppen, framtagande av en gemensam vårdplan, självskattningsinstrument, andra mätbara variabler, inventering av utbildningsbehov och bildandet av en personalgrupp som skulle arbeta operativt och utveckla framtagna instrument tillsammans med själverfarna. Vid ett styrgruppsmöte den 16 juni 2006 diskuterades om primärvården skulle gå ur projektet. Beslut togs att primärvårdens regionchef för Piteå älvadal skulle ta över ansvaret att tillsätta primärvårdsrepresentanter i såväl arbetsgruppen som personalgruppen. Kort därpå fanns det en representant i respektive samverkansgrupp. Representanterna, en enhetschef och en distriktssköterska, hade under en tid sett ett ökat behov av kunskap kring målgruppens funktionshinder. Deras syn på behovet av samverkan och hur samverkan mellan primärvården, socialtjänsten och vuxenpsykiatrin skulle kunna se ut stämde väl överens med de övriga aktörernas åsikter.

Tydlig vårdplanering – med brukaren i fokus

Otydlighet inom organisationerna försvårar för personalen att samverka⁹. Att arbeta fram bra och tydliga rutiner för samverkan på alla nivåer har varit viktigt i projektet för att kunna förbättra arbetsmetoder för personer som är i behov av samordnat stöd. I projektet har personalen samarbetat med själverfarna för att utarbeta nya arbetsformer som utgår från den själverfarnes behov.

Urvalet av individer till projektet gjordes initialt utifrån de som vård/omsorgsgivarna upplever att de har svårast att ge stöd till, det vill säga de personer som har de mest komplexa stödbehoven. Ingången ändrades så småningom till att den vårdgivare som upplever ett behov av att samverka

⁹ Danemark. B. Kullberg. C. (1999) Samverkan Valfärdstatens nya arbetsform. Lund. Studentlitteratur

kontaktar/kallar berörda. Ägaren av ärendet har också ansvaret tills annat bestäms och nedtecknas i gemensam vårdplan.

Erfarenhetsmässigt kan det för en person med komplexa vårdbehov vara ödesdigert med en vårdplanering som innehåller perioder där ingen har det fulla ansvaret över behandlingen. Är det inte någon som har ansvaret även under en kort period kan det leda till att ingen märker om individen får ett sämre psykiskt mående och ett tilltagande missbruk där konsekvensen kan bli att individen insjuknar och personen kan återigen få söka vård, ofta inom slutenvården. Det som många gånger leder till att själverfarna hamnar *mellan stolarna* är att det finns en otydlighet angående vem som gör vad i arbetet med personens funktionshinder och att de gemensamma uppföljningarna av arbetet och individens status är för få. Ett försök att åtgärda denna brist var att skapa en gemensam individuell vårdplan som alla berörda arbetsplatser skulle använda när arbetet påkallade tydlig samverkan kring komplex problematik.

Vårdplanen utformades så att det på ett tydligare sätt framgick vem som ansvarade för vad. Den utformades också så att det på ett bättre sätt kunde planeras för oförutsedda händelser som kunde påverka den själverfarnes livssituation, en plan a,b,c,d och så vidare. Varje tänkbar händelse skulle ha en åtgärd och en personal eller anhörig som ansvarade för att åtgärden blev utförd. Fanns behov av att göra täta uppföljningar planerades även datum för detta i vårdplanen. Allt för att skapa tydlighet. Tidigare gemensamt upprättade vårdplaneringar byggde till stor del på att brukaren skulle fungera någorlunda väl och att inte alltför många hinder hindrade vårdplaneringen. Idag vet vi att brukarens vardag kan bestå av hinder på olika nivåer och att alla är viktiga att följa upp för att förhindra bakslag. Arbetsgruppen, chefer på operativ nivå, arbetade fram en första vårdplan som personalen reviderade vid tre tillfällen.

Arena för metodutveckling och lärande över gränserna

Ett av de förväntade resultaten var att skapa en arena där målgruppen unga med komplexa stödbehov står i fokus för fortsatt utvecklingsarbete mellan kommun och landsting. Under cirka ett och ett halvt års tid har personalen i såväl Piteå som Arvidsjaur, tillsammans med projektledaren, träffats två timmar en gång i veckan för att utveckla rutiner för samverkan och erfarenhetsutbyte. Efter godkännande av den själverfarna har arbetsmetoder kring ett ärende, utan att namnge någon, kunnat diskuteras. Vissa har sett det som en form av gemensam handledning kring tung komplex problematik. Grundtanken har varit att skapa en arena för att utveckla och lära av varandras arbets- och samverkansmetoder, lära känna hur varandras verksamheter fungerar i vardagen och att få en spridning av dessa nyvunna kunskaper till den egna verksamheten.

För att få struktur på träffarna arbetade personalen fram en stående dagordning som användes vid varje personalmöte. För att presentera nya arbetsmetoder utgick personalen från genombrottsmetodik, en erkänd förbättringsmetodik som används av såväl kommuner som landsting. Dessa träffar har personalen uttryckligen tyckt varit bra och velat behålla för att samverkan ska

fortsätta att utvecklas. Framförallt har de fått ansikten på andra personer i andra verksamheter vilket har lett till att det är lättare att ta kontakt med varandra. Andra fördelar är att man faktiskt har kunnat ta del av varandras sätt att lösa hinder. Innan personalgruppernas samverkansträffar upplöstes skapades på prov en metodpärm. Tanken var att skapa en sorts kunskapsbank för problemlösning av olika hinder som är frekvent återkommande. Tyvärr har grupperna samlats för få lösningar innan den upplöstes för att kunna se någon nytta med kunskapsbanken.

I Arvidsjaur har träffarna haft en speciell innebörd eftersom psykiatrins öppenvård har börjat delta med erfarenhetsutbyten och psykiatrisk kompetens. Tidigare samverkade socialtjänsten till största delen internt.

Kårt barn har många namn. Till en början kallades personalgruppen för genombrottssteam eller Miltongruppen. Efter ungefär ett år togs namnet *Samkraft* med underrubriken *socialpsykiatrisk resursgrupp*. Anledningen till att ett samlingsnamn togs fram var att det fanns tankar och önskningar från personalen om att personalgruppens samverkans- eller lärandemöten skulle fortsätta även efter projekttiden. Samtidigt har olika yrkeskategorier utanför projektet sett *Miltonprojektet* och personalgruppen som en plats eller ett team dit det går att hänvisa personer med komplexa funktionshinder, vilket aldrig varit tänkt.

Berättelser finns om journaltexter som beskriver att individer benämns som specifika "Miltonpatienter". Risken fanns att denna mötesarena kunde bli en egen organisation i organisationerna. Kriterierna för att ingå i ett tydligare samarbete med och kring själverfarna och med en gemensam individuell vårdplan ändrades senare till att gälla mer generellt. Individen behövde inte nödvändigtvis ha en specifik diagnos som samsjuklighet. Det räcker således med att en part anser sig behöva en tätare och tydligare samverkan kring en individ under en period och att den individuella vårdplanen då ska användas. Denna mera generella ingång skulle i så fall kunna medföra att all personal som ansåg sig behöva tätare samarbete med andra arbetsplatser kunde delta på Samkrafts träffar för att lära av varandra och förbättra arbetsmetoderna. Vid ett sådant scenario skulle det bli svårt att organisera fungerande rutiner såväl i Samkraft som på varje enskild arbetsplats. Utifrån detta resonemang togs denna mötesarena bort och ett större ansvar för att samverkan ska fortsätta att utvecklas lades på cheferna i linjeorganisationen.

I Arvidsjaur bildades under projekttiden en egen psykältgrupp med representanter från socialtjänsten, primärvården och vuxenpsykiatri. Gruppens medlemmar består av både operativa chefer som chefer på ledningsnivå. Att få med psykiatri i gruppen sågs som värdefullt eftersom väldigt många samverkansfrågor rör psykiatriska sjukdomar.

En annan fördel var att det nu fanns möjlighet att på ledningsnivå diskutera och utveckla olika rutiner mellan Arvidsjaur och Piteå.

Den ursprungliga psykältgruppen i Piteå ändrade struktur. Storleken på gruppen och mötesrutinerna förändrades. Antalet medlemmar i gruppen reducerades från tolv personer till åtta. Tidigare bestod innehållet på träffarna till stor del av information. Idag handlar dagordningen mer om framtid, utveckling och att synliggöra hinder i samverkan.

För att knyta ihop projektet och förtydliga ansvarsfördelningen av samverkan mellan kommunerna och landstinget skrevs ett styrdokument av psykfaltgruppen. Dokumentet har därefter genomarbetats av både chefer och personal såväl gruppvis var för sig som tillsammans. Dokumentet ska ge riktlinjer för vad som ska gälla i samverkan mellan alla parter och vem som har uppföljningsansvaret. Chefer på ledningsnivå har undertecknat styrdokumentet.

Samverkan mellan intresseorganisationerna och personalen

Ett försök gjordes för att skapa en ny arena för att utveckla samverkan mellan intresseorganisationerna IFS, RSMH och den personal som medverkade i projektet under gruppnamnet Samkraft. Grundtanken var att hitta ett forum för erfarenhetsutbyten som kunde generera större förståelse för varandras vardag och även här bättre arbetsmetoder för de psykiskt funktionshindrade.

En planering upprättades för träffar under våren 2007. Parterna träffades vid två tillfällen innan forumet lades ner. Nedläggningen hade organisatoriska orsaker. Inledningsvis i projektet diskuterade man att skapa en ny arbetsmetod gällande personer med komplex problematik och framförallt för personer med samsjuklighet. En personalgrupp utsågs till att delta i projektet. Under resans gång kom arbetsmetoden att bli en generell metod som skulle gälla för alla som var i behov av samverkan.

Att organisatoriskt skapa rutiner för vilken personal som skulle delta på dessa träffar utan att en speciell grupp skulle bildas sågs av styrgruppen som ett komplext problem att få till stånd. En annan anledning var att det redan fanns organiserade samverkansträffar mellan psykiskt funktionshindrade samt kommunen och sjukvården. Via brukarråd och kommunala handikapprådet fanns möjlighet att diskutera viktiga frågor. När det sedan bestämdes att arbetsmetoderna skulle gälla i ett vidare perspektiv och inte enbart för dem med samsjuklighet upphörde forumet. Svårigheten låg i att organisatoriskt skapa hållbara rutiner för samarbetet.

Implementering

Processen med att förbereda mottagandet av ett nytt arbetssätt i hemmaorganisationerna påbörjades tidigt i projektet. Viktigt är att varje arbetsplats har en strategi för hur nya idéer ska tas emot och hur de kan möjliggöra en fortsatt utveckling i framtiden. Ett mål med projektet var att nya arbetsmetoder skulle vara i operativ drift innan projektet avslutades. Ett steg i detta har varit att utbilda all berörd personal inför att projektet avslutas och integreras i ordinarie verksamhet. Samtal om hur nya arbetsrutiner ska bli accepterade och kunna fungera i vardagen inleddes tidigt på alla samverkans nivåer. Personalen och arbetsgruppen fick bland annat redogöra var för sig vid skilda tillfällen vilka faktorer som främjar samverkan, vilka som hindrar samverkan och vad som krävs för att samverkan ska fortleva. På så sätt synliggjordes vinsterna med att samverka och en samsyn på vad som krävs för att projektet ska kunna fungera operativt i vardagsarbetet. För att implementeringen av den nya

arbetsmetoden ska lyckas är det av största vikt att cheferna och personalen har samma uppfattning av vad som ska förverkligas, ha samsyn på vad som är bättre med det ”nya” gentemot det gamla sättet att arbeta, rutiner för hur arbetet ska gå till, vem som ansvara för vad och tidsperspektiv på när det nya arbetssättet börjar. För att stämna av vad deltagarna i grupperna anser vara viktigt för det fortsatta arbetet i projektet genomfördes möten där både styrgruppen och psykältgruppen träffade personalen. Psykältgruppen och styrgruppen har träffat personalgruppen två gånger vardera. Syftet med träffarna var att checka av om vi höll rätt kurs i projektet, diskutera fram eventuella förslag till förändringar och ta beslut om vi skulle göra något annorlunda i projektet eller fortsätta som planerat. Uppfattningen var att projektet rörde sig i rätt riktning och inga stora förändringar behövde göras.

Under slutfasen av upprättandet av styrdokumentet synliggörs problematiken med att implementera en ny arbetsmetod. Eftersom det är många arbetsplatser som ska ha samma bild av vad som ska utföras tog projektet hjälp av en konsult, Yngve Johansson - Framsteget utbildning, vars roll var att förtydliga vad som ska implementeras, vinsterna av att arbeta på det nya sättet, vilka krav som kan ställas på chefer och personal i implementeringsarbetet samt hur uppföljningen av framtida samverkan ska se ut. Upplägget arbetades fram av Yngve Johansson och projektledaren och formades med utgångspunkt i hur projektet hade förlöpt fram till dess. Cheferna i arbetsgruppen, som nu bytt namn till psykältgruppen, och styrgruppen träffades en heldag med nämnda konsult för att utbildas inför spridningen av arbetsmetoden till berörda verksamheter.

Även personalgrupperna i Piteå och Arvidsjaur träffades en heldag med Yngve Johansson för att tydliggöra vad som ska implementeras och hur samverkan ska fortsätta. Delar av personalens dag byggde på de beslut som cheferna tog under sin utbildningsdag. Eftersom det ser olika ut rent organisatoriskt och kulturellt i de två kommunerna anordnades ytterligare två utbildningsdagar, en i Arvidsjaur och en i Piteå. Dagarna syftade till att alla som deltagit i projektet på respektive ort skulle få en gemensam bild av och besluta vad som ska göras för att det nya arbetssättet ska leva kvar efter projektiden.

Ett sista samlingsheat skedde i oktober 2007 i Arvidsjaur där personalgrupperna, psykältgruppen och styrgruppen deltog. Ett syfte var att inför projektets slut få möjlighet att lyfta upp och synliggöra tänkbara problem samt diskutera lösningar på eventuella hinder i samverkan. Ett annat syfte var att skapa en tydlig gemensam målbild av vinsterna med den nya arbetsmetoden. Om medlemmarna i projektet gemensamt kan sprida och definiera vinsterna för andra arbetskolleger underlättas spridningen av arbetsmetoden bland den personal som inte har deltagit i projektet.

KOMPETENSUTVECKLING

Projektet har även inneburit gemensam kompetensutveckling för personal och chefer. Ordinära utbildningsinsatser inom kunskapsområdet har genomförts i syfte att öka samsynen kring målgruppen. Interna utbildningsdagar har också genomförts för att synliggöra såväl personalens som verksamheternas resurser. Kopplat till dessa dagar har även olika former av team träning genomförts.

Kompetenser hos personalen

Vid ett av personalgruppernas gemensamma internutbildningstillfällen gjordes en inventering av den samlade kompetensen bland deltagarna i projektet. Syftet var att se varandras kompetenser inom de olika verksamheterna. Många gånger är det svårt att "hitta på" nya sätt att tackla problem eller att utveckla någonting. Grundtanken var att lyfta fram erfarenheter som går att använda i arbetet och underlätta att hitta nya sätt att arbeta på. Att försöka vara fantasifull utan att se olika möjligheter gör att idéerna snabbt tar slut och vardagens rutiner tar över och man löser problem som tidigare. Inventeringen berörde tre områden: utbildningar, intressen och yrkeserfarenheter. Personalen delades in i grupper och fick bara redovisa varje erfarenhet en gång. Nedan presenteras ett urval av inventeringens resultat.

Personalens utbildning

Av de 21 personal som deltog i inventeringen redovisades 60 stycken olika utbildningar. De utbildningar som dominerar bland personalen handlar om de traditionella kompetenserna som behövs för yrket, exempelvis skötare, arbetsterapeut, sjuksköterska. Några av de utbildningar som inte kan kopplas till den formella professionen är exempelvis sportjournalist, jägarexamen och hundinstruktörsutbildning.

Personalens intressen

Intressena bland personalen varierar. Det finns en stark övervikt mot fysiska intressen som exempelvis slalom, jakt, fiske, motion, dans, fjällvandring.

Personalens yrkeserfarenheter

Sammanlagt redovisas 78 olika yrkeserfarenheter. Det finns en stor vidd mellan yrkeserfarenheterna i personalgruppen och de visar på kompetenser inom en mängd olika områden, som skulle kunna användas i arbetet med de själverfarna, exempelvis skogsarbetare, slakteristockare, stins, ridinstruktör och ABF kursledare.

Utbildning

Det gjordes en muntlig inventering av utbildningsbehovet med både personalgrupperna och arbetsgruppen. Det framkommer att personalen främst önskar mer kunskap om bemötande och om hur varandras verksamheter fungerar i det praktiska arbetet. Arbetsgruppen hade även de en önskan om mer kunskap i

bemötande men också om värdegrunder. Att arbeta med den funktionshindrades symtom kräver olika bemötande beroende på sjukdomstillstånd. Behöver individen vård för en psykos bör stimuli begränsas medan tydligare motivationsarbete och engagemang är det individen bör möta när denne mår bra och är mottaglig för information.

Under projekttiden har ungefär 35 utbildningar genomförts. Det har rört sig om konferenser, internutbildningar och mindre informationsträffar. Innehållet på konferenserna har haft varierande innehåll. För att få mer kunskap om hur själverfarna vill bli bemötta anordnades två konferenser med olika föreläsare och två träffar där själverfaren från Piteå besökte personalgrupperna i Piteå och Arvidsjaur. De bjöds in för att delge personal sina upplevelser av bemötande i vården. En röd tråd som återkommer är att personalen, med bästa viljan i världen, tror att de vet hur en själverfaren vill bli bemött vilket inte alltid är fallet enligt föreläsarnas egna upplevelser.

För att få mer kännedom om varandras verksamheter, vilka möjligheter och begränsningar som finns, har både personal och chefer haft utbildningsdagar där varje verksamhet kunnat beskriva sin organisation och sina arbetsmetoder.

Chefer på utförarnivå har genomfört en två dagars internutbildning. Vid detta tillfälle fick gruppen även lyssna på en föreläsning av en själverfarens erfarenheter av vården. Föreläsningen anordnades av IFS. Personalen i Piteå och Arvidsjaur har vid ett tillfälle vardera och ett gemensamt tillfälle åkt iväg på interna samverkansdagar med övernattnig. Syftet har även här varit att lära känna varandras verksamheter men också att skapa en samsyn om innebörd i olika begrepp, se vilka outnyttjade resurser som varje personal egentligen har i sin verktygslåda samt synliggöra vad som krävs för samverkan och ta olika beslut.

Exempel på innehållet i utbildningssatsningen är:

- personer från de egna verksamheterna har föreläst om bemötande och förhållningssätt utifrån olika diagnoser,
- själverfarna har föreläst utifrån sina upplevelser av vården,
- polisen i Piteå har informerat om sin syn på ungdomar med psykiska funktionshinder,
- studiebesök hos Sundsvalls kommun bland annat för att se hur de arbetar med sysselsättningsfrågor, värdegrunder, kognitiva hjälpmedel, neuropsykiatriska funktionshinder, utredning och behandling vid cannabismissbruk m.m.

Den största andelen av personalen som deltagit vid utbildningstillfällena kommer från socialtjänsten och därefter från psykiatrin medan endast ett fåtal deltog från primärvården.

PERSONALENS UPPLEVELSE AV SAMVERKAN

Förutsättningar för samverkan

För att skapa en gemensam bild av vad som krävs för att lyckas med samverkan i projektet och samtidigt få en form av arbetsordning för var fokus skulle ligga i samverkansarbetet fick projektgrupperna var för sig vid skilda tillfällen diskutera utifrån tre teman; framgångsfaktorer i samverkan, hinder för samverkan och vilka faktorer som gör att samverkansprojekt överlever. Varje deltagare skattade vilka faktorer de ansåg som viktigast att arbeta med vilket även bildade en form av arbetsordning för projektet. De tre mest skattade faktorerna inom varje tema redovisas nedan.

Antal personer som deltog i chefernas arbetsgrupp var elva stycken, personalgruppen i Piteå tolv stycken och Arvidsjaur nio personer.

Framgångsfaktorer i samverkan

De tre främsta framgångsfaktorerna för *cheferna* var att:

- kunskap leder till förståelse,
- att någon håller ihop det professionella nätverket, samt
- delaktighet av den enskilde

Personalen i *Piteå* anser att de tre främsta framgångsfaktorer är:

- samsyn,
- att göra roliga saker tillsammans och tidsmässiga mandat, samt
- förutsättningar.

Personalen i *Arvidsjaur* anser att de främsta framgångsfaktorerna för samverkan är:

- patienten i fokus,
- tydlighet i vem som gör vad, samt
- regelbundna träffar.

Hinder för samverkan

De främsta hindren för samverkan som *cheferna* uppgav handlade dels om att man skyller på för lite resurser, dels att det existerar invanda kulturer och styrda organisationer som säger att problemen inte ligger på deras bord.

För personalen i *Piteå* framkommer att hinder i samverkan är egna invanda tankemönster, krav från den egna verksamheten att göra det vanliga jobbet utöver projektet samt oförståelse för varandras verksamheter.

Personalen i *Arvidsjaur* ansåg att olika syn eller tillvägagångssätt, svårt att hitta gemensamma tider samt dålig respekt för andra samverkansparter utgjorde hinder för samverkan.

Faktorer som gör att samverkan fortlever

Cheferna svarar att det är viktigt med förankring i hela organisationen, att eldsjälarna får stöd och att det ska vara enkelt att samverka för att samverkan ska överleva.

Faktorer som gör att projektet överlever är, enligt personalen från *Piteå*, att det är viktigt med realistiska mål och syn på förändringar, att det är fast sanktionerat på chefsnivå och att man får träffa alla inblandade utan brukare.

Personalen i *Arvidsjaur* svarar att faktorer som gör att projektet fungerar efter projekttiden handlar om att alla samverkansparter plus att patienterna/klienterna ser vinsten med samarbetet.

Personalens upplevelse av samarbetet

En av de förväntade effekterna av projektet är att berörda verksamheter ska uppleva att praktisk samverkan fungerar bättre. Vid sista gemensamma träffen i mitten av oktober 2007, där all personal och alla chefer som deltagit i projektet var inbjudna delades en enkät med diskussionsfrågor ut om samverkan före projektet och i dagsläget. Enkätunderlaget har inte på något sätt statistisk signifikans utan speglar mer en upplevd bild av samverkan mellan arbetsplatserna. 33 personer svarade på enkätfrågorna.

Samverkan – i inledningskedet av projektet

Under projektets inledande samverkansträffar med de olika grupperna framkommer det i diskussioner att innan projektet startade fanns det olika uppfattningar om hur samarbetet mellan verksamheterna fungerade. En del ansåg att de hade ett fungerande samarbete och några hade till och med mycket god samverkan med olika verksamheter. Några hade svårt att se någon skillnad i sättet de samverkade på då och den nya tänkta arbetsmetoden med gemensam vårdplan. Andra menade att samarbetet runt personer med komplexa funktionshinder kunde bli mycket bättre.

Som kritik angavs okunskap om varandras arbetsmetoder vilket kunde uttryckas i form av att man prioriterade olika vad som var viktigt i arbetet med brukaren. Denna okunskap tillsammans med andra kulturella skillnader gjorde att personalen i inledningskedet av projektet inte använde varandras kompetenser på bästa sätt. Andra tankar om hinder för samverkan var att det inte tydligt framgick vem som hade ansvaret för vad i arbetet med de själverfarna, att verksamheterna gjorde olika prioriteringar om hur viktigt det var att samverka och göra gemensamma uppföljningar samt att bristande information kunde förekomma.

Som tidigare beskrivits har närvaron vid personalens och arbetsgruppens samverkansträffar utan brukare under projekttiden inte varit tillfredställande enligt grupperna. Det fanns ett orosmoln för hur samarbetet och samverkan skulle kunna utvecklas eftersom primärvården saknades på träffarna. Deltagarna såg en risk att primärvården halkade efter ytterligare i arbetet med att förbättra arbetsmetoder och rutiner kring psykiska funktionshinder. Många av de själverfarna i projektet lever med ett missbruk av något slag. Personalgruppen har

därav haft önsknings att fler deltagare från Alkohol- och narkotikagruppen (ANG) skulle ha deltagit på personalgruppens samverkansträffar och olika utbildningar. ANG valde liksom psykiatrins enhet A och Piteås hemtjänst att delta med en personal på samverkans-/lärandeträffarna utan själverfarna. De önskade fler diskussioner-/infallsvinklar kring metodärenden för att få ökade kunskaper och förståelse kring det missbruksarbete som sker i vardagen och det utvecklingsarbete som sker generellt inom missbruksvården.

Samverkan – så här blev det...

Av enkätunderlaget framkommer att personalen upplever att samverkan har förbättrats under projektetiden. I Piteå upplever flertalet av dem som har svarat på enkäten att det har blivit lättare att ta kontakt med varandra och en majoritet anser att det finns en bättre struktur på samverkan idag. Bland annat har de gemensamma vårdplaneringarna gett mer samordnade insatser. I Arvidsjaur ansåg man att det har blivit mer samarbete, bättre struktur, tydligare och enklare att samarbeta i det vardagliga arbetet:

- Mycket bättre struktur i samverkan idag.
- Mycket bättre rutiner för samverkan idag.
- Bättre kännedom om varandras organisation, resurser och förutsättningar
- Såg ibland frågor som något för någon annans bord.

Kommunikation

Majoriteten av de svarande från Piteå anser att det känns enklare, öppnare och lättare att kommunicera idag när man lärt känna varandra och varandras verksamheter. Några anser att kommunikationen varit bra även tidigare och inte förändrats nämnvärt. Flertalet i Arvidsjaur menar att det har blivit enklare och lättare att prata med varandra. Det har också blivit enklare att få till träffar. En person anser att kontakten med primärvården är usel och att det inte räcker med en intresserad person för att utveckla kommunikationen. Citatet nedan beskriver att kommunikationen har förbättrats:

”Mer sammanvärdning av begrepp, tydligare vad vi menar om olika begrepp. Enklare att prata med varandra när vi vet med vem vi ska prata, om vad och att diskussionerna hålls levande (inte dör ut)”

I Piteå beskriver man att det går lättare att ta kontakt med varandra och att det råder ett öppnare klimat. Samverkan har även lett till fler träffar än tidigare. En person anser att arbetet med den gemensamma vårdplanen fungerar bäst när den som ansvarar för vårdplanen, tillsammans med klienten, arbetar aktivt för utvärderingar och att den ständigt är aktuell. I Arvidsjaur fungerar det också bra att få kontakt med varandra. Rutiner för nätverksträffar med att skriva och följa upp gemensam vårdplanering upplevs även det att fungera. En person skriver att samverkansarbetet har fått en bra start men att det behöver utvecklas ytterligare:

”Mer samverkans träffar idag med fler inblandade, ett annat tankesätt har utvecklats men behöver bli ännu starkare.”

Rutiner

Att skapa fungerande rutiner upplevs inte helt enkelt i Piteå. Att samverka är inte självklart för alla verksamheter. Majoriteten uttrycker att det är svårt att samverka och skapa rutiner om intresset och samverkansbehovet är lågt:

”Vissa samarbetspartners är fortfarande svåra att nå, känns som om dom sitter inne på sina rum, att dom ej har samverkansbehov”

”Vissa instanser har under projekttiden valt att inte delta, så även idag lyser de med sin frånvaro, detta försvårar samverkan framförallt när det gäller pat med dubbeldiagnoser”

I Arvidsjaur gav alla svaranden olika synvinklar om vilka rutiner som inte fungerar bra i samverkan. En person anser att det kan vara svårt att veta vem som ”håller i”, vem som har huvudansvaret. Det kan bli att alla väntar på att någon ska överta taktpinnen. En annan menar att fasta träffar ibland blir ineffektiva. Någon tycker att samverkan med missbruksvården inte fungerar bra. En annan av de svarande menar att det är svårt att nå vissa, *det framkommer inte om personen menar personal eller verksamhet*, samt att en del inte kommer vid avtalat möte. Någon tycker att följsamheten mellan myndigheterna kan bli bättre.

För att utveckla rutinerna anser man i Piteå att det är det viktigt att delta på träffar. Intresset för och inställningen till att samverka måste förbättras samt att de rutiner och regler som finns idag för samverkan följs. Viktigt är också att tydliggöra vem som ska ansvara för vad och att det finns klara direktiv vad som händer om man inte är delaktig i samverkan, vilket beskrivs i detta citat: *”Inställning till att samverka måste förbättras överlag. Klara direktiv vem gör vad om inte ...? Framförallt behövs bättre rutiner gentemot strömgården – psyk”*

I Arvidsjaur anser man att rutinerna kan utvecklas genom att skapa fler givna träffar för att diskutera rutinerna för samverkan: *”Kanske genom att träffas en gång/kvartal för att konkret prata om rutinerna.”* Ytterligare en utveckling av rutinerna kan innefatta att tydliggöra ansvar, uppdrag, krav samt att lära sig samarbeta och ge information.

Förväntningar på socialtjänsten och psykiatrin

Av *socialtjänsten i Piteå* önskar man sig bättre rutiner för informationsöverföring exempelvis när själverfarna inte håller överenskommelser och när sekretessen fungerar som ett hinder. Ett annat önskemål är att Socialtjänsten bör öppna ögonen mer, se vidare och blicka framåt på ett mer långsiktigt sätt hur dagens problem ska kunna lösas. Vidare önskar man sig mindre ”inväntande” och processtänk i strömgårdens sätt att arbeta.

I Arvidsjaur efterlyser några personer en tydligare struktur på *socialtjänstens* arbete samt bättre informationsflöde och mer öppenhet. Någon anser att det finns för lite resurser och tid till projektets klienter/patienter såväl hos boendestöd som hos IFO. En person funderar var Strömgården i Piteå är denna dag och en annan vill ha en dörr in till socialtjänsten; att det finns någon som samordnar för dem som söker insatser oavsett vem de träffar. Denna person beskriver att socialtjänsten bör ha framförhållning i arbetet och att arbeta med brukaren i centrum: *”Att de ska blicka framåt på ett annat sätt än de gör idag! Se på människan och samhället ur ett mer långsiktigt perspektiv.”*

En önskad förändring i *psykiatrins* sätt att arbeta är att fler blir involverade att jobba enligt samverkansmodellen, att fokus läggs på implementeringsarbetet och att efterfrågan av samverkansmetoden ökar, en person upplever: *”Att samverkansmodellen sprids till många fler. Ex: enhet A har utsett en personal till ”Miltonprojektet”. Detta är sårbart.”*

Ett annat önskemål är att systemet för kontaktpersoner (KP) återinförs på Psykiatriska vårdenheten avdelning 25. Psykiatrin bör även se arbetet som ett gemensamt ansvarstagande för patienter med samsjuklighet inte bara tänka att var och en gör sin del. Samtidigt framkommer även kritik mot att gå in på andras ansvarsområden.

Liksom Socialtjänsten bör man se mer långsiktigt utifrån problemen och vara mer öppen för utveckling i takt med samhällsförändringar

I Arvidsjaur anser några att psykiatrin kunde finnas på plats oftare i Arvidsjaur och att återkopplingen mellan psykiatrin i Piteå och verksamheterna i Arvidsjaur kunde fungera bättre. Någon tycker att avdelningen kunde hålla i lite mer när den själverfarne är inlagd eftersom det är svårt för själverfarna med dubbeldiagnos att upprätthålla motivationen för drogfrihet. En annan person önskar att psykiatrin kunde vara mer flexibel och se att alla inte har likadana problem. Finns inte resurser i Piteå ska man kunna skicka patienten vidare. Nedan framkommer ett exempel på denna problematik:

”Vi har deltagare med multiproblematik där vi vet att det finns en regelbunden kontakt med psykiatrin och där vi inte har någon återkoppling mellan verksamheterna. En sådan återk. tror jag skulle vara positivt för arbetet. Vet inte hur den skulle se ut. Där måste jag ta tag i o efterfråga vårdplan.”

Stor enighet råder om att *primärvården* i Piteå bör visa större intresse för att delta på träffar som vårdplanering och andra samverkansträffar samt en ökad delaktighet i dem: *”Att de visar större intresse att komma till samverkansträffar.”* Ett annat område det efterfrågas ett större intresse från primärvården handlar om klienternas problematik, vilket denna person skriver: *”Mera aktivt arbete för personer med psykisk sjukdom. Delta i samverkan.”*

Även i Arvidsjaur tar de svarande upp denna problematik. Samtliga anser att primärvården måste bli bättre på att engagera sig i de själverfarna de träffar,

speciellt för dem med samsjuklighet. En av de svarande upplever brister inom primärvården så här: *”Har saknat mottagningspersonal hela tiden. Vad vet läkare och akutpersonal om projektet?”*

Brukarnas delaktighet

Majoriteten i Piteå anser att själverfarna är delaktiga i samverkansarbetet genom att de deltar i upprättande av vårdplan/arbetsplan. Flertalet menar också att de är delaktiga eftersom de deltar på nätverksträffar. Några anser att de är delaktiga genom brukarråd och Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH). Även personalen i Arvidsjaur anser att den själverfarna är delaktig när denne deltar i sin egen planering: *”De styr till stor del innehållet i sin egen vårdplan.”*

Samverkansvinster

I Piteå har de svarande upplevt följande vinster med att samarbeta. Arbetsmetoder som att kartlägga, att fatta beslut eller att ge insatser går snabbare och smidigare. Majoriteten anser att samverkan som metod sparar tid. Det medför en tydligare uppdelning av insatserna. Flertalet menar att personalen vet vad de ska göra och det blir mer konkret och lättförståeligt för klienten. Några anser att det blir mer lättarbetat när man lärt känna personal från andra verksamheter och ta del av deras kompetens. Citatet illustrerar fördelarna med att samverka:

”Får insikt i andras verksamheter, breddar mitt synsätt samt att det underlättar för mig då jag inte behöver ‘dra hela lasset själv’ samarbete innebär en fördelning av ansvar.”

Även i Arvidsjaur har det blivit lättare att arbeta och enklare att sortera vem som gör vad. Eftersom de flesta ser olika vinster presenteras en sammanfattning av fördelarna med att samverka nedan:

”Bättre jobb kvalitet, tar mindre tid, känner mig mer nöjd, bättre samarbete, man vet vem som är med, tar kontakt med rätt person, lättare med kontakten mellan olika myndigheter, vi är fler som hjälps åt, sekretessen är undanröjd under samverkanstiden, bättre utformning av insatser, enklare att sortera vad respektive ska göra”

För den själverfarna

Sammanfattningsvis upplever personalen att själefarna får effektivare insatser när verksamheterna samverkar. Personalen i Piteå anser att det som de själverfarna vinner på när verksamheterna samverkar är att förvirringen minskar och insatserna blir mer strukturerade när brukaren vet vem som gör vad. De själverfarna är delaktiga i vårdplaneringen och har fått en ökad självständighet och

livssituation i samhället. Några anser att samverkan även skapar trygghet och tydlighet.

Personalen i Arvidsjaur upplever att den största vinsten för själverfarna är att det har blivit tydligare planeringar där det anges vem som gör vad: "*Det lyfts i "alla hörn" samtidigt, alla vet vad den andre gör just nu.*" Den själverfarne får en trygghet och vet vem de ska ta kontakt med.

Hinder för samverkan eller förbättringar inför framtiden

Majoriteten av de svarande anser att vi är en bra bit på väg och att projektet har fungerat bra. En positiv aspekt är att man nu har en gemensam arbets- eller vårdplan. Några ser att det återstår en del arbete med implementeringen. Hinder i implementeringsarbetet är bland annat att vissa verksamheter kunde haft bättre uppslutning, att projektet bara omfattat delar av vissa verksamheter och att ekonomin styr.

Hälften av de svarande i Piteå anser att det finns nackdelar med att samverka. Dessa kan handla om svårigheter att avsätta tid, att hitta tider, att man måste prioritera andra saker i tid, att det kräver ett extra arbetsmoment som inte funnits där tidigare eller att alla är inte lika aktiva i samverkan och någon får ofta dra ett tungt lass. I Arvidsjaur upplevs två hinder. Dels kan det vara svårt att hinna med alla träffar. Dels upplever man att primärvård "dumpar" insatser till kommunen.

Sammanfattande reflektioner

I projektarbetet har ca 44 personal och chefer deltagit från 14 arbetsplatser. Arbetssätten med att stödja själverfarna kan ibland tyckas vara av liknande art men har oftast olika inriktningar. Eftersom det finns olikheter mellan arbetsplatserna har en tanke varit att så många som möjligt ska få vara med och påverka var fokus ska ligga i projektet för att alla deltagande ska kunna dra *lasset* åt samma håll. De framgångsfaktorer för lyckad samverkan som grupperna tagit fram har till stor del legat som grund för färdriktningen i projektarbetet. Projektets arbetsmetoder för att möjliggöra samverkan har bestått i; 35 utbildningstillfällen för att förbättra kunskap och samsyn, bildande av professionella nätverk och arenor har skett genom – *samkraft/psykfält-grupper/styrgrupp*, teambildningsaktiviteter för att göra något roligt tillsammans och lära känna varandra, mandat från ledningen att avsätta arbetstid, en gemensamt framtagna individuell vårdplan för att förtydliga vem som gör vad och sätta den själverfarne i centrum, att ett styrdokument för samverkan har gemensamt arbetats fram och skrivits under av chefer på ledningsnivå för att samverkan ska kunna förankras i respektive organisationer, att speciella utbildningsdagar fokuserat på att synliggöra vinsterna av att lägga tid på samverkan.

De tillfällen när man gör roliga aktiviteter tillsammans under avslappnade former kan vara en nyckel för att underlätta för personalen att ta kontakt med varandra. Det blir helt enkelt svårare framledes att säga nej till en *kompis* som behöver hjälp.

Trots att vissa verksamheter i inledningen av projektet ansåg sig ha en relativt bra samverkan mellan arbetsplatserna har ändå förbättringar kunnat göras. Att synen på vad bra samverkan är har förändrats skulle kunna bero på att det tidigare var svårt att se *varför* man ska förbättra något som redan upplevs som bra. Vinsterna av den samverkan som skett mellan personalen i projektet är framförallt att det har blivit lättare att ta kontakt och kommunicera med varandra och att arbetet med ett gemensamt verktyg, *individuella vårdplanen*, gett bättre struktur i samverkan. För att rutiner för ett bra samverkansarbete även ska fungera fortsättningsvis är det viktigt att det finns ett intresse för att utveckla samverkan och att det är tydligt vem som har ansvar för vad.

Det är allmänt känt att kommunen och landstinget ifrågasätter varandras arbetsmetoder. Ifrågasättandet kan dock lätt bli av abstrakt karaktär och därför svåra att förstå för båda parter. En gemensam önskan från båda parter är att rutiner för informationsöverföring mellan organisationerna ska bli bättre inom olika områden. En annan gemensam önskan är att organisationerna ska se problem med ett långsiktigt perspektiv. Av socialtjänsten i både Piteå och Arvidsjaur önskar man sig en tydligare struktur i sättet att arbeta. Ett problem som skulle kunna uppstå är ifall socialtjänsten upplever att de har struktur och framgång på det sätt de arbetar och Landstinget inte kan se dessa vinster samtidigt som de har svårt att konkret förklara vad som bör förändras hos socialtjänsten, och vice versa. En del av den abstrakta kritiken skulle kunna ligga i att man fortfarande vet för lite om varandras vardagsarbete och vinsterna av att arbeta på sina speciella sätt.

Av psykiatrin önskar man sig att fler personal blir insatta i vinsterna med att samverka och att fler använder sig av samverkansmodellen. En annan önskan man har av psykiatrin är att minska *stuprörstänket* att var och en gör sin del. Med tanke på att psykiatrin även kritiserats för att gå in på andra ansvarsområden kanske det liksom hos socialtjänsten tyder på otydliga arbetsrutiner med *processtänk* eller att de själverfarnas problematik faktiskt kräver att personalen arbetar så brett att de tangerar varandras ansvarsområden, vem vet.

Vad det gäller primärvårdens medverkan kring samverkansmetoden är samtliga eniga att de bör visa mer intresse för att samverka, diskutera och delta på utbildningar kring målgruppen. Likväl här som kring kritiken mot socialtjänstens och psykiatrins arbetsmetoder återfinns abstrakt tyckande utifrån. Man kan även här fundera på om socialtjänsten och psykiatrin har svårt att konkret förklara på vilket sätt man vill samverka med primärvården.

Personalen upplever att de själverfarna är delaktiga i det samverkansarbete som sker kring dem och att de har möjlighet att påverka större frågor via exempelvis brukarråd. Personalen upplever också att de själverfarna får bättre insatser när verksamheterna samverkar. En spontan fråga blir upplever verkligen de själverfarna att de har möjlighet att påverka via exempelvis brukarråd?

Projektet har bildat en sorts plattform för det fortsatta utvecklingsarbetet kring målgruppen. Nu finns en psykfältgrupp i Piteå och Arvidsjaur samt en styrgrupp som ansvarar för uppföljning av samverkan. En av de större

utmaningarna är nu att implementera arbetsmetoden hos all personal. Om personalen ser samma vinster med att samverka torde det vara lättare att komma undan hinder som problem med att hitta tider för att träffas.

Intresseorganisationerna

De intresseorganisationer som på skilda sätt har medverkat i projektet är Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) och framförallt deras ungdomsgrupp "Unga själar" samt Schizofreniförbundet - Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser (IFS). För att vara medlem i Unga själar behöver man inte vara fysiskt ung utan det räcker med att vara ung i själen. Intresseorganisationerna arbetar för att själverfarna personer ska få rätt stöd och hjälp med att bygga upp ett självständigt och meningsfullt liv ute i samhället.

Gruppen unga själar har en del av sina aktiviteter i café Ernst's lokaler i Piteå som också fungerar som träffpunkt. Ett av gruppens huvudsyfte är att ensamma personer ska ha någonstans att gå för att bryta ett negativt mönster av isolering från samhället. Ett annat syfte är att arbeta som språkrör för personer med psykiska funktionshinder. När gruppen samlas är det ofta kring en aktivitet. Det finns rikligt med idéer på aktiviteter och de flesta idéerna genomförs om de inte medför för stora kostnader. Unga själar är en grupp människor på cirka tio aktiva medlemmar som har en drivkraft att komma ur stigmatiseringen av psykiska funktionshinder. RSMH i Piteå har använt Miltonprojektet som kanal för att sprida information om vad de gör, var de finns och hur man kan bli medlem. Medlemmar ur föreningen har vid olika typer av föreläsningar spridit information till åhörare på konferenser och deltagit tillsammans med projektledaren vid informationer om projektet på olika arbetsplatser. Ytterligare ett syfte med informationsspridningen är att bli starkare som organisation genom att få fler medlemmar. Med fler medlemmar hoppas de få in nya friska idéer och att deras röst blir starkare gentemot tjänstemän och politiker.

Samverkan med IFS har mestadels bestått av gemensamma informationsträffar genom Nationella psykiatrisamordningen men även genom att såväl IFS som projektet har bjudit in varandra till olika träffar. Medlemmar ur projektet har deltagit vid föreningsmöten och de föreläsningar och träffar med olika myndighetspersoner som skett i "BRA-projektet" (Bemötande, Respekt, Ansvar), som IFS har drivit. Projektet har å sin sida bjudit in IFS till gemensamma föreläsningar med personal. Genom dessa möten har en god relation utvecklats.

RSMH och IFS har under många år upplevt att de inte fått tillträde till de innersta politiska rummen där beslut fattas. Genom projektet fick RSMH och IFS möjlighet att påbörja byggandet av en arena för samverkan med yrkesverksam personal från samtliga aktörer i projektet.

Intresseorganisationerna har deltagit på personalens samverkansträffar, Samkraft, i syfte att hitta rutiner för hur man skulle kunna använda sig av varandras kompetenser och erfarenheter. Tilläggas ska att vissa personalkategorier som exempelvis personliga ombuden, har sedan tidigare en väl fungerande dialog med dessa organisationer. Eftersom arbetsmetoderna skulle ses som mer generella

och inte specifika för en speciell grupp själverfarna beslutades det att personalens samverkansträffar skulle upphöra och därmed försvann också den tilltänkta arenan för personal och intresseorganisationerna. Beslutet grundar sig även på att det redan finns upparbetade samverkanskanaler för organisationerna via brukarråd, patientråd och kommunala handikapprådet.

I Arvidsjaur har inte de själverfarna varit organiserade. Projektet har fungerat som en första kontaktyta mellan RSMH i Piteå och själverfarna som får stöd via träffpunkten i Arvidsjaur. RSMH i Piteå har informerat, motiverat och inspirerat hur Arvidsjaur kan gå tillväga för att starta ett eget RSMH på orten. Intresset hos Piteå har varit att få igång en fungerande samverkan med Arvidsjaur. Det resulterade i att man i Arvidsjaur gjorde en anmälan för att starta upp en egen organisation och har nu fått igång en egen RSMH-verksamhet. RSMH i Piteå har skänkt tre datorer och medlemmarna har besökt varandras föreningar vid ett par tillfällen.

Själverfarnas deltagande i projektet

Arbetsgruppens medlemmar gjorde en inventering av de själverfarna som de bedömde ha störst nytta av tydligare samverkan på respektive arbetsplats. Vid tillfället fann de tillsammans 39 tänkbara personer till projektet. Av dessa medverkade 13 själverfarna, resultat finns på tio individer.

Syftet med projektet var att (1) öka själverfarnas självständighet och delaktighet i samhället, (2) minska återfall som leder till institutionell vård, samt att (3) öka samverkan i vårdkedjan med individfokus. Med självständighet och delaktighet i samhället menas att de personer som ingår i projektet ska uppleva att de klarar av eget boende, att de har kontroll på ekonomin och att de har en meningsfull sysselsättning. Med ökad samverkan i vårdkedjan med individfokus menas att antalet gemensamma vårdplaner och antalet uppföljningar ska öka.

Nedan redovisas i tur och ordning resultatet av de tre målen utifrån projektplanen. Sedan redovisas andra fakta som samlats in under projektet som kan vara av intresse för hur samverkan kring individer med komplex problematik kan fungera.

A Självsfattningen

Självsfattningsformuläret som de själverfarna har fyllt i är en kortversion av Lancshires livskvalitetsprofil (LLKP) och heter Manchester livskvalitetsskala (MANSA). Två frågor om missbruk har lagts till. Formuläret är tänkt att besvara målet att 90 % av de personer som ingår i projektet ska uppleva att de klarar av eget boende, att de har kontroll på ekonomin och att de har en meningsfull sysselsättning.

Själverfarna har själva men med stöd av personal fyllt i självsfattningsformuläret när de klev in i projektet och under projektiden. Antalet gjorda självsfattningarna hos varje enskild person har varierat i antal. Några själverfarna har gjort ett flertal självsfattningar medan andra endast kunnat fylla i en. Skattningen består av frågor som den själverfarna skattar från ett (kunde inte vara värre) till sju (kunde inte vara bättre). Skattar man över medeltalet 3,5

anses man vara mer nöjd än missnöjd över sin situation. Av 13 själverfarna som deltagit i projektet har tio individer fyllt i själv-skattningen. Av dessa tio har fyra individer endast skattat sig själv en omgång, två har skattat två omgångar, tre har gjort tre omgångar och en person har gjort självskattningen 8 omgångar. Det medför att resultaten endast påvisar tendenser åt det ena eller andra hållet.

Personalens muntliga subjektiva bedömning är att de flesta själv-erfarna fått en bättre livskvalitet. Med gemensamma och tydligare insatser blir själverfarna mer sedda och bekräftade. En del själverfarna kan skatta sin livssituation som sämre eftersom de har insett att de vill förändra sitt liv. Enligt personalen är de själverfarnas muntliga beskrivning den att det är tydligare vem de ska vända sig till för att få hjälp vilket ger bättre struktur i vardagen och därigenom ett större lugn.

Tabell 1. Hur nöjda är de själverfarna med sitt boende.

Hur nöjd är du med ditt boende?

Själverfaren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Omgång 1	6	5	1	2	4	2	1	6	6	7
Omgång 2	5	4	2					4	7	7
Omgång 3		4	5					6		6
Omgång 4										7
Omgång 5										7
Omgång 6										6
Omgång 7										6
Omgång 8										6

Tre personer upplever att de har blivit marginellt mindre nöjda med sitt boende och två personer har blivit mer nöjda med sitt boende under projektiden varav en av dem har blivit markant mer nöjd. Sju individer är idag mer nöjda än missnöjd med sitt boende

Tabell 2. Hur nöjda är de själverfarna med sin ekonomiska situation

Hur nöjd är du med din ekonomiska situation?

Själverfaren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Omgång 1	1	2	1	3	1	3	1	2	2	3
Omgång 2	1	1	3					1	1	2
Omgång 3		1	4					6		0
Omgång 4										2
Omgång 5										4
Omgång 6										4
Omgång 7										4

Tre personer upplever att deras ekonomiska situation har blivit bättre. Dessa tre är också vid sista skattningen mer nöjd än missnöjd över ekonomin. Resterande sju individer är klart missnöjda med sin ekonomiska situation.

Tabell 3. Hur nöjda är de själverfarna är med sin sysselsättning.

Hur nöjd är du med ditt arbete (eller skyddade arbete, arbetsträning, utbildning som din huvudsakliga sysselsättning?)

Själverfaren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Omgång 1	0	3	2	4	0	0	1	0	0	6
Omgång 2	2	0	0					2	0	5
Omgång 3		1	1					0		2
Omgång 4										4
Omgång 5										2
Omgång 6										2
Omgång 7										4
Omgång 8										0

Ingen person upplever att de blivit mer nöjd med sin sysselsättning under projektet. Endast två personer är i snitt något mer nöjd än missnöjd över sin sysselsättning. Tre personer har blivit mer missnöjda med sin sysselsättning under projektiden.

I självskattningen besvarades även andra frågor. Resultaten redovisar enbart att det blivit en marginell skillnad och i vissa fall ingen skillnad alls mellan första och sista självskattningen. För att få en större förståelse *varför* skillnaderna uppkommit eller uteblivit fick personalen i uppgift att intervjua individerna. Eftersom det har kommit in för lite material redovisas det inte här.

På frågan "Hur nöjd är du med ditt liv som helhet" svarar endast tre av sju personer vid sista självskattningsomgången att de var mer nöjd än missnöjd, för två personer hade livet blivit något bättre mellan första och sista mätomgången. Fyra personer är mer nöjd än missnöjd över att vara arbetslös eller pensionerad. Fyra personer var idag mer nöjd än missnöjd över att vara arbetslös eller pensionerad. Sex personer är nöjda med antalet och kvalitén på sina vänner. Sex personer skattar idag lägre än 3,5 på frågan hur nöjda de är med sina fritidsaktiviteter, tre personer upplever dock att de blivit mer nöjda över aktiviteterna och två att de försämrats. Åtta personer är idag nöjda med sin personliga säkerhet och har så varit under alla skattningsomgångar. Åtta individer är inte nöjda med att bo ensam. Sex personer anser att sexlivet är ok. Sju personer är mer nöjd än missnöjd över relationen till familjen, fyra personer upplever att relationen förbättrats under projektiden. Sex personer är idag relativt nöjd med sin fysiska hälsa, fyra upplever dock att den fysiska hälsan försämrats något sedan första mätomgången. Fem personer är vid sista mätomgången missnöjda med sin psykiska hälsa och fyra personer upplever en försämring av den psykiska hälsan mellan första och sista självskattningen.

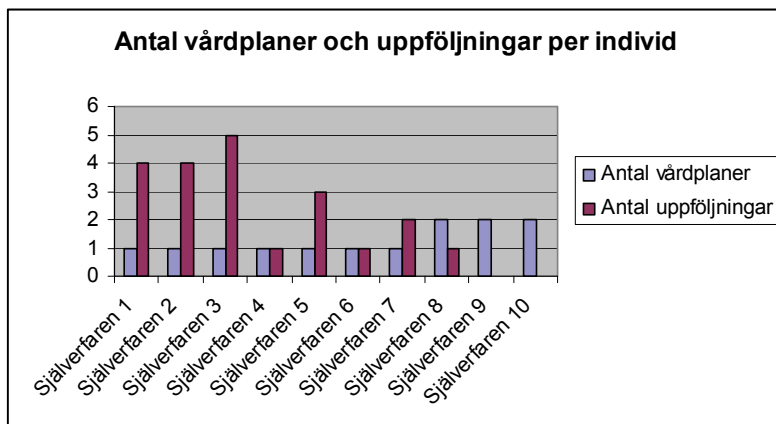
Samtliga personer utom en upplever att de har en nära vän som de har träffat den senaste veckan. Sex personer har anklagats för ett brott någon gång under det senaste året. Fem personer har varit utsatt för våld vid något tillfälle under det senaste året, sju personer uppger vid sista mätomgången att de inte hade utsatts för våld det senaste året. Fem personer upplever att de har problem med alkohol/droger/mediciner. Sex av nio svarande upplever att de har någon i sin omgivning som uttrycker oro för deras drickande, användande av droger eller mediciner. Fem själverfarna upplever att deras användande av alkohol/droger-/mediciner fått konsekvenser som att ha blivit omhändertagen av polis, varit inblandad i konflikter, kriminalitet, ekonomiska svårigheter, kroppsliga besvär med mera.

B Gemensam vårdplan och gemensamma uppföljningar

Det andra målet lyder: 100 % av de själverfarna som ingår i projektet ska ha en individuell vårdplan och 100 % av vårdplanerna ska följas upp.

Kring varje individuell vårdplanering deltar alltid den själverfarne tillsammans med närmast berörd personal. Alla närvarande använder den individuella vårdplan som verksamheterna i projektet gemensamt skapat. På så sätt minimeras antalet kontakter för brukaren och information koncentreras till en vårdplan istället för en vårdplan tillhörande varje verksamhet. Att använda en gemensamt utvecklad vårdplan har gjort det tydligare för själverfarna och personalen att se vem som ansvarar för vad i arbetet med brukarens funktionshinder. De själverfarna beskriver för gemene personal hur de upplever att livet blir mer strukturerat när det finns på ett papper till vem de ska vända sig. Tidigare kunde en själverfaren ha flera olika vårdplaner och kontakt med många personer. Man har också lärt sig att planera noggrannare kring problemområdena. För varje hinder ska det finnas en lösning, en person som är ansvarig, en plan a, b, c, d och så vidare. I vårdplanen planeras återkommande gemensamma uppföljningar över tid. På så vis kan alla följa utvecklingen, resultat av lösningar och lättare parera hinder som dyker upp.

Figur 1: Antal individuella vårdplaner som gjorts tillsammans med minst två samverkansparter och den självverfarna samt antal uppföljningar på planeringarna.

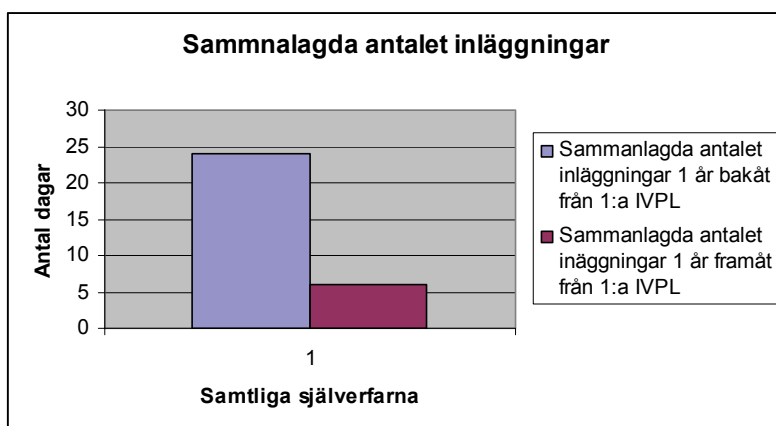


Samtliga tio personer har minst en upprättad, gemensam, vårdplan och åtta av tio har gjort minst en uppföljning. Av dessa åtta har fem planeringar följts upp två gånger eller fler.

C Minska brukarens behov av slutenvård

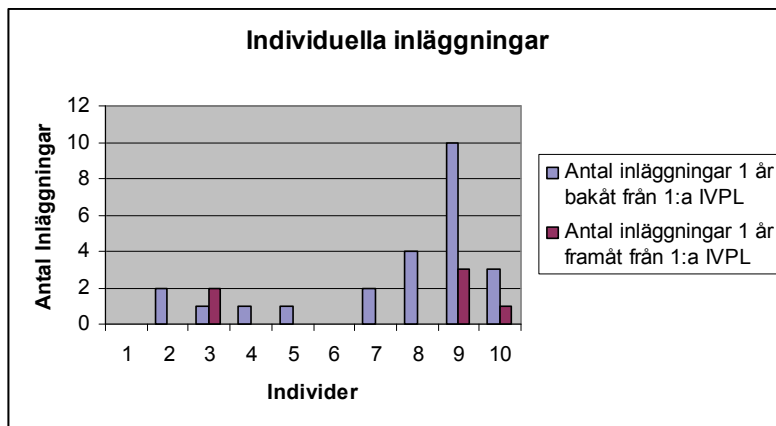
Ett av syftena var att minska återfall som leder till institutionell vård. Utifrån projektet tolkas en inläggning inom slutenvården som ett bakslag för individen. I vardagen behöver det inte nödvändigtvis vara på det viset. En inläggning kan ibland vara någonting bra som exempelvis förhindrar att individen får ett allt för hårt bakslag och därigenom minimerar antalet vård dagar eller när en person ska ställa in mediciner.

Figur 2: Skillnad i det sammanlagda antalet inläggningar för samtliga självverfarna ett år bakåt och ett år framåt från att den första individuella vårdplanen skrevs.



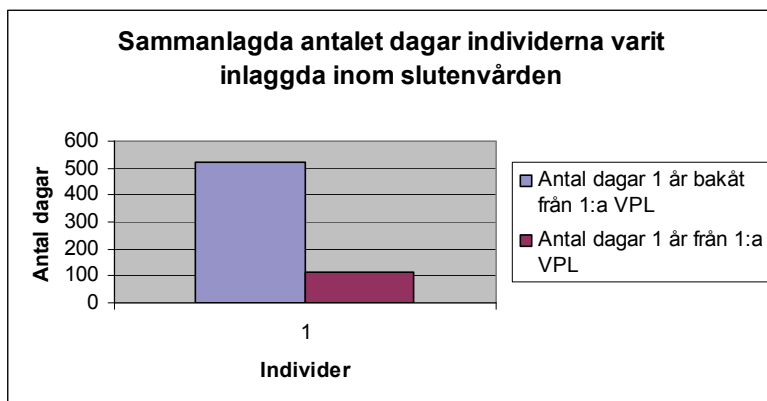
Slår man ihop antalet inläggningar ett år bakåt från den första individuella vårdplaneringen och antalet inläggningar ett år framåt från den första gjorda individuella vårdplaneringen för varje individ har antalet inläggningar minskat från 24 stycken till sex stycken. Tendensen är tydlig. Sedan samarbetet började med att använda en gemensamt framtagen individuell vårdplan har antalet inläggningar inom slutenvården minskat med 75 procent.

Figur 3: Skillnader i antalet inläggningar för varje individ sedan gemensamt utformade vårdplaner började användas mellan minst två samverkansparter.



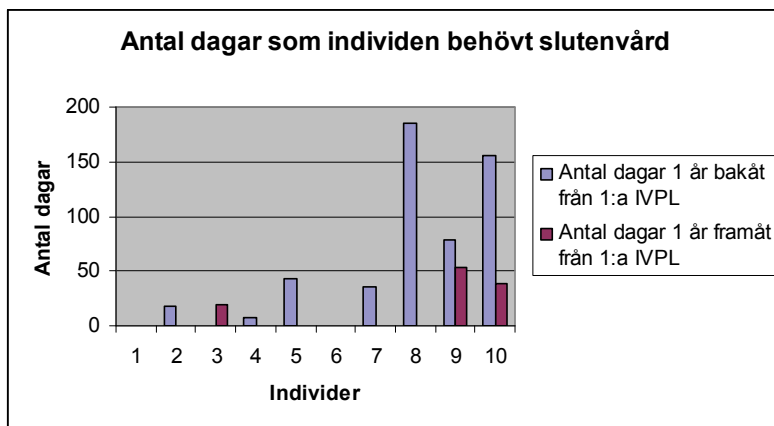
Sju individer har minskat antalet inläggningar inom slutenvården, speciellt en person har minskat från tio inläggningar till tre, en stor minskning. Två personer har aldrig tidigare varit inlagda. Endast en person har haft en inläggning mer ett år efter det att första vårdplanen upprättades jämfört med ett år innan första vårdplanen gjordes.

Figur 4: Sammanlagda skillnader i antal dagar som individerna har varit inlagd inom slutenvården.



Även för antalet dagar som individerna tillsammans varit inlagda inom slutenvården finns en stor skillnad före och efter den första individuella vårdplaneringen. Totalt finns 522 vård dagar registrerade under ett år bakåt från att den första gemensamma vårdplaneringen gjordes och 112 registrerade vård dagar ett år framåt från första gemensamma vårdplaneringen, det är en minskning med 78,5 procent.

Figur 5: Sammanlagda skillnader i antal dagar som varje individer har varit inlagd inom slutenvården.



För majoriteten av deltagarna i projektet har antalet vård dagar minskat drastiskt. För den person där antalet vård dagar minskade mest hade 185 dagar ett år innan första vårdplanen skrevs och inga dagar ett år efter den upprättades. Endast för en person har antalet dagar inom slutenvården ökat ett år efter det att första planen upprättades.

Sammanfattande reflektioner

Målet att 90% ska uppleva att de klarar av eget boende, att de har kontroll på ekonomin och att de har en meningsfull sysselsättning har inte uppnåtts. Av tio själverfarna är tre personer inte nöjda med situationen i sitt boende, sju individer upplever sig inte vara nöjd med sin ekonomiska situation och nio personer är inte nöjd med sitt arbete eller sysselsättning. Att de upplever att de inte är riktigt nöjda behöver naturligtvis inte innebära att de inte klarar av att hantera sin ekonomi, boende och sysselsättning. Att de som skattar sig under 3,5 signalerar dock att det finns saker att förbättra och att livskvalitén förmodligen skulle vara högre om de blir mer nöjda med sin ekonomi, sitt boende och sin sysselsättning.

Att det inte har blivit några stora skillnader i mätomgångarna för flertalet kan ha sin förklaring i den korta tiden som de själverfarna deltagit. Att nå större förändringar i målgruppens livssituation kräver många gånger ett längre tidsperspektiv. Samtidigt är det också känt att personernas funktionshinder försvårar för dem att bli självförsörjande genom förvärvsarbete eller studier och stannar därför kvar på en viss ekonomisk nivå. Trots det kan man se att väldigt många är nöjda med sina boenden och att två personer blivit klart nöjdare med sin ekonomi under projekttiden.

Målet att 100 % av brukarna som ingår i projektet ska ha en individuell vårdplan och 100] % av vårdplanerna ska följas upp har nästan uppnåtts. Alla själverfarna har upprättat minst en vårdplan men två av dessa har inte kunnat göra någon uppföljning på sina vårdplaner. Dessa två själverfarna har haft ett samordnat stöd under projekttiden. Resultatet visar dock komplexiteten med att genomföra åtgärder som uppföljningar där det finns samsjuklighet.

Målet att minska återfall som leder till institutionell vård har uppnåtts med råge. Slår man ihop samtliga inläggningar som de själverfarna behövt inom slutenvården före och efter deras första individuella vårdplanering har antalet inläggningarna minskat med 75 %. Ser man på det sammanlagda antalet dagar som individerna varit inlagd inom slutenvården har behovet minskat med 78,5 %. Fem själverfarna har inte behövt någon slutenvård alls efter att den första individuella vårdplanen upprättades. En framgångsfaktor skulle kunna vara att med samordnad planering finns förutsättningar att ordna fler träffar mellan själverfarna och personal än om personalen skulle ha skött ärendet på var sitt håll.

Avslutande reflektion/diskussion

Inledningen av projektet visar hur svårt det kan vara att samverka trots goda intentioner hos samtliga parter. Det finns alltid en risk att man går sämre rustad ur ett samverkansprojekt om det inte har förberetts ordentligt i början. I detta fallet kan man diskutera om projektet var nog tydligt förankrat inom psykiatrin och primärvården eller inte. Jag tycker ändå att detta samverkansprojekt har kunnat skapa någon sorts plattform för framtiden. Givetvis har tillgången till projektpengar påverkat resultatet men framförallt att det finns ett genuint intresse

hos såväl personalen som chefer att finna nya arbetsmetoder som gör att de själverfarna får en bättre livssituation.

En faktor som förhoppningsvis borgar för god samverkan framöver är att ett kort och enkelt styrdokument för samverkan mellan verksamheterna upprättades och signerades på ledningsnivå. Nu kan man ju tänka sig att även detta dokument kan komma att samla en del damm i någon bokhylla, men faktum att styrdokumentet sammanlagt genomarbetats fem gånger och av såväl chefer på olika nivåer som av personal gör förhoppningsvis att berörda kommer ihåg vad man kommit överens om och att det underlättar implementeringen till övrig personal.

Bert Danemark, professor i sociologi, menar att det finns tre faktorer som styr resultatet av samverkan; Regelverk, Organisationen och Synsätt. Han anser att den individuella synen på samverkan är det mest intressanta. Regelverk och organisation är mestadels administrativa frågor medan *synsätt* är så starkt förknippad med individen som person och hur denne väljer att se på samverkan. Trots insikten om människans helhet uppstår problem när man ska samverka utifrån olika perspektiv. Han beskriver att det inte alltför sällan finns tillfällen när personal utifrån sin yrkeskompetens eller kunskapsområde känner sig hotad och tar till ett *kamp* beteende för att argumentera vilket synsätt som är bäst. Tidsbrister gör ibland att man genar i samverkan och i samverkan med andra kan det synas att man inte alltid gör rätt. Vissa typer av kunskaper har mer status och tyngd än andra och yrkesgrupper kan ha olika prestige och makt. Ju större dessa skillnader är desto större är sannolikheten att problem i samverkan uppstår. Danemark menar också att det inom samma kunskapsområde sällan råder enighet vad som är det riktiga synsättet. Konkurrerande teorier inom en och samma disciplin är också mer regel än undantag i dag¹⁰. Man kan mot bakgrund av detta fundera varför det inte, trots insikter, går att utvärdera vilka modeller eller rutiner som fungerar bäst i samverkan och utveckla dem till självklara arbetsmetoder. Naturligtvis görs det försök men kan det vara så att det finns ett stort tolkningsutrymme om vad ett bra synsätt är och att tolkningsutrymmet tillåter att konkurrerande teorier lever vidare och därför gör det svårt att enas kring bra samverkansmetoder, utan att ett projekt måste till? En annan fundering är om vardagsarbetet har förändrats så att personalen behöver dessa olika teoretiska modeller för att hantera nya typer av situationer och hur påverkar det i så fall förståelsen för varandras arbetsituation om vi blandar egna teoretiska antaganden om den verklighet var och en arbetar i?

Projektet har haft intentionen att minimera hinder i samverkan genom att öka kunskapen om varandras arbetsplatser och därmed öka respekten för verksamheternas förutsättningar att samverka. En annan intention har varit att minska skillnaderna i språket för att få tydligare definition av olika begrepp utanför att för den skull sluta med sitt egna yrkesspråk. Bland annat användes genombrottsmetodiken för att skapa mer neutrala begrepp.

¹⁰ Danemark, B, Kullberg, C. (1999) Samverkan Valfärdstatens nya arbetsform. Lund. Studentlitteratur

Ett problem när inte alla arbetsplatser deltagit fullt ut på träffar och utbildningar är att information om vardagsarbetets förutsättningar gått förlorad. Likaså kan viktig information gå förlorad om endast enstaka personer från en arbetsplats delger endast *sin* tolkning av arbetsplatsens synsätt och arbetsmetoder. Mot bakgrund av detta resonemang kan man också fundera om problem med respekten för varandras synsätt kan reduceras till den psykologiska nivån att personkemin inte alltid stämmer. Jag tror dock att lyckanden och misslyckanden i samverkan beror på de enskilda medarbetarna och hur ledningen agerar och engagerar sig. Därav skulle det vara intressant att följa utvecklingen av det gemensamma styrdokumentet som beskriver hur samverkan ska följas upp.

Om än undertonen kan tyckas som negativ i rapporten är jag trots allt positiv och tror att arbetsplatserna har ökat förståelsen för varandra genom projektet men också att mycket arbete återstår innan verksamheterna nyttjar varandras kompetenser fullt ut. Viljan finns helt klart men är man *beredd* att göra de personliga ansträngningarna som krävs för att förbättra samverkan ytterligare.

Arbetet kring den gemensamt framtagna vårdplanen har onekligen gett bra resultat. Antalet inläggningar inom slutenvården har minskat rejält. Vad det beror på är svårt att direkt mäta men personalen upplever att kommunikationen har förbättrats, det har blivit tydligare vem som gör vad, de själverfarna har fått tätare stöd periodvis och är delaktig i sin mer detaljerade vårdplan. Att de själverfarna inte redogör för några större skillnader i självskattningen över sin livssituation kan bero på den korta tid som mätningen skett. Danemark beskriver Piagets bild av vad ändamålsenlighet betyder i samverkan *Vi skattar de kunskaper vi behöver för att kunna arbeta givet det uppdrag vi har¹¹*. Kanske har det blivit tydligare varför personal från olika arbetsplatser och själverfarna träffas tillsammans. Vinsterna av att hjälpas åt har blivit påtagliga. Kan det också vara så att det har blivit svårare att förvanska information, göra olika tillägg eller utelämna kunskap. Har det exempelvis blivit svårare att i samtalen lyfta fram och betona gamla tänkespråk som *Det är ingen ide att vi på socialtjänsten gör någonting innan ni på psykiatrin gjort något åt det neuropsykiatriska osv.* Ser man idag mer till den själverfarnes bästa och hur man gemensamt kan gå in i problematiken, jag upplever det så. Jag tror också att de ökade antalet träffar gör att det blir tydligare att se vilka egentliga egenskaper individen har för att klara sig. Det gör också att arbetsplatser kan ställa rimligare krav på varandras arbetsmetoder och resurser, det blir hel enkelt svårare att tillskriva individen egenskaper som denne inte har och att anklaga någon annan arbetsplats för att inte tillgodose bristerna. Inom psykiatrin kan exempelvis själverfarna tilldelas egenskaper som förknippas med en viss diagnos och som kräver ett visst förhållningssätt. Samma förhållningssätt kanske inte fungerar inom socialtjänsten som till skillnad mot Landstingets diagnostänk har ett bredare normaliseringsperspektiv.

Sammantaget menar jag att möter man andra med annat synsätt bör man utgå ifrån att de har ett synsätt som är ändamålsenligt med uppgiften och inte säga

¹¹ Danemark, B, Kullberg, C. (1999) Samverkan Valfärdstatens nya arbetsform. Lund. Studentlitteratur

att de har fel i sitt sätt att tänka. Fungerar det fyller man varandra med kunskap utan att för den skull bli likriktade i sina tankesätt och de samlade resurserna kommer de själverfarna till godo.

Rapporten har ganska mycket fokus på organisationen och väldigt lite på hur personalen faktiskt har arbetat med de själverfarna. En reflektion är hur delaktiga har egentligen själverfarna och intresseorganisationer varit i projektet? Har de kunnat påverka processen på något sätt eller har de blivit serverade vad verksamheterna redan bestämt. Själverfarna har varit delaktiga i sin egen planering, vilken vore konstig annars, men någon annan påverkan har inte funnits. Man kan fundera hur processen i projektet skulle ha sett ut om de fanns representerade i såväl styrgrupp som psykältgrupp. Vad hade deras erfarenhet kunnat bidra med? Självklart är detta en plump i arbetet och något att tänka på i framtida förbättringsarbeten.

Mot gemensam värdegrund och ökad samsyn

Maria Sundberg

I Luleå hade samarbetet mellan kommun och landsting omkring människor med psykiska funktionshinder fungerat dåligt de senaste åren. Därför ansöktes våren 2005 om "Miltonpengar" från Socialstyrelsen och 525 tkr beviljades till ett gemensamt projekt gällande värdegrund och samsyn. Medlen skulle användas till att anordna gemensamma utbildningsdagar för *målgruppen*, som var all berörd personal inom kommunens socialförvaltning, landstingets vuxenpsykiatri samt primärvård under 2006 samt ta fram förslag på hur samarbetet skulle fortsätta efter utbildningsdagarna.

Syftet med projektet och utbildningsdagarna var att skapa bättre förutsättningar för samarbete och en samsyn kring stödet för psykiskt funktionshindrade människor i Luleå samt en förståelse för respektive uppdrag. Detta skulle ske genom att ge personalen ökad kunskap omkring behov, insatser och samverkan. *Förhoppningarna* var att utbildningsdagarna skulle bli det synliga startskottet för ett fortsatt gemensamt arbete över verksamhetsgränserna för ökad samsyn, bland annat med hjälp av återkommande gemensamma utbildningsinsatser inom de tre aktuella huvudområdena värdegrund och bemötande, kunskap om målgruppen samt lagar.

Upplägg och organisation

En styrgrupp bildades av fem personer från de tre verksamheterna, av vilka några varit med och skrivit ansökan till Socialstyrelsen om projektet under följande namn och beskrivning: "*Gemensamma utbildningsdagar gällande värdegrund/samsyn, uppdrag/lagstiftning samt sjukdomar/funktionshinder/behovsbedömning/insatser*" Denna grupp satte sedan ramarna för projektet under hösten 2005. Gruppen bestod av en vårdcentralföreståndare från Primärvården, en verksamhetschef samt den medicinskt ansvariga sjuksköterskan (MAS:en) från Socialförvaltningen samt två enhetschefer från Vuxenpsykiatrien. Under 2006 slutade vårdcentralföreståndaren och MAS:en på sina tjänster och lämnade därmed sina uppdrag i gruppen till Primärvårdens regionchef för Luleå/Boden (en nyinrättad tjänst) och den nya MAS:en.

En arbetsgrupp, bestående av en projektledare och åtta övriga ledamöter ur de tre verksamheternas personal, tillsattes och fick i uppdrag att driva projektet. Dessa personer valdes ut och tillfrågades av sin verksamhets respektive representant i styrgruppen på grund av att de tidigare visat intresse och fallenhet för samverkansfrågor och projektarbete. Projektledare var jag, Maria Sundberg,

arbetsterapeut med ordinarie tjänst som arbetskonsult på Socialförvaltningen, Verksamhet Funktionshindre. Övriga ledamöter var en distriktsköterska och en barnmorska/gestaltterapeut från Primärvårdens vårdcentraler; två enhetschefer från Socialförvaltningen, Verksamhet Funktionshindre, samt en socialsekreterare från Verksamhet Socialtjänst; från Vuxenpsykiatriens psykosenheter en arbetsterapeut och från dess slutenvårdsavdelning en sjuksköterska.

Projektledarens insats beslöts vara en tjänst på 25 %, som finansierades med projektmedel under år 2006, medan finansiering av övrigas insatser beslöts ingå i ordinarie verksamhet.

Arbetsgruppen fick i uppdrag av styrgruppen att konsultera brukare i projektarbetet och därför kontaktade projektledaren RSMH i Norrbotten, RSMH Luleå kamratförening, Kooperativ Valborg och blivande Kooperativ Valfrid samt de två personliga ombuden i Luleå. RSMH i Norrbotten avböjde medverkan med hänvisning till att projektet nog sköttes bäst med lokal medverkan. Olika personer från RSMH Luleå kamratförening var behjälpliga i projektarbetet som samtalspartners samt vid informationsutbyte. De personliga ombuden deltog vid en arbetsgruppsträff samt spred information om projektet till de brukare de hade kontakt med.

Kommunförbundet Norrbotten, FoU-enheten, bistod med stöd till projektet via Elisabeth Berg vid Luleå Tekniska Universitet, som var handledare och bollplank, framför allt till mig som projektledare.

Resultat

Konkreta träffar och översiktligt resultat

Projektledaren fick uppdraget vid en styrgruppssträff i början av oktober 2005. De flesta övriga deltagare i arbetsgruppen tillsattes sedan under oktober och arbetsgruppens första träff skedde 2005-10-31, trots att Primärvården då bara hade lyckats utse en av sina två deltagare. Arbetsgruppen blev komplett i och med den tredje träffen i december 2005 och sammanlagt träffades arbetsgruppen vid tolv tillfällen från oktober 2005 – augusti 2006. Vid tre av dessa träffar anslöt också styrgruppen en del av mötestiden. Dessutom träffades projektledaren och styrgruppen separat vid två tillfällen för att sammanfatta läget i projektet. De fyra planerade utbildningsdagarna genomfördes i september 2006, vilka följdes av en uppföljningsträff med arbetsgrupp och styrgrupp i oktober. Vid två tillfällen träffades sedan ett arbetsutskott på tre personer – en från vardera verksamheten, varav en var projektledaren – och delade upp efterarbetet mellan sig. Det bestod i att sammanfatta föreläsarnas insatser och det som i övrigt hänt vid utbildningsdagarna till ett lättförståeligt material i form av en tidskriftssamlare med innehåll. Detta presenterades sedan som ett första förslag för styrgrupp och arbetsgrupp i februari 2007 samt slutfördes under samma vår av mig från Socialförvaltningen (projektledaren) och arbetsterapeuten från Vuxenpsykiatri till det färdiga resultatet, "Verktöglådan". Denna presenterades för styrgruppen i september 2007 och delades sedan via respektive chef ut till alla verksamheter.

Vid denna träff beslöts att efterarbetet med att sammanställa materialet skulle delfinansieras av kvarstående projektmedel, som därför delades upp mellan Socialförvaltningen och Vuxenpsykiatri. I detta material ingick utvärderingsresultat, sammanfattningar av paneldebattsinlägg och föreläsningar under rubrikerna Brukarinflytande, Konsekvenser av psykiskt funktionshinder, Lagar och Värdegrund/Bemötande, en karta med Luleås alla verksamheter för personer med psykiskt funktionshinder utmärkta, en adress- och telefonlista till alla verksamheter, en förteckning på resurspersoner från psykiatri samt ett följebrev daterat 2007-08-30 från styrgruppen med följande text:

VÄRDEGRUND/SAMSYN – ett "Miltonprojekt i Luleå"

Projektet syftade till att genom gemensamma utbildningsdagar för personal från kommun och landsting skapa bättre förutsättningar för samarbete och en samsyn omkring stödet för psykiskt funktionshindrade personer.

Utbildningsinsatserna är nu genomförda och resultatet är sammanställt till bifogade lilla "verktygslåda" som skickas ut till alla deltagande verksamheter.

Styrgruppen kommer nu att fortsätta sitt arbete med att medverka till att en överenskommelse om samverkan tecknas mellan alla berörda parter. I denna kommer det bland annat att ingå förslag om gemensamma utbildningsdagar samt regelbunden uppföljning och utvärdering av samverkan.

Styrgruppen vill tacka alla deltagare/medarbetare för medverkan i projektet.

I och med denna träff i september 2007 avslutades alltså formellt projektarbetet. Det har inte ännu, när detta skrivs i februari 2008, nått mig, som var projektledare, om någon överenskommelse om samverkan har tecknats. Mig veterligen har det inte heller ännu gjorts någon utvärdering av vad utbildningsdagarna har medfört i det vardagliga livet för personalen, t ex om och i så fall hur "Verktygslådan" används och hur personalen nu upplever att samverkan fungerar.

Processen fram till utbildningsdagarnas genomförande

Under arbetsgruppens första möten konstaterade man att projektet kommit igång senare än planerat, bland annat på grund av svårigheter att få fram åtta villiga och kunniga personer till arbetsgruppen, framför allt för Primärvården. Gruppen var dock entusiastisk inför uppdraget och enades om att hellre arbeta med förberedelser och planering en bit in på 2006 – och sikta på utbildningsdagar under hösten snarare än våren – än att skynda på en färdig planering redan till årsskiftet 2005/2006, som det först var tänkt, detta för att få ett så bra slutresultat som möjligt. Man talade dock redan vid första träffen om de möjliga svårigheterna med att kunna engagera rikskända föreläsare till dessa utbildningsdagar, på grund av många liknande projekt samtidigt i hela landet.

Därför påbörjade man genast kontakter med de föreläsare och konsulter, som arbetsgruppen hade kännedom om, för att ta reda på mer om deras kunskaper och möjligheter att medverka vid ett par utbildningsdagar under sen

vår eller tidig höst 2006. Parallellt med detta arbetade man fram frågor till såväl brukare som personal, som man sedan gav tillfällen för dessa att svara på under december 2005 och januari 2006. Det primära syftet med frågorna var att kartlägga behoven inför de gemensamma utbildningsdagarna. Svaren kom även att innehålla många synpunkter på vad som krävs för fortsatt och förbättrad samsyn och samverkan mellan kommun och landsting.

Personalfrågorna var:

- Vad betyder begreppet ”gemensam värdegrund” för dig?
- Vad betyder ordet ”samsyn” för dig?
- Vad ingår i ditt uppdrag som personal?
- Vad har du tillräckligt med kunskap om som hjälper dig i ditt jobb?
- Vad önskar du mer kunskap om, som hjälper dig i ditt jobb?
- Hur får du den information du behöver om patient/brukare från andra vårdgivare och fungerar detta bra?

Frågor till patienterna/brukarna var:

- Hur tycker du att det fungerar med samverkan mellan personal från kommun och landsting (t ex i din kontakt med vårdcentral, psykiatri, sysselsättning/arbete och boendestöd)?
- Vad behöver personalen veta för att kunna samverka bättre?
- Har du förslag på någon som kan prata om detta, så att personalen förstår?

Frågorna till personal lämnades vidare från arbetsgruppen till de olika verksamheternas och enheternas chefer, som tog upp dem till diskussion vid personalmöten och sedan rapporterade tillbaka till sin arbetsgruppsrepresentant.

Frågorna till patienter och brukare ställdes av arbetsgruppens medlemmar, de personliga ombuden samt enhetschefer och handledare i boende och sysselsättning, till de personer man träffade under denna period i sitt ordinarie arbete, som hade vilja och ork att svara. Dessutom besökte projektledaren RSMH Luleå kamratförening, Kooperativ Valborg och blivande Kooperativ Valfrid och informerade muntligt och skriftligt om projektet och frågorna, som sedan kunde besvaras antingen direkt eller skickas in via e-post eller vanlig post.

De synpunkter som sedan inkom till arbetsgruppen grupperades i följande tre huvudområden, som utgick från såväl personals som patienters och brukares synpunkter, behov och önskemål, när det gällde samverkansfrämjande utbildning för personalen: Värdegrund/samsyn, Lagar och Konsekvenser av psykiska funktionshinder. Med ledning av detta konstaterades snart vilka föreläsare och konsulter som ansågs mest lämpliga att anlitas, datum fastställdes till 13-14 och 20-21 september 2006 och föreläsarna bokades.

Följande detaljer omkring vart och ett av huvudområdena utkristalliserades vid arbetsgruppens följande träffar:

Värdegrund/samsyn – om värdegrund, etik, människovärde, bemötande, kommunikation, relationer mellan patienter/brukare och personal, brukarinflytande och maktfördelning. Som föreläsare valde arbetsgruppen Rune Nordström, lärare från Sunderbyn, med mångårig erfarenhet av undervisning och föreläsning i dessa ämnen för exempelvis grupper med långtidssjukskrivna. Detta område skulle delas upp i tre delar: motivation (som ger drivkraft att handla), verktyg (ett ”smörgåsbord” med konkreta tips på vad man kan göra) och handling (samtal i ”bikupor” och prova-på-uppgifter från dag 1 till dag 2). Tanken var att deltagarna genom att lyssna, reflektera, samtala och prova på sedan skulle kunna komma överens om vissa gemensamma värderingar, för att lättare kunna arbeta mot samma mål och bemöta patienter/brukare på ett likvärdigt sätt.

Lagar – om vad som styr våra respektive verksamheter, vilka lagarna är och hur de skiljer sig åt, vilka roller vi har, vem som äger olika typer av problem, hur och när brukare kommer i kläm, vad vi är skyldiga att göra och när etc. Arbetsgruppen valde här att anlita Jonas Reinholdsson, jurist från företaget Kommunlex i Stockholm, som flera från Socialförvaltningen redan kände till som en bra, tydlig och lättförståelig föreläsare med lång erfarenhet av de aktuella gränsdragningsfrågorna. Föreläsning skulle varvas med konkreta patientfall och vardagsexempel med samtal i bänkraderna, allt i syfte att ge mer kunskap, lära känna varandras uppdrag och tydligare se vem som ska göra vad.

Konsekvenser av psykiska funktionshinder – om stöd och hjälp vid kognitiva funktionshinder, synsätt förr och nu. Som föreläsare anlätades Lennart Lundin, psykolog vid Kompetenscentrum för Schizofreni vid Psykossektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, som bland annat har författat boken ”Psykiatriska funktionshinder – Stöd och hjälp vid kognitiva funktionsstörningar” tillsammans med Ove S Ohlsson. Tanken var här att föreläsning varvat med samtal i bikuporna omkring patientfall och vardagsexempel skulle utöka deltagarnas kunskaper om psykisk störning i ett handikapperspektiv.

Ca 360 personer skulle delta vid två utbildningsdagar vardera. Hälften av personalen på varje arbetsplats skulle gå dag 1 onsdag 13/9 och dag 2 onsdag 20/9 och andra hälften dag 1 torsdag 14/9 och dag 2 torsdag 21/9. Chefer skulle rekommenderas att delta vid samtliga tillfällen och alltså följa med sina båda arbetsgrupper.

För att deltagarna skulle kunna se vilka som kom från respektive verksamhet samt bikupesamtalen färgas av synpunkter från alla verksamheter, skulle namnskyltar och sittplatser vara färgmarkerade – sittplatser två och två med samma färg – för Socialförvaltningen grön, Vuxenpsykiatri blå och Primärvården röd.

Som moderatorer och processledare anlätades arbetsgruppen Håkan Eriksson och Viktoria Mettävainio, verksamhetsutvecklare från företaget Irving & Hademalm, Luleå. RSMH:s minikör från Piteå anlätades för medverkan med tänkvärd underhållning. Dagarna skulle avslutas med paneldebatt och

sammanfattning inför framtiden med chefs-representanter från de tre verksamheterna och lokala brukare samt brukare från Västerbotten, som skulle dela med sig av sina erfarenheter av brukarinflytande. Varje arbetsplats skulle vid avslutningen få kortleken "Uppskattande samtalskonst" som en uppmuntran till fortsatt träning av bra bemötande.

Inbjudan gick ut till alla berörda verksamheter i början av sommaren 2006. Tanken var att den skulle nå all personal före semestrarna, vilket tyvärr inte riktigt klarades. Uppmaningen i inbjudan var att all personal skulle delta och att var och en tillsammans med sin chef skulle komma överens om vilka dagar man skulle gå. De flesta anmälningar kom in i tid via cheferna och uppslutningen var stor (framför allt från Socialförvaltningen och Vuxenpsykiatri) även om det krävdes en del påminnelser från mig som projektledare, innan alla deltagares namn var klara.

Innan utbildningsdagarna genomfördes författade arbetsgruppen en delrapport om planeringen för dagarna och de tankar om framtid och implementering som fanns, som även styrgruppen ställde sig bakom. Denna delrapport överlämnades till de tre verksamheternas chefsrepresentanter, som också skulle delta vid utbildningsdagarna.

Följande text är hämtad från denna delrapport och rör just området "Framtid/implementering":

FRAMTID/IMPLEMENTERING

Följande framtidstankar är en sammanställning av enkätsvaren, projektledarens fortsatta diskussioner med brukarorganisationer/-representanter (RSMH och kooperativen Valborg och Valfrid) samt styrgruppens och arbetsgruppens diskussioner.

Vi menar att områdena finansiering/resurser samt organisation, framför allt när det gäller frågorna om mandat och delaktighet, är kritiska när det gäller att skapa förutsättningar för fortsatt samverkan.

Finansiering/resurser

Alltför många projekt upphör när projektmedlen är slut, hur vällovligt syftet än är. Huvudmännen måste fatta beslut om gemensam finansiering för fortsatt samverkan där så krävs. Alla åtgärder kräver ju inte alltid ökade resurser; det kan lika ofta handla om att göra annorlunda inom befintliga ramar. Vi förordar att varje verksamhet årligen avsätter medel för till exempel samordnartjänster och gemensam utbildning, enligt beskrivningar nedan.

Organisation

Vi förordar att följande områden och aktiviteter ska prioriteras och utvecklas, bland annat med de konkreta förslag som föreslås:

Mandat:

Mandat för fortsatt samverkan måste vara klart och tydligt; beslut som fattas skall vara sanktionerade hos och stödjas av ledningen.

Ansvar:

Material från utbildningsdagarna kommer att sammanställas till chefer och arbetsledare, som gör det möjligt att välja och utvärdera en teknik, rutin eller metod. Chefer och arbetsledare på alla nivåer har sedan ett ansvar att följa upp de nya idéer och metoder man väljer i samverkan med sina medarbetare. Ett konkret förslag är att chefer/arbetsledare ansvarar för att alla arbetsplatsträffar har stående inslag av samtal om samverkan samt bra bemötandeträning med hjälp av kortleken "Uppskattande samtalskonst".

Vi anser att det är av stor vikt att det sker en utvärdering, förslagsvis ett halvår efter utbildningsdagarna, som sedan kan ligga till grund för en gemensam uppföljningsdag för personal i verksamheterna. Kontinuerlig uppföljning och utbildning anser vi vara nödvändig, då personalgrupper, organisationer och lagar ständigt förändras.

Delaktighet:

Såväl personal som patienter/brukare måste känna sig delaktiga i den fortsatta processen. Utan delaktighet faller det mesta; delaktighet skapas ju när man får vara med och fatta beslut, när ens förslag tas till vara, men också när man är väl införstådd med varför beslut och rutiner ser ut som de gör. Konkreta förslag är att personal och brukare även fortsättningsvis deltar i utformningen av gemensam personalutbildning samt att det i alla verksamheter bereds plats för brukarråd och brukarrevisioner.

Gemensam samordnare/arbetsgrupp/konsultgrupp:

En mängd förslag har inkommit om att det, efter projektets slut, måste finnas ett antal personer som specifikt arbetar vidare med samverkan/samsyn. Allt ifrån en kontaktperson/koordinator till renodlade samordnartjänster hos alla tre huvudmännen. Oavsett form måste huvudmännen även här, såväl som när det gäller fortsatta gemensamma utbildningsdagar, besluta om finansiering eller skapa utrymme inom befintlig ram för detta arbete. Konkreta förslag på arbetsuppgifter för dessa samordnare var:

- Planera/anordna gemensam handledning för personal från olika verksamheter omkring enskilda ärenden med många insatser;
- Auskultation, planering och handledning;

- Utforma ”katalog” av det samlade kursutbudet inom området;
- Utforma och uppdatera lathund/telefonlista över vem som gör vad i verksamheterna;
- Information till och från respektive verksamheter och brukarorganisationer;
- Ansvara för de återkommande utbildningsdagarna;
- Bevaka och uppdatera kunskap;
- Analys/reflektion med all inblandad personal vid/efter ”svåra” ärenden.

Gemensam utbildning:

Samtliga betonar vikten av fortsatt gemensam utbildning, främst när det gäller huvudområdena för värdegrund/samsyn, nämligen bemötande, kunskap om målgruppen och lagar. Konkreta förslag:

- Huvudmännen måste skyndsamt fatta beslut om finansiering av gemensamma utbildningsdagar;
- Återkommande gemensamma utbildningsdagar för några ur personalen på varje ställe åt gången, gärna internat, men minst en heldag;
- Återkommande träffar/utbildningsdagar med grupparbeten;
- Uppföljning av utbildningsdagarna, då personal från olika enheter möts och ”redovisar” hur man arbetat vidare efter dagarna;
- Chefssamtal/informationsdag anordnas för att säkerställa att personal frigörs vid fortsatta utbildningsinsatser (gäller alla tre Miltonprojekten i Luleå).¹²

Gemensam informationskanal:

Alla berörda betonar vikten av samlad information, när det gäller samverkan/samsyn.

Konkreta förslag är att skapa en gemensam hemsida för berörda verksamheter och att ha kontinuerlig samverkan mellan informatörerna i de olika verksamheterna.

Gemensamma arbetsmöten:

De befintliga regelbundna samverkans- och stödplaneringsträffarna med kommunen och psykiatrin måste fortsätta och primärvården måste inlemmas i dessa. En översyn bör göras i alla verksamheter: Sitter rätt person i rätt grupp – organisatorisk nivå, mandat att fatta beslut, kompetens m m? Även när det gäller möten kring gemensamma brukare/patienter är en liknande översyn av vikt. Hitills har det varit svårt att få med primärvården i detta arbete.

Vi förordar att berörda chefer i alla tre verksamheterna aktivt arbetar för att utöka även primärvårdens medverkan i dessa sammanhang. Ett konkret förslag är att man redan vid rekrytering av framför allt chefer och arbetsledare, i alla tre

¹² De övriga två projekten som avsågs, var även de gemensamma utbildningsprojekt för personal: ”Dubbeldiagnosprojektet” med inriktning mot sammanhållna insatser till personer med psykisk sjukdom och missbruk, och ”Mindfulness”, en utbildning i kognitivt förhållningssätt.

verksamheterna, skriver in i anställningskontrakten, att krav på samverkan ingår i tjänsten.

Utvärdering av utbildningsdagarna

Utbildningsdagarna genomfördes enligt planerna och vid uppföljningsträffen i oktober 2006 konstaterade arbetsgrupp och styrgrupp att man i stort sett var nöjda med dagarna, framför allt då med föreläsarnas och brukarrepresentanternas insatser. Däremot fanns ett visst missnöje med chefsinsatserna.

Ett exempel var att Vuxenpsykiatrins chefsrepresentant i paneldebatten inte var verksamhetschefen, som lovat delta vid projektets början men kunde inte delta dessa dagar. I stället utsåg han Vuxenpsykiatrins planerare som sin ersättare, som på bästa sätt försökte svara på många svåra frågor, trots att han inte riktigt var rätt person. Detta irriterade uppenbarligen många deltagare, framför allt från den egna organisationen, vilket framkom såväl i kommentarer till projektgrupperna under dagarna, som i paneldebatten, då flera deltagare förgäves sökte svar på en nyligen genomförd omorganisation. Även många kommentarer i den avslutande utvärderingen tog upp detta

Ett annat bakslag, om än kanske inte helt oväntat, var att cheferna under paneldebatten inte lyckades utlova någon konkret uppföljning till dessa dagar, som efterlysts i delrapporten. En positiv anda fanns dock hos alla som deltog i paneldebatten. Socialchefen var den som uttryckte sig tydligast med ett löfte om att gå tillbaka till den egna organisationen och se över de fortsatta samverkansmöjligheterna och sedan initiera kontakt med övriga verksamheter, men inga mer konkreta löften gavs om uppföljning i viss form eller före ett visst datum, som projektgrupperna hade önskat. Att de tre chefsrepresentanterna inte hade likvärdigt mandat var naturligtvis olyckligt och påverkade självklart, ansåg projektgrupperna.

Förutom att Vuxenpsykiatrin representerades av en planerare i stället för verksamhetschefen, befann sig Primärvårdens ledning vid tiden för utbildningen i en omorganisation. Den representerades vid utbildningen av läkare från dess ledningsgrupp, eftersom tjänsten som regionchef för Primärvården Luleå/Boden just hade inrättats och innehavaren av tjänsten inte ännu hade tillträtt. Denna chef gick dock direkt efter utbildningsdagarna in som ersättare i projektets styrgrupp efter den vårdcentralsföreståndare från Primärvårdens ledningsgrupp, som slutat sin tjänst strax innan.

Projektgrupperna konstaterade också att man nog förväntat sig mer av moderatorerna/processledarna. Bland annat hade man önskat att de initierat fler avbrott för bensträckare och samtalspauser under de omfattande föreläsningarna, men även genomförandet av paneldebatterna fick en del kritik. Deltagare som ville komma till tals sågs inte alltid i tid och det var för mycket improvisation omkring hanteringen av mikrofonerna. Även om moderatorerna inte var experter på psykiatriområdet, vilket de ju annonserat redan innan, hade man väntat sig mer professionalism och erfarenhet omkring det praktiska genomförandet. Gruppen enades om att i framtiden inte vara rädd för att lita mer till egna krafter,

även om det också kan vara klokt att någon ”utifrån” finns med som moderator i sådana här sammanhang, för att t ex kunna ställa alla chefer till svars på lika villkor.

Sammanlagt deltog 378 personer under dagarna, varav 95 från Primärvården, 142 från Socialförvaltningen och 114 från Vuxenpsykiatrin. Dessutom deltog ytterligare 27 personer, som inte var personal, utan personer med kund-/brukar-/patienterfarenheter, anhöriga eller föreläsare. Chefer deltog alla dagar, men inte i den grad som var projektgruppernas förhoppning, d v s att alla chefer skulle delta vid samtliga tillfällen och följa med båda sina arbetsgrupper.

Socialförvaltningens chefer deltog med båda sina grupper i högre grad än chefer från de två andra verksamheterna. Läkarna deltog i mindre omfattning än övriga personalgrupper.

Styrningen av var deltagarna skulle sitta, med färgmarkeringarna på sittplatser och namnskyltar, verkade upplevas positivt av de flesta. Deltagarna såg tydligt vilka som kom från respektive verksamhet och bikupesamtalen färgades av synpunkter från alla verksamheter.

Föreläsningarna och samtalen i smågrupper kom att ta upp många aspekter omkring vårt bemötande, om konsekvenserna av att ha ett psykiskt funktionshinder och om lagarna; om hur dessa viktiga huvudområden styr och påverkar det stöd vi som personal ger och den samverkan och samsyn vi har.

Dag 1 (13-14/9) handlade mycket om bemötandefrågor med hjälp av läraren Rune Nordström: samtalsmetodik och kroppsspråk, verksamheternas olika språk och begrepp samt makt- och ansvarsfördelning i relationen mellan ”kund” och ”stödjare”. Deltagarna fick kunskap och tips om olika verktyg att prova på för att förbättra sitt bemötande och börja göra – inte bara höra, exempelvis träna på uppskattande samtalskonst, göra åtminstone ”det minsta lilla”, ha utvecklingssamtal med sig själva, videofilma sig själva/varandra och arbeta i par. Dessutom fick deltagarna utökad kunskap genom psykologen Lennart Lundin om konsekvenserna av att ha ett psykiskt funktionshinder, hur man kan anpassa stödet genom exempelvis felfri inläring och del av hans erfarenheter av samverkan i bl.a Göteborg.

Dag 2 (20-21/9) fortsatte med uppföljning av prova-på-uppgifterna i uppskattande samtalskonst och felfri inläring. Dessutom tillkom föreläsning av juristen Jonas Reinholdsson omkring de lagar som ligger till grund för de olika stödinsatserna med gruppsamtal omkring olika exempel ur vardagen, för att motverka att ”kunden” kommer i kläm. Båda dagarna 20 och 21/9 avslutades med en paneldebatt och sammanfattning inför framtiden, med medverkan av representanter för både ”kunder” och ”stödjare”.

Förutom de tidigare nämnda föreläsarna medverkade också några brukarrepresentanter vid paneldebatten, nämligen Mats Emanuelsson, Kooperativ Valborg, och Rudolf Juntti, RSMH Luleå Kamratförening, båda från Luleå samt Kristina Lindgren, Umeå, och Birgitta Sjögren-Öhlund, Skellefteå.

Förhoppningarna från projektgrupperna var ju att det vid paneldebatten skulle tas beslut om fortsatta gemensamma aktiviteter och utbildningsinsatser och

en gemensam värdegrund. Resultatet blev, som tidigare berörts, inte helt tillfredsställande på dessa punkter. Flera viktiga frågor lyftes och en positiv anda var tydlig, men det gavs inga konkreta svar på delrapportens förslag från chefsrepresentanterna.

Som avslutning avtackades föreläsare och paneldebattörer med konstverk från orten och kryddblandningar från Kooperativ Valborg och varje arbetsplats fick som planerat kortleken "Uppskattande samtalskonst", som en uppmuntran till fortsatt träning av bra bemötande, t ex som ett återkommande inslag vid personalmöten.

Av de 378 personer som deltog, bidrog 216 till det fortsatta utvecklingsarbetet genom att skriva ned och lämna in sitt svar på den enskilt viktigaste åtgärden som den egna organisationen borde göra för att förbättra samverkan samt vad de själva kunde göra för detta ändamål. 191 personer fyllde i den avslutande utvärderingen, där det fanns mycket plats att lufta egna synpunkter på utbildningsdagarnas innehåll och genomförande samt åsikter om framtiden.

Helhetsintrycket av utbildningsdagarna var övervägande positivt, framför allt hos Socialförvaltningens personal. De inslag som fick högst betyg var underhållningen med RSMH:s minikör, ett tänkvärt inslag med sketch och sång, Rune Nordströms inspirerande tankar om värdegrund, bemötande, etik, respekt, människovärde, kommunikation, brukarinflytande och maktfördelning samt Jonas Reinholdssons klara och tydliga information som tydliggjorde lagar, ansvar och gränser. Även Lennart Lundin var uppskattad, kanske mer för sina tydliga tips om de konsekvenser ett psykiskt funktionshinder kan ge, än för sin förmåga att föreläsa. Vuxenpsykiatriens personal gav den avslutande paneldebatten något lägre betyg än de övriga deltagarna, vilka var övervägande positiva. Ett omdöme strax över medel fick moderatorerna/processledarna och informationen innan dagarna. De flesta uttryckte att de fått nya tankar om bemötande och fler än hälften att de fått ökad kunskap om de andra verksamheterna. 143 personer uppgav att de lärt sig något som de kan dra nytta av i vardagen mot endast 4 som inte hade det och 27, som svarade "vet ej" på denna fråga.

Deltagarnas åsikter om vad organisationerna borde göra sammanfattades i verktygslådans utvärderingsresultat till att framför allt handla om följande tre punkter:

- Informationsöverföring och rutiner – mer, tydligare, bättre!
- Mötesplatser över gränserna – gemensamma vårdplaneringar, nätverks-träffar och utbildningar!
- Gemensam samverkansgrupp – regelbundna möten, samtal på lång sikt, kundperspektiv!

Här nedan följer några av de åsikter som flest deltagare angav, om vad man själv kunde göra och redan brukar göra, för att förbättra samverkan:

- Avsätta tid för vårdplanering, samordna, förbereda och prioritera mötet. (Primärvården)
- Ta initiativ för att få till möten och nätverksträffar med planering och uppföljning samt delta. (Socialförvaltningen)
- Bemöta patienter och vårdgrannar professionellt med klar, tydlig och ärlig information. (Vuxenpsykiatri)
- Prata om våra synpunkter om psykiatrvården. (Övriga)

Egna reflektioner

Jag gick in i detta samverkansprojekt med glädje, nyfikenhet och inspiration efter en tids vånda och beslutsångest, precis som jag tror det var för övriga i arbetsgruppen. Min tveksamhet handlade nog mest om hur jag skulle hinna med att göra en bra insats, då jag skulle vara tvungen att kombinera uppdraget som projektledare på 25 % med min vanliga tjänst som arbetskonsult på 75 %. Så här i efterhand känner jag mig mycket nöjd med min prestation i projektet, särskilt som det visade sig att det verkligen periodvis har varit mycket svårt att kombinera uppdragen.

Arbetskonsultuppdraget gick i huvudsak ut på att stötta ca 15 personer med kognitiva, psykiska och sociala funktionshinder på lika många arbetsplatser, delvis på distans via telefon och e-post men också på plats. Uppdraget bygger mycket på att relationen mellan mig och mina kunder är stabil och förtroendefull och att jag är nåbar, när de behöver mitt stöd. Jag kunde således inte utföra projektledaruppdraget genom att vara helt frånvarande från min ordinarie tjänst en – två dagar per vecka, utan hade hela tiden många ärenden på gång samtidigt och fick prioritera och pussla mycket för att få ihop det. Lyckligtvis upplevde jag detta inte enbart som frustrerande, utan också som mycket stimulerande.

Även övriga medverkande i projektet har gjort en mycket bra insats, kanske särskilt arbetsgruppens medlemmar, som har lagt ned så mycket tid och energi och fått anstränga sig för att inrymma detta arbete i sina ordinarie tjänster. Det är intressant och glädjande att se hur stor arbetsglädjen och professionalismen är i våra verksamheter, med personal, som inte bara gör det nödvändigaste, utan verkligen går en extra mil, för att medverka till att människor ska få det bättre.

En svårighet som jag och arbetsgruppen upplevde under arbetets gång var att nå ut med nog mycket och vettig information om projektet. Vi upplevde att information ”fastnade” på vägen. Kommentarer från en del personal, såväl under förberedelsestiden som i utvärderingarna efter utbildningsdagarna, var att de inte fått veta nog mycket om projektet i förväg och kände sig oförberedda vid själva utbildningen. Detta trots att cheferna, som varit de som i hög grad ansvarat för att sprida informationen, menade att de visst hade både pratat om projektet vid flera tillfällen och satt upp skriftlig information på arbetsplatserna. Denna risk var något vi diskuterade i inledningsskedet. Vi talade om möjligheterna att jag som projektledare eller vi i arbetsgruppen skulle åka ut till alla personalgrupper och

informera, i stället för att sprida information i flera led, men insåg att tid och pengar inte tillät detta. En möjlig orsak till att detta inte fungerade tillfredsställande är förstås att kommunen är stor och det var många arbetsplatser, verksamheter och personer inblandade. I en mindre kommun hade vi i arbetsgruppen kanske kunnat informera personalgrupperna direkt i högre grad och mindre information hade försvunnit på vägen.

Att få fram praktisk information från verksamheterna i förberedelsearbetet, t.ex behovet av antal deltagarplatser per verksamhet i god tid, var också något som tog mycket mer energi och tid för mig som projektledare än jag hade kunnat ana. Jag trodde inte i förväg att jag skulle behöva ägna mig så mycket åt att påminna andra, om sådant som redan var beslutat och klart. Som tur var fanns, som jag nämnt tidigare, en mycket positiv anda i både arbetsgrupp och styrgrupp, och min uppfattning är att det inte var ovilja eller olika uppfattningar om prioriteringar som var orsakerna till dessa svårigheter, utan helt enkelt en mycket hög arbetsbelastning på alla håll och ibland otydlig kommunikation. Att prioritera detta projektarbete var förstås lättare för mig, som hade en tydligare gräns med en tjänst på 25 %, än för många andra. Som tur var, var alla inblandade förtrogna med och hade tillgång till e-post; utan detta system hade informationsutbytet i detta samverkansprojekt nog varit oerhört mycket svårare.

Något annat som upplevdes svårt under projektarbetets gång var, att samtal på högre chefsnivå inom kommun och landsting gällande gemensamma rutiner och vårdplanering pågick parallellt med arbetsgruppens projektarbete, men att arbetsgruppen inte hade så mycket insyn i dessa. Till exempel handlade detta om vad införandet av datasystemet Meddix skulle innebära i förändring av rutiner vid överföring av information mellan verksamheterna, t ex vid utskrivning av patienter från slutenvården till omvårdnad i hemmet. Detta system infördes parallellt med förberedelserna inför utbildningsdagarna och det skulle vara intressant att, vid en utvärdering något år efteråt, titta på hur personalen ser på skillnaden före och efter Meddix.

En reflektion jag gör är att så mycket av vårt arbete påverkas just av information – tillgången till den och bristen på den – och stress. Chefer i verksamheterna tror ibland att deras personal vet mer än de gör om vilka rutiner som ska gälla och vilka beslut som är fattade. En högst mänsklig företeelse; för att man själv är insatt i en fråga, förväntar man sig att alla andra också är det. Ibland säger man bara hälften av vad man tänker utan att vara medveten om det och mottagaren lämnas till att göra sina egna tolkningar. Ännu värre är när man inte säger någonting och ändå räknar med att alla ska veta.

Vi som arbetar närmast våra kunder/brukare vet inte alltid vad våra chefer har bestämt, åtminstone inte förrän långt efter det bestämts. Ett år efter utbildningsdagarna, i foljebrevet till "Verktyglådan", lovade ansvariga chefer i styrgruppen att de nu skulle fortsätta arbeta för att en överenskommelse om samverkan skulle tecknas. Min förhoppning är att personal och kunder/brukare mycket snart får en tydlig återkoppling på vad som hände sedan. Ett mycket bra arbete av alla inblandande, såväl medverkande som deltagare, riskerar annars

tyvärr att, som många andra projekt, rinna ut i sanden och falla i glömska, till nästa dos med projektmedel erbjuds och någon eldsjäl försöker rädda det som räddas kan. För att detta ska undvikas och syftet med detta projekt fullföljas, bör ansvariga chefer snarast uppdatera sig i vad som skrevs i projektgruppernas delrapport, ta tag i de löften som gavs under utbildningsdagarna och informera sin personal och sina kunder/brukare. Jag och många andra väntar med spänning på att få svar på följande frågor:

- Vad händer med samverkansöverenskommelsen?
- Vad ska göras i den närmaste framtiden i de tre berörda verksamheternas fortsatta gemensamma arbete över verksamhetsgränserna för ökad samsyn?
- Hur ser planen för fortsatta gemensamma utbildningsdagar ut?
- När kommer en utvärdering av vad utbildningsdagarna har medfört i det vardagliga livet?

Barn till psykiskt sjuka föräldrar Att synliggöra de osynliga barnen¹³

Anna-Lena Skogman och Britt Rutström

Riksdagen fattade år 2005 beslut om att satsa extra medel inom psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder från 2005-09-01 till 2006-12-31 och det blev Socialstyrelsen som fick i uppdrag att fördela pengarna. Norrbotten tilldelades en pott som skulle fördelas till kommuner och landsting gemensamt. Länsmedlen skulle användas som stimulans för att utveckla vården och insatserna genom samverkan, mellan vuxenpsykiatri, BUP och socialtjänsten. Detta föreslogs ske t.ex. genom kompetensutveckling och utbildning i avsikt att föra de samverkande parterna närmare varandra. Uppdraget har som mål att generellt förbättra tillgänglighet samt integrera vård och stödinsatser.

I detta projekt uppmärksammas *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*, en grupp som har kallats för de osynliga eller de glömda barnen. Anhörigarbete kring personer med psykiska problem har traditionellt inriktats mot make/maka, där barnen har lämnats utanför. Under 90-talet ökade dock intresset för dessa barn i Sverige. Förutom Socialstyrelsens omfattande projekt har andra lokala projekt startats och slutförts.

Forskning kring barn till psykiskt sjuka föräldrar har bedrivits såväl i Sverige som utomlands. Parment (1996) har sammanställt forskningslitteratur som främst omfattar schizofrena och deprimerade föräldrar och där konstateras att barn till dessa föräldrar löper en förhöjd risk för en störd psykosocial utveckling och för egna emotionella, somatiska och sociala problem. Hos barn till föräldrar med förstämningssymtom är det förhöjd förekomst av depression, otrygghet, svårigheter i relationer och inlärningsproblem.

Barn till personlighetsstörda föräldrar löper risk att påverkas negativt av föräldrarnas störning (Killén 2000) bland annat försämras föräldrarnas omsorgsförmåga, åtminstone periodvis. I dessa familjer är det en stor risk att barnet utsätts för eller blir vittne till våld och andra svåra upplevelser. Under perioder kan det givetvis vara relativt lugn och ordning i familjen, men i akuta skeden av föräldrarnas sjukdom ökar stressen i hela familjen markant. Skerfving & Waltré genomförde det sk Barnprojektet på Beckomberga sjukhus (1995). I detta projekt intervjuades patienter och personal om deras uppfattning om hur barnen upplevde föräldrarnas sjukdom och hur vanligt det var att barnen besökte

¹³ Se Skerfving, A (2005)

föräldrarna. De fann att flera föräldrar inte trodde att barnen påverkades av deras sjukdom. Det var inte alla barn som besökte föräldern och personalen hade inte gjort iordning något rum för att föräldrar skulle kunna träffa barnen och flera barn tyckte det var otäckt på avdelningen. Det fanns alltså mycket att göra för att förbättra situationen. Ofta hade det varit ganska dramatiskt i samband med insjuknandet och flera barn kunde beskriva hur svårt detta varit. Med denna forskning som grund uppstod flera projekt för att bättre ta hand om barnen i samband med föräldrarnas sjukdom.

Studiebesök Malmö - Almgruppen

Vi for till Malmö för att höra hur man arbetade i Almgruppen. Där har man inriktat sig på ett samarbete kring de små barnen mellan 0 och 6 år. I samarbete med mödravård- och barnavårdscentralen och förskolan gjorde man en inventering av de barn man kände till. Man har bildat tvärfackliga team med vuxenpsykiatri barn- och ungdomspsykiatri, socialförvaltningen och mödra- och barnavårdscentralerna, för rådgivning i varje stadsdel. Teamen erbjuder konsultation kring barnet, familjen, förälder och den sociala situationen. Man har stödjande mammagrupper och erbjuder utbildningar till mödra- barnhälsovården samt förskolorna inom respektive områden.

I Köpenhamn har man något senare också börjat organisera samarbetet mellan psykiatrin och barnpsykiatrin samt sociala enheter. Vi besökte även Psykiatrisk Center i Gentofte. Trots att de olika verksamhetsområdena hade skilda sätt att indela staden i distrikt, hade man lyckats få tillstånd ett samarbete som fastslagits i ett samarbetsavtal. Man hade också utformat informationsmaterial till barn och föräldrar i form av små broschyrer med trevligt utseende.

Vi har också tagit del av de insatser man gjort i Gällivare kommun. Det är ett utvecklingsprojekt som har som syfte att finna samarbetsformer mellan barn- och vuxenpsykiatri. Det startades 1998 och redovisades i en uppsats inom en familjeterapiutbildning, Nordvall-Sandberg, 1999. Det var det första dokumenterade försöket till samarbete i detta sammanhang som man gjort i länet.

Projektets mål

Våra långsiktiga mål med vårt projekt var att utifrån samverkan mellan barn- och vuxenpsykiatrin samt socialtjänsten utveckla insatser för psykiskt sjuka föräldrar och deras barn, exempelvis familjinterventioner och gruppverksamhet. Samt att sprida kunskap om detta område och implementera lämpliga arbetsmetoder. Som delmål under projekttiden har vi;

- att kartlägga gruppen barn till psykiskt sjuka
- Att utarbeta fungerande samverkansrutiner
- Att utveckla kunskapen inom området

Målgruppen och metod

Förberedelser

Förarbetet till kartläggningen startade med diskussioner i hela projektgruppen. Eftersom det fanns många frågor att beakta innan kartläggningen skulle genomföras, och då det inte var helt lätt att enas i en så stor grupp, beslutades att en mindre arbetsgrupp skulle tillsättas för att arbeta närmare med kartläggningen. Denna mindre grupp har bestått av tre personer, med en representant från varje samverkanspart, dvs. Barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och socialtjänsten.

Kartläggningen riktade sig till all behandlande personal inom vuxenpsykiatri i Luleå och Boden. De besvarade ett formulär angående familjeförhållande kring de patienter som var aktuella under oktober månad 2005. De huvudsakliga frågeställningar som kartläggningen ville besvara var:

- Hur stor del av vuxenpsykiatriens patienter i Luleå/Boden har barn?
- Hur ser åldersfördelningen bland barnen ut?
- Hur ser barnens boende ut?

Tabell 1 Antal patienter och antal föräldrar med könsfördelning

		Har patienten barn					
		Nej		Ja		Total	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kön	Man	156	31,6 %	80	23,7 %	236	28,4 %
	Kvinna	337	68,4 %	257	76,3 %	594	71,6 %
	Total	493	100,0 %	337	100,0 %	830	100,0 %

I *Tabell 1* ser vi att kartläggningen totalt har omfattat 830 patienter. 337 av dessa, d.v.s. 40,6% är också föräldrar. Patientgruppen domineras av kvinnor, något vi också förstått speglar patienter inom vuxenpsykiatri i stort.

Tabell 2 Patienternas huvuddiagnoser

		Har patienten barn					
		Nej		Ja		Total	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Huvuddiagnos	Depression	189	38,3 %	143	42,4 %	332	40,0 %
	Ångest	25	5,1 %	29	8,6 %	54	6,5 %
	Personlighets störning	42	8,5 %	21	6,2 %	63	7,6 %
	Psykos	30	6,1 %	17	5,0 %	47	5,7 %
	Bipolär	37	7,5 %	23	6,8 %	60	7,2 %
	Kris	10	2,0 %	13	3,9 %	23	2,8 %
	Schizofreni	50	10,1%	23	6,8 %	73	8,8 %
	Ätstörning	44	8,9 %	14	4,2 %	58	7,0 %
	Fobi	18	3,7 %	7	2,1 %	25	3,0 %
	Neuropsyk. diagnoser	17	3,4 %	4	1,2 %	21	2,5 %
	PTSD	6	1,2 %	6	1,8 %	12	1,4 %
	Missbruk	8	1,6 %	23	6,8 %	31	3,7 %
	Tvång	4	,8 %	3	,9 %	7	,8 %
	Övrigt	2	,4 %	3	,9 %	5	,6 %
	Ej angivet	8	1,6 %	7	2,1 %	15	1,8 %
	Ingen registrering	3	,6 %	1	,3 %	4	,5 %
	Total	493	100,0%	337	100,0%	830	100,0%

Tabell 2 visar patienternas huvuddiagnoser, det vill säga den diagnos behandlaren angivit i formuläret. Om fler än en diagnos angivits, har den första räknats som huvuddiagnos. Av resultatet framkommer, även om det inte visas i någon tabell här, att för 75,2 % av alla patienter som omfattades av kartläggningen har en diagnos angivits. Som synes i Tabell 2 är depression den tvivelaktigt största diagnosgruppen i hela gruppen, och även bland dem som är föräldrar. Diagnosgruppen ångest är näst störst bland dem som är föräldrar. Bland de patienter som inte är föräldrar är schizofreni den näst största diagnosgruppen (10,1 %), den gruppen är dock något mindre bland dem som är föräldrar (6,8 %).

Tabell 3 Antal barn, fördelat på åldersgrupper

		Antal	%
Barnets ålder (den 31/12 år 2005)	00-06	206	32,2 %
	07-12	181	28,3 %
	13-18	191	29,9 %
	Ingen registrering	61	9,5 %
	Total	639	100,0 %

I *Tabell 3* ser vi att kartläggningen totalt omfattade 639 barn. Dessa barn är fördelade på de 337 föräldrar som nämndes ovan. Antal barn per patient presenteras nedan i *Tabell 4*. Barnen fördelas relativt jämnt inom tre åldersgrupper, nämligen 0-6, 7-12 och 13-18 år. Anmärkningsvärt är att i hela 61 fall har ingen ålder på barnet registrerats.

Tabell 4 Antal barn per patient

		Har patienten barn		
		Nej	Ja	Total
		Antal	Antal	Antal
Antal barn per patient	,00	493	0	493
	1,00	0	150	150
	2,00	0	121	121
	3,00	0	39	39
	4,00	0	20	20
	5,00	0	1	1
	6,00	0	3	3
	8,00	0	2	2
	11,00	0	1	1
	Total	493	337	830

Ovan visas att de flesta patienter som är föräldrar har ett eller två barn. Det är 59 föräldrar som har tre eller fyra barn, och sju föräldrar som har fem barn eller fler.

Tabell 5 Barnens boende

		Antal	%
Hur bor barnet	Med båda föräldrar	225	35,2 %
	Växelvis mor/far	105	16,4 %
	Patienten	141	22,1 %
	Andra föräldern	76	11,9 %
	Familjehem	30	4,7 %
	Eget boende	8	1,3 %
	Annat	2	,3 %
	Uppgift saknas	49	7,7 %
	Ingen registrering	3	,5 %
	Total	639	100,0 %

De kategorier som finns i *Tabell 5* över barnens boende, har tagits fram av de svar som angivits på blanketterna. "Med båda föräldrar" är således boende i en s.k. kärnfamilj, "växelvis" anger endast att barnet flyttar mellan föräldrarna, men inte hur tiden mellan de båda fördelas.

Den största gruppen, 225 barn, eller dryga 35 %, bor alltså med båda föräldrarna. Den näst största gruppen är de 141 barn, eller 22 % som bor med patienten. 97 av dessa 141 barn (68,8 %), en siffra som inte redovisas i tabellen ovan, bor med endast patienten. De övriga 44 barnen i denna grupp bor tillsammans med patienten och en annan vuxen, som inte är barnets biologiske förälder.

De 8 barn som registrerats för eget boende är 16 år eller äldre. Till kategorin "Annat" hör barn som bor i behandlingshem.

Det som också framgår av *Tabell 5*, är att 73,7 % av den totala summan barn (471 barn, d.v.s. de tre översta raderna i tabellen, markerade med fet stil) bor helt eller delvis med den förälder som är patient.

Vid en genomgång av barnens boende relaterat till föräldrarnas diagnos, finner man att de största diagnosgrupperna för barn som är placerade i familjehem, eller som bor med den "andre föräldern", är patienter med schizofreni eller psykos. Vid dessa diagnoser är det alltså vanligare att barnen inte bor med patienten (även om det förekommer).

Upplägg och organisation

Första september 2005 startade ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten, Barnpsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri. Projektets idé gick ut på att aktivt bygga kontaktvägar mellan de tre avtalsparterna för att arbeta fram samarbetsrutiner, att kartlägga den aktuella gruppen inom Luleå/Boden området och utveckla vår kunskap inom området. Metoder vi avsåg att använda är , information, internet, litteratur föreläsning, samt seminarier, och konsultation.

Projektets organisation

Projektet är organiserat i en gemensam styrgrupp för Luleå/Boden och en projektgrupp i Luleå och en i Boden.

Vi är två projektledare, varav en för Luleå och en för Boden. Projektledarna har inte haft någon speciell tid avsatt för projektet utan tar den tid som behövs från ordinarie arbetstid.

Projektledarnas uppgift är att:

- Ansvara för ledning, planering och ekonomisk redovisning av projektet.
- Vara föredragande i styrgruppen .
- Ansvar för information internt och externt.
- Medverka till att projektets resultat implementeras i respektive organisationer.
- Ansvara för slutrapport och övrig dokumentation.
- Arbetet har även inneburit att planera innehåll i utbildningar och föreläsningar.

Styrgruppen består av sex enhetschefer, två från socialtjänsten , två från barnpsykiatri och två från vuxenpsykiatri Luleå/Boden. **Projektgruppen** består av flera representanter från avtalsparterna. Varje verksamhet har utsett "sina" representanter utifrån individens intresse för projektet. Representanterna från barnpsykiatri består av psykolog, sjuksköterska och socialpedagoger, från socialtjänsten socialsekreterare och förskollärare samt från vuxenpsykiatri kuratorer och skötare.

Vi fick beviljat projektmedel 400.000 kr vardera till Luleå och till Boden. Projektmedel har till största del använts till kompetensutveckling av personal för att vi ska kunna arbeta med olika metoder i familjer med barn där någon eller båda föräldrar har psykiatriska påslagningar. Utifrån att projektet är ett samverkansprojekt så kom vi överens om att ha gemensamma projekträffar Luleå/Boden. Vi träffades en gång i månaden och alternerade mellan orterna. Vid de gemensamma träffarna hade vi föreläsningar, kompetensutvecklingsdiskussioner och planering om hur vi skulle gå vidare. Varje verksamhet informerade hur man arbetade med familjer.

Parallellt med dom gemensamma träffarna har vi haft lokala möten i våra projektgrupper för att hitta samverkansformer som passar organisationen på vardera ort.

Att arbeta över förvaltningsgränserna och öka närheten i det dagliga arbetet

Ett led i att utveckla samarbetet mellan de olika grupperna var att vi bjöd in jurist Viktoria Arenbro för att få kunskap om hur vi ska hanterat sekretessen. Vi omfattas alla våra vanliga sekretessbestämmelser, men genom att inte nämna namn kan vi ändå konsultera varandra inom gruppen i de ärenden vi behöver diskutera. Genom att träffas en gång i månaden i dom lokala grupperna och diskutera hur vi

arbetar i våra olika organisationer och våra olika arbetssätt har vi ökat förståelse och underlättat att ta kontakter varandra. Vi vet vad vi kan förvänta oss för insatser av respektive organisation och känner förtroende för de andras sätt att arbeta. Vi har också träffats i gemensamma träffas i gemensamma träffar varannan månad för att utbyta erfarenheter och diskutera de fortsatta arbetet i lokalgrupperna.

Vi har utarbetat en rutin för bemötandet av föräldrar och barn inom vuxenpsykiatri där personalen har fått fortbildning i Beardsleemetoden och i Psykopedagogisk Intervention. Antingen samtalar man med föräldern om barnet och dess situation eller så träffar man även barnet/barnen och kan samtala om föräldrarnas sjukdom och hur den påverkar familjen.

Efter denna inledande modell kan man bättre bedöma behovet av att koppla in socialtjänsten för hjälp i hemmet eller BUP för ytterligare samtal med barn och föräldrar. Givetvis kan kontakter även tas från andra hållet, så att man från t.ex. socialförvaltningen aktualiserar en familj och inleder ett samarbete med kontaktpersonen på psykiatriska kliniken.

Vi har utformat en gemensam broschyr där vi vänder oss till såväl barn som föräldrar. Vi i gruppen diskuterade att vi behövde en informationsbroschyr för att underlätta för barn, föräldrar samt vårdgrannar, hur de kan komma i kontakt med oss, vuxenpsykiatri, BUP och socialtjänsten. Broschyren är till för att barn, föräldrar ska få information var det kan få stöd och hjälp samt svar på de frågor de kan fundera över. Denna broschyr skall finnas på vårdcentraler, skolor, BUP, vuxenpsykiatri och socialtjänsten.

Genom att fortsätta träffas en gång per månad och erbjuda konsultation till våra kollegor och vårdgrannar håller vi kontakten mellan oss levande och underlättar möjligheten att koppla in varandra då det behövs.

Utbildning och kompetens

Vi har arbetat för att skaffa oss kunskap om barn till psykiskt sjuka och om de metoder som finns att arbeta med barn och föräldrar kring föräldrarnas sjukdom.

Några av personalen har utbildats i Psykopedagogisk familje-intervention, PPI som används vid psyk.kliniker på flera håll i landet. De psykopedagogiska insatserna består av undervisande intervention och handledning för familjen. Patienter och närstående erbjuds kunskap om sjukdom, behandling, stress-sårbarhet. Barn behöver skuldavlastande information och få delta i behandlingskontakter.

Sex medarbetare har deltagit i utbildning kring barngrupper. Vi planerar starta sådan verksamhet under hösten-08. Syftet är att barnen skall träffa andra i samma situation och därigenom avlastas skam och skuldkänslor. Eventuellt kommer vi att parallellt träffa föräldrarna i grupp. Vi har haft tre *Halvöppna föreläsningar* dit vårdgrannar och våra egna verksamheter inbjudits. Den första hölls av av Annemi Skerfving och Kaja Mickelsson om barn till psykiskt sjuka föräldrar; oktober -05. Skerfving är tidigare omnämnd. Kaja Mickelsson har själv

vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder och kunde ge en gripande beskrivning av hur det var.

Den andra hölls av Tina Orhagen om PsykoPedagogisk Intervention; februari -07; (se ovan). Den tredje gick av stapeln i april 07, det var Anders Broberg som föreläste om Anknýtningsteori och hur anknýtningen påverkas av föräldrarnas sjukdom. Framför allt små barn är känsliga för kvaliteten av närvaro i relationen till föräldrarna. En trygg anknýtning är grundläggande för barnets fortsatta utveckling till en välfungerande vuxen person.

Intern utbildning i gruppen gemensamt för Luleå och Boden förekom också. Vi inbjöd ett samarbetsprojektet i Gällivare för information och diskussion september 2005. (se ovan) Vi gav varandra ömsesidig information om våra verksamheter våren 2006 och fick information om sekretesslagstiftning vid samarbete över förvaltningsgränserna i december 2005. Brukarorganisationerna inbjöds att berätta om sin verksamhet i februari 2006. Vi deltog i 3:e nationella konferensen "Barn till föräldrar med psykisk sjukdom" i Skellefteå maj 2006 där bl.a. Dr. Tytti Solantaus medarbetare beskrev Beardslees Familjeintervention.

Under hösten 2006 hörde några av oss om Barns utsatthet i ett arrangemang av Allmänna Barnhuset och om omsorgssvikt och tidigt föräldrastöd arrangerat av Barnhälsovårdsenheten i länet. Där medverkade en av projektets medlemmar Lilian Sundqvist och berättade om den verksamhet, Växthuset i Luleå, där hon arbetar.

Den 4:e nationella konferensen: Att möta de osynliga barnen hölls i Stockholm april 2007 Den hade som huvudtema familjeintervention med barn som har föräldrar med psykisk sjukdom/ohälsa. Vi fick också höra hur man arbetade med barngrupper på Trappan i Uppsala och Källan i Stockholm - båda verksamheter med lång erfarenhet.

Hur kan vi sprida kännedom om vårt sätt att arbeta, vår tillgänglighet och möjligheten till konsultation?

Vi har gjort detta genom:

- inbjudan till föreläsningar om barn till psykiskt sjuka föräldrar och deras situation. (Skerfving, Orhagen och Broberg)
- informationsmaterial som folder, visitkort med telefonnummer, affischer som sprids i väntrum och hos skoluratorer mm. Vi har utformat och låtit trycka en liten folder som kan finnas tillhands för både barn och föräldrar. Som komplement finns visitkort och affischer med samma tryck och budskap.
- inbjudan till samarbete av ytterligare grupper som primärvård och skola, vilket vidgar kontaktnätet och för oss ut i barnens dagliga miljö.
- konsultation till personer som arbetar inom dessa och liknande verksamheter, där de kan möta barn till psykiskt sjuka föräldrar.
- att hålla våra egna verksamheter informerade och engagerade i vad vi i projektgruppen arbetar med.

Diskussion

Initiativet till projektet kom från barnpsykiatrien. Det var i sista stund vi blev uppmärksamma på att det fanns pengar att söka till ett gemensamt samverkansprojekt och att vi hade möjlighet att starta. Det föll sig naturligt att först förankra idéerna inom vuxenpsykiatrien och socialtjänsten och enas om att samarbeta. Ganska snart kom förslag om att även skola och primärvård borde ingå i projektet. Vi kände att vi måste begränsa oss och komma igång med en kärnverksamhet innan vi utvidgade till flera samarbetspartners. En mera beklaglig sak var att vi inte tänkte på att ta med slutenvården inom psykiatrien. Det rättades till så småningom.

Våra långsiktiga mål var att utifrån samverkan utveckla insatser för psykiskt sjuka föräldrar och deras barn, exempelvis familjeinterventioner och gruppverksamhet. Samt att sprida kunskap om detta område och implementera lämpliga arbetsmetoder.

Som delmål under projekttiden har vi ;

- att kartlägga gruppen barn till psykiskt sjuka
- att utarbeta fungerande samverkansrutiner
- att utveckla kunskapen inom området

Vi diskuterade vilka som skulle tillhöra målgruppen. Skulle det vara enbart barn till föräldrar som hade kontrakt med vuxenpsykiatrien. Eller även de som finns inom primärvården t.ex. och inte har kontakt med psykiatrien. Vi valde att kartlägga hur många barn de nu aktuella patienterna inom psykiatriens öppna - och slutna vård hade och hur deras omvårdnadsförhållanden såg ut.

Resultatdiskussion

Denna inventering visar att så många som 40,6 % av vuxenpsykiatriens patienter under den aktuella perioden har barn. Kartläggningen omfattar totalt 639 barn i åldern 0-18 år. Detta är en stor grupp barn, och den första frågan att beakta är naturligtvis om vi hade väntat oss detta. Vi hade visserligen aldrig i gruppen formulerat någon förväntan på hur många barn kartläggningen skulle kunna omfatta, men det vore ingen överdrift att säga att vi alla överraskades av antalet. En jämförelse med såväl Gällivares kartläggning som Skellefteås, visar också att andelen föräldrar i vår undersökning är betydligt större än de 15 respektive 20 % som framkommit på nämnda orter.

I Gällivare kan detta förklaras av att kartläggningen är gjord inom slutenvården, där patienter generellt kan anses sjukare, och där det därför kan vara mindre vanligt med föräldraskap. Skellefteås kartläggning omfattar dock även öppenvården, varför den siffran borde vara mer jämförbar med vår. Det innebär alltså att vår andel föräldrar inom psykiatrien skulle vara dubbelt så stor. Är detta realistiskt? Det vi måste ha i åtanke är att kartläggningen är gjord under en begränsad tid, och resultatet därför är att betrakta som en ögonblicksbild. För att

veta om denna ögonblicksbild är representativ och stämmer över tid, hade kartläggningen behövt göras om vid fler tillfällen.

Att gruppen var så här stor, väcker naturligtvis mycket funderingar hos oss. Vi har redan under förarbetet med kartläggningen haft idén att kunna arbeta konkret med barnen och för barnen. Även om syftet med kartläggningen enbart varit att få en uppfattning om gruppens omfattning, blir det onekligen så att vi också funderar över möjliga stödinsatser. Just nu är gruppen för oss en siffra på ett papper, men vi vet, av tidigare forskning och erfarenheter att det är en grupp som är i behov av stöd i olika former. Det är inte nödvändigtvis så att alla 639 barnen kommer att behöva detta, men troligen en stor andel. Frågor som reses; Hur ska vi som projektgrupp göra för att gå från den teoretiska siffran, till att nå fram till de barn som döljer sig bakom den och kunna arbeta konkret med dem? Kan projektet använda sig av kartläggningen för att komma därhän? Hur får vi veta vad barnen behöver, ur deras eget perspektiv och ur ett professionellt perspektiv? Finns det möjlighet att vända sig till barnen som referensgrupp? Finns det andra möjligheter som vi i dagsläget inte tänkt på?

Övergången från teori till praktik är någonting som vi hela tiden tampas med i projektgruppen. Vi upptäcker ständigt att vi vill mer är vad som går att genomföra praktiskt just nu, och att det är tidskrävande att sammanfoga tre olika verksamheters idéer. Det är sagt mer än en gång, men samverkan är en långsam process.

Det är också viktigt att fundera över *konsekvensen av vår vida definition* av psykisk sjukdom. Det bör betonas att kartläggningen inte svarar på frågan "hur många barn till psykiskt sjuka finns i Luleå/Boden?", utan snarare "hur många av vuxenpsykiatriens patienter under den aktuella perioden har barn?". Det är ju nämligen så, att personer som har kontakt med vuxenpsykiatri inte nödvändigtvis är psykiskt sjuka. Här vill vi dock återkoppla till det resonemang vi förde under förarbetet, nämligen att barnen rimligen påverkas av att en förälder mår dåligt, även om måendet inte definieras som psykisk sjukdom.

En grupp patienter som finns med i vårt material är de med huvuddiagnos missbruk. En fråga vi funderat över är om barnen till de här föräldrarna bör räknas till gruppen barn till psykiskt sjuka, eller om de snarare hör till gruppen barn till missbrukare. Så kallade *dubbeldiagnoser*, d.v.s. missbruk och samtidig psykisk sjukdom, är en grupp som alltmer uppmärksammas i landet, bland annat genom andra Milton-finansierade projekt. Vi har resonerat som så, att barnen till föräldrar med dubbeldiagnoser liknar barnen till föräldrar med psykisk sjukdom utan missbruk, på det viset att även de behöver uppmärksammas, få information om föräldrarnas tillstånd, få träffa andra i samma situation osv. Därför väljer vi också att räkna även dessa barn i den inventering som gjorts.

Arbetsgruppen har svetsats väl samman av regelbunden samvaro och gemensamma utbildningar. Vi har lärt oss mer om varandras verksamheter och sätt att arbeta. Vi har sökt nya arbetsmetoder och gått utbildning i Psykopedagogisk Familjeintervention och Beardslees Familjeintervention.

Detta har lett till ökat intresse för att arbeta med hela familjen och ett synliggörande av barnens situation inom vuxenpsykiatri.

Av de barn som kommer till BUP och soc har en del föräldrar med psykiska problem. Vi försöker motivera för kontakt med vuxenpsykiatri för deras del och att samarbeta kring dessa familjer i tvärsektoriella möten.

Genom broschyrer och affischer försöker vi sprida kännedom om vår verksamhet och underlätta för barn och föräldrar att kontakta oss. Dessa har vi spritt ut till distrikssköterskor, skolsköterskor och andra ställen som kan förmedla en kontakt till oss. Vi har även informerat skolsköterskor och distriktsköterskor om projektet. Detta får ses som en återkommande verksamhet, då det byts ut personer och lätt faller i glömska.

Projekttiden har varit väl kort för detta projekt, men vi tycker oss ha åstadkommit en början. Fortfarande finns det mycket att göra för att förändra attityder och underlätta för de familjer som drabbas av psykisk sjukdom. Vi kommer att ha konsultationstider för de vårdgrannar som önskar diskutera hur de skall gå vidare med hjälp till barn till psykiskt sjuka föräldrar. Vi fortsätter diskutera hur vi skall nå vår målgrupp och möjligheten att starta gruppverksamhet för barnen i dessa familjer. Inom vuxenpsykiatri arbetar man vidare på att sprida familjetänkandet och utbilda sig för detta.

Vi planerar fortsatt arbete för en bra samverkan och ett gott omhändertagande av barn till psykiskt sjuka föräldrar. Efter projekttiden kommer det att vara extra viktigt att ha en tydlig planering och vara överens om hur de uppsatta målen skall nås. Vi har kommit fram till ett förslag till samarbetsavtal under denna tid, och fortsätter sträva åt det hållet. Svårigheterna har mera legat i tidsbrist än på det ideella planet.

I projektgruppen har vi hela tiden vetat att de här barnen finns. Efter kartläggningen vet vi nu att gruppen i Luleå/Boden är stor, vilket bara bekräftar att det här är en angelägen fråga som vi måste ta på allvar. Vi hoppas att vårt projektarbete ska bidra till att dessa barn uppmärksammas i större utsträckning än tidigare och att det på sikt skall leda till en fungerande samverkan för att ge barnen och deras familjer bästa möjliga stöd och hjälp.

Referenser

Broberg , Granqvist, Ivarsson, Risholm-Mothander: Anknytningsteori: betydelsen av nära känslomässiga relationer. NoK 2006;

Glistrup, K. (2005) Det barn inte vet....Har det ont av. Originalets titel Hvad børn ikke ved....har de ondt af Runa förlag

Nordvall, A.& Sandberg,M.F. (1999). Hur kan vi stödja barn till psykiskt sjuka föräldrar? Ett utvecklingsprojekt i syfte att finna samarbetsformer mellan barn- och ungdomspsykiatri. Höyere utdanning i familjeterapi Oslo 1999.

Pimperl, K. (2000) När Kajsas mamma blev galen. Svenska föreningen för Psykisk Hälsa.

Samverkansprojektet Barn till psykiskt sjuka föräldrar i Luleå/Boden beskriver. (2005) Kartläggning av vuxenspsykiatrins patienters barn.

Skerfving,A. (2005) Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar. Förlagshuset Gothia.

Skerfving, A. (1997). Barnprojektet Vem tar hand om barnens oro? Rapport 3/97 från FoU-enheten/psykiatri Västra Stockholms sjukvårdsområde.

Skerfving, A. & Waltré, E. (1995). Barnprojektet – Om barn till psykiskt störda föräldrar vid Beckomberga sjukhus,en inventering.En rapport från FoU-enheten/psykiatri Västra Stockholms sjukvårdsområde.

Socialstyrelsen SoS-rapporten 1999:11. Barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Söderholm, B. (2005) Barnet och föräldrarnas depression-behov av förståelse,vikten av kommunikation. Proami OY

Övreeide.H. (2000) Samtal med barn. Student litteratur,Lund

Samarbetet mellan personalgrupper - några reflektioner

Elisabeth Berg

I denna avslutande reflektion över de olika projekten vill jag peka på några svårigheter men även möjligheter att bygga upp ett fungerande samarbete mellan organisationerna. Utgångspunkten för dessa fem projektarbeten har varit att personal på alla nivåer ska delta i projektet. Bakgrunden till det är att projektledaren vill att resultatet ska implementeras på alla nivåer i organisationerna även på politikernivå. De sex projektledarna har intervjuat och organiserat träffar med projektgruppen och ledningsgruppen. Intervjuer har skett i samtalsform med projektets deltagare där samtalen har handlat om vad de upplevde innan de gick in i projekten, hur de upplevde det som skedde under projektet samt hur de såg på framtiden.

Det är flera av projektmedlemmarna i de olika grupperna som har uttryckt att de har en hög arbetsbelastning sedan tidigare i deras ordinarie jobb, därför upplevs det svårt att känna en större entusiasm över projektarbetet.

Något som lyfts fram i alla projektgrupper är att det finns ett *misstroende eller skepticism* mellan personalgrupperna. Det saknas en tilltro till att den andra organisationen ska engagera sig och ta ansvar för de problem som måste lösas. Där en orsak som anges är att samarbetet mellan personalgrupperna och organisationerna tidigare inte har fungerat tillfredställande. I en av grupperna redovisas uppfattningar där bland annat socialtjänstens personal uttrycker att det är psykiatriens personal som har kontrollen när brukaren ska skrivas ut och det är socialförvaltningens ansvar att ordna hjälp samt bostad när det saknas. Vanligtvis sker utskrivning av patient med kort varsel, och det är ofta för lite tid för socialtjänstens personal att göra sin egen utredning.

Förväntningar före projekten startar är att det givetvis ska leda till ett förbättrat samarbete. Det finns dock en skeptisk inställning till dessa samverkansplaner, väl medveten som personalen är att det finns hinder på vägen. Den skeptiska hållningen förklaras med tidigare erfarenhet när samarbetet inte har fungerat, och det har funnits revirstrider om vem som ska göra vad och när.

Ytterligare en svårighet är *olika målsättningar*. Vid allt upplägg av projektarbete är det svårt att tillgodose allas önskemål, och det finns bland annat personal från primärvården som menar att brukarperspektivet inte är i fokus. Det är dock en uppfattning som inte alla håller med om, det är i de projektgrupper där brukarorganisationer deltar i olika sammankomster. Det finns också en tydlig prioriteringsordning mellan de olika grupperna, där en personal från socialtjänsten betonar till exempel lagstiftningen medan en annan personal från psykiatrien är

skeptisk till det och betonar istället betydelsen av konsekvenser av att vara psykiskt funktionshindrad.

En tredje svårighet som tas upp är okunskap om varandras *ansvarsområde* och *kompetens*. Kritiken från landstingets personal är bland annat att den kommunala handläggaren inte är aktiv i sin handläggning, de är helt enkelt svåra att få tag i. Kritiken från kommunens personal mot landstingets psykiatri är å andra sidan att psykiatrins personal inte engagerar sig utan förlitar sig på att patienterna/brukarna ska veta hur de vill ha det. Om patienten vill bo hemma så är det deras rättighet, men enligt kommunens personal leder detta ofta till att de inte får adekvat vård utan lämnas i sin bostad utan uppföljning av psykiatrin. Ett exempel är beskrivet av en distriktssköterska från primärvården enligt följande;

Remitterade och följde med patient, som var för dålig för oss, till psykiatrin. Dåligt bemötande vid överlämnandet med för snabb hantering och uppmaning till patienten att direkt ansluta sig till en grupp. Fick sedan information om att patienten stuckit hem. Ringde patienten som var missnöjd men halv-ok. Inget hände sen. Vems ansvar? Tydiligen tyckte psykiatrin att vi borde gjort något, men vi hade ju remitterat patienten vidare pga att det var för svårt. Efter ett år fick jag veta att inget gjorts och patienten satt fortfarande hemma utan stöd.

Detta exempel uppmärksammar problemet om olika uppfattningar om dels målet för verksamheten, dels kompetens och ansvarsområde. Denna hållning blir i stark kontrast till, i detta fall representant från primärvården som anser att psykiatrin mer ska agera genom att ta beslut för patienten. Budskapet från primärvården är att de vill att psykiatrin ska agera utifrån sin professionella kunskap och definiera situationen för den enskilde. Psykiatrins personal definierade situationen som sådan att det inte var deras ansvarsområde utan det tillhörde kommunens. Vad som blir tydligt är de olika uppfattningarna om den enskildes situation och att primärvårdens, i detta fall representerat av distriktssköterskan, inte har specifik specialkunskap i psykiatri och kan inte bedöma patientens situation utan det sker av psykiatrins personal som i sin tur inte anser att de kan göra något, och då blir det kommunen som är ytterst ansvarig och ska ge service.

Ett fjärde hinder som har lyfts fram är att det finns personal som har ett ”*gammalt tänk*” och de uppfattas som helt olämpliga och kan inte tänka i nya metoder utan snarare bevakar sina egna metoder och hävdar att dessa inte behöver ändras på. I en projektgrupp beslutade projektledaren att två i gruppen inte skulle delta, på grund av deras ovilja att samarbeta. I en annan grupp fanns det en kritik mot några i gruppen som beskrevs som att de just hade ett ”*gammalt tänk*”, och det var särskilt från psykiatrin. Det uttrycks också från socialtjänstens personal att primärvården anses ligga efter i uppfattningar om förändringar, att de saknar ett nytänkande kring samverkan.

Mot bakgrund av tidigare forskning som pekar på dåligt samarbete har ”Psykiatrisamordningen” funnit att det bör inrättas ett nationellt

samordningsorgan för den rättspsykiatriska vården (SOU 2006:91). Det finns enligt utredningen få exempel på en fungerande samordning av vården. I samma utredning tas även upp behovet av att huvudmännen för dessa enheter bör eftersträva att överenskommelser sluts med närbeläget universitet/högskola i syfte att ytterligare stärka samarbetet mellan den kliniska verksamheten och den akademiska forskningen och utbildningen.

Det finns dock positiva gensvar och de möjligheter som har lyfts fram ger dock intryck av att det finns *en vilja och ett engagemang* i dessa fem projekt att utveckla samarbetet och det redovisas en positiv föreställning att projektet skall leda till ett bättre samarbete till sist, och att samarbetet är något som definitivt behöver förbättras. Väl medveten som personalen är att samordningen mellan organisationerna/personalen inte har fungerat tillfredsställande samt insikten om att få en fungerande vård/service för brukarna, innebär detta att det finns ett behov av ett samarbete. Det uttrycks också bland personalen en förhoppning att det ska bli tydliga riktlinjer kring samverkan för psykiskt funktionshindrade, mot bakgrund av att det trots allt fungerar bättre i den somatiska vården.

Speciellt i en av grupperna diskuterade man värdegrund, samsyn och att det fanns ett önskemål att de olika personalgrupperna skulle hitta ett gemensamt språk och synsätt hur de skulle förhålla sig till människor med psykiskt funktionshinder. Det är också något som synliggörs när personalen tar upp vilken utbildning de vill ha, det är bland annat mer kunskap om psykiska sjukdomar. Detta gäller socialtjänstens personal likväl som landstingets personal. I alla fem projekt har utbildning varit central och har varit det gemensamma temat i projekten.

Utgångspunkten är att *utbildning* och *gemensam information* kan skapa en *teamkänsla* och därmed få ett fungerande samarbete mellan de olika yrkesgrupperna. Det finns en uppfattning bland vissa deltagare att det endast handlar om att organisera utbildningsdagar, förvåningen var stor när de insåg att projektet även syftade till att utarbeta gemensamma metoder och riktlinjer.

I denna iver att samarbete måste frågor ställas som; vilka ska samverka, hur går samverkan till samt vad ska man samverka om? I vissa situationer är det förmodligen inte samarbetet som sådant utan det handlar om rutiner och regler där sjukvårdens personal måste instruera och informera personal från socialförvaltningen rörande specifika behandlingar (Tengvald 1982, Sunesson 1991, Berg 1995). En formaliserad arbetssituation där samverkan ingår som en "naturlig" del i arbetet betyder i sin förläggning att det för arbetstagarna är en del av deras arbetsordning. Det innebär att gemensamma rutiner och metoder som utvecklas måste överbrygga eventuella organisatoriska eller tekniska problem.

Samverkan och samarbete handlar om att finna former för ett gemensamt ansvarstagande för de människor som har behov av insatser från flera huvudmän och verksamheter och att använda samhällets resurser effektivt" (prop. 2002/03:20, bilaga 1, s. 48). Samtidigt som behovet av samverkan ökar på grund av en ökad specialisering och differentiering av samhällets organisationer, har det skett en utveckling av kunskap inom vård- och omsorgssektorn som har bidragit till ökad livskvalitet för många människor. Från ett anhörig- och brukarperspektiv

framstår dock bilden av ett svåröverskådligt samhällsbygge med parallella organisationer, olika lagstiftningar och en mängd olika yrkesgrupper och verksamheter vars karta över verkligheten ser olika ut (ibid).

Det som förbättrar samverkan är gemensamma arbetsformer och upprättandet av handlingsplaner – eller rutiner (Danermark och Kullberg 1999). Dessutom prioriterar arbetsledarna utbildning som en möjlighet att skapa nätverk mellan organisationer. Det har etablerats en gemensam grupp känsla i de olika projekten, men när projekten är avslutade då upplöses projektgruppen. Den fråga som reses är om de kan bibehålla uppfattningen att de är ett team och kan bibehålla en förståelse för varandras kompetens, när de är tillbaka i sina tidigare rutiner och om de via träffar, utbildningar och samverkan kan bygga upp en känsla av team där förståelsen för varandras kompetens och en tillit mellan personalgrupper utvecklas.

Hindren för samarbetet handlar i hög grad om en oförståelse för varandras kompetens som leder till revirstrider. Det har också handlat om att samarbetet hellre undviks än beivras därför att det finns fortfarande både strukturella och organisatoriska hinder (se även Interkommunal samverkan 2002). Det finns också uppenbara problem att förstå varandras kompetensområden, det sociala förhållningssättet skiljer sig från det medicinska och psykiska förhållningssättet. Det har via lagstiftning skett en hel del organisatoriska förändringar i syfte att skapa bättre samarbete. En sådan viktig förändring är gemensam vårdplanering där alla parter måste skriva under, när det inte längre handlar om medicinskt färdigbehandlad utan att den enskilde ska vara utskrivningsklar.

Frågan är dock vad som skulle hända om det skulle bli en gemensam organisation, skulle det förbättra samarbetet?

I de olika projektgrupperna finns uppfattningar att arbetet med implementering av nya rutiner och metoder blir svårt att genomföra. Fortlöpande uppföljningar diskuteras, där det poängteras att grupperna måste fortsätta sitt arbete och att det bör finnas någon som är kontaktansvarig. Det måste finnas en vilja att ta sig an dessa frågor från ledningen, cheferna på alla nivåer måste ta del av detta och inte släppa samverkan när projektet är över (se även Holmberg och Henning 2003). I alla organisationer slutar och anställs ny personal och det tillkommer ny lagstiftning och det blir därför viktigt att utarbeta rutiner för att följa upp hur samarbetet fungerar.

Projektledarna har pekat på betydelsen av en medveten ledning, som central för att implementering av nya metoder och rutiner om samarbete ska kunna genomföras. Det är två kommuner i Norrbotten som har bildat ett samordningsorgan där samverkansfrågor diskuteras, i en kommun har en person anställts och i en annan har en ledningsgrupp bildats med representanter från de olika verksamheterna, psykiatri, primärvården och socialtjänsten. Det finns också förslag att det ska anställas en person alternativt att det ska finnas någon i respektive verksamhetsområde som har ett övergripande ansvar för samverkan.

Förslagen från projektgrupperna hur samarbetet ska stärkas handlar om fortsatt utbildning, det finns en stark tro att utbildning är det som kan lösa

samarbetsproblemen. Vad som särskilt lyfts fram är att alla grupper måste träffas. Som det är nu är det vissa som drar sig undan och prioriterar inte samarbetet. Det finns, enligt projektledarna individuella samverkansgrupper som fungerar tillfredsställande, där handlar det om *eldsjälar*, där enskild personal har utvecklat ett fungerande samarbete med andra verksamhetsområden.

Dessa projekt har dock visat att det går att engagera och samla personal kring samarbete men att det givetvis behövs -för att kunna samverka- mötesplatser, kunskap om och respekt för varandras kompetens, gemensamma rutiner, metoder samt gemensam teknik och utvecklandet av grupp eller teamkänsla. Projekten har också betonat betydelsen att när samverkan diskuteras måste chefer ta ansvar och underlätta samarbetet genom att till exempel utveckla en gemensam policy kring samverkansfrågor.

Det finns dock en hel del frågor angående samarbetet för dessa olika verksamheter som fortfarande är obesvarade, som exempelvis organiseringen av de olika verksamheterna, professionaliseringens betydelse för samarbetet och brukarmedverkans betydelse för samarbetet?

Referenser

- Berg, Elisabeth (1995) *Hemvården. Utveckling, förändring och samverkan*. Liber utbildning, Lund
- Danermark, Berth och Kullberg, Christian (1999) *Samverkan. Välfärdens nya arbetsform*. Studentlitteratur, Lund
- Holmberg, I, och Henning, R (2003) *Offentligt ledarskap – om förändring, förnyelse och nya ledarideal*. Studentlitteratur, Lund
- Interkommunal samverkan 2002
- Regeringens proposition 2002/03:20. *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*
- SOU 2006:91 *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare*
- Tengvald, Karin (1982) *Sweden Ur: Hokenstad, Merl, C, Jr och Ritvo, Roger, A. (red) Linking health care and social services. International perspectives*. Beverly Hills: Sage Publication
- Sunesson, Sune (1991) *Social medverkan i primärvården, Ur: SoS-rapport 1991:17*
- Westrin, Claes-Göran (1986) *Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser* *Socialmedicinsk tidskrift*, 7-8

Beskrivning av genombrottsmetodiken

Genombrottsmetodiken introducerades i Sverige för närmare tio år sedan av Landstingsförbundet. Metoden utvecklades i Boston vid Institute for Healthcare Improvement. Upplägget innefattar gemensamma lärandeseminarier och mellanliggande arbetsperioder. De mellanliggande arbetsperioderna används dels för att testa förändringar, dels för att sprida de förändringar som visar sig leda till förbättringar. Det innefattar även en arbetsgång, Nolans modell – se nedan – som bygger på att i liten skala testa förändringar i den egna organisationen innan beslut tas om ett genomförande. I varje arbetsgrupp bör det finnas en representant från berörda verksamheter, helst ska de vara tvärprofessionella. Det viktiga är att de som arbetar dagligen i den verksamhet som skall förbättras, deltar. De bör även knyta till sig några personer från exempelvis brukarorganisationer, arbetsförmedling och försäkringskassa, i en referensgrupp.

Arbets- eller projektgrupperna arbetar tillsammans med ett gemensamt förbättringsfokus, under en begränsad period för att lära andra och varandra hur de kan förbättra och utveckla verksamheten. Det finns många förbättringsområden att arbeta med, det viktiga är att brukaren är i fokus. Det handlar om att med denne i tankarna se över rutiner, processer, arbetsfördelning. Metoden innebär ett stort ansvar för de grupper som deltar och de berörda verksamheterna att göra saker själva. Under projektet har de tillgång till en handledare som följer och stöttar arbetet. Förutom under lärandeseminarierna då gruppen och handledaren träffas håller de kontakt i huvudsak via telefon och e-post. Med stöd av metodens systematiska upplägg, handledare och gemensamma kunskaper och erfarenheter provas successivt olika förbättringsidéer. Vad fungerar i vår organisation? Hur skall vi förändra våra rutiner för att uppnå de mål som vi själva har fastställt? Det är frågor som grupperna får besvara.

Nolans modell

Den röda tråd som löper genom många förbättringsarbeten är Nolans modell som består av tre frågor som skall besvaras och förbättringshjulet eller PDSA-cykeln.

- Vad är det vi vill uppnå?
- Hur vet vi att en förändring är en förbättring? samt
- Vilka förändringar kan vi göra, som leder till förbättringar?

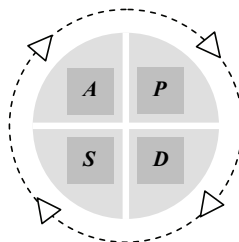
PDSA-cykeln anger arbetsgången:

Act – Agera, lär

Vilka förändringar bör göras?
Hur gå vidare?

Study – Studera, analysera

Slutför analysen.
Jämför resultaten med hypotesen.
Summera vad ni har lärt er.



Plan – Planera

Vad är syftet med testcykeln? Vilken hypotes finns – vad kommer att hända?

Planera hur förändringen ska genomföras.

Vem gör vad? Vad ska göras? När ska det göras? Var ska det göras? Vilka data behöver samlas in?

Do – Testa, gör, prova

Genomför testet.
Dokumentera resultatet och problem.
Börja analysera data.

KODNYCKEL DIAGNOSER

DEPRESSION utmattning, egentlig, recidiverande, nedstämdhet, dystymi, utbränd, unipolär...

ÅNGEST panikångest, generell, ångestsyndrom, ångeststörning, ångestneuros...

PERSONLIGHETSSTÖRNING borderline, schizoid, beroende, UNS...

PSYKOS drogutlöst, cykloid, amnings-, affektiv, akut polyform, psykotisk depression...

BIPOLÄR typ II, hypomani, mani, cykoltym...

KRIS

SCHIZOFRENI paranoid, schozoaffektivt syndrom...

ÄTSTÖRNING anorexi, bulimi, överätning, hetsätning, UNS...

FOBI social, agorafobi, fobiska besvär, kräkfobi, förlossningsfobi...

NEUROPSYKIATRISKA DIAGNOSER autism, aspergers syndrom, ADD, ADHD, DAMP, autistiska drag...

PTSD trauma, övergrepp...

MISSBRUK alkohol/drog

TVÅNG OCD...

ÖVRIGT anpassningsstörning, beteendestörning, självskadande, värk/smärtproblematik, under utredning...

EJ ANGIVET

ATT TÄNKA PÅ:

- Om mer än en diagnos; koda efter den första som står.
- Om det står "utredning för ADHD", koda som ADHD.